

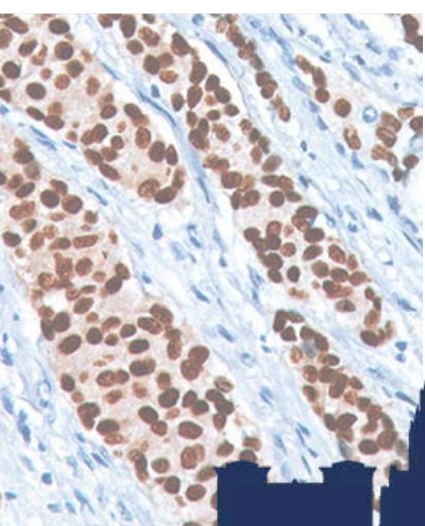
XXXII Congreso nacional SEAP

XXVII Congreso nacional SEC



SEAP-IAP 2025

Un grito por la patología



LIBRO DE

ABSTRACTS ▼

SeAP-IAP

[Sociedad Española de Anatomía Patológica]
[International Academy of Pathology]



SEAP-IAP

21 al 23 MAYO|2025

Libroabstracts 

1a Edición, 2025.

ISBN. 000-00-00-00000-0

URL: www.seapcongresos.com/LibroAbstractsSanSebastian2025.pdf

© Sociedad Española de Anatomía Patológica

Diseño: Carolina Martínez Ciarpaglini

Maquetación: Jordi Temprana Salvador



Dr. José Luis Rodríguez Peralto. Presidente SEAP-IAP. Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona
Dra. Empar Mayordomo Aranda. Tesorera SEAP-IAP. Hospital La Fe. Valencia
Dr. Francesc Tresserra Casas. Secretario SEAP. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona
Dra. Blanca González Farré. Vocal de Comité Científico SEAP-IAP. Hospital Clínic de Barcelona
Dra. Carolina Martínez Ciarpaglini. Vocal de Formación SEAP-IAP. Hospital Clínico Universitario de Valencia
Dr. Jordi Temprana Salvador. Vocal de Comunicación SEAP-IAP Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona
Sra. Mónica de la Oliva Varea. Directora ejecutiva SEAP-IAP

Revisorescientíficos



CAROLINA AGRA PUJOL; IBAN ALDECOA ANSORREGUI; LUIS ALFARO FERRERES; FERNANDO ALGABA ARREA; DANIEL AZORIN CUADRILLERO; CANDELARIA BARBERA SANCHEZ; EMILIA BARRERA ANTONIOLLI; JOSE MANUEL CAMESELLE TEIJEIRO; MIGUEL CARNERO GREGORIO; NATALIA CASTREJON DE ANTA; ISABEL COLMENERO BLANCO; LAURA COMERMA BLESÁ; FRANCISCO JAVIER DIAZ CRESPO; M^a CARME DINARÈS I FERNÁNDEZ; ANA BELEN ENGUITA VALLS; M^a JESUS FERNANDEZ ACEÑERO; M^a TERESA FERNANDEZ FIGUERAS; JOAN CARLES FERRERES PIÑAS; MAXIMO FCO. FRAGA RODRIGUEZ; SONIA MARÍA GARCÍA DEL BUSTO RUÍZ; ADRIANA GARCIA HERRERA; MARIA DE LOS ANGELES GARCIA SANCHEZ; MADDI GARMENDIA IRIZAR; SONIA GATIUS CALDERO; MONTSE GOMÀ GÁLLEGO; MARIA DEL CARMEN GOMEZ MATEO; BLANCA GONZALEZ FARRE; MARIA TERESA HERMIDA ROMERO; AURELIO HERNANDEZ LAIN; JAVIER HERNANDEZ LOSA; SUSANA HERNANDEZ PRIETO; JUSTINO JIMENEZ ALMONACID; M^a CONCEPCIÓN JIRONDA GALLEGOS; CRISTINA JOU MUÑOZ; STEFANIA LANDOLFI; ANTONIO LLOMBART BOSCH; JOAN LOP GROS; RAFAEL J. LUQUE BARONA; ISIDRO MACHADO PUERTO; BEATRIZ MADRIGAL RUBIALES; DAVID MARCILLA PLAZA; DANIEL MARTINEZ HERNANDEZ; ELENA MARTINEZ SAEZ; EMPAR MAYORDOMO ARANDA; SANTIAGO MONTES MORENO; AMPARO MORRIÓ MONDÉJAR; INMACULADA PAGAN MUÑOZ; JOHANNA PALACIOS BALL; NATALIA FLORENCIA PAPALEO; VICENTE PEG CAMARA; GLORIA PEIRO CABRERA; LUIS CRISTIAN PERNA MONROY; LARA PIJUAN ANDUJAR; JUAN DANIEL PRIETO CUADRA; HERNAN DARIO QUICENO ARIAS ARIAS; SANTIAGO RAMON Y CAJAL AGUERAS; RITA MARIA REGOJO ZAPATA; ARMANDO REQUES LLANOS; SEVERINO REY NODAR; ROSA MARIA RIOS PELEGRINA; MARIA TERESA RODRIGO CALVO; YOLANDA RODRIGUEZ GIL; JOSE LUIS RODRIGUEZ PERALTO; SOCORRO MARIA RODRIGUEZ PINILLA; CLEOFÉ ROMAGOSA PEREZ PORTABELLA; ELENA RUIZ BRAVO-BURGUILLLOS; IGNACIO RUZ CARACUEL; ADELA SACO ALVAREZ; ANABEL SÁEZ CASTILLO; AMAIA SAGASTA LACALLE; MONICA SAIZ CAMIN; PATRICIA SAIZ LOPEZ; MARIA TERESA SALCEDO ALLENDE; RAFAEL SANCHEZ SANCHEZ; XAVIER SANJUAN GARRIGA; MARIA EUGENIA SEMIDEY RAVEN; IOSU SOLA GALLEGU; INGRID STROHECKER SANTOS; JORDI TARRAGONA FORADADA; ANA TEIJO QUINTANS; CRISTINA TEIXIDO FEBRERO; EVA TEJERINA GONZALEZ; JORDI TEMPRANA SALVADOR; ISABEL TORRALBA CLOQUELL; FRANCISCO TRESSERRA CASAS; ISABEL TRIAS PUIG SUREDA; BELEN TRISTAN MARTIN; NOEMI VIDAL SARRÓ; BEGOÑA VIEITES PEREZ QUINTELA; BLANCA VIVANCO ALLENDE; LAURA YÉBENES GREGORIO.

SEAP-IAP

21 al 23 MAYO|2025

Libroabstracts



Temáticas.

Autopsias
Citopatología
Dermatopatología
Educación Médica
Gestión y Calidad
Hematopatología
Historia de la Patología
Infecciosas
Inmunohistoquímica
Nefropatología
Neuropatología
Patología de Cabeza y Cuello
Patología de la Mama
Patología de Partes Blandas
Patología Digestiva
Patología Digital
Patología Endocrina
Patología Ginecológica
Patología Hepato-biliar
Patología Intervencionista
Patología Ocular
Patología Osteoarticular
Patología Pediátrica
Patología Pulmonar
Patología Ultraestructural
Patología Urológica
TSAPyC

Tipos de trabajo.

Comunicación Oral
MiniOral
Póster con defensa
E-Póster



Autopsias

1678

DAÑO HIPÓXICO-ISQUÉMICO Y SU RELACIÓN CON LESIONES PLACENTARIAS: REVISIÓN DE 20 AÑOS DE AUTOPSIAS FETALES, PERINATALES E INFANTILES.

Quiñones Garrido, Sara; Simón De Blas, Clara; De Uribe Viloria, Marta; Barrios Millán, Gabriela; Sánchez López, Eva Paola; Macarrón Aguilera, Víctor; Marañillo Alcaide, Eva; De Puelles Martínez De La Torre, Eduardo; Regajo Zapata, Rita María; Esteban Rodríguez, Isabel

Presentador: Quiñones Garrido, Sara

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:18:18:30 Sala ET)

INTRODUCCIÓN: El desarrollo adecuado del sistema nervioso central (SNC) depende de múltiples factores incluyendo la salud materna, la función placentaria y el estado cardiorrespiratorio del neonato, lo que influye en la susceptibilidad a la encefalopatía hipóxico-isquémica, la principal lesión neuropatológica del período perinatal.

Numerosos estudios han asociado su desarrollo con alteraciones placentarias, sugiriendo un papel clave en la fisiopatología del daño cerebral. Este estudio analiza la relación entre la necrosis neuronal aguda selectiva y las lesiones placentarias, con el objetivo de identificar las áreas cerebrales más afectadas y las lesiones placentarias con mayor potencial predisponente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los informes anatomopatológicos de autopsias clínicas fetales (desde semana 22), perinatales y lactantes desde 2000 al 2019 inclusive. Posteriormente, se seleccionaron todos los casos con necrosis neuronal aguda selectiva (NNAS) en más de un territorio vascular y se valoraron las posibles lesiones asociadas. En los diagnósticos placentarios, se utilizó la clasificación del Consenso de Amsterdam.

RESULTADOS: De las 205 autopsias con diagnóstico anatomopatológico de EHI, se dispuso del estudio placentario en 122 casos (59.5%). En más del 80% de estos casos (99/122) se identificó algún tipo de lesión placentaria, siendo la malperfusión vascular materna la más frecuente (MVM) (40/122, 32.8%), seguida de la infección ascendente intrauterina (30/122, 24.6%) que incluye corioamionitis y funisitis (AI), la malperfusión vascular fetal (MVf) (21/122, 17.2%) y la villitis crónica (11/122, 9%). Más de la mitad de los casos (51.6%) presentaron percentiles placentarios (p) extremos, con un 29.5% en p <10 y un 22.1% en p >90.

La presencia de lesiones placentarias se relacionó significativamente con un mayor riesgo de necrosis neuronal aguda selectiva a nivel de la corteza cerebral y el puente (OR corteza cerebral=2.538 IC 95% [1.38;4.66]; OR puente=3.299 IC95% [1.59; 6.83]). Sin embargo, la presencia de lesiones placentarias se relacionó con una menor afectación de la corteza cerebelosa (OR=0.406 IC95% [0.172;0.956]).

En particular, tanto la MVM y la MVf se relacionaron significativamente con una mayor afectación a nivel del puente del encéfalo, mientras que la villitis crónica no presentó dicha correlación (MVM y puente rho spearman=0.131, p-valor=0.062; MVf y puente rho spearman=0.210, p-valor=0.003). Además, la MVM se vinculó con una mayor afectación del núcleo dentado (rho Spearman=0.139, p=0.047).

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos evidencian una clara asociación del daño hipóxico-isquémico y la presencia de lesiones placentarias en más de un 80% de los casos. Además, destacan el potencial valor predictivo de estas alteraciones, ya que ciertas lesiones placentarias se vinculan con áreas cerebrales específicas afectadas. Estos resultados subrayan la importancia del estudio placentario, pudiendo inferir los daños cerebrales y sus lesiones placentarias asociadas en la población perinatal, mejorando así el conocimiento de estas entidades. A diferencia de otros estudios que identifican la corioamionitis como la lesión placentaria más frecuente en estos pacientes, en nuestra serie la MVM fue la alteración predominante.

Autopsias

2406

TERAPIA CAR-T Y ANTICUERPOS BIO-ESPECÍFICOS, ICANS Y SU CORRELACIÓN NEUROPATOLÓGICA POST-MORTEM, REVISIÓN DE 7 CASOS.

Ardaya Lopez, Bruno Bernardo; Menarguez Palanca, Francisco Javier; Arias, Francisco; Galindo Guzmán, Huáscar; Jiménez García, Aquilino; Tribaldos Villar, María Ángeles; Gómez Graña, Álvaro; Díaz Crespo, Francisco Javier

Presentador: Ardaya Lopez, Bruno Bernardo

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:30:18:42 Sala ET)

INTRODUCCIÓN: La terapia con células CAR-T ha revolucionado el manejo de las neoplasias hematológicas. La modificación de linfocitos T autólogos para expresar un receptor de antígeno quimérico (CAR) les otorga la capacidad de reconocer antígenos tumorales, como CD19 o el antígeno de maduración de células B (BCMA), lo que les permite destruir células tumorales de manera específica. Este enfoque ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de leucemias y linfomas, logrando respuestas sostenidas en muchos pacientes. Sin embargo, la terapia CAR-T no está exenta de complicaciones, entre las que destacan el síndrome de liberación de citocinas (CRS) y el síndrome de toxicidad neurológica asociado a células inmunoeffectoras (ICANS, por sus siglas en inglés). Aunque el ICANS ha sido ampliamente descrito en la literatura clínica, los estudios que analizan su correlación con hallazgos histopatológicos cerebrales son escasos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los cerebros de 7 pacientes con neoplasias hematológicas que recibieron terapias celulares. La serie incluyó 5 pacientes que fallecieron durante el tratamiento, 1 que murió por progresión de la enfermedad tras completarlo y 1 con mieloma múltiple tratado con anticuerpos bispecíficos para BCMA, con sospecha clínica de ICANS. Los casos, recopilados entre 2019 y 2025, fueron sometidos a un análisis neuropatológico detallado para identificar posibles alteraciones asociadas al tratamiento, como inflamación y otros cambios estructurales en el tejido cerebral.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 45 años (rango: 22-63 años), con predominio de hombres (57%, 4/7 casos). 6/7 pacientes recibieron CAR-T dirigido contra CD19 (85%) y 1 paciente recibió terapia inmunitaria para BCMA. El diagnóstico más frecuente antes de la terapia fue linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) (5/7 casos), 1 caso de leucemia linfoblástica aguda (LLA) y 1 caso de Mieloma múltiple IgM-Kappa.

Desde el punto de vista clínico todos los pacientes que recibieron CAR-T desarrollaron ICANS, con cinco casos de grado 4 y uno de grado 1. Todos presentaron CRS, siendo el grado 2 el más alto registrado en el historial clínico de los pacientes (2/7 casos).

De los 5 pacientes que fallecieron bajo tratamiento CAR-T, la mediana de supervivencia fue de 41 días (rango: 18-80 días) después de haber iniciado la terapia.

Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron el edema cerebral y gliosis. Un paciente falleció debido a la progresión de la neoplasia inicial a nivel cerebral. Especialmente llamativo fue el infiltrado inflamatorio intersticial, perivascular y meníngeo de linfocitos CD3/CD8 + en los pacientes que fallecieron durante el tratamiento con CAR-T (4/5 casos).

CONCLUSIONES: Los estudios sobre hallazgos neuropatológicos en pacientes tratados con CAR-T siguen siendo limitados. Nuestro análisis post mortem buscó evaluar si existía una correlación entre la presencia de síntomas neurológicos y los cambios histopatológicos en el cerebro de estos pacientes. Si bien los hallazgos más frecuentes, como el edema cerebral y la gliosis, fueron inespecíficos, destaca la presencia de un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial de linfocitos CD8+. Estos resultados subrayan la importancia de continuar investigando los mecanismos subyacentes de la toxicidad neurológica asociada a CAR-T. Esperamos que esta serie de casos contribuya a futuras investigaciones para comprender mejor las complicaciones neurológicas y optimizar el manejo de esta terapia innovadora.

Autopsias 1791

PRESENTACIÓN DE NUESTRA SERIE SOBRE LAS DISCREPANCIAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS EN AUTOPSIAS: CLASIFICACIÓN DE GOLDMAN

Calvo Torio, Paula; Aguirrezabal MarcoteGUI, Leire; Fernández De La Prieta, Iria; Alvarado Cuenca, Rosa Irene; Azueta Etxebarria, Ainaara
Presentador: Calvo Torio, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:15-18:20 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: Las autopsias clínicas constituyen una herramienta fundamental para evaluar la calidad de la atención médica, permitiendo identificar discrepancias entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos post mortem. La clasificación de Goldman categoriza estas discrepancias en cinco clases en función del grado de discordancia entre los diagnósticos, diferenciando de este modo los errores según su importancia clínica. Este estudio pretende comparar los hallazgos clínicos realizados en vida del paciente con los resultados de autopsia y calcular la tasa de discrepancias entre ambos diagnósticos e identificar los resultados inesperados de notable repercusión clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 103 autopsias clínicas de adulto realizadas en un hospital de tercer nivel en los últimos ocho años (2017-2024), y clasificarlas según la Clasificación de Goldman modificada por Battle.

RESULTADOS: De las 103 autopsias analizadas el 65% correspondieron a pacientes de sexo masculino, con una edad media de 66,3 años. Los servicios hospitalarios que con mayor frecuencia solicitaron la realización de autopsias fueron la unidad de reanimación (40%) y el servicio de medicina interna (18%). En el 59% de las autopsias se identificaron discrepancias diagnósticas. Las discrepancias tipo I, definidas como aquellas enfermedades directamente relacionadas con la causa de muerte que, de haberse detectado oportunamente, habrían condicionado un cambio terapéutico significativo, representaron el 15,5% de los casos. Las patologías más frecuentemente observadas en este grupo fueron el embolismo pulmonar (31%), las neoplasias malignas (19%) y las infecciones (12%). Por otra parte, las discrepancias tipo II, caracterizadas por enfermedades directamente relacionadas con la causa de muerte pero que, aún habiéndose detectado, no habrían modificado el manejo terapéutico, también constituyeron el 15,5 % de las autopsias. Los diagnósticos más comunes en este grupo fueron las hemorragias masivas (38%) y el infarto agudo de miocardio extenso (25%). En relación con las neoplasias malignas identificadas en todos los tipos de discrepancias las más prevalentes fueron de origen pancreático (25%).

CONCLUSIONES: La clasificación de Goldman permite hacer una evaluación de la precisión diagnóstica en vida e identifica los errores médicos más prevalentes. De esta manera, pretende disminuir el número de diagnósticos equívocos mejorando así la calidad asistencial. En este hospital de tercer nivel, los diagnósticos erróneos con un posible cambio terapéutico más prevalentes fueron el embolismo pulmonar, las neoplasias malignas y las infecciones. Con este estudio concluimos que, a pesar de los avances tecnológicos en las pruebas de imagen, las discrepancias tipo I siguen existiendo, por lo que la realización de autopsias y la aplicación de la clasificación de Goldman continúan siendo pilares fundamentales para el futuro manejo de otros pacientes.

Autopsias 2327

REVOLUCIÓN DE LA AUTOPSIA NEUROPATOLÓGICA: DE LO ANALÓGICO A LO DIGITAL

Ruiz Valderrey, Paloma; López Martínez, María José; Martín Lentijo, Luis Javier; Perera Anchustegui, Javier; Saiz Aúz, Laura; Burguño García, Iván; Uceda Heras, Alicia; Rábano , Alberto
Presentador: Ruiz Valderrey, Paloma

FUNDACIÓN CIEN

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:20-18:25 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: El estudio del tejido cerebral humano post mortem es fundamental para el avance en la investigación de las enfermedades neurodegenerativas. El futuro de ésta depende de la disponibilidad de muestras cerebrales de alta calidad procedentes de bancos de cerebros. El BT-CIEN recibe donaciones de la cohorte VARS (Vallecas Alzheimer Reina Sofía), y dispone así de una colección única de cerebros de pacientes con demencia y un conjunto especialmente valioso de datos asociados (seguimiento clínico, sangre, RM y múltiples ómicas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Para obtener las condiciones óptimas de las muestras de tejido cerebral post mortem, se ha desarrollado un protocolo único y exhaustivo. El primer paso del protocolo es la obtención de imágenes mediante resonancia magnética cerebral (RM) de 3 Teslas. Seguidamente, se realiza la autopsia neuropatológica limitada a la cavidad craneal de acuerdo con el protocolo del Banco de Tejidos CIEN. Se realiza en fresco una incisión sagital media para obtener dos hemisencéfalos simétricos. El hemisencéfalo derecho se procesa en lonchas seriadas coroneales del hemisferio cerebral, sagitales del hemisferio cerebeloso y el hemitronco en bloque para su conservación a largo plazo a -80°C. El hemisencéfalo izquierdo se procesa para estudio neuropatológico convencional mediante fijación por inmersión en formaldehído tamponado al 4% durante al menos 4 semanas. Tras su fijación, el hemisencéfalo izquierdo se secciona coronalmente de manera seriada en cortes de 1cm de los que se toman muestras representativas de las estructuras anatómicas de interés para el diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas. También se realizan cortes seriados sagitales del cerebelo y cortes seriados transversales del tronco cerebral. Estas muestras se procesan para su posterior inclusión en parafina y seguidamente se realizan cortes a 4µm mediante un microtomo de rotación. A continuación, se realiza una tinción de Hematoxilina/Eosina de rutina a partir de la cuál, el neuropatólogo decide las áreas concretas en las que realizar la batería de inmunohistoquímica en función de la patología observada en el caso.

Posteriormente, estas muestras seleccionadas se digitalizan con el objetivo de la creación de un banco digital de imágenes histológicas del BT-CIEN, de acceso a la comunidad científica.

RESULTADOS: En el año 2024 se realizaron 48 autopsias neuropatológicas en el BT-CIEN. La media de edad de los donantes en el momento del fallecimiento fue de 70,9 años y el 58,33% fueron mujeres. El diagnóstico clínico más común fue la enfermedad de Alzheimer (25%), seguido de la Demencia Frontotemporal (19,44%) y de Esclerosis Lateral Amiotrófica (13,89%). A un 22,92% de los donantes se les realizó una RM post mortem previa a la autopsia.

CONCLUSIONES: En conclusión, se puede afirmar la importancia de la donación de cerebro, así como del desarrollo de una autopsia de alta calidad que permita la valoración adecuada de la neuropatología en cada caso e implementar la digitalización de los casos para facilitar la accesibilidad de estas muestras a la comunidad científica.

Autopsias

1984

ANÁLISIS NEUROPATOLÓGICO DE LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 1, UNA ENTIDAD DENTRO DEL ESPECTRO DE LAS DISGENESIAS TRONCOENCEFÁLICAS MOTORAS.

Quiñones Garrido, Sara; Andreu Cervera, Abraham; Martínez Sempere, Miguel; Company, Verónica; Esteban Rodríguez, Isabel; Voinescu, Isabela; De Uribe Viloria, Marta; Sánchez López, Eva Paola; Regajo Zapata, Rita María; Puelles, Eduardo
Presentador: Quiñones Garrido, Sara

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 10)

INTRODUCCIÓN: La atrofia muscular espinal tipo 1 (AMEI), o enfermedad de Werdnig-Hoffman, es la forma más severa de atrofia muscular espinal, caracterizada por debilidad muscular progresiva y tono muscular deficiente desde la primera infancia. Histológicamente, la afectación de los pares craneales puede ser de difícil diagnóstico debido a las limitaciones en la caracterización histopatológica, complejidades anatómo-embriológicas y la disponibilidad de marcadores inmunohistoquímicos específicos. Además, la escasa experiencia en patologías con afectación de los pares craneales complica su identificación. En este contexto, algunos autores han propuesto el término de "disgenesias troncoencefálicas" para describir estas alteraciones. Este estudio tiene como objetivo realizar un análisis neuropatológico detallado de las poblaciones de motoneuronas en individuos con AMEI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los informes anatomopatológicos de autopsias clínicas fetales (desde semana 22), perinatales e infantiles desde 1967 al 2019 inclusive. Posteriormente, se seleccionaron todos los casos con diagnóstico de AMEI (10 casos). Las muestras fueron procesadas con nuevas tinciones de hematoxilina eosina y Violeta de Cresilo, además de estudios inmunohistoquímicos con colinacetiltransferasa (ChAT) y otros marcadores para evaluar la afectación de motoneuronas en tronco encefálico y médula espinal.

RESULTADOS: En todos los casos el estudio anatomopatológico inicial reveló alteraciones de los pares craneales incluyendo degeneración neuronal y gliosis intensa. El nervio hipogloso (XII) fue el más afectado (9/9), seguido por facial (VII, 3/9), oculomotor (III, 2/9), abducens (VI, 1/9) y vago (X, 1/9). Además, la médula espinal mostró atrofia, gliosis y/o degeneración neuronal a nivel del asta anterior en 5 casos. El estudio inmunohistoquímico con ChAT mostró una mayor afectación de los pares craneales en comparación con la evaluación inicial.

CONCLUSIONES: El uso exclusivo de hematoxilina eosina puede subestimar la afectación de los pares craneales en AMEI y en otras entidades similares. Por este motivo, se recomienda la incorporación de estudios inmunohistoquímicos específicos para mejorar la identificación de motoneuronas en casos sospechosos. Además, proponemos el término "disgenesia troncoencefálica" para caracterizar mejor entidades con características histopatológicas similares. En este caso, la AMEI compartiría afectaciones con otras disgenesias troncoencefálicas motoras.

Autopsias

2100

SEPSIS TRAS TRATAMIENTO ADYUVANTE EN UNA JOVEN DE 37 AÑOS POST NEUMONECTOMIA POR CARCINOMA ESCAMOSO

Salas Díaz, Daniela Alejandra; Moll, Alba; Moya, Irene; González Farré, Xavier; Ortiz, Estrella; Rodríguez Revenga, Laia; Sánchez, Aurora; Ramon Y Cajal, Teresa; Zamora, Carles; Aldecoa, Iban
Presentador: Salas Díaz, Daniela Alejandra

HOSPITAL CLINIC, BARCELONA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La autopsia clínica puede ser una herramienta fundamental para esclarecer preguntas clínicas más allá de la causa de muerte. Sin embargo, la aparición de hallazgos inesperados puede plantear el reto de adaptar el protocolo de autopsia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 37 años con antecedentes de fallo ovárico precoz y neumonía bilateral por SARS-CoV-2 que requirió intubación orotraqueal. Se diagnóstica de carcinoma escamoso pulmonar en lóbulo inferior izquierdo (46mm) tras un cuadro de candidiasis orofaríngea recurrente y hemoptisis. Al mes, se le realiza una neumonectomía izquierda con resección pericárdica y linfadenectomía mediastínica, cT2bN0M0 (estadio IIA), seguida de quimioterapia adyuvante con cisplatino y docetaxel. A los 3 meses del diagnóstico, ingresa por shock séptico secundario a enterocolitis neutropénica. Durante la hospitalización presenta pancitopenia, fiebre sin aislamiento microbiológico y lesiones pulmonares en el pulmón derecho, sin poder descartar metástasis ni infección fúngica. Posteriormente desarrolla clínica neurológica, evidenciándose en la resonancia magnética cerebral signos de isquemia aguda. La paciente evoluciona desfavorablemente siendo exitus al mes del ingreso y realizándose autopsia clínica

RESULTADOS: La autopsia confirmó la presencia de microabscesos en fase de resolución en pulmón derecho, bazo, riñones e hígado y meningitis en base de encéfalo. En el pulmón derecho (815g), además de cambios posquirúrgicos, se observaron dos focos de infección fúngica angioinvasiva. La médula ósea mostraba hemofagocitosis, había infartos agudos en bazo y riñones. Se consideraron como eventos terminales un extenso infarto de miocardio extenso y una encefalopatía hipóxico-isquémica. No se evidenció neoplasia residual pulmonar, pero sí infiltración de carcinoma escamoso en la valvícula derecha. En el examen macroscópico destacaba una microencefalia sin atrofia destacable (1070g), un riñón izquierdo ectópico displásico y ovarios fibróticos. Ante estos hallazgos, se decidió toma de sangre periférica y extracción de DNA, sospechando un cuadro genético de base. El exoma identificó dos variantes patogénicas en el gen FANCA (c.3558dupG y c.3971C>T) en heterocigosis compuesta confirmada con el estudio de segregación, compatible con el diagnóstico de Anemia de Fanconi (AF). La revisión de la historia clínica mostraba asimismo bajo peso al nacer, retraso en el desarrollo psicomotor y macrocitosis desde el 2008, hallazgos también compatibles con AF.

CONCLUSIONES: La AF es un síndrome de insuficiencia medular caracterizado por pancitopenia, anomalías congénitas y predisposición al desarrollo de neoplasias. Sin embargo, hasta un 40% de los pacientes pueden no presentar ninguna de estas manifestaciones, debido a la heterogeneidad fenotípica y la expresividad variable observada en esta enfermedad. Los tumores sólidos, particularmente carcinomas escamosos pueden ser la primera manifestación clínica, como en el presente caso. La toma de sangre periférica postmortem y extracción de DNA fue fundamental para poder realizar el estudio genético. Es importante la identificación de hallazgos que sugieran un síndrome genético durante la autopsia, para poder dar un diagnóstico y asesoramiento genético adecuado a los familiares de estos pacientes.

EL IMPACTO DE LA FORMA SOBRE LA FUNCIÓN

Sánchez Perales, Zully Faby Elvita; Domínguez Aparicio, Claudia; Ruiz Díaz, Irune; De Burgos González, Saül; Carrillo Cobarro, María; Ordoñez Arrilaga, Ainhoa; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Zubillaga Villabona, María Luisa; Moreno Valladares, Manuel
Presentador: Sánchez Perales, Zully Faby Elvita

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Ilustramos el caso de una mujer de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, tratada con lecanidipino y simvastatina. A partir de episodio de ictus, presentó deterioro cognitivo progresivo y síndrome apático-bradicínético. Tras múltiples episodios sincopales, se le realizó estudio radiológico que demostró un aneurisma de aorta ascendente sin signos de disección, lesiones isquémicas crónicas y restos de microhemorragias difusas en cerebro, que plantearon un diagnóstico diferencial amplio de afectación vascular inespecífico, secundario a la hipertensión arterial o CADASIL. En estudio genético, se encontraron dos variantes del gen NOTCH3, una de ellas clasificada como probablemente patogénica y otra de significado incierto. La paciente ingresó por deterioro del nivel de conciencia, hipotonía izquierda y movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho. El TAC evidenció una hemorragia subaracnoidea extensa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó autopsia de sistema nervioso central. Se extrajo el encéfalo para fijación en formaldehído al 4% durante 3 días. Posteriormente, se cortó en secciones coronales, previa disección del polígono arterial de Willis. Se tomaron muestras para preparaciones histológicas con hematoxilina-eosina, histoquímica (PAS, trícromo de Masson, elásticas) e inmunohistoquímica (B-amilóide, actina de músculo liso, CD-34, CD-68, GFAP, AT8). También se extrajo tejido en fresco para estudio por microscopia electrónica.

RESULTADOS: El encéfalo pesó 1277 g (1250-1350 g) y mostró hemorragia subaracnoidea extensa con asimetría de predominio derecho, debido a hematoma de 8cm ocupando la cisura silviana. Al diseccionar el hematoma aparece un aneurisma sacular en la bifurcación de la arteria cerebral media con una de sus ramas ascendentes y con coágulo organizado adherido a la superficie. En los cortes coronales se identificó una lesión destructiva de gran parte del parénquima cerebral de este lado, rompiendo incluso la pared ventricular. El estudio microscópico reveló afectación vascular de tipo arteriolosclerótico, sin depósitos amiloides. Asimismo, se identificaron depósitos neuropatológicos de tipo enfermedad de Alzheimer, y a nivel del aneurisma se observó la afectación aterosclerótica, destrucción de la capa elástica, cristales de colesterol y esclerosis con trombo asociado. No se confirmaron los depósitos típicos del CADASIL, en microscopia electrónica.

CONCLUSIONES: CADASIL es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por mutaciones que afectan el dominio EGFR de la proteína NOTCH3. Estas alteraciones producen destrucción progresiva de la pared de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, con la acumulación de material osmiofílico granular (GOM). Puede causar hipoperfusión, infartos en la sustancia blanca y déficits neurológicos progresivos. En nuestro caso, la paciente presentaba variantes alélicas probablemente patogénicas en NOTCH3, pero sin evidencia de depósitos de GOM, lo que sugiere un fenotipo atípico o una fase temprana de la enfermedad. Estudios en modelos animales han asociado mutaciones en NOTCH3 con el desarrollo de aneurismas cerebrales, posiblemente debido a alteraciones en la homeostasis del músculo liso vascular y pérdida de estabilidad estructural de la pared arterial. Estas alteraciones, generan déficits funcionales en la contractilidad y el tono vascular, lo que sugiere un impacto más amplio de NOTCH3 en la fisiopatología de diversas enfermedades vasculares.

PENTALOGÍA DE CANTRELL. REPORTE DE UN CASO

Morante Palacios, María Claudia; Guncay Morocho, Tania; Khedauoi Smali, Radia
Presentador: Morante Palacios, María C.

HOSPITAL UNIV DE FUENLABRADA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La pentalogía de Cantrell se define como un conjunto de malformaciones, entre las que destacan: defectos del tercio inferior del esternón, de la pared abdominal, del diafragma anterior, del pericardio diafragmático y algún tipo de defecto de tabique interventricular. Descrito por primera vez en 1958, una anomalía congénita poco frecuente, esporádica y de etiología desconocida, con aproximadamente 250 casos registrados hasta la fecha. Los defectos colectivos son el resultado de un fallo de diferenciación o migración de las estructuras mesodérmicas durante la fase embrionaria del desarrollo. Aunque no existe una mutación genética específica que se considere responsable de la pentalogía, se han asociado con aneuploidias. Se clasifica en tres clases según la expresión completa e incompleta de los defectos: la clase I confirma los 5 defectos presentes, la clase 2 con cuatro defectos incluidos anomalías intracardíacas y de la pared abdominal ventral, y la clase 3 con expresión incompleta con hasta dos defectos o varios combinados siempre que incluya las anomalías esternales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza autopsia de feto de 16+6 semanas de gestación, producto de un aborto espontáneo de primera gestación. Madre de 28 años, sin antecedentes patológicos ni obstétricos de interés, con screening combinado del primer trimestre y de preeclampsia de bajo riesgo y serología de infecciosas negativas.

RESULTADOS: La autopsia mostró cambios morfológicos compatibles con muerte fetal intrauterina, datable de 1 semana, con ausencia de cuerpo de esternón, diafragma anterior incompleto, gastrosquisis con evisceración hepática, desviación de la columna dorsolumbar de 45°. No se identificaron defectos de tabique cardíaco ni de cierre del tubo neural.

CONCLUSIONES: En el conjunto de defectos observados en la pentalogía de Cantrell, se demuestra que solo unos pocos presentan el espectro completo de anomalías; estos fetos podrían sobrevivir, pero con una morbilidad sustancial. El presente caso tiene una expresión incompleta (clase 3) de la entidad con defectos resultantes del cierre inadecuado de los pliegues mesodérmicos laterales y craneocaudales como la ausencia de cuerpo del esternón, defecto de la pared abdominal y severa escoliosis lumbosacra. El diagnóstico ecográfico temprano de esta patología es fundamental para que los padres puedan decidir sobre la continuación del embarazo, ya que el pronóstico es malo, con una tasa de mortalidad muy alta.

Autopsias 1998

COMPLEJO AGNATIA-OTOCEFALIA CON SITUS INVERSUS COMPLETO Y AGENESIA CEREBELOSA: REPORTE DE UN CASO

Guncay Morocho, Tania Patricia; Morante Palacios, Maria Claudia; Alfonso Sánchez-Sicilia, Ana; Moreno Jurado, Nekane; Menéndez Gallego, Mónica; Sanchez Hernandez, Cristina; Muñoz Hernández, Bárbara; Cózar García, Natalia; Moreno Torres, Amalia
Presentador: Guncay Morocho, Tania Patricia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El complejo agnatia-otocefalia es un síndrome letal caracterizado por alteraciones en el desarrollo mandibular, anomalías auriculares con posición ventromedial o fusionadas, microstomía, hipoplasia orolingual o aglosia. Este trastorno se produce en el contexto de una formación anómala del primer arco faríngeo y presenta una prevalencia inferior a 1 por cada 70.000 nacimientos. Puede presentarse como un defecto estructural aislado o asociado a otras anomalías congénitas. Entre estas anomalías se incluyen ciclopía, holoprosencefalia, defectos del tubo neural, aplasia o hipoplasia cerebelosa, situs inversus, ectopia renal, riñón en herradura, anomalías vertebrales y costales, defectos pulmonares e intestinales y ausencia de tractos ópticos. Este reporte de caso asocia la presencia de un situs inversus total y agenesia cerebelosa con un complejo agnatia-otocefalia. Se considera un trastorno multifactorial y, en ocasiones, una condición esporádica con un bajo riesgo de recurrencia en embarazos futuros. Diversas etiologías han sido propuestas para este trastorno, incluyendo exposición a fármacos, factores ambientales y genéticos, como la mutación en el gen PRR1 localizado en el cromosoma 1q24.

MATERIAL Y MÉTODOS: Autopsia de un feto masculino de 24 semanas de gestación, tras una fecundación in vitro, (FIV) con doble ovodonación. Se realizó feticidio en otro centro, previo al parto en nuestro hospital. La madre, de 43 años de origen nigeriano, con antecedentes obstétricos de cuatro gestaciones, dos interrupciones voluntarias del embarazo, 1 aborto del primer trimestre y un parto por cesárea tras FIV. Diagnosticada de miomatosis uterina, alfa talasemia y en proceso de estudio para descartar un lupus eritematoso y una neumonía intersticial usual. Seguimiento en nuestro centro desde la semana 19 de embarazo. Se realizó amniocentesis y ecografía morfológica. Durante la gestación recibió tratamiento con hidroxycloroquina 200 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, y suplemento de hierro. Se realizó estudio radiológico tras alumbramiento.

RESULTADOS: La autopsia mostró una malformación compleja con agnatia, fusión de pabellones auriculares en posición ventromedial (otocefalia), ausencia de conducto auditivo, microstomía, aglosia, agenesia completa del cerebelo y situs inversus completo. El análisis de aneuploidías en líquido amniótico reporto sexo cromosómico masculino, sin anormalidad evidente. El análisis de hibridación genómica fue arr (X, Y) x1, (1-22) x2. El estudio con Exoma mostró la presencia de variantes de tipo SNV de significado incierto en los genes TNPO2 y KIAA0586.

CONCLUSIONES: El complejo agnatia-otocefalia es un síndrome raro, caracterizado por anomalías cráneo- faciales que son incompatibles con la vida y se puede asociar a otras malformaciones, como las que se describen en nuestro caso, agenesia cerebelosa y situs inversus completo. Se puede producir por distintas causas y el diagnóstico precoz en el embarazo es fundamental para tomar decisiones tempranas. El poco conocimiento que existe sobre este síndrome, hace necesario recabar toda la información posible durante la realización del estudio clínico, (toma de fármacos, exposiciones peligrosas, alteraciones genéticas de herencia familiar o de novo) y el estudio necrópico, con el fin de realizar asociaciones que nos lleven a identificar una posible etiología.

Autopsias 2000

INTRAPLEURAL RUPTURE OF A PULMONARY ARTERIOVENOUS FISTULA

Lopez Lopez, Jose Carlos
Presentador: Lopez Lopez, Jose Carlos

WORCESTERSHIRE ROYAL HOSPITAL, WORCESTERSHIRE ACUTE HOSPITALS NHS TRUST, WORCESTER, WORCESTERSHIRE, WR5 1DD, UNITED KINGDOM

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: A72-year-old white woman was admitted to the hospital for mitral valve replacement with a metallic valve. She had a history of rheumatic fever and mitral stenosis. Anticoagulant therapy was started postoperatively, and the patient was doing well. However, a few days after surgery, the patient experienced a sudden cardiac arrest and died.

MATERIAL Y MÉTODOS: A postmortem study was performed. Sections of the right lung cavity were obtained and fixed in 10% formalin solution. The samples were processed in a Leica ASP-300 tissue processor and paraffin-embedded. HE and Van Gieson stained slides were analyzed by standard light microscopy.

RESULTADOS: The pathological study revealed a 600-mL hemothorax, and the external examination of the right lung showed a rupture of the visceral pleura affecting the right inferior pulmonary lobe. The section of the right lung revealed a 6.5 x 5 cm hemorrhagic cavity with extension through the visceral pleura. The histological examination of the lung tissue showed an abrupt transition between an arterial and a venous wall, consistent with an arteriovenous fistula. The mitral valve replacement was successful, and the metallic prosthesis showed no alterations.

CONCLUSIONES: The intrapleural rupture of a pulmonary arteriovenous fistula is a rare event, and similar cases have been reported in Japanese patients and published in the Japanese literature. We believe that the postoperative administration of the anticoagulation therapy has been a major contributing factor to the massive bleeding found in this case. To the best of our knowledge, this is the first description of a ruptured pulmonary arteriovenous malformation in an anticoagulated patient.

Autopsias

2018

UN HALLAZGO EXCEPCIONAL: TERATOMA CONGÉNITO EXTRAGONADAL, REPORTE DE UN CASO.

Sifre Ruiz, Anna; Buda , Mihaela Madalina; Esquina Rodríguez, Cristina; Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Etxebarria Fernandez, Izaskun; Alarcón Amaya, Marcela Vanessa; Rodríguez , Nicolás; Maestro Gómez, Lidia; Sagasta Lacalle, Amaia
Presentador: Sifre Ruiz, Anna

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA - TXAGORRITXU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los teratomas congénitos son tumores raros derivados de las hojas germinales. A pesar de que la mayoría son histológicamente benignos, su localización puede determinar el pronóstico del paciente. Presentamos el caso de un feto de 20+4 semanas de gestación que presenta un teratoma localizado en el suelo de la boca, con extensión intracranial; siendo esta una localización excepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras diagnóstico ecográfico prenatal de tumoración intracranial, la familia optó por una interrupción legal del embarazo, tras la cual se realizó una autopsia fetal protocolizada según las guías vigentes en nuestro hospital. Se tomaron fotografías y se estudiaron secciones histológicas de todos los órganos y de la propia lesión. Finalmente, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica actualizada utilizando la base de datos PubMed, haciendo un análisis descriptivo de los datos obtenidos y haciendo énfasis en aquellos casos congénitos de la cavidad oral.

RESULTADOS: Feto de 20 semanas de gestación que presenta en el suelo de la boca una lesión que mide 7 x 4 cm. Macroscópicamente es heterogénea, sólido-quística, multilobulada, y se extiende desde la boca a través de la base del cráneo, ocupando la totalidad de la cavidad craneal. En el estudio histológico dicha lesión está compuesta por elementos maduros derivados de ectodermo (epitelio intestinal y retiniano, elementos glandulares), mesodermo (cartilago, hueso y músculo estriado) y endodermo (tejido hepático y pancreático). Periféricamente, se identifica tejido cerebral de arquitectura histológica preservada y características habituales. No se observan otras alteraciones macro- ni microscópicas en el estudio fetal ni de la placenta y membranas.

CONCLUSIONES: Los teratomas congénitos extragonadales se manifiestan intraútero, y son generalmente diagnosticados en nuestro medio durante la ecografía del segundo trimestre. Su localización más habitual es la región sacrococcígea, pero pueden surgir en cualquier localización siguiendo el camino migratorio de las células germinales primordiales, incluyendo cabeza y cuello, SNC y mediastino. Aunque el pronóstico depende del tamaño, la estructura (quística/sólida) y la presencia de hidrops acompañante, la resecabilidad es un factor pronóstico clave, puesto que el tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Por eso, la extensión a la cavidad craneal en los casos orofaríngeos, como en nuestro caso, es determinante.

Autopsias

2025

LINFOMA INTRAVASCULAR DE CÉLULA B GRANDE (IVLBCL): UN CASO DIAGNOSTICADO EN ESTUDIO NECRÓPSICO.

Rodríguez Burés, Manuel; Hoz Fernández, Jaime; Mosquera Martínez, María Teresa; Vázquez Bueno, José Ángel; Veiga Barreiro, Jesús Alberto
Presentador: Rodríguez Burés, Manuel

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma intravascular de célula B grande (IVLBCL) es una variante de linfoma difuso de célula B grande (DLBCL) de etiología desconocida y mal pronóstico, con mediana de edad al diagnóstico entre la sexta y séptima década de la vida. Se caracteriza por una proliferación neoplásica de células B maduras y activadas que invade selectivamente la red microvascular, sin representación en sangre periférica ni presencia de masas extravasculares. La OMS reconoce tres subtipos: cutáneo, clásico y asociado a síndrome hemofagocítico, con características clínicas, epidemiológicas y pronósticas particulares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón en la octava década de la vida con antecedentes de EPOC e hipotiroidismo, estudiado por fiebre de origen desconocido, bicitopenia, esplenomegalia y síndrome constitucional. Durante el proceso diagnóstico acudió a urgencias tras sufrir un síncope. Las pruebas de laboratorio mostraron elevación de PCR, VSG, LDH, ?2-microglobulina y ferritina, hipoproteínemia e hipalbuminemia, anemia y leucopenia, sin trombocitopenia. Se observaron lesiones de nueva aparición en TC craneal, lesiones hepáticas ya conocidas en TC abdominal y un aumento de captación en el parénquima mamario izquierdo en PET-TC. Se realizó estudio hematológico en el que se identificaron linfocitos atípicos activados en frotis de sangre periférica. No se observó infiltración neoplásica en médula ósea (aspirado y biopsia). Se biopsió la mama izquierda y, a la espera de los resultados del estudio, se produjo el éxitus del paciente.

RESULTADOS: En el estudio, limitado a cavidad torácica y abdominal, no se observaron masas adenopáticas ni lesiones orgánicas. Se objetivó hepato-esplenomegalia con quistes hepáticos simples y un aparente hemangioma, pulmones de aspecto congestivo y un corazón aumentado de peso con lesiones fibrocitrícales en ventrículo izquierdo. Se observó abundante material hemático organizado en todas las cámaras cardíacas. El hallazgo histológico más relevante fue la ocupación de la luz de vasos de pequeño y mediano calibre por células linfoides de tamaño intermedio-grande, con citoplasma escaso y núcleos pleomórficos con nucleolos evidentes. En el estudio inmunohistoquímico se observó expresión de anticuerpos de inmunofenotipo B (CD20, CD79a, CD19, MUM-1 y BCL2. No se observó expresión de CD3, CD5, CD10, BCL6 ni CD30. El índice de proliferación (Ki-67) fue muy alto, superior al 80%. Se observó afectación en todos los órganos estudiados: mama, tiroides, tráquea, pulmones, corazón, hígado, bazo, páncreas, esófago, estómago, riñones, glándulas suprarrenales, psaos, próstata, vejiga, recto y médula ósea. Se confirmó la existencia de un hemangioma hepático cuyas luces vasculares se encontraban masivamente ocupadas por células neoplásicas. Estas mismas células formaban parte del material hemático observado en las cámaras cardíacas.

CONCLUSIONES: Reportamos un caso de IVLBCL clásico de rápida evolución con afectación orgánica generalizada. La ausencia de una sintomatología específica, de afectación adenopática y la frecuente ausencia de expresión en sangre periférica complican sobremanera el diagnóstico diferencial, no siendo infrecuente que éste se lleve a cabo en el estudio postmortem. Este caso es un buen ejemplo del desafío que supone esta entidad y de las dificultades existentes para realizar un diagnóstico histológico precoz en ausencia de lesiones que biopsiar.

ENCEFALOPATÍA PELAGROSA ALCOHÓLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado Fernández, Jorge Luis; Alfaro Torres, Jorge; Ezaguirre Zarza, Beatriz; Zapata Sariñena, Noemí; Martínez Arnau, Neus; León, Liliانا; López Hernández, Alenna; Carvajal Cornejo, María Camila; Guerrero Gómez, Maialen; Carilla Sanromán, Andrea; Martínez Castillón, Javier
Presentador: Delgado Fernández, Jorge Luis

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El efecto neurotóxico directo del alcohol sobre el sistema nervioso sigue siendo controvertido. Sin embargo, los efectos del alcoholismo crónico en varios órganos viscerales juegan un papel importante en la determinación de lesiones cerebrales, las cuales pueden tener un origen multifactorial. La neurotoxicidad del etanol, la encefalopatía de Wernicke, la encefalopatía hepática, los traumatismos craneoencefálicos, la mielínolisis central pontina, el síndrome de Marchiafava-Bignami, la pelagra y otras condiciones patológicas premórbitas pueden contribuir a la disfunción cognitiva en alcohólicos. Con excepción de la neurotoxicidad del etanol, todas estas condiciones están asociadas a lesiones neuropatológicas específicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 57 años con antecedentes de enolismo crónico, problemática social, diabetes mellitus insulínoldependiente secundaria a pancreatitis crónica, hipertensión arterial y hábito tabáquico activo. El paciente ingresó desde urgencias por presentar confusión, deterioro del estado general con deshidratación hiperosmolar, parestias en miembros inferiores y alucinaciones visuales. Se inició tratamiento con fluidoterapia y benzodiazepinas de acción corta, en relación con posible abstinencia alcohólica. Ante los hallazgos de controles analíticos y la ausencia de foco infeccioso, se decidió no iniciar antibioticoterapia por baja sospecha de infección bacteriana. A los cinco días de ingreso, se notificó a la guardia de medicina interna por ausencia de signos vitales, confirmandose el fallecimiento sin causa desencadenante conocida. Se solicitó una autopsia clínica.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico del encéfalo se encontró únicamente una disminución del peso total normal de 1100 gramos (rango normal: 1200-1400g). A nivel histopatológico se evidenció la presencia de neuronas de talla grande con cromatolisis central, en núcleos de bulbo, protuberancia, núcleo dentado del cerebelo y neuronas de corteza motora (cambios histopatológicos sugestivos de encefalopatía pelagrosa). En la zona central de protuberancia se observó además una zona de desmielinización romboidal con conservación de neuronas y que presentaba cromatolisis central (mielínolisis central pontina). A este nivel se evidenciaron también acúmulos de macrófagos (CD68 y CD163) con preservación de axones. En vermis cerebeloso se identificó disminución de células de Purkinje y los cuerpos mamilares no mostraron alteraciones histopatológicas.

CONCLUSIONES: Existe una interacción compleja entre los diversos factores involucrados en la patogénesis del daño cerebral asociado al alcohol. Aunque la pelagra endémica está prácticamente erradicada en los países occidentales, sigue presentándose como encefalopatía pelagrosa, especialmente en personas con alcoholismo crónico. Los hallazgos neuropatológicos consisten en cambios neuronales aislados de tipo cromatolisis central sin alteraciones gliales o vasculares asociadas. Clínicamente, puede manifestarse de forma atípica, caracterizada por delirio aislado, sin los otros componentes de la triada clásica. La mielínolisis central pontina fue descrita por primera vez en relación con desnutrición y alcoholismo, aunque en la actualidad la mayoría de los casos se presentan en pacientes con trastornos hidroelectrolíticos, secundario a cambios bruscos de osmolaridad en el sistema nervioso central.

HIPOPLASIA CEREBELOSA ATÍPICA.

Krupinska , Martyna Aleksandra; Villavicencio Sánchez, Pedro; González Aray, Emilio; Liria Martín, Noé Jesús; Salido Ruiz, Eduardo
Presentador: Krupinska , Martyna Aleksandra

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La hipoplasia pontocerebelosa (PCH) es un trastorno neurodegenerativo hereditario caracterizado por hipoplasia o atrofia del cerebelo y la protuberancia, casi siempre asociado a microcefalia. Hasta la fecha, se han descrito al menos siete subtipos (PCH1-7), frecuentemente asociados a mutaciones en genes involucrados en la síntesis proteica. Los pacientes con PCH presentan discapacidad motora y cognitiva severa, nistagmo congénito y trastornos de la deglución. Los hallazgos histopatológicos clásicos incluyen la pérdida de células de Purkinje y la afectación de los núcleos profundos del cerebelo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó la autopsia de un varón de 9 años con retraso psicomotor no filiado con grave afectación de las funciones relacionadas con la deglución y la alimentación que fallece tras cuadro febril y fallo multiorgánico. Se llevó a cabo un examen macroscópico y microscópico de todos los bloques de órganos con particular énfasis en sistema nervioso; se emplearon tinciones morfológicas de rutina (H-E y Nissl), así como inmunohistoquímica contra PAGF, NeuN y Calretinina. El estudio genético dirigido se realizó mediante secuenciación por síntesis MiSeq TM de Illumina.

RESULTADOS: El estudio histológico reveló una hipoplasia pontocerebelosa con ausencia de células de Purkinje en el vermis e hipoplasia de estas en regiones paravermianas y hemisféricas; globalmente el volumen cerebeloso se encontró dentro de los límites de la normalidad secundariamente a una hiperplasia de células granulares. Se observó una fragmentación de los núcleos profundos del cerebelo, con conservación del núcleo dentado. Además, se identificaron heterotopias glioneuronales leptomeníngeas, gliosis periventricular y neuronas ectópicas en el cuerpo calloso. No se evidenció hipoplasia de los núcleos del puente ni atrofia del asta anterior de la médula. A nivel sistémico, se identificaron signos de insuficiencia multiorgánica y áreas de necrosis parcheada en el territorio de la arteria mesentérica superior que en ocasiones alcanzaban carácter transmural, considerándose la causa inmediata de la muerte una sepsis por translocación bacteriana. La inmunohistoquímica evidenció tramos de aganglionosis parcheada en territorios dependientes de intestino medio y anterior, sugiriendo un trastorno congénito de la motilidad digestiva. El estudio genético no reveló alteraciones en los genes habitualmente implicados en dismotilidad intestinal, nistagmo congénito, malformaciones de sistema nervioso central y enfermedades mitocondriales, encontrándose seis variantes alélicas de significado incierto en heterocigosis en los genes GUCY2C, COX14, PIK3R2, ERMARD, PPP1R15B y ZNF335, ninguna de las cuales justifica por sí misma el fenotipo clínico.

CONCLUSIONES: Los hallazgos histológicos sugieren un síndrome polimorfomativo del neuroectodermo con hipoplasia pontocerebelosa atípica que no es posible encuadrar por histopatología ni patología molecular en ninguna de las variantes conocidas de la enfermedad. La causa subyacente de la muerte parece estar relacionada con un trastorno congénito de la motilidad digestiva, posiblemente secundario a un déficit en la proliferación o migración de la cresta neural. Estos hallazgos amplían el espectro de anomalías asociadas a las hipoplasias pontocerebelosas y resaltan la importancia de estudios adicionales para su mejor caracterización.

Autopsias

2140

SÍNDROME DE KOOLEN-DE VRIES EN AUTOPSIA FETAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Kosalka , Klaudia Teresa; Cabezas Quintario, María Antonia; Bernal Jorquera, Javier; Martínez Izquierdo, María De Los Ángeles; Alonso García, Soledad R; Pérez Acosta, Eva; Tirado Zambrana, Pernilla Seidi; Muñoz Rodríguez, Jorge; Melguizo García, Mónica; Álvarez Rodríguez, Federico Antonio
Presentador: Kosalka , Klaudia Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El Koolen-de Vries es un síndrome de microdelección raro e infradiagnosticado que afecta a la citobanda 17q21.31. Fue descrito por primera vez en 2006 por Koolen y de Vries, y cursa clínicamente con una amplia variedad de anomalías, que incluyen desde dismorfismos cráneo-faciales característicos, a trastornos intelectuales y conductuales, pasando por múltiples malformaciones anatómicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta una gestante de 41 años mediante fecundación in vitro (FIV) con ovodonación, con una ecografía de segundo trimestre (19+6 semanas) en la que se observó el desplazamiento lateral derecho del corazón, secundario a una hernia diafragmática izquierda moderada, y una comunicación interventricular muscular. Le realizaron una amniocentesis genética en la que se detectó una delección intersticial heterocigota patológica, de la citobanda 17q21.31, que abarca parte del Síndrome Koolen de Vries. Se decidió una interrupción legal del embarazo a las 22+6 semanas de gestación y una necropsia fetal, que incluyó el estudio radiológico y anatomopatológico completo del feto.

RESULTADOS: Recibimos un feto con genitales masculinos, de peso y medidas corporales concordantes con la edad gestacional. Externamente observamos unos rasgos faciales dismórficos (frente amplia, nariz globulosa, orejas de implantación baja) y algunas anomalías musculoesqueléticas (hoyuelo sacro), incluyendo pie valgo, confirmado en imágenes radiológicas.

A la apertura de la cavidad torácica se identificó la hernia diafragmática izquierda posterolateral, con ocupación del hemitórax izquierdo por el estómago y parte del hígado, que asociaba una hipoplasia pulmonar bilateral.

El corazón no presentó externamente predominio de ninguna de las cavidades, y a la apertura la disposición de las cavidades fue normal, con salida de los grandes vasos anatómica, y el agujero oval y el ductus arterioso permeables, sin identificarse comunicación interventricular.

A la apertura de la cavidad craneal el cerebro presentaba un patrón cortical concordante con la edad gestacional, a excepción del cuerpo calloso, en el que se identificó una disminución del grosor del mismo. Tras cortes coronales seriados, el sistema ventricular estaba centrado y era simétrico. El cerebro y el tronco se encontraron bien conformados externamente.

CONCLUSIONES: El presente caso muestra algunas de las alteraciones anatómico-radiológicas y genéticas en el Síndrome Koolen-de Vries. Este síndrome suele aparecer de novo, aunque se han descrito algunos casos con recurrencia de esta alteración en hermanos procedentes de la misma madre, que pudieran ser el resultado de mosaicismos maternos. Teniendo esto en cuenta y tras consejo genético, se realizaron análisis de dotación genética de la pareja de la paciente, sin encontrarse alteraciones de cambio de número de copias ni pérdidas de heterocigosidad. Debido a que se trató de una FIV con ovodonación, no se pudo localizar a la donante para realizar las pruebas en el material genético materno.

Autopsias

2153

ANÁLISIS DE LAS AUTOPSIAS DE ADULTO REALIZADAS POR NUESTRA UNIDAD EN 2022 Y 2023.

Remón Love, Alexandra; González Fábrega, Almudena; Narváez Simón, María; Ríos Pelegrina, Rosa María
Presentador: Remon Love, Alexandra

HOSPITAL DE BAZA (UPIGAP)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Realizamos un análisis de las autopsias de adulto realizadas por nuestra unidad los años 2022 y 2023 con el objetivo de tener una noción estadística de dichos resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda en nuestra base de datos de todas las autopsias realizadas a fallecidos mayores de un año. Una vez obtenidos los resultados hemos analizado los datos clínicos de dichos pacientes y una búsqueda bibliográfica de la situación global de las autopsias clínicas.

RESULTADOS: Porcentaje de autopsias totales realizadas en relación a defunciones hospitalarias totales:

2022: 2,7%

2023: 3,6%

Según la bibliografía analizada la media actual general se encuentra por debajo del 5%.

De las 13 autopsias de adulto realizadas en 2022 y 2023 observamos:

Género: 2,25 : 1 (f/m)

Edad: media: 58,46 años rango 14-78 años.

Discordancia clínico-patológica: 38%

Autopsias sin orientación clínica: 3/13 (23%)

Autopsias cuyo diagnóstico final se realizó por la clínica, sin hallazgos concluyentes histológicos: 4/13 (30%).

Las causas de defunción (según diagnóstico de autopsia) de los 13 casos analizados, corresponden a origen:

Séptico: n=4 / 30%

Cardiovascular: n=3 / 23%

Neurológicas: n=2 / 15%

Hemorragia digestiva alta: n=1 / 7%

Neumonía por aspiración: n=1 / 7%

No diagnóstica: n=1 / 7%

Neoplásico: n=1 / 7%

CONCLUSIONES: Encontramos que en nuestra serie de casos la discrepancia clínico-patológica (en la que la sospecha clínica de fallecimiento y el diagnóstico final no eran concordantes) es de un 38%. En la bibliografía analizada se describe una discordancia media que ronda entre el 14,8% y el 64% según las series de casos.

Nos parece relevante destacar el porcentaje de discrepancia clínico-patológica, ya que nos habla de la utilidad de dicho estudio y también hace alusión a los criterios de solicitud que se están aplicando en nuestro ámbito actual, en los que se realiza la autopsia principalmente en casos de causa de muerte dudosa. Sería esperable una tasa más baja si se realizase autopsias a todos los fallecidos aunque se tenga más certeza de la causa de muerte y más alta si solo se realizase en los casos en los que se desconoce dicha causa.

Este análisis pone en manifiesto la importancia de la autopsia clínica en la actualidad, que sigue siendo una herramienta diagnóstica imprescindible así como un criterio de calidad hospitalario.

ESTUDIO PATOLÓGICO DE LAS LESIONES ASOCIADAS AL ANEURISMA DE LA VENA DE GALENO: ESTUDIO DE AUTOPSIAS DESDE 1967 HASTA 2024

Macarrón Aguilera, Víctor; Quiñones Garrido, Sara; Hincapié Baena, Vanessa; Díaz Castro, Vivian Yoana Carolina; Tornay Mora, Elvira; Regojo Zapata, Rita María; Esteban Rodríguez, María Isabel
Presentador: Macarrón Aguilera, Víctor

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones aneurismáticas de la vena de Galeno (MAVG) son malformaciones congénitas del sistema venoso cerebral de tipo malformación arteriovenosa (MAV). Su incidencia global es de 1:10.000-25.000, siendo la malformación vascular más frecuente en población fetal y pediátrica. Sin embargo, el diagnóstico prenatal se alcanza únicamente en un 29% de casos. Las repercusiones clínico-patológicas de las MAVG dependen de la severidad de la malformación y las intervenciones clínicas, pudiendo causar desde muerte intraútero, fallo cardíaco con hidrops fetal secundario o lesiones neuropatológicas, hasta mínimas lesiones imperceptibles. En este estudio presentamos una revisión de casos de autopsia con el diagnóstico de MAVG, en el que exponemos las características epidemiológicas y las alteraciones patológicas halladas en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda de casos de autopsia desde 1967 hasta 2024 en un hospital terciario con el objetivo de localizar casos con el diagnóstico de MAVG. Se han revisado los informes anatomopatológicos para recoger variables clínico-patológicas.

RESULTADOS: Un total de 9 casos han sido diagnosticados. La edad gestacional media al nacimiento fue 37 semanas. Un caso correspondió a muerte intraútero (11.1%). El resto tuvieron una supervivencia entre 6 horas y 21 días. La mayoría fueron varones (66.7%). Únicamente una gestación fue gemelar (11.1%). En dos casos (22.2%) se realizó embolización percutánea del aneurisma. En 2 casos se vio rotura del aneurisma con hemorragia subdural asociada (22.2%), mientras que en uno se identificó trombosis con hemorragia subaracnoidea acompañante (11.1%). Se identificó necrosis neuronal aguda en 7 casos (77.7%), afectando a varios niveles del sistema nervioso central (SNC) en 3 (33.3%). En 4 casos se detectó gliosis de sustancia blanca (44.4%), siendo difusa en 2 de ellos (22.2%). Otras alteraciones fueron MAV basilar (11.1%) y leucomalacia periventricular (11.1%). A nivel cardíaco, 5 casos mostraron hipertrofia ventricular (55.6%), con predominio derecho. En 2 casos se diagnosticó comunicación interauricular (22.2%), en uno ductus arterioso persistente (11.1%) y en uno infarto de miocardio (11.1%). Un caso mostró hidrops fetal (11.1%). Se identificaron malformaciones congénitas menores en 2 casos: páncreas anular (11.1%) e hipoplasia bilateral de 12ª costilla (11.1%).

CONCLUSIONES: Las MAV consisten en un drenaje anómalo de estructuras arteriales sobre estructuras venosas, causando un importante estasis venoso, dilatación de estructuras venosas y disminución de flujo sistémico por fenómeno shunt. Las MAVG se producen por alteración embriológica en forma de múltiples shunts arterio-venosos sobre la vena prosencefálica de Markowski (VPM), precursora de la vena de Galeno (VG). Esto causa ausencia de la desaparición de la VPM debido a la alta presión, originando el aneurisma.

El principal hallazgo clínico-patológico es la cardiomegalia, observada en más de la mitad de casos de nuestra serie. En los casos más severos de fallo cardíaco puede aparecer hidrops fetal. Las repercusiones neurológicas asociadas a compresión y fenómeno shunt son frecuentes y causan gran morbi-mortalidad, lo cual se comprueba mediante la alta incidencia de encefalopatía hipóxico-isquémica y lesiones acompañantes en nuestra serie.

Los principales factores pronósticos son las lesiones neurológicas, el tamaño de la MAVG y la disfunción cardíaca, con hasta un 80% de mortalidad en casos de fallo cardíaco asociado a hidrops fetal.

ENFERMEDAD DE WHIPPLE: OTRA GRAN SIMULADORA.

Escalona Canal, María Eugenia; Hermida Romero, Teresa; Cepeda García, Elena; Rodríguez López, Antia; Seijo Raposo, Jorge; Mejuto Rial, Mary Ann; Vázquez Bueno, Jose Ángel
Presentador: Escalona Canal, María Eugenia

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Whipple es una enfermedad infecciosa causada por el microorganismo *Tropheryma whippelii*. Sus manifestaciones son muy diversas, afectando diferentes órganos y sistemas, lo que complica su correcto diagnóstico. En los últimos doce años, hemos tenido en nuestro hospital dos casos con diagnóstico de Enfermedad de Whipple post mórtem sin sospecha clínica previa de la misma. Los dos casos presentan múltiples diferencias entre sí en cuanto a epidemiología, forma de presentación, sintomatología y evolución clínica, por lo que traemos esta presentación donde se enfrentan puntos en común y en diferencia de ambos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realización de ambas autopsias regladas por un residente de Anatomía Patológica y un auxiliar; fijación de los órganos en formol ó finexif según decisión durante el proceso autopsico; tallado, procesado e inclusión en parafina de las muestras y obtención de cortes a 5 micras teñidos con hematoxilina-eosina. Posteriormente, se realizan técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas, al igual que estudio con PCR - Real time por el servicio de Microbiología.

RESULTADOS: La sintomatología multiorgánica y las diferencias entre ambos casos nos confirma lo fácil que resulta confundir la infección por *Tropheryma whippelii* por otros cuadros reumatológicos. Esto le permite proliferar y extenderse por todo el organismo, causando un cuadro sistémico que lleva al fallecimiento del paciente. La fisiopatología de los casos no podría haber sido explicada completamente sin la realización de la autopsia clínica y la consecuente correlación anatomoclínica.

CONCLUSIONES: En aquellos cuadros reumatológicos refractarios a tratamiento, se debería descartar una Enfermedad de Whipple. Es una entidad tratable, por lo que ambos éxitos podrían haber sido evitados. No obstante, es una entidad infrecuente y con una presentación clínica muy diversa, lo que dificulta su diagnóstico y posterior tratamiento.

Autopsias

1858

MALFORMACIÓN CARDÍACA POCO FRECUENTE ASOCIADA AL SÍNDROME DE EDWARDS

Gonzalez Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Blasco Muñoz, Soledad; Perez Parra, David; Hernandez Vera, Maria Jose; Sanchez Gutierrez, David; Sanchez Espinosa, Alberto; Ramirez Olmos, Melania; Espin Garcia, Salvador
 Presentador: Gonzalez Lorca, Laura

CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO STA MARÍA DEL ROSELL- SANTA LUCÍA DE CARTAGENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Edwards está causado por la trisomía del cromosoma 18 y se asocia con anomalías desde la etapa prenatal. Su detección se basa en pruebas no invasivas e invasivas. Además, la autopsia fetal desempeña un papel fundamental en la identificación de las malformaciones responsables del fallecimiento fetal o neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza autopsia según método Rokitsansky, con técnica de apertura en "U", de recién nacido de 35 semanas. La madre, de 41 años tiene antecedentes de diabetes gestacional y abortos previos. El diagnóstico clínico es de retraso intrauterino del crecimiento severo grado III y sospecha ecográfica de síndrome de Edwards. Se separa el bloque toracoabdominal con posterior disección de órganos en colaboración con Pediatría. Tras fijación en medio formólico se realizó estudio histopatológico con hematoxilina-eosina.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico se identificaron malformaciones como: hipoplasia renal, defecto en la fusión de las yemas pancreáticas y malformaciones a nivel cardíaco, siendo estas las más relevantes. Alteraciones cardíacas observadas: comunicación interventricular de alto flujo, fosa oval permeable e interrupción del arco aórtico tras la salida del tronco braquiocefálico derecho. A esta altura se canaliza una comunicación entre el arco aórtico y la arteria pulmonar mediante el ductus arterioso, que se continúa con un tronco común. Como diagnóstico final, junto con la confirmación de cromosopatía, se clasificó como 47, XY, +18 (síndrome de Edwards) con una malformación tipo ventana aorto-pulmonar e interrupción del arco aórtico comunicada con ductus arterioso. La trisomía del cromosoma 18 es el segundo síndrome autosómico más frecuente, tras la trisomía del 21, con una incidencia de 1/4000 recién nacidos y relación directa con la edad materna. Alrededor del 40% fallecen tras el parto. El diagnóstico prenatal consiste en cribado de cromosopatías del primer trimestre (edad materna, marcadores séricos y ecografía) y analítica materna. También se utilizan pruebas no invasivas (marcadores genéticos en sangre materna) e invasivas (amniocentesis o biopsia de vellosidades coriónicas), las cuales no se realizaron ante el rechazo materno. Los hallazgos prenatales incluyen: retraso del crecimiento intrauterino, anomalías del sistema nervioso central, aumento del pliegue nucal, polihidramnios y cardiopatías. La malformación cardíaca más frecuente es el defecto en el septo atrial o ventricular, menos frecuente es la ventana aortopulmonar congénita (incidencia del 0,2-0,6% del total), cardiopatía no cianógena caracterizada por la comunicación entre aorta ascendente y tronco pulmonar con válvulas semilunares normales. Existen 3 tipos: tipo I (proximal, localizado entre la válvula sigmoidea y la bifurcación pulmonar), tipo II (distal, afecta al tronco y al origen de la arteria pulmonar derecha) y tipo III (defecto completo); correspondiendo nuestro caso a un tipo II. Este defecto genera un cortocircuito izquierda-derecha que provoca sobrecarga ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y posterior hipertensión pulmonar.

CONCLUSIONES: El síndrome de Edwards es una cromosopatía con una elevada mortalidad perinatal, con posibilidad de diagnóstico prenatal y asociado a múltiples anomalías entre las que se encuentran las malformaciones cardíacas. Es por ello que, el estudio autópsico de casos sospechosos, resulta esencial el análisis detallado del corazón para identificar posibles malformaciones vinculadas a este síndrome.

Autopsias

1805

UNA AUTOPSIA EN LA QUE EL BAZO TENÍA MUCHO QUE DECIR

Rodríguez López, Antia; Hermida Romero, Teresa; Cepeda García, Elena; Seijo Raposo, Jorge; Escalona Canal, María Eugenia; Rodríguez Méndez, Natalia; Pombo Otero, Jorge; De Luque Molezun, Carlos; Calamia, Valentina
 Presentador: Rodríguez López, Antia

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de autopsia en varón de 65 años ingresado en nuestro centro por deterioro del estado general y síndrome constitucional. Como antecedentes figuran hipertensión, isquemia crónica de miembros inferiores y varios ingresos por fracturas. Se produce deterioro progresivo durante el ingreso con diagnóstico radiológico final de isquemia intestinal e infarto esplénico. Se desestima intervención quirúrgica urgente. El paciente fallece y se solicita estudio autópsico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza autopsia clínica protocolizada incluyendo sistema nervioso central. Estudio fotográfico y demostración macroscópica. Se toman muestras para estudio microscópico de todos los órganos con fijación en Finefix, inclusión en parafina, cortes a 5 micras y tinción con Hematoxilina-Eosina inicial. Posteriormente se completa el estudio microscópico con técnicas específicas en base a los hallazgos iniciales.

RESULTADOS: El bazo es el hallazgo más relevante en la demostración macroscópica, muestra un tamaño reducido, una coloración pálida y una consistencia gomosa. El estudio microscópico del bazo, miocardio, hígado, riñón, suprarrenales y vasos intestinales muestra la presencia de un material amorfo y acelular, positivo con rojo congo y resistente a permanganato y con birrifringencia color verde manzana al microscopio de luz polarizada. El estudio de médula ósea muestra un aumento en la proporción de células plasmáticas con restricción monotípica para cadenas ligeras lambda. Se realiza espectrometría de masas en material del bazo confirmando la presencia de proteína amiloide del subtipo AL en el contexto de neoplasia de células plasmáticas.

CONCLUSIONES: Se establece el diagnóstico de Amiloidosis AL en la autopsia, sin sospecha clínica previa. Ya en el siglo XVII se documentan descripciones macroscópicas postmortem de hígado y bazo semejantes al caso que nos ocupa. La autopsia ha dado respuesta a las incertidumbres clínicas, manteniendo la vigencia de la misma y ayudando a los servicios implicados a reconsiderar sus diagnósticos previos.

CASO DE AUTOPSIA DE MESOTELIOMA MALIGNO PERITONEAL EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN A CARCINOGENOS

Espejo Herrera, Nadia; Espejo Herrera, Nadia; Badia Jobal, Daniel; Diaz, Esther; Rodríguez Dotti, Irene; Alejo, María
Presentador: Cirella, José Luis

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma maligno (MM) es una neoplasia infrecuente y los casos de origen peritoneal (MMP) son todavía más infrecuentes, representando 2-7% de los MM. La incidencia de MMP es de 0.04 a 0.16 por 100.000 personas año en los países desarrollados. Comparado con el MM pleural, el MMP puede tener menos relación con la exposición al asbesto y podría relacionarse con alteraciones en el gen BAP1. El MMP se suele diagnosticar en estadios avanzados por presentar una sintomatología leve e inespecífica. La supervivencia suele ser menor a un año y algunos pacientes muestran evolución letal rápida, como es el caso que presentamos a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 68 años con diversos antecedentes patológicos, entre los que destaca fibrilación auricular, infartos de miocardio previos con insuficiencia cardiaca, carcinoma renal, tratado con nefrectomía parcial 8 años antes (el 2015) e insuficiencia renal. Ingresó en medicina interna por malestar general y síndrome tóxico. Se le realizó un TAC en el que se observaron diversas lesiones peritoneales sospechosas de carcinomatosis por el antecedente oncológico, que se biopsiaron, obteniendo material necrótico insuficiente para diagnóstico. También se interrogó al paciente por exposición a asbesto o radiaciones previas, las cuales negó. Se decidió realizar una laparotomía exploratoria para recoger biopsias peritoneales y muestras de líquido ascítico. Posterior al procedimiento, el paciente presentó insuficiencia respiratoria, taquicardia ventricular con parada cardiorrespiratoria, sin respuesta a medidas de reanimación y exitus, por lo que se solicitó una autopsia clínica.

RESULTADOS: En la autopsia se identificaron múltiples nódulos peritoneales, de diferentes tamaños, blanquecinos, friables, con áreas hemorrágicas y adheridos a órganos intraabdominales. Además presentaba ascitis y derrame pleural, pero no se identificaron lesiones pleurales. Microscópicamente, se observó una proliferación de células epitelioides, dispuestas en papilas y en nidos sólidos. Las células mostraron cierto monomorfismo, abundante citoplasma eosinófilo, núcleo redondo y nucleolo prominente. También se observaron ocasionales cuerpos de psammoma. La Inmunohistoquímica resultó positiva para citoqueratina AE1/AE3, calretinina y WT1, negativa para PAX8, racemasa, S100. La tinción de BAP1 mostró positividad débil y focal y el Ki67 fue de 10%. Las muestras de líquido ascítico fueron negativas para células malignas. El diagnóstico final de las lesiones peritoneales, observadas en la biopsia premortem y en las muestras de autopsia, fue de mesotelioma maligno peritoneal, variante epitelioides.

CONCLUSIONES: El MMP es una neoplasia muy infrecuente y puede presentarse en pacientes sin antecedentes de exposición al asbesto. Los antecedentes de neoplasias previas, como el carcinoma renal en el caso que presentamos, o los antecedentes familiares de MM, son sugestivos de alteraciones en el gen BAP1, las cuales se heredan de manera autosómica dominante. Aunque en este caso no se realizó estudio genético de BAP1, se sugirió a los clínicos responsables comunicar el caso a la unidad de consejo genético de nuestro hospital, para que consideren realizar evaluación y seguimiento a los familiares. La detección precoz de alteraciones de BAP1 puede mejorar la supervivencia en casos de MM y puede ayudar a implementar medidas de prevención de exposición a carcinógenos ambientales relacionados con MM.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE AUTOPSIA: TROMBOSIS GENERALIZADA COMO CAUSA DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Marmol Fabrega, María Angeles; De León García-Rico, Lucía; Fula Cobos, Carolina; Carrillo Pohl, Marcos José; Diego Hernández, Cristina; Gómez Iglesias, Patricia; Boiza Sánchez, Macarena
Presentador: Mármol Fabrega, María Angeles

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Budd - Chiari (SBC) se define por la obstrucción parcial o completa del flujo venoso hepático, lo que provoca congestión hepática, hipertensión portal e insuficiencia hepática progresiva. La mayoría de las veces, esta obstrucción es debida a la trombosis de las venas suprahepáticas aunque también se describen causas neoplásicas, infecciosas o traumáticas. La presentación clínica varía desde síntomas leves hasta una insuficiencia hepática fulminante, lo que dificulta su diagnóstico. Describimos el caso de una autopsia de esta patología poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 66 años con tratamiento anticoagulante por enfermedad tromboembólica venosa (TVP y TEP bilateral) de dos meses de evolución, que acude a Urgencias por vómitos oscuros en las últimas 24 horas, sin diarrea ni fiebre. Al ingreso, se objetivan cifras de hemoglobina de 12g/dl e insuficiencia renal con creatinina de 3.4 mg/dl, FG de 18 ml/min y cifras de GPT mayores a 5000 U/L. Se realiza una gastroscopia, que no evidencia signos de sangrado. En el TAC, se observa una trombosis de las venas suprahepáticas con trombos en la aurícula derecha y vena cava inferior. Durante el ingreso, el paciente presenta un empeoramiento progresivo clínico y radiológico con edematización y ascitis que finaliza en éxitus. Se solicita estudio necróscopo.

RESULTADOS: Se realiza una autopsia toracoabdominal en la que macroscópicamente destaca la presencia de trombos en ambas arterias pulmonares, la vena cava inferior, las venas suprahepáticas y la aurícula derecha. Microscópicamente dichos trombos están constituidos por material fibrinohemorrágico adherido a la pared vascular, ocluyendo la práctica totalidad de la luz de los vasos afectados.

En los cortes histológicos correspondientes al hígado se observa una arquitectura distorsionada por signos de obstrucción generalizada de la circulación venosa, con variable congestión y dilatación de los sinusoides hepáticos, más llamativa en la zona 3 perivenular, con congestión de la vena centrolobulillar y áreas de infarto hemorrágico con depósito de hemosiderina.

Como hallazgos secundarios, en el leon terminal se identifican áreas de cambio isquémico, con denudación del epitelio superficial y de las vellosidades y desaparición de las criptas epiteliales, acompañadas de hialinización del estroma subyacente.

A partir de los hallazgos descritos, se establece el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, con trombosis de las arterias pulmonares, aurícula derecha, vena cava inferior y venas suprahepáticas (SBC), con cambios hepáticos asociados a la obstrucción generalizada de la circulación venosa.

CONCLUSIONES: El SBC es una entidad poco frecuente caracterizada por la obstrucción del flujo venoso hepático, que puede manifestarse con síntomas inespecíficos y evolucionar rápidamente a una insuficiencia hepática fulminante. Su diagnóstico representa un reto debido a su presentación clínica variable y a la necesidad de estudios de imagen específicos para confirmar la obstrucción venosa, siendo la ecografía abdominal Doppler la técnica de elección. En el caso presentado, la trombosis extensa y la progresión fulminante, subraya la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo trombóticos y el inicio precoz de estrategias terapéuticas para mejorar el pronóstico y prevenir las complicaciones graves.

EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POST MORTEM MÍNIMAMENTE INVASIVO FRENTE A LA AUTOPSIA CLÍNICA COMPLETA

Sanchez Sanchez, Rafael; Llinás Mallol, Laura; Segur Ferrer, Joan; Estrada Sabadell, Maria Dolores; Vivanco Hidalgo, Rosa Maria
Presentador: Sanchez Sanchez, Rafael

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El estudio post mortem mínimamente invasivo (EPMI) es una técnica de estudio post mortem que se basa en la toma de muestras biológicas de un conjunto de órganos y de fluidos, y la realización de análisis histopatológicos, inmunohistoquímicos y microbiológicos en estas muestras biológicas con el objetivo de determinar la causa de la muerte. Sin embargo, no conlleva prosecución o estudio interno del cadáver, disección del cuerpo u observación directa de los órganos. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la seguridad clínica y la utilidad diagnóstica del EPMI como alternativa a la autopsia clínica completa, y analizar los aspectos organizativos, sociales, éticos y legales derivados de su implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica para analizar la seguridad clínica y la utilidad diagnóstica del EPMI. Para la evaluación de los aspectos organizativos, sociales, éticos y legales de la implementación del EPMI se ha realizado una revisión panorámica de la literatura científica. Las revisiones de la literatura han seguido las recomendaciones PRISMA y de la colaboración Cochrane. Los estudios incluidos se han seleccionado en dos etapas y de acuerdo con criterios preestablecidos. En la revisión sistemática se ha realizado una evaluación del riesgo de sesgo de la evidencia. La perspectiva de evaluación ha sido la del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.

RESULTADOS: Se han identificado 16 publicaciones sobre la seguridad clínica y la utilidad diagnóstica del EPMI. El riesgo de sesgo de la evidencia ha sido generalmente bajo. No existe evidencia científica suficiente para poder determinar si el EPMI podría ser una alternativa más segura que la autopsia clínica completa. Se ha determinado que el EPMI presenta una fiabilidad diagnóstica adecuada, pero no superior a la de la autopsia clínica completa en la determinación de la causa de la muerte fundamental de una persona fallecida. El análisis por grupos poblacionales ha mostrado que el EPMI presenta una mejor utilidad diagnóstica para determinar la causa de la muerte en poblaciones de personas adultas fallecidas que en poblaciones de muertes fatales, neonatales o maternas. En la evaluación de los aspectos organizativos, sociales, éticos y legales derivados de la implementación del EPMI se han identificado 25 publicaciones científicas. Se ha determinado que existen diversos facilitadores y barreras para la implementación del EPMI. Entre los facilitadores identificados destacan las facilidades en la entrega del cuerpo, el deseo de conocer la causa de la muerte, la contribución al progreso científico y asistencial de la comunidad, la percepción de no desfiguración del cadáver y las objeciones éticas o religiosas a la realización de la autopsia clínica. Entre las barreras, pueden reseñarse los requerimientos técnicos, materiales y económicos destinados a su realización, la necesidad de formación específica, la existencia de una demanda asistencial elevada en los servicios de anatomía patológica y la existencia de miedos y mitos asociados al EPMI.

CONCLUSIONES: Se concluye que el EPMI podría ser una alternativa útil para la determinación de la causa de la muerte en una persona fallecida en el SNS de España si no fuera posible realizar una autopsia clínica completa o existiesen objeciones éticas, religiosas o sociales a su realización. Se recomienda la generación de evidencia adicional en el marco del SNS de España.

CALCIFICACIÓN METASTÁSICA PULMONAR FULMINANTE EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL Y UN TUMOR PARATIROIDEO

Martín Small, Gustavo; Mancioño, Jose María; Matute Molina, Karol; Aquino, Micaela; Yaguana Valencia, Santiago Fernando; Reverter, Jordi L.; Carrato, Cristina
Presentador: Martín Small, Gustavo

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La calcificación metastásica pulmonar (CMP) es una alteración metabólica que se caracteriza por el depósito de calcio en el parénquima pulmonar previamente sano producto de alteraciones en el metabolismo fosfo-cálcico. Las causas más asociadas a esta entidad son la insuficiencia renal crónica y el hiperparatiroidismo primario, habitualmente por un adenoma de paratiroides. Clínicamente la CMP puede ser asintomática (con depósito de calcio focal) o causar insuficiencia renal (cuando más severa). Desde el punto de vista radiológico puede confundirse con otras entidades, como patología inflamatoria o infecciosa, lo que puede conllevar un retraso en el diagnóstico. Presentamos un caso de CMP extensa y con una rápida progresión que acabó con la muerte del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 51 años de edad con antecedentes de linfoma de Hodgkin (libre de enfermedad), hiperuricemia con litiasis renales bilaterales y con reciente diagnóstico de un bocio multinodular no tóxico con nódulo predominante izquierdo en estudio, consulta por desorientación, somnolencia y discurso incoherente con síndrome tóxico asociado. En su analítica destaca importante hipercalcemia e insuficiencia renal. Progresivamente, evoluciona a insuficiencia respiratoria con necesidad de intubación y ventilación mecánica (VM), por lo que ingresa en UCI. El BAL realizado a las 24 horas fue negativo para bacterias, virus y hongos. Durante su ingreso no se pudo realizar weaning de la VM por distrés respiratorio con pulmón no compliante y acabó presentando una neumonía. En su estadia, es diagnosticado de una neoplasia de paratiroides izquierda mediante PAF con valores de paratirina en aguja de 16.626 pg/ml. El paciente fue éxito a los 27 días por distrés respiratorio in ventilable. Se solicita autopsia clínica limitada a cavidad torácica.

RESULTADOS: Durante el examen macroscópico se evidenciaron unos pulmones aumentados de peso compactos e indurados que, al corte mostraron marcada consolidación y un tacto áspero. En el lado izquierdo de la glándula tiroidea se identificó una lesión sólida, redondeada y bien delimitada de 61mm de diámetro mayor, que al corte, mostraba una cápsula fibrosa y un centro necro-hemorrágico. El estudio histológico reveló la presencia de depósito de calcio en las paredes alveolares, bronquios y en las paredes de vasos pulmonares, de forma extensa y bilateral; signos histológicos de una CMP. Además, se observaron focos de neumonía organizativa. La lesión adyacente al tiroides correspondía a una lesión paratiroidea, encapsulada, con extensos signos de desvitalización/necrosis. Se identificaron imágenes de invasión capsular; sin evidencia de invasión de tejidos adyacentes ni invasión vascular o perineural; por lo que fue diagnosticada de tumor de paratiroides atípico. El resto de órganos analizados también mostraron depósitos de calcio.

CONCLUSIONES: Aunque en muchas ocasiones la CMP puede cursar de manera lenta y poco agresiva, como habitualmente se describe en los casos asociados a insuficiencia renal, la coexistencia en nuestro paciente de un tumor paratiroideo, productor de parathormona, lo condujo a una rápida evolución del depósito de calcio pulmonar, agravado por la infección respiratoria y shock séptico seguramente secundarios al distrés que la CMP provoca.

HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR: SERIE DE CASOS DE AUTOPSIAS FETALES.

Montijano Pozas, María; Enriqueta; Ayra Arango, Carmen; Arolfo, María Carolina; Chinchón Espino, David
Presentador: Montijano Pozas, María Enriqueta

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La holoprosencefalia alobar es una malformación congénita que cursa con un prosencéfalo monoventricular por ausencia del cuerpo calloso o del septum pellucidum. El diencéfalo y el telencéfalo no se encuentran divididos, faltan los bulbos y tractos olfatorios y no existe cisura interhemisférica. El defecto básico consiste en la falta de división sagital del prosencéfalo en hemisferios cerebrales, de división transversal en diencéfalo y diencéfalo y de división horizontal en bulbo olfatorio y bulbo óptico. Este trastorno ocurre entre el día 18 y el 28 de vida embrionaria. La holoprosencefalia en todas sus formas se presenta con una frecuencia de 1 por cada 15.000 recién nacidos vivos. Entre los productos de los abortos espontáneos puede ser tan elevada como de 1 por cada 250. La etiología es heterogénea. Aproximadamente el 40% de los casos se deben a anomalías del número cromosómico, siendo la más frecuente la trisomía 13 (Síndrome de Patau), seguida de la trisomía 18 (Síndrome de Edwards) y la triploidía. Se ha documentado un aumento de la incidencia cuando hay factores ambientales o teratógenos involucrados. La exposición a sustancias tóxicas como el alcohol durante el embarazo, medicamentos como el metotrexato, salicilatos, estatinas e infecciones virales por citomegalovirus, se han visto relacionadas. La variante alobar de la holoprosencefalia suele acompañar a defectos faciales severos de la línea media como la ciclopía (un único globo ocular con una única órbita ubicada en el centro) o la sinoftalmia (una duplicación de los globos oculares con una única órbita). La probóscide se manifiesta como una protuberancia anómala en la región nasal similar a un apéndice o "nariz adicional". También pueden asociarse otros defectos como el labio leporino, paladar hendido y graves malformaciones cardíacas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de seis casos de autopsias fetales. Las madres tienen edades comprendidas entre 35 y 40 años y no cuentan con antecedentes patológicos de interés. En el control ecográfico del embarazo se detectan polimalformaciones y optan por la interrupción voluntaria del embarazo. Se realiza prosección total y muestreo.

RESULTADOS: La examinación postmortem macroscópica demostró holoprosencefalia alobar en la totalidad de los casos. Externamente se observan anomalías faciales severas: tres con ciclopía y uno con etmocefalia con presencia de probóscide. Cuatro tenían polidactilia, fisura palatina, microftalmía y micrognatia. También se encontraron malformaciones cardíacas, siendo la más común la comunicación interventricular. El análisis histológico evidenció inmadurez visceral generalizada acorde a la edad gestacional y autólisis de intensidad variable. Cuatro de estos seis casos fueron diagnosticados de Síndrome de Patau mediante FISH.

CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz de esta patología durante el embarazo es de suma importancia debido a su mal pronóstico. Aproximadamente el 33% de los recién nacidos afectados mueren en las primeras 24 horas y el 58% en el primer mes. Los que sobreviven al periodo neonatal suelen presentar graves disfunciones neurológicas permanentes. Es imprescindible un adecuado control ecográfico y cribado de trisomías, además de evitar la exposición a los agentes teratógenos relacionados.

MÁS QUE UN “SIMPLE” TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). LA MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA TUMORAL PULMONAR COMO FALSEFRIEND DE UN TEP PARA LOS CLÍNICOS.

Gaspar López-Cózar, Paula; Rojas Pulgarín, Paola Andrea; Soto Hernández, Mercedes; Granados Pacheco, Francisco; Cid Mañas, Juana Isabel; Fúnez Liébana, Rafael
Presentador: Gaspar López-Cózar, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La microangiopatía trombótica tumoral pulmonar sigue siendo a día de hoy una entidad diagnosticada por los patólogos en el contexto de las autopsias clínicas. Como su nombre indica, ocurre un daño en los vasos pulmonares, que consiste principalmente en un aumento fibrinointimal, con presencia de microtrombos tumorales. Esto condiciona una hipertensión pulmonar que a su vez conlleva un fallo cardíaco y la muerte de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan dos casos de mujeres jóvenes (31 y 36 años), que ingresan, tras consultar en varias ocasiones por un cuadro de tos seca y disnea de 2 meses de evolución, hasta hacerse de mínimos esfuerzos. En la analítica destacaba un dímero D elevado (8027 y 7128 ng/ml) y ECG con patrón SIQ3T3. La sospecha clínica en ambos casos fue de tromboembolismo pulmonar. Recibieron tratamiento fibrinolítico, sin mejoría clínica, con empeoramiento hemodinámico, produciendo el exitus. Se solicita autopsia clínica en ambos casos.

RESULTADOS: En el primer caso, la paciente era gestante de 34 semanas, recibió tratamiento fibrinolítico, sin mejoría. El angioTC postratamiento no evidenció imágenes de tromboembolismo, sí signos de dilatación y sobrecarga de las cavidades derechas junto con opacidad alveolar en el LII y pequeñas opacidades en vidrio deslustrado en el PD. La paciente comienza con dinámica de parto, se produce parto vaginal con extracción de feto vivo con forceps, pero con desprendimiento de placenta y pérdida de unos 700cc de sangrado. Durante el parto hay un deterioro hemodinámico y respiratorio, del que no se consigue remontan. En el segundo caso, la paciente es traída en ambulancia con inestabilidad hemodinámica. Ante la sospecha de TEP, se decide realizar angioTC, entrando en PCR en el transcurso del procedimiento. Se comienzan maniobras de resucitación y tratamiento fibrinolítico, no siendo efectivas y resultando en el fallecimiento de la paciente. Durante la evisceración y el estudio macroscópico se exploraron cuidadosamente las arterias pulmonares principales y lobares, no hallándose trombos vitales. En ambos casos llamaba la atención múltiples adenopatías aumentadas de tamaño y de aspecto patológico en distintos niveles (supraclaviculares, retroperitoneales, paraaórticos e iliares). El estudio histopatológico evidenció como hallazgo fundamental una neoplasia primaria, en el primer caso, un adenocarcinoma micropapilar de cérvix y, en el segundo, un carcinoma gástrico pobremente cohesivo con células en anillo de sello. Ambos con extensa diseminación linfovascular y adenopatías metastásicas. Como hallazgos concomitantes se evidenciaron microtrombos tumorales con depósito de fibrina e hiperplasia de la íntima en múltiples arterias pulmonares bilaterales, concluyendo como causa de la muerte un fallo cardíaco derecho secundario a una microangiopatía trombótica tumoral pulmonar.

CONCLUSIONES: La microangiopatía trombótica tumoral pulmonar requiere de una alta sospecha por parte de los clínicos para llegar al diagnóstico premortem. Como patólogos, debemos conocer esta entidad, ya que nuestro papel en su diagnóstico postmortem sigue siendo a día de hoy fundamental.

Autopsias 1564

SÍNDROME DE HIPOPLASIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: MICROSCÓPICA DEL VISTA

Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso; Gonzales Sejas, Ariel; Poce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Larrosa Martínez, Diego; Bengochea Martínez, Lourdes; Ramírez Gasca, Teresa

Presentador: Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El síndrome de hipoplasia del ventrículo izquierdo (SHVI) es una cardiopatía congénita compleja caracterizada por un desarrollo insuficiente del lado izquierdo del corazón, incluyendo un ventrículo izquierdo hipoplásico y válvulas mitral y aórtica subdesarrolladas o alteradas. Esta condición resulta en la incapacidad de mantener una circulación sistémica adecuada. A pesar de los avances en técnicas quirúrgicas y diagnóstico prenatal, el SHVI continúa siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad neonatal, así como de interrupciones voluntarias del embarazo en casos seleccionados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio post-mortem de un feto femenino de 23 semanas de gestación, tras una interrupción voluntaria del embarazo basada en un diagnóstico ecográfico de SHVI. El diagnóstico prenatal indicó un ventrículo izquierdo hipoplásico y ausencia de flujo en la válvula mitral.

RESULTADOS: El examen macroscópico reveló un feto de 630 gramos sin malformaciones externas evidentes. La evaluación cardíaca mostró un ventrículo izquierdo de tamaño reducido y una aurícula izquierda dilatada. El estudio macroscópico e histológico demostró y confirmó la etiología siendo una malformación de la válvula mitral, caracterizada por valvas fusionadas, con carencia de flujo sanguíneo hacia el ventrículo izquierdo (ausencia de eritrocitos en la cavidad ventricular izquierda) generando la hipoplasia ventricular izquierda.

CONCLUSIONES: Este caso corrobora el diagnóstico de SHVI, destacando una etiología poco común secundaria a una malformación de la válvula mitral fusionada. Los hallazgos subrayan la importancia continua del estudio necrópsico en la validación y confirmación de diagnósticos prenatales en cardiopatías congénitas complejas.

Autopsias 1529

ADULT PRIMARY LEPTOMENINGEAL GLIOMATOSIS WITH GRANULAR CELL MORPHOLOGY: A BIOPSY AND AUTOPSY CASE REPORT WITH MOLECULAR CHARACTERIZATION.

Vera Brito, Nelson José; Lopez Muñoz, Samuel; Puente López, Pablo; Bonelli Franco, Álvaro; Barbero Bordallo, Natalia; Arévalo Martín, Cristina; Alonso Torres, Ana

Presentador: Vera Brito, Nelson Jose

HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Adult primary leptomeningeal gliomatosis (PLG) is a rare and aggressive glial tumor that primarily involves the leptomeninges without an identifiable parenchymal mass. Recent molecular analyses have classified it alongside glioblastoma, IDH-wildtype, CNS WHO grade 4. The rare granular cell variant has not been previously reported in PLG.

MATERIAL Y MÉTODOS: A 77-year-old woman presented with progressive leg weakness and lumbar pain. MRI revealed diffuse spinal cord and cauda equina enhancement, raising the differential diagnosis of neurosarcoidosis, tuberculous meningitis and leptomeningeal carcinomatosis. CSF showed elevated protein, low glucose and pleocytosis, but was negative for tumor cells and microbiological tests.

RESULTADOS: A biopsy of the cauda equina nerve roots confirmed a diffuse glial neoplasm with granular cell morphology. The tumor was IDH- and H3-wildtype and harbored a TERT promoter mutation, CDKN2A homozygous deletion and chromosome 7 gain only. An integrated diagnosis of Glioblastoma, IDH-wildtype, CNS grade 4 was made. Palliative treatment was decided and the patient died of disease nine days after the diagnosis. Autopsy revealed extensive leptomeningeal dissemination throughout the brain, spine, and cauda equina, with focal secondary intraparenchymal tumor spread, confirming the diagnosis of PLG with focal granular cell morphology.

CONCLUSIONES: This case underscores the diagnostic challenges of PLG, which can mimic infectious or inflammatory conditions like sarcoidosis, particularly when exhibiting granular cell morphology.

HEMOPERITONEO SECUNDARIO A UNA ANOMALÍA VASCULAR RETROPERITONEAL CON DIAGNÓSTICO PREVIO NO CONCLUYENTE.

Vega González, Jesús; De La Torre Serrano, Montserrat; Lample Brusel, Ignacio; De Hita Castillo, Miguel; Oteo Cerrato, Elvira; Platero Sanz, Sara; Díaz Suárez, María Pilar; García Rodríguez, María; Ruiz Martin, Juan; Ortega Medina, Luis; González Morales, María Luisa

Presentador: Vega González, Jesús

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El hemoperitoneo espontáneo se define como un sangrado intraabdominal de etiología no traumática. Una posible causa son las anomalías vasculares de localización intraabdominal o retroperitoneal, tanto malformaciones como tumores vasculares (benignos y malignos). El diagnóstico diferencial puede llegar a ser un reto para el patólogo debido a epifenómenos de hemorragia intratumoral, trombosis e hiperplasia endotelial reactiva que enmascaren la lesión principal. Además, no es infrecuente que tumores vasculares malignos se presenten como proliferaciones vasculares sin signos de agresividad histológica remediando lesiones indolentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso clínico de un varón de 35 años que ingresa por dolor abdominal, bajo nivel de consciencia e hipotensión. En las pruebas de imagen se identifica un hemoperitoneo secundario al sangrado de una masa renal izquierda no conocida previamente. Se decide tratamiento quirúrgico con esplenectomía, nefrectomía total y suprarrenalectomía izquierdas. En la evaluación macroscópica se identifican depósitos irregulares fibrinohemáticos en la grasa perirrenal, que a nivel microscópico corresponden a una proliferación vascular de bajo grado con imágenes de hiperplasia endotelial papilar sin claros signos de agresividad histológica ni afectación visceral renal, suprarrenal ni esplénica. Un mes más tarde el paciente ingresa por un cuadro de obstrucción intestinal. En una nueva TC con contraste se identifican una gran masa retroperitoneal hipercaptante, múltiples lesiones hepáticas e implantes peritoneales. Durante el ingreso el paciente fallece por fracaso multiorgánico. Dada la discordancia entre los hallazgos histológicos y la rápida progresión clínica del paciente, se solicita la realización de una autopsia clínica.

RESULTADOS: A la inspección externa destaca un marcado abdomen a tensión, que a la apertura de la cavidad abdominal corresponde a un hemoperitoneo masivo con presencia de ocasionales coágulos. Se identifica una gran masa retroperitoneal de aspecto hemático friable con áreas sólidas amarillentas y una marcada hepatomegalia con múltiples lesiones nodulares de similares características y distribución difusa, así como múltiples implantes peritoneales. La masa retroperitoneal se encuentra mal delimitada, sin una clara dependencia visceral. A nivel de la cavidad torácica, los pulmones presentan múltiples placas violáceas subpleurales y un punteado hemorrágico difuso parenquimatoso. Todas las lesiones descritas corresponden a nivel microscópico a focos de hemorragia y trombosis, con presencia variable de necrosis y aislados grupos celulares atípicos de morfología fusiforme que se disponen formando canales irregulares anastomosados y estructuras papilares. Dicha celularidad muestra expresión inmunohistoquímica de marcadores vasculares (CD31, CD34 y D2-40 focal). Los hallazgos morfológicos corresponden a una neoplasia vascular maligna, compatible con un angiosarcoma de partes blandas.

CONCLUSIONES: El retroperitoneo es la segunda localización más frecuente de los angiosarcomas de partes blandas y se considera un factor independiente de mal pronóstico. Este caso expone la dificultad en el diagnóstico histológico de las anomalías vasculares y el valor de la correlación clínico-patológica para una correcta clasificación de las mismas.

CARCINOMA COMBINADO CON CARCINOMA NEUROENDOCRINO. DOS CASOS DE UNA NUEVA, EXTRAÑA Y AGRESIVA ENTIDAD

Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; García Galvis, Olga; Salas Valien, Jose Santos; Martínez Martínez, Carlos Javier

Presentador: Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas neuroendocrinos (NEC) ginecológicos son un grupo de neoplasias extremadamente raras representando solo el 2% de todas las malignidades ginecológicas, y menos del <0.8% de los carcinomas endometriales. En la última edición de la WHO 2020, se reconoce una nueva entidad descrita como carcinoma combinado con carcinoma neuroendocrino (NEC), el cual se describe como un tipo de carcinoma no neuroendocrino que asocia un componente neuroendocrino que a su vez puede ser de célula pequeña o grande, y que ocurren con mayor frecuencia en cuello uterino, seguido de endometrio y ovario; siendo extremadamente raros en vagina y la vulva. Se han descrito numerosos casos, en el cuello uterino, siendo el adenocarcinoma de tipo habitual asociado al VPH el componente no neuroendocrino más común. En el endometrio, el componente no neuroendocrino es más comúnmente endometrioides o seroso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan los hallazgos histopatológicos de dos pacientes de 54 y 57 años. Ambas acuden por metrorragias y en el legado endometrial son diagnosticadas de adenocarcinoma endometrioides. Ambas pacientes presentan un rápido y severo deterioro de su estado general, fallo renal agudo en la primera y severa insuficiencia respiratoria en la segunda, falleciendo en un mes desde el diagnóstico y realizándose estudio necrópsico con un año de diferencia entre ellos

RESULTADOS: En ambos casos, se observa la presencia de doble estirpe tumoral adenocarcinoma y carcinoma neuroendocrino. El tumor pobremente diferenciado muestra variedad de patrones (sólido-nodular, insular, cordones, etc.) se encuentra marcadamente diseminado y con un perfil inmunohistoquímico de diferenciación neuroendocrina (cromogranina y sinaptofisina positivo) y en menor medida se mantiene en el endometrio restos del tumor inicial con perfil neuroendocrino, que morfológicamente en ambos casos consistían en adenocarcinomas endometrioides que no muestra diseminación metastásica

CONCLUSIONES: Las características macroscópicas e histomorfológicas en el legado son a menudo sugestivas (crecimiento sólido, necrosis, arrastre cromatínico, etc) pero se debe apoyar el estudio complementario con técnicas de inmunohistoquímica para su confirmación. Esto es de suma importancia ya que este tipo de neoplasias combinadas poco frecuentes y conocidas, en las que no solemos pensar, conllevan un mal pronóstico y rápida progresión independientemente del estado.

Autopsias

1464

AUTOPSY CASE OF A PREMATURE BABY BORN TO A WOMAN WITH SICKLE-CELL ANEMIA

Martín Concepción, José Adán; Krupinska, Martyna Aleksandra; López Henríquez, Rocío; Villavicencio Sánchez, Pedro
Presentador: Martín Concepción, José Adán

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Sickle-cell anemia is a qualitative hemoglobinopathy resulting in formation of pathological, crescent-shaped erythrocytes that lead to hemolysis, vascular occlusion and endothelial injury throughout the body.

MATERIAL Y MÉTODOS: Clinical history was reviewed. Macroscopic and histological study was realized on newborn and placenta. Formalin-fixed paraffin-embedded samples were handled according to standard procedures and tissue sections were obtained to perform hematoxylin-eosin and PAS stains.

RESULTADOS: Pregnant woman with sickle-cell anemia, diagnosed with fetal intrauterine growth retardation, was hospitalized after suffering a vaso-occlusive crisis. As the patient was at risk of a new crisis and showed signs of preeclampsia, c-section was performed at 28 weeks and 3 days of gestational age. Preterm newborn girl with low birth weight and apnea was transferred to the Neonatal Intensive Care Unit. The baby developed respiratory distress syndrome and died after unsuccessful intubation on the third day of life. Post-mortem examination revealed diffuse alveolar damage and hemorrhage, pulmonary microthrombosis, and features of multiorgan failure in the brain, liver and kidneys. Placental examination revealed diffuse distal villous hypoplasia and multiple central infarcts.

CONCLUSIONES: Sickle-cell disease in pregnancy is associated with high maternal and fetal mortality. Women with sickle-cell disease are at increased risk of having a baby with intrauterine growth retardation. Newborns have greater odds of low birth weight and of being admitted to Neonatal Intensive Care Unit. Close monitoring by a multidisciplinary team of specialists and patient education are crucial to improve the outcome of these pregnancies.

Autopsias

1806

MIOSITIS Y MIOCARDITIS: RARA TOXICIDAD MORTAL POR PEMBROLIZUMAB

González García, Jesús; Prieto Sánchez, Elisa; García Aguilera, Ana Isabel; Nieto Vallejo, Sixto Manuel; León Dionis, Mateo; Tirado Pascual, Mónica

Presentador: González García, Jesús

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La interacción entre PD-L1 y PD-1 evita la activación de linfocitos T, previniendo respuestas autoinmunes. Este mecanismo es usado por células tumorales para evadir la respuesta inmune. Pembrolizumab es una IgG4 humanizada anti-PD-1 que impide la unión a su ligando, facilitando la destrucción inmune de las células neoplásicas. Pertenece a los inhibidores de puntos de control inmunológico (ICIs), que han mejorado significativamente la supervivencia en distintos tipos de cáncer en estadio avanzado, entre ellos el melanoma. Entre sus reacciones adversas, la miocarditis y la miositis son raras (1%), tienden a ocurrir a la vez (40%) y pueden ser rápidamente mortales (22-50%), debiendo tratarse precozmente. Al menos 16 casos se han reportado y solo 6 fueron confirmados con estudio histológico, 2 de ellos en autopsias. Identifican un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos T CD8, macrófagos y escasos linfocitos B y necrosis de miocardiocitos, que en estos focos sobreexpresan PD-L1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 80 años que inicia tratamiento con pembrolizumab por melanoma pT4aNxMx estadio IIB tras 6 meses de su exéresis. El día 21 se detecta elevación persistente de troponina I ultrasensible en el contexto de cuadro catarral de 4-5 días con dolor pleurítico y antígeno SARS negativo. Ingresa para estudio y experimenta un deterioro clínico progresivo con bajo nivel de consciencia, insuficiencia respiratoria global severa y episodios de bradicardia, fibrilación auricular, acidosis e hipotensión. El día 35 comienza anemización progresiva y deterioro de la función renal con hematoma de psoas izquierdo en relación a cateterismo cardíaco. El día 40 se inicia inmunoglobulina y prednisona ante sospecha de toxicidad por pembrolizumab en forma de cuadro miasteniforme con miositis y miocarditis, falleciendo este mismo día.

RESULTADOS: Macroscópicamente, solo destacaba la presencia de edema pulmonar y líquido muco-purulento en vía aérea inferior, sin identificarse alteraciones en corazón ni músculo esquelético.

Microscópicamente, se observa en miocardio y músculo esquelético (psoas, intercostales, lengua) abundantes focos inflamatorios de pequeño tamaño asociados con daño muscular (necrosis y fibrosis). Estos focos están constituidos por histiocitos, linfocitos T predominantemente CD8, granzima B y TIA-1 positivos y escasos linfocitos B. Los miocitos y miocardiocitos en estos focos mostraban expresión de membrana para PD-L1 (22C3), así como los histiocitos. La afectación era más extensa en la pared ventricular derecha. En las luces de algunos bronquios distales, bronquiolos y alveolos, se identifica contenido alimenticio, polimorfonucleares, restos celulares, abundantes esporas y aisladas hifas con ramificaciones en 45°.

Se concluyó que la miocarditis y miositis atribuibles a toxicidad por pembrolizumab, junto a la hemorragia retroperitoneal y la broncoaspiración, podrían haber deteriorado la función cardiorrespiratoria hasta provocar el fallecimiento del paciente.

CONCLUSIONES: La miocarditis y miositis atribuibles a ICIs son muy raras, pero el aumento del uso de los ICIs y su potencial evolución rápidamente mortal hacen necesario considerarla, diagnosticarla y comprender el mecanismo patogénico para identificar individuos susceptibles, prevenir la toxicidad y aplicar tratamiento precoz. La biopsia ayuda a confirmar el diagnóstico en el contexto clínico adecuado, puesto que la histología parece distintiva. Sin embargo, está infrarreportada y son necesarios más estudios para su caracterización.

ADECUACIÓN DE LAS MUESTRAS DE DERRAME PLEURAL PARA SU EVALUACIÓN CITOLÓGICA: ENCUESTA SOBRE LA TERMINOLOGÍA A EMPLEAR.

Vega González, Jesús; De La Torre Serrano, Montserrat; Colino Gallardo, Ana María; Bergillos Giménez, María Reyes; García Egido, Alejandro; Hernández Martínez, Desiré; De Hita Castillo, Miguel; Lample Brusel, Ignacio; Platero Sanz, Sara; Oteo Cerrato, Elvira; Fernández Aceñero, María Jesús
Presentador: Vega González, Jesús

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 17:30-17:42 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: En el momento actual no existen unos criterios definidos claros de adecuación de las muestras de derrame pleural para su evaluación citológica. El "International System for Reporting Serous Fluid Cytology" reconoce la categoría "no diagnóstica" para aquellas citologías inadecuadas para su correcta evaluación. "WHO Reporting System for Lung Cytopathology" fue publicado por la OMS en 2022 con el objetivo de estandarizar los diagnósticos de los informes citopatológicos de muestras procedentes del tracto respiratorio, sin embargo, no incluye la citología de los derrames pleurales. Este sistema reconoce cinco categorías diagnósticas: "insuficiente/inadecuada/no diagnóstica", "benigna", "atípica", "sospechosa de malignidad" y "maligna". El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el uso de las diferentes categorías diagnósticas propuestas por la OMS aplicadas a citologías de derrame pleural entre diferentes patólogos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una encuesta online a través de Google Forms dirigida a patólogos y difundida a través de la Sociedad Española de Citología (SEC). La encuesta incluía 9 preguntas de múltiple respuesta (con una opción de texto libre) relacionadas con la terminología a emplear en casos de muestras de derrame pleural de dudosa adecuación para su evaluación citológica.

RESULTADOS: 28 participantes (18 citopatólogos, 2 patólogos generales y 7 residentes) de 17 hospitales diferentes participaron en la encuesta. La mayoría de ellos utilizan la presencia de abundante celularidad mesotelial en ausencia de artefactos como criterio de adecuación y solo 9 tienen en cuenta el volumen de la muestra. No obstante, la presencia exclusiva de polimorfonucleares neutrófilos o linfocitos en determinados contextos clínicos (sospecha de empiema o tuberculosis respectivamente) es categorizado como benigno por la mayoría de los participantes. En el caso de una sospecha clínica de linfoma la mayoría prefiere realizar un diagnóstico descriptivo. Ante un derrame con abundante celularidad mesotelial sin atipia y una sospecha clínica de mesotelioma, la mitad de los participantes utilizan la categoría diagnóstica benigna; si la sospecha es una masa pulmonar con derrame asociado, la mayoría también utilizan la categoría diagnóstica benigna. Sin embargo, algunos participantes prefieren utilizar "negativo para malignidad" frente a "benigno". En relación con el uso de los términos "insuficiente", "inadecuado" y "no diagnóstico", se registró un mayor uso del término "inadecuado" en el caso de citologías con elementos o artefactos que ocultan la celularidad mesotelial, mientras que en el caso de citologías con escasa celularidad existe una menor reproducibilidad en el término a utilizar dentro de esta categoría.

CONCLUSIONES: Aunque la mayoría de las categorías diagnósticas empleadas en los informes citopatológicos se acompañan de una nota explicativa, el usar uno u otro término puede ser interpretado de forma diferente por el clínico peticionario. Es necesario definir una terminología estandarizada para alcanzar una mejor comunicación entre patólogos y clínicos.

ANÁLISIS DEL SCREENING DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y LESIONES ASOCIADAS EN POBLACIÓN TRANSGÉNERO

De La Torre Serrano, Montserrat; De La Torre Serrano, Montserrat; Vega González, Jesús; Hernández Martínez, Desiré; García Egido, Alejandro; De Las Heras , Sandra; Del Romero Guerrero, Jorge; Carrió Montiel, Dulce; Baza Caraciolo, Begoña; Orviz García, Eva; Fernández Aceñero, Ma
Presentador: De La Torre Serrano, Montserrat

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 17:42-17:54 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: La Real Academia Española define una persona transgénero como "persona que no se siente identificada con su sexo biológico". España es el segundo país con mayor prevalencia en esta población, por detrás de Brasil. Se trata de una población históricamente discriminada que se ha visto obligada en algunos casos a ejercer la prostitución como fuente de ingresos. Un reciente estudio en España indica de que cerca el 10% de las trabajadoras sexuales de nuestro país son mujeres y hombres transgénero. Esto condiciona que sea una población especialmente vulnerable a las infecciones de transmisión sexual (ITS). La ITS más frecuente es el virus del papiloma humano (HPV), que es responsable del desarrollo de lesiones premalignas y malignas del área orogenital y anal. Las sociedades occidentales han introducido sistemas de cribado poblacional adecuados mediante citología cervico-vaginal, que reducen la incidencia de lesiones premalignas. Sin embargo, existe muy poca bibliografía sobre la importancia de esta infección en población transgénero.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre la población transgénero atendida en un centro de referencia de ITS entre los años 2023 y 2024 para las mujeres y desde que había registro en dicho centro para los hombres. Se valoró la presencia de lesiones asociadas en citologías anales y vaginales.

RESULTADOS: Se revisaron 143 historias clínicas de pacientes transgénero de los cuales el 88,11% eran mujeres transgénero y el 12,58% hombres. Se registraron un total de 5 orígenes raciales, siendo los más prevalentes los procedentes de latinoamérica (69,23%), español (23,77%) y africano (2,79%). De ellos tan solo el 4,19% se habían sometido a cirugía de reasignación genital, siendo el 83,33% de ellas vaginoplastias. En cuanto al tratamiento hormonal, el 36,36% lo mantiene en el momento de esta revisión, frente al 9,79% que lo ha abandonado, y el 2,09% que nunca lo inició. El 83,91% de los pacientes asociaban otras coinfecciones, destacando infección por VIH en un 21% de los cuales el 17,48% tomaban tratamiento antirretroviral (TARGA). En lo referente a las prácticas sexuales, el 51% tomaban profilaxis preexposición al VIH, el 36,36% ejercían la prostitución, el 83,91% mantenían relaciones anales, el 7,69% vaginales y el 6,29% de ambos tipos. Tan solo el 25,87% se sometían a controles citológicos de los cuales el 81% fueron anales y el 18,91% vaginales. El diagnóstico citológico más prevalente fue negativo (16,08%) seguido de LSIL (6,29%), ASCUS (2,79%) y HSIL (0,69%). El estudio de infección por HPV solo se hizo en un 8,10% de los pacientes con citología.

CONCLUSIONES: Actualmente la población transgénero en nuestra sociedad parece tener un menor grado de preocupación por la infección del HPV en comparación con otras ITS que producen síntomas evidentes de forma más común. Además, son un colectivo que no entra en ningún sistema de cribado poblacional dirigido al estudio de infección por HPV y sus lesiones asociadas. Nuestros resultados ponen de manifiesto la necesidad de un plan de y de vacunación y educación sobre esta infección adecuados para esta población especialmente vulnerable y de difícil acceso.

CARCINOMAS DE CÉRVIX COBAS® NEGATIVO: ¿POSIBLE LIMITACIÓN DEL CRIBAJE ACTUAL?

Molina Álvarez, Paz Andrea; Larrubia Loring, Mónica; Quiñero Inserte, Amparo; Gonzalez Guerrero, Tania; Piquer Velasco, Gabriel; Solé Sedeño, Josep María; Santiago Díaz, Pablo; Ara Mancebo, Xavier; Lloveras Rubio, Belén; Sánchez Güerri, Ignacio; Vázquez De Las Heras, Ivonne

Presentador: Molina Álvarez, Andrea

SERVICIO DE PATOLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: Oral

(Jueves 22, 17:54-18:06 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello uterino (CCU) es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial, con una tasa de supervivencia relativa a los 5 años del 67%. Más del 95% de los casos son causados por el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual que, en la mayoría de los casos, es eliminada por el sistema inmune. Sin embargo, la persistencia del virus puede generar lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado y, finalmente, progresar a cáncer.

Estudios recientes han identificado 17 tipos de VPH con causalidad confirmada en el CCU, denominados genotipos de alto riesgo oncogénico (VPH-AR). De estos, los tipos 16 y 18 explican más del 75% de los casos a nivel global, seguidos por los tipos 31, 33, 45, 52 y 58 (15-20%), y otros 10 tipos (35, 59, 39, 56, 51, 68, 73, 26, 69, y 82) que contribuyen con el 5% restante.

El cribado ha demostrado ser eficaz en la reducción de la mortalidad del CCU. Inicialmente basado en citología, ha evolucionado hacia pruebas de detección de VPH-AR (Cobas® o genotipado) con o sin combinación de citología. Estudios recientes evidencian que las pruebas de VPH-AR son más sensibles para detectar lesiones de alto grado en mujeres de 25 a 65 años, recomendándose su uso desde los 30-35 años. En nuestra comunidad autónoma, el cribado actual incluye citología para mujeres de 25-34 años y pruebas de VPH-AR mediante Cobas® para mujeres de 35-65 años, con controles cada 1-5 años según resultados y evaluación del riesgo individual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en los archivos de anatomía patológica de nuestro servicio entre los años 2022 y 2024. Se incluyeron pacientes diagnosticadas de CCU mediante citología o biopsia, en las que la prueba Cobas® fue negativa, pero el genotipado posterior (HPV28 ANYPLEXII) resultó positivo.

RESULTADOS: Se identificaron 18 pacientes con CCU (15 en citología, 3 en biopsia), de las cuales 7 eran Cobas® (-), y en las cuales el genotipado resultó positivo en 4/7.

Dos de ellas habían sido controladas mediante citología y/o pruebas de VPH en los dos años previos al diagnóstico. Una presentó una citología HSIL con Cobas® negativo, y la otra un LSIL/ASC-US persistente Cobas® negativo. En ambas, el genotipado identificó VPH 82 y VPH 26 respectivamente, ambos tipos de alto riesgo no detectados por Cobas®. Tras una conización, se confirmó carcinoma infiltrante asociado a VPH en ambas.

Las otras dos pacientes no tenían controles previos mediante cribado. El diagnóstico inicial se realizó mediante citología y/o biopsia, evidenciando carcinoma escamoso infiltrante de cérvix con Cobas® negativo. El genotipado en las mismas muestras identificó VPH 82 y 6 (de alto y bajo riesgo, respectivamente) en una paciente, y VPH 73 en la otra, nuevamente un tipo de alto riesgo.

CONCLUSIONES: La prueba Cobas® detecta el ADN del VPH-AR, categorizando el resultado en VPH 16, 18 y otros (que incluye los tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68). Este test, no obstante, no incluye los tipos 73, 26, 69 y 82, que se han confirmado como VPH-AR oncogénicos.

Si bien estos últimos 4 genotipos contribuyen a menos del 5% de los casos de CCU a nivel mundial, son pacientes que, aunque la minoría, no se detectarían de manera temprana mediante este test, por lo que sería importante tenerlo en cuenta.

DIAGNÓSTICO DE LESIONES GLANDULARES EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL: CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA.

De La Torre Vallejo, Alba; Muñoz Hernandez, Patricia; Toledo Santana, Gemma

Presentador: De La Torre Vallejo, Alba

MD ANDERSON CANCER CENTER · MADRID

Tipo de trabajo: Oral

(Jueves 22, 18:06-18:18 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: La citología cérvico-vaginal (CCV) se considera el método de screening para detectar principalmente lesiones intraepiteliales escamosas y carcinoma epidermoide. En un porcentaje del 0,4% de casos, se pueden detectar lesiones glandulares atípicas. Nuestro objetivo es establecer una correlación cito-histológica de alteraciones glandulares detectadas en CCV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión retrospectiva de CCV entre enero del 2020 y enero del 2025 de nuestro centro. Se cuantifican y se revisan los diagnósticos histológicos de las CCV con alteración glandular: atipia celular glandular no específica (AGC-NOS), presencia de células glandulares atípicas endocervicales (endoc-AGC), presencia de células glandulares atípicas endometriales (endom-AGC) y adenocarcinoma (ADC).

Presentamos una comparativa iconográfica de esos casos.

RESULTADOS: Entre 2020 y 2025 se diagnosticaron 72594 CCV con los siguientes resultados: 95,61% negativas para lesión intraepitelial escamosa; 2,26% no valorables; 1,35% atipia en células escamosas de significado incierto (ASCUS); 0,40% lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL); 0,11% lesiones glandulares y 0,09% lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL). De las lesiones glandulares lo más frecuente fue AGC-NOS (0,08%), siendo el resto de las lesiones un 0,01% cada una (endoc-AGC, endom-AGC y ADC).

La correlación cito-histológica de las lesiones glandulares fue:

- Dentro de la categoría AGC-NOS en el 64% de los casos la biopsia fue negativa; en el 15% no se realizó biopsia posterior; el 10% se diagnosticó de ADC; el 8% de LSIL y el 3% restante de HSIL.
- De los endoc-AGC el 40% se diagnosticó de HSIL; el 40% de ADC endocervical y en el 20% restante no se realizó biopsia posterior.
- El 100% de los ADC fue diagnosticado de ADC en el estudio histológico (50% adenocarcinoma endometriale de endometrio; 50% adenocarcinoma endocervical).
- De los endom-AGC en el 100% de los casos la biopsia fue negativa.

CONCLUSIONES: La probabilidad de diagnosticar lesiones glandulares en CCV es baja. Nuestros resultados están por debajo de lo esperable según la literatura. Sin embargo, la correlación cito-histológica al diagnosticar ADC es alta. El alto porcentaje de AGC-NOS con biopsia negativa refleja la dificultad de interpretar de modo adecuado los cambios reactivos.

Dada la baja tasa de detección temprana, la agresividad pronunciada, la alta tasa de recurrencia y mortalidad, es importante la colaboración citopatólogo, citotécnico y ginecólogo en el diagnóstico precoz de estas lesiones.

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS ENTRE PAAF DE TIROIDES CONVENCIONAL Y PAAF DE TIROIDES MEDIANTE ROSE

Cano Sojo, Christian; Sánchez Barba, Beatriz; Español Quintilla, Isabel; Parejo Chillón, Antònia; Sánchez Salvador, Anabel; Sánchez Leal, Úrsula; Carmona López, Sergio; Morales Camanyez, Irina; Martín Vallejo, Verónica; Castro Crespo, Fco. Javier; Roig Quilis, Ignasi

Presentador: Cano Sojo, Christian

HOSPITAL DE TERRASSA

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 18:18-18:30 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: La ecografía de tiroides y la PAAF son las principales técnicas para el diagnóstico preoperatorio de patología tiroidea. Sin embargo, pueden presentar limitaciones como la obtención de material insuficiente, lo que obliga a recitaciones, ocasionando consumo de recursos, retraso en el diagnóstico y angustia en el paciente hasta obtener un diagnóstico definitivo. Para mejorar esta situación, muchos centros han implementado la técnica ROSE, que permite evaluar la idoneidad del material en el momento de la punción para su posterior diagnóstico en diferido.

Este estudio evalúa la aplicación de ROSE en las PAAF de tiroides en nuestro centro, analizando su impacto en la tasa de material insuficiente, tasa de recitaciones y tiempo medio para obtener un diagnóstico definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre 2018 y 2023 (excluyendo 2020), se analizaron 566 lesiones de tiroides de 519 pacientes. Para ello se realizaron 625 PAAF utilizando la clasificación Bethesda para su diagnóstico citológico. De estas 422 se realizaron sin ROSE y 203 con ROSE. Se compararon la tasa de repeticiones, la frecuencia de diagnósticos Bethesda I y el tiempo medio hasta la emisión de un diagnóstico definitivo (Bethesda II, IV, V o VI). No se incluyeron repeticiones debidas a diagnósticos previos de Bethesda III, ya que dependen de la naturaleza del nódulo y no del rendimiento de la PAAF. Muchas de las lesiones con diagnóstico Bethesda I o III, no se repitieron atendiendo a criterios clínicos discutidos en comité de tiroides.

RESULTADOS: Sin ROSE, de los 422 procedimientos realizados, 203 (48,1%) fueron Bethesda I (BI), generando 62 repeticiones (14,7%). Con ROSE, se realizaron 206 PAAF, de las cuales solo 39 (18,9%) fueron BI, con 8 repeticiones (3,9%). El análisis de la distribución de diagnósticos, 16 pacientes con diagnóstico inicial BI requirieron repetición, obteniéndose diagnóstico benigno BII en 12 de ellos (75%), 1 paciente BVI (6,25%) y 3 casos BIV (18,75%). El tiempo medio hasta el diagnóstico definitivo de los de la primera punción fue de 174 días en casos BI, 167 en casos con diagnósticos BIV y 58 en BV. En 39 pacientes con diagnósticos inicial BIII sin ROSE, 9 fueron repetidos, con 7 diagnósticos benignos BII (77,8%) y 2 de sospechoso de malignidad BV (22,2%) con un tiempo medio de 280 días en BI y 74 días en BV. El promedio de tiempo general fue de 190 días. Con ROSE, 9 de los 39 pacientes con BI inicial requirieron repetición, con 4 casos BIV (44,4%) y 5 benignos BII (55,6%). El tiempo medio hasta el diagnóstico definitivo fue 128 días en BI y de 89 en BIV. De los 34 pacientes con diagnóstico inicial BIII, 16 fueron repetidos, con 4 casos BIV (25%) y 12 benignos BII (75%) con un tiempo medio de entrega de diagnóstico definitivo de 210 en BI y 70 días en BIV. El promedio de tiempo general fue de 152 días. El tiempo hasta recitación y priorización responde a criterios clínicos discutidos en comité de tiroides.

CONCLUSIONES: La implantación del método ROSE, ha significado una reducción significativa del porcentaje de muestras insuficientes, de la tasa de repeticiones y del tiempo hasta la obtención de un resultado definitivo, repercutiendo todo ello en un beneficio para el paciente y una optimización de recursos. Valoramos muy positivamente la interacción con el Servicio de Radiología que se ha visto reforzada añadiendo valor al procedimiento.

ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE LA BIOPSIA ENDOCERVICAL Y EL CEPILLADO ENDOCERVICAL. SUSTITUCIÓN DE LA BIOPSIA ENDOCERVICAL POR EL CEPILLADO ENDOCERVICAL EN NUESTRO CENTRO

Villar Fernandez, Ana; Raposo Pulido, Bárbara; Castillo Torres, Carolina; D'angelo Giussani, Carolina; Ramos Pastor, Alfredo; Pérez Díaz, Rosario; Recio Marcos, Marta

Presentador: Villar Fernandez, Ana

HOSPITAL UNIV. PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 18:30-18:42 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: El legrado endocervical (LEC) se utiliza en situaciones donde los resultados de las citologías cervicales son anormales y se requiere una muestra adicional o más profunda para confirmar el diagnóstico. Las indicaciones son: colposcopia con zona de transformación anormal que penetra en el endocérvix, citología de (LSIL) y colposcopia no valorable, citología de (HSIL) y colposcopia normal o no valorable, citología con células glandulares atípicas o adenocarcinoma, antes de indicar un tratamiento quirúrgico y después de practicar una conización.

En nuestro centro hemos sustituido el estudio histológico de los LEC realizados en consulta por un estudio citológico mediante cepillado endocervical (CE) con citología líquida y bloque celular (BC), debido al elevado número de biopsias insatisfactorias que se estaban obteniendo con está técnica en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde abril del 2023 mediante un consenso entre el servicio de Ginecología y el de Anatomía Patológica se decidió realizar en el momento de la colposcopia un CE en lugar del LEC.

Nos remiten a nuestro servicio un cepillo endocervical (citobrush/endobrush) en el interior de un vial de citología líquida. Una vez en el laboratorio de citología se retira la muestra del cepillo con unas pinzas y se introduce en un casete. Éste se procesará como un bloque celular. El cepillo con el material restante se limpia en el interior del vial de citología líquida y se procesa realizando un cristal teñido con Papanicolaou.

RESULTADOS: Se revisan los resultados de todos los CE procesados mediante estudio citológico recibidos desde abril del 2023 hasta febrero del 2025 obteniendo un total de 675. De éstos, 512 fueron negativos (75%), 50 ASCUS (7,4%), 73 LSIL (10,8%), 4 ASC-H (0,59%), 5 LSIL+ASC-H (0,75%), 26 HSIL (3,85%), 2 AGUS (0,3%), 2 Carcinoma Epidermoide (0,3%) y 1 Adenocarcinoma (0,15%). No informamos ningún resultado de insatisfactorio ya que no existe ningún criterio estandarizado que indique el número de células que tiene que haber en un CE para clasificarlo de insatisfactorio, por lo que consideramos diagnóstico todo CE en el que identificáramos celularidad aunque esta fuera escasa (en el grupo de los CE categorizados como negativos hubo 4 que presentaban escasa celularidad (0,59%)).

Se revisaron las biopsias de los LEC tanto de los realizados en consulta como de los realizados en el momento de la conización desde el año 2020 al 2025 obteniéndose un total de 1711 de las cuales 360 tuvieron un resultado de insatisfactorio (21%). Se ha visto que con el CE el número de diagnósticos insatisfactorios disminuye significativamente.

Se realizó una correlación entre el resultado de las biopsias y los CE que presentaban alteraciones (excepto los ASCUS ya que la mayoría no tenían biopsia), obteniéndose los siguientes resultados: concordancia del 96,4% entre las biopsias y los CE con una discrepancia de grado del 29% en casos diagnosticados de LSIL y LSIL+ASC-H que posteriormente en la biopsia fueron diagnosticadas como CIN2-3 (HSIL).

CONCLUSIONES: La experiencia en nuestro centro con la sustitución del LEC por el CE (citología líquida y BC) en consulta ha sido muy favorable ya que nos ha permitido revertir las desventajas del LEC reduciendo el número de pacientes que obtenían un resultado en la biopsia de insatisfactorio.

Además la utilización del BC en el estudio de los CE nos permite realizar un estudio tanto morfológico como inmunohistoquímico de las lesiones ayudándonos a una correcta caracterización de las mismas.

ESTUDIO DE KRAS EN LAVADO DE AGUJA (SUERO Y CYTOLYT) MEDIANTE EL SISTEMA ULTRARRÁPIDO IDYLLA

Molero Bermejo, Aida; Ortega De La Obra, Pilar; Salcedo Mercado, Waleska; Coloméss less, María Carmen; Parra Cubillos, Alejandro; Mate Blanco, Monica; Manzanares Velázquez, Purificación
Presentador: Molero Bermejo, Aida Isabel

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 18:42-18:54 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Idylla es una plataforma automatizada de PCR a tiempo real de fácil manejo, adaptable a cualquier laboratorio y validado en tejido fijado en formol e incluido en parafina (FFPE) para múltiples biomarcadores moleculares (EGFR, KRAS, BRAF y fusiones). Nuestro objetivo es validar el estudio de KRAS en muestras citológicas, concretamente en material de PAAF (lavado de aguja en suero y Cytolyt), utilizando Idylla KRAS mutation test (test validado únicamente en FFPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de validación prospectivo de material de PAAF (lavado de aguja en suero y Cytolyt) en 30 pacientes, comparando el estudio de estos especímenes con el gold standard (FFPE). Para ello, se han utilizado piezas quirúrgicas en fresco de adenocarcinoma colorrectal y pancreático sin tratamiento neoadyuvante previo, en los que se han realizado PAAFs clínicas simuladas. Tras la apertura de la pieza quirúrgica, se realiza una PAAF con aguja de 19G sobre el tumor desde la pared externa, y se lava la aguja en 5cc de suero fisiológico. Posteriormente se repite el procedimiento tras cambiar la aguja, lavándose la misma en 10 cc de Cytolyt. Se realiza Citospin de ambas muestras. El Citospin correspondiente a la muestra en suero se tiñe con DiffQuick, y el Citospin procedente de la muestra en Cytolyt se tiñe con PapaNicolau. Se anota el número de células tumorales y el porcentaje tumoral de cada lavado visualizado en el Citospin. Después, se centrifugan ambos especímenes a 2500 revoluciones durante 5 minutos obteniéndose un botón celular. Se extraen 50 Microlitros de cada botón y se introducen directamente en el cartucho Idylla KRAS mutation test (dos cartuchos, uno para el botón de la muestra lavada en Cytolyt, y el segundo cartucho para el botón de la muestra lavada en suero). No se añadió Preservcyt posterior en la muestra lavada en Cytolyt (en nuestra experiencia, el Preservcyt produce alta tasa de inválidos). El resultado de las mutaciones se anotan en una base de datos, y se comparan con el resultado de Idylla KRAS mutation test realizado en un bloque tumoral de la pieza quirúrgica (FFPE).

RESULTADOS: Todas las PAAFs realizadas contenían alrededor de 3000 células tumorales, con un porcentaje tumoral>50% en el Citospin.
- Validación de lavado de PAAF en suero con respecto a FFPE: se testaron 30 casos, 8 casos negativos y 22 positivos para mutaciones de KRAS en FFPE. 29 casos presentaron un resultado idéntico con respecto al FFPE. Uno de los casos mutados presentó una mutación distinta con respecto a FFPE (Q61K en vez de G12D). Sin embargo, la curva de la muestra en suero para Q61K presentaba un patrón aberrante en Idylla Visualizer, observándose una curva de patrón esperado para G12D (mutación real). No se identificaron casos inválidos, falsos positivos ni falsos negativos.
- Validación de lavado de PAAF en Cytolyt (sin Preservcyt) con respecto a FFPE : se testaron 18 casos, 7 negativos y 11 mutados para FFPE. Todos los resultados en el lavado de Cytolyt fueron idénticos a los resultados en FFPE, con una Sensibilidad y Especificidad del 100%, sin resultados inválidos.

CONCLUSIONES: Los especímenes citológicos procedentes de PAAF pueden lavarse en suero o Cytolyt, pudiendo estudiarse la mutación de KRAS en el sistema Idylla (Idylla KRAS Mutation test estandarizado para FFPE), utilizando el botón celular, con alta Sensibilidad y Especificidad. No obstante, se recomienda analizar las curvas en el visor con el fin de descartar curvas aberrantes.
PROYECTO FINANCIADO POR LA GRS DE CASTILLA Y LEÓN (2024).

REACCIÓN A CUERPO EXTRAÑO POR WILLOCELL® EN ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS EVALUADAS POR EBUS-TBNA: SERIE DE 6 CASOS

Matrero Ferrer, Alexandra; García Díaz, María Cruz; Mancebo Marco, Eva; López Lisbona, Rosa María; Madera Hernandez, Domingo; Paredes Gasca, Marc; Llatjós Sanuy, Roger; Panero Cáceres, Eva; Déniz Armengol, Carlos Javier; Pijuan Andujar, Lara
Presentador: Matrero Ferrer, Alexandra

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 18:54-19:06 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Willocell® (WillPharma) es una gasa hemostática absorbible, estéril y biocompatible de celulosa oxidada utilizado como hemostático en cirugía torácica y cardiovascular. Aunque su uso es seguro y efectivo, en algunos casos puede persistir en los tejidos, generando una reacción granulomatosa a cuerpo extraño. Este fenómeno puede simular una recidiva tumoral, un absceso, un hematoma o una infección en los estudios de imagen, lo que puede llevar a procedimientos invasivos innecesarios si no se considera en el diagnóstico diferencial.
En este estudio describimos una serie de 6 pacientes con antecedentes de cirugía torácica en quienes se detectaron adenopatías mediastínicas sospechosas de recidiva tumoral y que fueron evaluadas mediante punción aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA), técnica mínimamente invasiva eficaz para la caracterización de adenopatías mediastínicas.
Se analizó la presencia de material birrefringente bajo luz polarizada, característico de la celulosa oxidada, así como la celularidad histiocitaria acompañante y la posible coexistencia de células tumorales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron un total de nueve punciones registradas en 2024 y 2025 en la Unidad de Endoscopia Respiratoria, realizadas en seis pacientes con antecedentes de cirugía torácica reciente y adenopatías mediastínicas sospechosas de recidiva tumoral, en las cuales, durante la técnica de Rapid On Site Evaluation (ROSE), se identificó material extraño.
Las estaciones ganglionares evaluadas fueron: 4R (4 casos), 10L, 11L, 11R y 7 (2 casos). Se analizaron los hallazgos citológicos, incluyendo la evaluación con luz polarizada, y se correlacionaron con la información clínica y quirúrgica de los pacientes.

RESULTADOS: El intervalo entre la cirugía torácica y la realización del EBUS-TBNA osciló entre 3 y 8 meses. En todos los casos, el informe de cirugía torácica confirmó que se había colocado Willocell® (o celulosa regenerada oxidada) en el lecho de la linfadenectomía.
En todos los casos, el estudio citológico mostró la presencia de fragmentos de material celular denso de morfología cilíndrica, abundantes histiocitos y células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño junto con fragmentos de tejido estromal. La evaluación con luz polarizada identificó material birrefringente compatible con celulosa oxidada en todos los casos.
En cinco pacientes (83.3%) no se observó evidencia de malignidad. Sin embargo, en un caso (16,7%), además del material birrefringente compatible con celulosa oxidada, se identificaron células tumorales de adenocarcinoma.

CONCLUSIONES: La reacción granulomatosa a cuerpo extraño inducida por Willocell® debe considerarse en el diagnóstico diferencial de adenopatías mediastínicas en pacientes con cirugía torácica previa, ya que puede simular recidiva tumoral.
Dado que en un porcentaje de casos puede coexistir con malignidad, la realización de EBUS-TBNA sigue siendo fundamental para un diagnóstico preciso.
La microscopía con luz polarizada es una herramienta valiosa para reconocer la presencia de material birrefringente característico de material exógeno. Su identificación permite evitar procedimientos invasivos innecesarios y optimizar el manejo clínico de estos pacientes.

VALIDACIÓN DE LOS CARTUCHOS DE IDYLLA CT KRAS Y CT EGFR (BIOPSIA LÍQUIDA) EN DERRAMES Y OTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS DISTINTOS AL PLASMA

Molero Bermejo, Aida; Ortega De La Obra, Pilar; Mate Blanco, Mónica; Manzanares Velázquez, Purificación; Salcedo Mercado, Walecka; Parra Cubillos, Alejandro; Colomé's Iess, María Carmen
Presentador: Molero Bermejo, Aida Isabel

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA

Tipo de trabajo: Oral
(Jueves 22, 19:18-19:30 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: El estudio molecular de los líquidos biológicos, como derrames y quistes, suele estar dificultado por la escasa celularidad tumoral en estas muestras, lo cual es habitual en nuestra práctica diaria. Nuestro objetivo con esta serie de casos es explorar la utilización del ADN tumoral libre en el sobrenadante utilizando los cartuchos de biopsia líquida (CtEGFR y CtkRAS) de Idylla en diferentes muestras, comparando los resultados con el gold standard (Idylla EGFR mutation test e Idylla EGFR mutation test sobre FFPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han testado 10 líquidos con CtkRAS (4 derrames pleurales, 1 derrame pericárdico, 4 líquidos ascíticos y 1 quiste pancreático) y 2 derrames pleurales con CtEGFR. El protocolo para ambos estudios ha sido el mismo: 1) Se realiza un citospin del líquido, anotando porcentaje tumoral y número de células tumorales del mismo. 2) Se realiza centrifugación a 15000 revoluciones durante 10 minutos. Posteriormente, se introducen 100 microlitros del sobrenadante en el cartucho correspondiente. Por último, se comparan los resultados con método de referencia (Idylla EGFR mutation test o Idylla KRAS mutation test) sobre FFPE.

RESULTADOS: -Estudio de CtEGFR

Se han estudiado 2 sobrenadantes procedentes de derrames pleurales, uno de ellos con 40 células tumorales y el 5% de celularidad tumoral, y el segundo con 7200 células tumorales y el 20% de celularidad tumoral. Ambos estudios presentaron el mismo resultado (mutación de ECEFR L858R y Del19 respectivamente), con respecto al estudio en FFPE (biopsias procedentes de tumor primario pulmonar).

-Estudio de CtkRAS

Se han estudiados 10 sobrenadantes procedentes de 4 derrames pleurales, 1 derrame pericárdico, 4 líquidos ascíticos y 1 quiste pancreático. De éstos, 6 casos fueron positivos para mutaciones en KRAS y 4 negativos, tanto en la muestra de referencia en FFPE como en el estudio del sobrenadante mediante el cartucho CtkRAS.

1 derrame pleural y 1 líquido ascítico no presentaron células malignas en el Cytospin, sin embargo, el estudio de CtkRAS arrojó la misma mutación que la biopsia tumoral procedente de tumor primario e implante peritoneal respectivamente (FFPE), ambos casos con la mutación KRAS G12V. El quiste pancreático mostró células tumorales aisladas neoplásicas, arrojando también un resultado idéntico al obtenido en el bloque procedente de la pieza quirúrgica (FFPE), concretamente KRAS Q61H. El resto de los especímenes mostraron una celularidad tumoral superior al 10%, con concordancia con FFPE (biopsias procedentes del tumor primario, 2 casos con mutaciones en KRAS G12C y un caso KRAS G12D).

No se identificaron falsos positivos, falsos negativos ni resultados inválidos en ninguno de los estudios.

CONCLUSIONES: Si bien nuestra serie es limitada, los hallazgos sugieren que el estudio molecular de EGFR y KRAS sobre líquidos orgánicos, como derrames o quistes, puede realizarse utilizando el sobrenadante, en los cartuchos de Idylla de biopsia líquida CtEGFR y CtkRAS, con una alta Sensibilidad y Especificidad, incluso en muestras con escasas células tumorales o con ausencia de éstas. La sencillez y rapidez de la técnica, aplicable a hospitales de baja complejidad, añaden a este método aplicabilidad e interés.

APLICACIÓN DEL ROSE EN EL ESTUDIO DE NÓDULOS PULMONARES MEDIANTE TAC. ANÁLISIS PRELIMINAR EN 39 PACIENTES.

Martínez Luque, Judith; Bueno Remacha, Ana; Casanovas Rodríguez, Xènia; Guijarro Comas, Marta
Presentador: Martínez Luque, Judith

ATRYS

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35, Pantalla 1)

INTRODUCCIÓN: La evaluación "rapid on site" (ROSE) en diversos procedimientos endoscópicos y de imagen ha demostrado utilidad en la obtención satisfactoria de una muestra para estudio citológico o histológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluar la efectividad de ROSE en la adecuación de las muestras y la precisión diagnóstica en nódulos pulmonares y de difícil acceso, mediante estudio por TAC.

RESULTADOS: Se han recogido un total de 39 pacientes con biopsia guiada por TAC con estudio ROSE. Los datos recogidos fueron:

- Se recogieron los siguientes diagnósticos en el estudio ROSE: 18 (46.2%) negativo/representativo, 7 (17.9%) atipia citológica, 13 (33.3%) sospecho y 1 (2.6%) material insuficiente. En 5 casos de atipia citológica, la sospecha de síndrome linfoproliferativo indicó la recogida de material para estudio de citometría de flujo y en los 13 casos sospechosos se indicó toma de muestra adicional para estudio molecular.
- El diagnóstico definitivo se realizó en el 82.1% de los casos: 21 positivos y 11 negativos o sin lesión maligna. En 7 no se pudo realizar un diagnóstico concluyente (5 atipias y 2 insuficientes).
- La correlación del diagnóstico definitivo con el del ROSE fue de 32 casos. Cuatro casos con diagnóstico de ROSE negativo se diagnosticaron finalmente como positivos y en tres casos no se pudo confirmar la aproximación diagnóstica del ROSE. No se realizó ningún falso positivo "in situ". La sensibilidad diagnóstica fue del 83% con una especificidad del 100%, concluyendo un VPP del 100% con un VPN del 73%.

CONCLUSIONES: Los datos recogidos en nuestro estudio indican que el ROSE en el estudio de los nódulos pulmonares o de difícil acceso, mediante TAC, es efectivo, con una especificidad y sensibilidad muy altas. Este procedimiento evita tener que volver a citar al paciente para un nuevo estudio diagnóstico y permite obtener muestras adicionales "in situ", si se requiere, para estudios complementarios.

DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN NEOPLASIAS MALIGNAS DE GLÁNDULA SALIVAL: ¿QUÉ HERMOS APRENDIDO DE NUESTROS ERRORES?

Cadavid Fernandez, Natalia; Tenelanda Santillan, Angie Gabriela; Veliz Dominguez, Alejandra Sofia; Moles Caparros, Silvia; Benito Berlinches, Amparo; Ferrer Gomez, Ana
Presentador: Cadavid Fernandez, Natalia

HOSPITAL RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35, Pantalla 2)

INTRODUCCIÓN: La punción con aguja fina (PAAF) de neoplasias de glándula salival supone un reto diagnóstico para el patólogo. El Sistema de Milán para la Citopatología de Glándula Salival (MSRSGC) proporciona un marco estandarizado para su interpretación. No obstante, cada categoría implica un riesgo de malignidad no despreciable. Nos hemos propuesto hacer una revisión crítica de los diagnósticos por PAAF partiendo de las neoplasias salivales malignas diagnosticadas con pieza quirúrgica en nuestro centro, haciendo especial hincapié en los falsos negativos, con el fin de detectar posibles claves para evitar el error interpretativo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados con neoplasia maligna primaria de glándula salival en pieza quirúrgica entre 2018 y 2024. Se recogieron los diagnósticos histológicos definitivos y el diagnóstico citológico previamente realizado en la PAAF, clasificados según el MSRSGC 2023.

RESULTADOS: Se incluyeron 31 pacientes con: 20 parotidectomías, 6 submaxilectomías, 2 resecciones de mucosa yugal, 2 resecciones de paladar blando y 1 resección de labio inferior. Los diagnósticos histológicos más frecuentes fueron carcinoma mucoepidermoide (20%), carcinoma ex adenoma pleomorfo (20%), carcinoma adenoides quístico (17%) y carcinoma ductal (13%).

En la PAAF, 22 casos (71%) fueron clasificados como categorías IVb, V o VI del MSRSGC: 6 (28%) en categoría VI (maligno), 8 (36%) en categoría V (sospecha de malignidad) y 8 (36%) en categoría IVb (neoplasia probablemente maligna).

Revisamos los 9 casos (29%) falsos negativos: 3 (33%) en categoría III (lesión de significado incierto) y 6 (67%) en categoría IVa (neoplasia probablemente benigna).

En la categoría III, todos los casos correspondieron a carcinomas mucoepidermoides sin representación epitelial.

En la categoría IVa 5 de los 6 casos se diagnosticaron de adenoma pleomorfo: 2 por error de muestreo (carcinomas ex adenoma pleomorfo); otros 2 por tratarse de tumores con llamativo componente mioepitelial (carcinoma epitelial-mioepitelial y carcinoma adenoides quístico). El caso restante se diagnosticó de un carcinoma de células acinares, cuya discrepancia atribuimos a fallo interpretativo (patólogo poco entrenado en citología). En el último caso, un carcinoma mucoepidermoide con abundante moco diagnosticado de tumor de Warthin, confundimos las células intermedias con oncócitos.

CONCLUSIONES: La PAAF es una técnica útil y mínimamente invasiva para el diagnóstico de neoplasias malignas de glándula salival, con una tasa de concordancia adecuada. Sin embargo, presenta limitaciones en ciertas entidades, lo que puede afectar a su precisión diagnóstica.

Las principales discrepancias diagnósticas están motivadas en gran medida por la heterogeneidad de las lesiones de glándula salival, muchas de ellas constituidas por distintos tipos celulares y con escasa atipia citológica, que han de ser clasificadas en un número de entidades cada vez mayor. Otra fuente de error es el muestreo en la punción, que siempre es una muestra limitada, lo que conlleva el diagnóstico de falsos negativos.

Tras analizar nuestra serie de casos, para evitar y minimizar errores, proponemos establecer foros de discusión en el diagnóstico de estas lesiones poco frecuentes, lo que permitiría ganar experiencia y confianza interpretativa. Además, es importante asegurar la representatividad de la muestra y apoyar nuestros diagnósticos, si fuese necesario, con técnicas complementarias, principalmente moleculares.

NEOPLASIAS SECUNDARIAS EN TIROIDES: SERIE DE CASOS RETROSPECTIVA DE 20 AÑOS.

Vega González, Jesús; Yanguela Eguizábal, Julio; De La Torre Serrano, Montserrat; Colino Gallardo, Ana María; Bergillos Giménez, María Reyes; Hernández Martínez, Desiré; García Egido, Alejandro; Alarcón García, Lorenzo; Nielsen , Lone; Merino Menéndez, Salomé; Fernández Aceñero, María Jesús
Presentador: Vega González, Jesús

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35, Pantalla 3)

INTRODUCCIÓN: Es poco frecuente que la glándula tiroides presente patología neoplásica de origen extratiroideo. Los pacientes suelen ser diagnosticados de forma incidental en las pruebas de imagen de seguimiento de su neoplasia primaria. Hasta el momento son escasas las series de casos recogidas en la literatura y no existen guías estandarizadas de tratamiento. El objetivo de este trabajo es analizar los casos con diagnóstico de neoplasia secundaria en tiroides durante un periodo de 20 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de casos con diagnóstico citológico y/o histológico de neoplasia secundaria en tiroides durante el intervalo de tiempo entre enero de 2004 y diciembre de 2024. Se obtienen imágenes representativas de las extensiones citológicas para su descripción morfológica-

RESULTADOS: Se recogen 11 pacientes, 3 hombres y 8 mujeres, todos ellos con diagnóstico citológico de neoplasia secundaria en tiroides y cuatro de ellos con confirmación histológica (tres en pieza quirúrgica y uno en BAG). Todos los pacientes fueron diagnosticados en la primera PAAF. La mediana de edad al diagnóstico de la neoplasia secundaria en tiroides fue de 80 años (rango: 48-92 años). Siete de los pacientes fueron diagnosticados de forma incidental en pruebas de imagen, uno debutó como bocio doloroso y tres presentaron sintomatología asociada como odinofagia, disfagia o disfonía. Tres pacientes presentaban antecedentes de patología tiroidea previa: uno tiroiditis de Hashimoto y los dos restantes enfermedad nodular tiroidea. Los tumores primarios son heterogéneos e incluyen cuatro casos de adenocarcinoma de colon (dos de ellos mucinosos), un leiomiোসарcoma uterino, un adenocarcinoma de pulmón, un carcinoma de mama, un carcinoma epidermoide de lengua, una histiocitosis de células de Langerhans, un tumor neuroendocrino bien diferenciado pancreático y un adenocarcinoma de origen desconocido. Dos de los casos fueron diagnosticados de forma sincrónica con el tumor primario (el adenocarcinoma de pulmón y el adenocarcinoma de origen desconocido). Todos los pacientes presentaron en el transcurso de su enfermedad afectación sistémica a otros niveles y en cinco casos fue previa a la afectación tiroidea. Cuatro pacientes presentaron afectación difusa de la glándula tiroidea, seis pacientes un nódulo TIRADS-5 y en el caso del leiomiосарcoma uterino un nódulo TIRADS-4. Cuatro de los nódulos se localizaron en el lóbulo tiroideo derecho (con una mediana de tamaño de 25 mm, rango 9-50 mm). La mediana de tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la metástasis tiroidea fue de 49 meses (con un valor máximo de 178 meses en el caso del tumor neuroendocrino pancreático). La mediana de tiempo de supervivencia después del diagnóstico de la metástasis tiroidea fue 8 meses (rango: 0-65 meses). La mediana de tiempo de supervivencia global desde el diagnóstico del tumor primario fue de 59 meses (rango: 0-204 meses).

CONCLUSIONES: La PAAF es una técnica mínimamente invasiva, sensible y específica, para el diagnóstico de neoplasias secundarias en tiroides. Su principal diagnóstico diferencial morfológico es el carcinoma indiferenciado tiroideo. Los resultados presentados en este trabajo son similares a otras series de casos publicadas en la literatura consultada.

Citopatología

1889

PARADIGMA DEL BUEN USO DE LA RED SOCIAL X (TWITTER) EN CITOPATOLOGÍA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Meseguer García, Pascual; Alcaraz Mateos, Eduardo
Presentador: Meseguer García, Pascual

HOSPITAL LUIS ALCAÑIZ. Sº DE ANATOMÍA
PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35, Pantalla 4)

INTRODUCCIÓN: X, antes llamada Twitter, sigue situándose en el top ten de redes sociales por número de usuarios, constituyendo un canal de información útil en medicina y, en concreto, en anatomía patológica, debido, por una parte, a la presencia de profesionales del área y, por otro, gracias a su formato conciso con posibilidad de utilización de iconografía. El objetivo es revisar perfiles de éxito en el ámbito de la citopatología. Se analiza su contenido, repercusión y la aplicación de motores de inteligencia artificial (IA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda de los perfiles más destacados y con mayor continuidad en citopatología en la red social X y se revisó su contenido, tanto iconográfico como de texto, así como el uso de hashtags o etiquetado de usuarios, si lo hubiese. Del mismo modo, se aplicó el algoritmo de inteligencia artificial Grok, un chatbot de IA generativa proporcionado por la red social.

RESULTADOS: Consideramos para su análisis las cuentas de @sza_jhcyto y @pepeheffernan, pertenecientes a los doctores Syed Ali (Hospital Johns Hopkins, Baltimore) y José Jiménez Heffernan (Hospital Universitario La Princesa, Madrid), respectivamente, con más de 10000 seguidores (19100 y 10700, con unas ratios seguidos/seguídos de 2122 y 2,3, respectivamente). El número de publicaciones respectivas hasta marzo de 2025

fue de 7482 y 16100, con 4165 y 2058 fotos respectivamente. Fueron detectadas otras muchas cuentas, pero se decidió restringir al uso continuado y con un número de seguidores superior a 10000.

@sza_jhcyto tiende a publicaciones con una media de más de 3000 impresiones, con contenido citológico de tipo descriptivo y con predilección por las tinciones de Papanicolaou, prescindiendo habitualmente del uso de hashtags o del etiquetado de usuarios. @pepeheffernan, en cambio, si etiqueta a otros usuarios, emplea hashtags de manera aislada y tiene una predilección por la tinción de Diff Quik, utilizando registro de publicaciones precedidas de CC, con no infrecuente uso del concepto "Gloomy Sunday" para los casos problema que plantea. Su media de impresiones es de 121.

La IA Grok aporta adicionalmente datos y descripciones. De @sza_jhcyto destaca el compartir conocimientos y aportes con fotos épicas, así como su participación eventos científicos. De @pepeheffernan menciona que es un crack de la citopatología que flipa con casos raros y desentraña tumores raros.

CONCLUSIONES: 1) X continúa siendo una plataforma válida de comunicación para el ámbito de la citopatología con grandes exponentes que generan contenido científico, proporcionando herramientas de IA de manera adicional.

2) Pese a no abusar del uso de hashtags, las cuentas analizadas son las que más continuidad presentan en el tiempo con una tasa de interacción y número de impresiones que destaca por encima de otras.

3) Sería interesante que las sociedades científicas continúen promocionando un uso responsable de las redes sociales para intercambio de información y conexión con otros colegas del ámbito de la citología.

Citopatología

2070

UTILIDAD DE LA IMPRONTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS Y LESIONES HERPÉTICAS EN LA CONSULTA DE PUNCIÓN.

Lopez Peña, Carmen; Ortiz Reina, Sebastián; Ortiz Gonzalez, Ana; Capozzi, Claudia Alejandra; Campoy Carreño, Celia; Aguilar Navarro, Estela; Carmona Cortado, Lydia; Sanchez Fernández, Irene; Blasco Muñoz, Soledad; Casas Miras, Ana; Sanchez De Las Matas Garre, Soledad

Presentador: López Peña, Carmen

HGU SANTA LUCÍA CARTAGENA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35, Pantalla 5)

INTRODUCCIÓN: En la consulta de PAAF de Anatomía patológica se suelen realizar al año unas 550 punciones, la mayoría derivadas desde Atención Primaria.

No obstante, entre los servicios usuarios o proveedores de pacientes de esta consulta, a parte de ORL, oncología médica, pediatría, etc., se encuentra el servicio de Dermatología.

Las lesiones dermatológicas puncionables en la consulta, suelen ser, por lo general, nódulos o ganglios en pacientes previamente intervenidos, o en el momento del diagnóstico de tumores cutáneos.

No obstante, no debemos perder de vista aquellas lesiones vesiculosas, ulcerosas, que resultan dificultosas en el momento del diagnóstico, y plantean un problema a la hora de la punción, ya sea por la edad del paciente (mucho de ellos pediátricos) o bien por características clínicas (lesiones ulcerosas, dolorosas, pacientes inmunocomprometidos...), o bien por la sospecha clínica de una patología infecciosa.

Es por ello, que, un adecuado manejo de estos pacientes, con exploración minuciosa y manejo adecuado de la lesión en fresco permite diagnosticar entidades como Herpes o leishmania, tan frecuentes en nuestra área.

Con este trabajo se pretenden mostrar diferentes casos clínicos donde este tipo de lesiones son manejadas, con su estudio en fresco y realización de técnicas como el TEST DE TZANK.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se muestran una serie de casos derivados en su mayoría de la consulta de Dermatología, en pacientes con lesiones ulcerosas, nodulares o vesiculosas para la realización de toma de muestra.

En la consulta de PAAF de nuestro centro se procedió a explorar las lesiones de los pacientes y en función de las mismas a realizar un estudio mediante impronta, raspado, o punción y posterior realización del Test de Tzanck para su evaluación.

RESULTADOS: En todos os casos realizados se ha podido demostrar de forma sencilla, rápida y económica el origen de las lesiones, lo que ha facilitado un diagnóstico rápido de las mismas y por lo tanto una mayor optimización del tratamiento, una reducción de tiempos de espera y disminución de la ansiedad de los pacientes y sus familiares.

Se pretende mostrar la facilidad de la toma de muestras, así como el manejo de las mismas, y posterior evaluación de forma que una técnica sencilla sea incorporada a la rutina de trabajo de residentes y patólogos en una consulta e punción o en el ámbito hospitalario.

CONCLUSIONES: El test de Tzanck es un examen directo que permite confirmar cualquier forma de infección por Herpesvirus, tanto las causadas por herpes simple, como por VZV, antes de iniciar un tratamiento antiviral empírico. Su papel diagnóstico resulta especialmente relevante en las formas atípicas, como en pacientes inmunodeprimidos, o aquellos casos en los que el diagnóstico de sospecha es poco frecuente para la edad del paciente, incluso se ha visto su utilidad en otras entidades clínicas como es el caso de la leishmaniasis.

Consiste en la toma de una muestra del contenido líquido de las vesículas herpéticas o del frotis de la base de las lesiones. Esta muestra se fija en un portaobjetos y se tiñe con tinción de Giemsa o azul de toluidina, con el fin de observar el efecto citopático que ejerce el virus. Su mayor valor diagnóstico se logra a partir de muestras vesiculares donde alcanza hasta un 60% de positividad, contrastando con la positividad que ronda el 20% en muestras provenientes de úlceras. El bajo coste, rapidez y facilidad de su realización en manos de un observador entrenado aportan elementos importantes al diagnóstico clínico.

CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA DE PUNCIONES DE GLÁNDULA SALIVAL DURANTE CINCO AÑOS EN NUESTRO HOSPITAL.

Puente Lopez, Pablo; Vera Brito, Nelson José; Pujol Seviliano, Nahíara; Calleja Jiménez, Rebeca; González Loscos, Tamara

Presentador: Puente López, Pablo

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La patología de la glándula salival es una de las más complejas, debido a la existencia de más de 30 tipos de lesiones tumorales (incluyendo benignas y malignas). La localización más frecuente de las lesiones es la parótida y la lesión más frecuente con diferencia es el adenoma pleomorfo, hay que conocer el resto de entidades ya que suponen un reto diagnóstico en ocasiones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos recogido las punciones de glándula salival realizadas en los últimos entre 2020 hasta la actualidad en nuestro centro, obteniendo un total de 157 punciones y sus diagnósticos. Hemos revisado la historia y recolectado los que se sometieron posteriormente a resección de la lesión y correlacionado los hallazgos de la citología con el diagnóstico definitivo en la pieza quirúrgica.

RESULTADOS: De las 157 punciones totales, tenemos una distribución esperable en cuanto a benigno/maligno, con un predominio de tumores de Warthin (29%), seguidos por adenoma pleomorfo (25 % del total) y otras lesiones benignas (oncocitoma, adenoma de basales...) Con menos frecuencia, hemos observado lesiones malignas (3 % del total) (adenoides quístico, mucoepidermoide, adenocarcinoma poliforme, etc). En cuanto a correlación, hemos analizado 67 pacientes con correlación, con una concordancia de más del 90% entre citología y biopsia, siendo los errores más frecuentes la distinción entre adenoma pleomorfo y adenoides quístico.

CONCLUSIONES: La citología de lesiones salivales es fundamental para el diagnóstico y manejo posterior. La correlación es fundamental para el aprendizaje y corrección de errores. Aunque lo más frecuente sean lesiones benignas, es importante conocer las características citológicas diferenciales entre neoplasias benignas y malignas, para un adecuado diagnóstico.

DEL PÁNCREAS A LA PARÓTIDA: DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO INFRECUENTE E INESPERADO

Merino García, Belén; Miguel Ruiz, Carlos; Rubio Mediavilla, Susana; Zudaire Fuertes, Tamara; García Gurrea, Ana

Presentador: Merino García, Belén

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores paratídeos son raros y representan alrededor del 3% de todos los tumores de cabeza y cuello. Se estima que entre el 12 y el 21% de estos son malignos. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una técnica ampliamente aceptada para el diagnóstico inicial de lesiones de glándula salival. Permite discriminar entre lesiones neoplásicas y neoplásicas, y dentro de estas últimas, entre carcinomas de bajo y alto grado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón 59 años con antecedente de adenocarcinoma de páncreas en 2017 y recidiva en raíz mesentérica marzo de 2024, que presenta crecimiento de lesión paratídea izquierda conocida desde 2021. Revisamos datos clínicos, anatomopatológicos y radiológicos.

RESULTADOS: En 2021 se detectan dos lesiones en parótida izquierda, con PAAF de una de ellas no-diagnóstica (Milán I, compatible con contenido de quiste). En 2022 se describen dos nuevas lesiones en parótida derecha.

A inicios de 2024 se evidencia progresión tumoral pancreática en TC toraco-abdominal, con aumento de lesión en raíz mesentérica y adenopatía prevascular, iniciándose tratamiento quimioterápico. Controles radiológicos posteriores indican enfermedad pancreática estable con aumento del tamaño de la adenopatía.

Este año, el paciente acude por crecimiento de lesión paratídea izquierda. Se realiza PAAF con diagnóstico de citología atípica, no concluyente de malignidad, en la que se observa abundantes restos celulares y necrosis junto a escasa celularidad epitelial atípica con citoplasma bien delimitado y núcleo hiper cromático, anisocariosis, pleomorfismo, vacuolas y marcado nucléolo. El estudio inmunocitoquímico resulta positivo difuso para CK7, CK AE1-AE3, p53 (nuclear intensa) y p40 (aisladas células), y negativo para CD68, CDX2, CK20 y TTF1. Se repite PAAF con diagnóstico de citología maligna, compatible con adenocarcinoma; siendo los hallazgos citomorfológicos e inmunocitoquímicos superponibles a los descritos en la citología previa.

Tras este diagnóstico se realiza TC torácico observándose adenopatía/masa mediastínica. Se lleva a cabo PAAF y biopsia de lesión en mediastino, con hallazgos morfológicos superponibles a los descritos en PAAF de parótida izquierda. La biopsia muestra un adenocarcinoma pobremente diferenciado con material Azul Alcian positivo en citoplasma y estudio inmunohistoquímico positivo difuso para CK7, focal para CK5, y negativo para p40, TTF1, Anhidrasa Carbónica IX y PAX-8. Se comparan los hallazgos citomorfológicos e histológicos actuales con el adenocarcinoma de páncreas inicial de 2017, observándose en este, una zona menos diferenciada superponible a la imagen actual, siendo por tanto las lesiones mediastínica y paratídea compatibles, en el contexto clínico, con origen primario pancreático.

CONCLUSIONES: El carcinoma escamoso de cabeza y cuello es la lesión metastásica más frecuente en glándula salival, seguido de melanoma y carcinomas de pulmón, mama, riñón y colon.

Los carcinomas de alto grado en glándula salival son reconocibles con facilidad, pero la distinción entre carcinoma primario vs metastásico no es sencilla en ocasiones.

La metástasis de adenocarcinoma de páncreas en glándula salival es excepcional. Tras revisar la bibliografía hemos encontrado un único caso publicado en glándula parótida. [1]

I. Emanuelli, E., Clorba, A., Borsetto, D., Cazzador, D., Sarcognato, S., Marino, F., Fusetti, S., Bianchini, C., Stomeo, F., Pelucchi, S. Metastasis to parotid gland from non Head and Neck tumors. JBUON 2018; 23(1): 163-166

PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN LA FASE 0

Medina Torres, Cristina; Serrano Picazo, Mónica; Cardo García, María Teresa; Sánchez Triviño, Sandra; Fernández Sánchez, Soledad; Contel Garzón, María

Presentador: Medina Torres, Cristina

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cérvix constituye uno de los tres cánceres en los que el Consejo Europeo reconoce con suficiente evidencia científica como para recomendar programas de cribado poblacional. Se establecían diferentes pruebas de cribado en función del grupo de edad. Sin embargo, con los últimos avances en la evidencia científica y las recomendaciones de la Unión Europea, se modifica el intervalo de edad para la realización del VPH-AR y se toma en consideración el estado vacunal a la hora de indicar el inicio del cribado. Al grupo de mujeres con edades entre 25 y 29 años se le realizará citología cada tres años o se iniciará el cribado pasado los 30, en función de su estado vacunal. Al grupo de mujeres con edades entre 30 y 65 años se le realizará la determinación del VPH-AR, independientemente de su estado vacunal frente al VPH. Por lo que se establece la puesta en marcha de una fase 0, en la que se invita a una pequeña parte de la población de 6 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Se comprobará su correcto funcionamiento y se establecerán posibles aspectos de mejora; una vez evaluado y validados los circuitos, se ampliará la población diana en la siguiente fase.

MATERIAL Y MÉTODOS: La población diana es de 14,000 mujeres de 30-65 años. De las cuales 13,579 mujeres nacidas en los años 1993,1988,1983,1978,1973,1968,1963 se les invitará a realizarse la prueba del VPH-AR mediante autotoma. De las 250 mujeres nacidas en 1958 se citarán con matrona para revisión de historia de cribado en la que se valorará la finalización del mismo o realización de cotest según su historial de control. Las invitaciones se realizan a través de carta de invitación física y/o electrónica con kit de autotoma, tríptico informativo del programa, instrucciones de uso y bolsas de transportes. Las muestras serán entregadas en el centro de salud y serán derivadas al servicio de Anatomía Patológica.

RESULTADOS: Las muestras serán clasificadas como muestras no válidas, resultados negativos, resultados positivos. Los resultados del VPH-AR se incorporarán automáticamente en la hoja de seguimiento y las citologías se informarán mediante el protocolo de la Conselleria de sanidad Valenciana.

CONCLUSIONES: El programa de cribado poblacional se considera un programa multidisciplinar donde se pone de manifiesto la necesidad de una correcta comunicación entre las distintas aéreas implicadas.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIRUS BK EN MUESTRA DE ORINA: RELEVANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS DECOY

García Gurrea, Ana; Merino García, Belén; Zudaire Fuertes, Tamara

Presentador: García Gurrea, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El virus BK es un virus ubicuo, oportunista, perteneciente a la familia de los poliomavirus que se adquiere por contacto directo de persona a persona, a través de superficies, alimentos y agua contaminados. La infección primaria suele producirse en la infancia, siendo subclínica en la mayoría de los casos, con una tasa de seroprevalencia en adultos que puede superar el 90%. Tras la primoinfección, el virus permanece latente en las células epiteliales uroteliales y tubulares renales de por vida, siendo controlado principalmente por células T. Puede ser patógeno en pacientes inmunosuprimidos, siendo más frecuente en receptores de trasplante renal, seguidos de receptores de trasplante de médula ósea o de progenitores hematopoyéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 14 años, con reciente trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico tras diagnóstico de linfoma linfoblástico de células B. A los 7 meses del trasplante, consulta por síndrome miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo y fiebre) junto con dolor perianal. A su llegada a Urgencias, presenta analítica de sangre anodina y sedimento de orina patológico, por lo que se toma urocultivo y se pauta tratamiento con fosfomicina. Ante persistencia de la sintomatología a los 6 días, se modifica el tratamiento a nitrofurantoina tras aislamiento de *Klebsiella oxytoca* en urocultivo. No observándose mejoría, se decide ingreso en medicina interna y se remiten muestras de orina al laboratorio de microbiología para realizar PCR y al laboratorio de anatomía patológica para estudio citológico.

RESULTADOS: En nuestro laboratorio de anatomía patología procesamos la muestra de orina según el protocolo establecido. En el estudio citológico, tras tinción con papanicolaou, se observan numerosas células atípicas que muestran citoplasma amplio y núcleo aumentado de tamaño, redondo, de límites regulares, con hiper cromasia, intuyéndose en algunas una zona central de aspecto ligeramente vidrioso. Los hallazgos citomorfológicos plantean el diagnóstico diferencial entre células decoy y carcinoma urotelial de alto grado. Dado el antecedente de TPH, nuestra principal sospecha es que se trata de células con inclusiones virales o células decoy. Realizamos tinción inmunocitoquímica para SV-40, observando inmunorreactividad nuclear intensa y difusa en estas células, confirmando el diagnóstico de infección por virus BK. Asimismo, la PCR realizada en el laboratorio de microbiología resulta positiva para virus BK.

CONCLUSIONES: Resaltamos la importancia de considerar esta entidad en pacientes inmunosuprimidos, especialmente en aquellos receptores de trasplante renal y de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). La identificación de células con inclusiones virales, conocidas como células decoy, en extensiones citológicas urinarias, es fundamental para el diagnóstico precoz de infección por virus BK. El reconocimiento de los cambios citológicos característicos asociados a esta infección, complementado con la tinción inmunocitoquímica para SV-40, permite el diagnóstico y el posterior manejo adecuado de estos pacientes.

CORRELACIÓN DE LOS HALLAZGOS EN LÍQUIDOS PLEURALES POR EL DETECTOR DE ALTA FLUORESCENCIA EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, CON LOS RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Yange Zambrano, Geanella Geraldinne; Pons Vidal, Francesca; Moreno De Juan, Germán; Mazorra Horts, Remigio; Martín Soler, Paula; Peña Nava, Raquel; Martino Gonzalez, María

Presentador: Yange Zambrano, Geanella Geraldinne

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipó de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El análisis de los líquidos pleurales (LP) es una herramienta esencial para conocer la etiología de derrames pleurales. Debido a la elevada variabilidad interobservador en el conteo celular manual, se han introducido en los laboratorios de análisis clínicos (ACL) contadores celulares automatizados. El analizador XN-350 (Sysmex) realiza un conteo celular con elevada reproductibilidad, disminuyendo el tiempo de entrega de los resultados. Este detecta la presencia de células de alta fluorescencia (HF-BF cells) que incluyen células con núcleos agrandados y gránulos, que pueden corresponder a mesoteliales, macrófagos o células malignas, por lo que su sensibilidad es baja. Cuando se detecta un porcentaje (%) mayor o igual al 10% (punto de corte recomendado por la casa comercial) de HF-BF cells por cada 100 leucocitos, se revisan estos líquidos al microscopio y en caso de observarse células atípicas (elevada relación núcleo-citoplasmática, hiperromasía, agrupamiento), se recomienda el estudio citológico en anatomía patológica (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda en la base de datos de ACL de nuestro centro, de los LP que presentaron un % mayor al 10% de HF-BF cells y fueron enviados a AP entre enero 2023 y febrero 2025. Posteriormente se revisan estas citologías para definir los % de células tumorales, mesoteliales y macrófagos, y su clasificación según el sistema internacional de clasificación de líquidos serosos 2020. El objetivo de este estudio es comparar el % de HF-BF cells y el resultado del análisis citológico por parte de AP, y analizar la capacidad de las HF-BF cells para cribar líquidos con celularidad maligna.

RESULTADOS: Se recibieron un total de 705 LP en ACL, de los cuales 78 presentaron un % mayor del 10% de HF-BF cells y se enviaron a AP. De los recibidos en AP, se clasificaron un total de 20 como malignos (Categoría V) y 1 como sospechoso para malignidad (Categoría IV) (26.9%). Los diagnósticos (dx) correspondieron a Carcinoma (13 de origen pulmonar, 1 digestivo, 1 mama, 1 orofaringe, 1 carcinoma de células de Merkel, 1 neuroendocrino); 2 Linfoma, 1 Mesotelioma (dx de sospechoso en citología). De los LP malignos se observó que a mayor % de HF-BF cells mayor es la relación con el % de células tumorales; siendo así que 14 casos (66.6%) presentaron un % de HF-BF cells mayor del 23.3% (media de 55%); siendo la media de células tumorales en el examen citológico de estos líquidos de un 45.2%. Dos de ellos, con % de HF-BF cells del 67% y 86%, fueron dx de linfoma; lo que nos indica que hay una buena relación entre HF-BF cells y células linfomatosas. Siete de los LP malignos presentaron unos niveles de HF-BF cells por debajo del 23.3%. En cuanto a los LP negativos para malignidad (Categoría II) con un % mayor al 23.3% de HF-BF cells (57 casos, 73%) se ha visto que se correlaciona con la cantidad de células mesoteliales (10-75%) y macrófagos (10-40%).

CONCLUSIONES: Aunque hemos encontrado que el mayor % de positividad tumoral se encuentra en LP que presentan un % de células de HF-BF cells por encima del 23.3%, no consideramos que se tenga que subir el punto de corte para la revisión de líquidos al microscopio por parte del servicio de ACL, ya que el 33.3% de los malignos se sitúan por debajo del 23.3%. Creemos que el trabajo conjunto entre servicios y la correlación de los hallazgos son fundamentales para un buen dx, por lo que consideramos adecuado que se continúen revisando los líquidos con más del 10% de HF-BF cells, y si procede, recomendar su envío a AP.

RESULTADOS DEL CRIBADO POBLACIONAL CON HPV EN CANTABRIA. VIRUS 16 Y/O 18 .CORRELACIÓN CITO HISTOLÓGICA.

Martino Gonzalez, María; Mazorra Horts, Remigio; Monasterio Gómez, Cecilia

Presentador: Martino González, María

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipó de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Desde junio de 2024, se ha comenzado en Cantabria el cribado poblacional con HPV (auto toma) de cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 65 años. Describimos a continuación los resultados HPV 16 y/o 18 positivos

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva desde el 17 de junio de 2024 al 25 de febrero de 2025, de los resultados de la PCR de HPV (Amplex II HPV HR detection. Seegene. CE/IVD) que detecta 14 genotipos de alto riesgo (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) y seguimiento de resultados de citología y biopsia.

RESULTADOS: Encontramos 4108 muestras de las cuales hay 3632 (88.4%) negativas y 471 (11.5%) positivas y 5 (0.1%) no válidas. De las 471 (11.5%) muestras positivas, 90 (19%) son positivos para los genotipo 16 y/o 18. De los 90 casos, 73 (81%) tienen citología con 50 (68%) casos negativos, 13 (18%) LSIL/ASCUS, 7 (9.6%) HSIL, 1 (1.4%) ASC-H y 2 (3%) insatisfactorias. De los 90, 54 (60%) tienen biopsia con 22 (41%) negativos (20 con citología; 2 de alto grado y 2 de bajo grado), 18 (33%) CIN1 (17 con citología y 6 con lesión de bajo grado), 13 (24%) CIN2-3 (11 con citología 6 con alto grado y 3 con bajo grado) y 1 (2%) adenocarcinoma (con citología negativa).

CONCLUSIONES: Hasta el momento, tenemos un poco más del 10% de positividad al HPV en nuestro cribado poblacional. Las positividad a los genotipos 16 y/o 18 no llegan al 20% a diferencia de otros cribados que alcanza el 25%. Encontramos un 11% de lesiones citológicas de alto grado y un 18% de bajo grado en citología. El 81% de los CIN2-3 tenían lesión en la citología y el 54% son de alto grado. El 35 % de los CIN1 tenía lesión en la citología y todos de bajo grado. Por lo que se encuentran más lesiones citológicas en los CIN de alto grado y más de la mitad son de alto grado.

"NODULE IN NODULE": POSIBLE TRANSFORMACIÓN DE UN TUMOR BENIGNO EN UN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Robles Montoro, Anabel; Calderón Romero, Alejandra José; Morlius Aizarna, Xavier; García Moreno, Federico; Pérez Olabarria, Maitane; Luizaga Velasco, Luis Antonio; González Mínguez, Clarisa; Riera Bello, Melissa Alejandra; López Díaz, Jesús; Ferrer Cassadó, Carme; Tarroch Sarasa, Xavier
Presentador: Robles Montoro, Anabel

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Se han descrito pocos casos de nódulos malignos de tiroides que ecográficamente aparecen dentro de un nódulo benigno de mayor calibre. Este hecho podría sugerir que el nódulo interno se ha formado a partir de la malignización del nódulo externo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 60 años, sin antecedentes clínicos de interés, acude al Servicio de Endocrinología para el estudio de una tumoración cervical. En el estudio ecográfico se aprecia una imagen con apariencia de un nódulo dentro de otro nódulo mayor. Ambos nódulo eran ecográficamente isoecoicos, sin características sospechosas de malignidad, bien delimitados por una línea de membrana que los separaba y con una distribución diferenciada de señales sanguíneos. Se realiza punción de ambos nódulos con agujas de 25 G. En la pieza quirúrgica remitida posteriormente se identificaba claramente la presencia de dos nódulos encapsulados, el menor en el interior del mayor.

RESULTADOS: De la punción del nódulo externo mayor se obtuvo una muestra hemática con presencia de coloide, células oncóticas en cantidad moderada y escasas células foliculares dispuestas en patrón macrofolicular y placas ordenadas. En la determinación molecular del BRAF no se evidenció mutación. El diagnóstico final de este nódulo, según el predominio de células oncóticas fue de Bethesda IV (Neoplasia/Sospecha de neoplasia de células oncóticas). La extensión del nódulo interno menor mostraba ausencia de coloide y de células oncóticas. En cambio se observaron células foliculares en cantidad moderada, dispuestas en macro y microfoliculos, presencia de hendiduras e inclusiones intranucleares. La determinación molecular evidenció mutación del gen BRAF. El diagnóstico de este nódulo fue de BET VI (Positivo para células malignas compatible con Carcinoma Papilar). Los hallazgos histológicos confirmaban el diagnóstico citológico.

CONCLUSIONES: Aunque los nódulos foliculares benignos de tiroides tienen bajo riesgo de malignización debe realizarse un seguimiento ecográfico periódico de control para controlar su evolución. Los nódulos con apariencia de 'nodule in nodule' deben estudiarse por separado, ya que existe una elevada probabilidad de que el nódulo interno se haya formado a partir de la malignización del nódulo externo. Este fenómeno podría dar una posible explicación sobre el origen de los tumores malignos de tiroides.

DEPOSICIÓN DEL VERDE DE INDOCIANINA EN LÍQUIDO ASCÍTICO DURANTE BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REPORTE DE UN CASO

Cabezón Bienes, Carmen; Porras Díaz-Hellín, Belén
Presentador: Cabezón Bienes, Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El verde de indocianina (ICG) es utilizado como trazador único en la realización de la biopsia del ganglio linfático centinela (BGC) para la estadificación quirúrgica del cáncer de endometrio. En el caso presentado, a la paciente se le inyectó ICG en el cérvix intraoperatoriamente para detectar el ganglio centinela (GC). Junto con la biopsia del ganglio centinela, se recibió 20 ml de líquido ascítico de color verde brillante, lo que representó un hallazgo inesperado.

MATERIAL Y MÉTODOS: La paciente es una mujer de 72 años, diagnosticada en 2023 con adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado (G2) mediante biopsia de endometrio. En 2024, durante la cirugía intraoperatoria, se realizaron biopsias de dos ganglios centinela pélvicos con diagnóstico negativo para malignidad. Junto a los ganglios, se extrajo 20 ml de líquido ascítico, el cual fue procesado mediante citología líquida y citocentrífuga. Las muestras obtenidas fueron sometidas a tinciones Diff-Quick y Papanicolaou para su análisis. Para poder visualizar la fluorescencia emitida por el ICG es necesario tener un sistema de detección que consiste en una fuente de luz de resolución de espectros, una óptica con capacidad de captación de luz con filtros especiales, y una cámara preparada para ello, al igual que el software de control y el hardware de procesamiento, entrada y visualización. Para obtener la fluorescencia, las moléculas de ICG deben ser iluminadas por una luz NIR o laser con un filtro infrarrojo. Recientemente, el desarrollo de una nueva tecnología permite detectar intraoperatoriamente la fluorescencia emitida por el ICG en modo de superposición. Esta modalidad de visualización se compone tanto de la imagen de luz blanca estándar como de la luz NIR superpuesta para que el cirujano pueda ver la captación de la fluorescencia durante la cirugía.

RESULTADOS: El estudio citológico reveló una celularidad mesotelial, dispuesta en pequeños grupos sin atipia donde se observan abundantes macrófagos con un material compatible con el verde de indocianina en los citoplasmas, observándose bolas multinucleadas de color verde, lo que indicó que el ICG se había depositado en el líquido ascítico, similar a cómo la tinta de tatuajes se acumula en los ganglios linfáticos.

CONCLUSIONES: Este caso destaca un fenómeno curioso en el que el verde de indocianina, utilizado como trazador en la biopsia de ganglio centinela, se deposita en el líquido ascítico de la paciente. La observación de la coloración verde y la presencia de ICG en los histiocitos subraya la interacción inusual de este trazador con los fluidos corporales. Este hallazgo podría abrir nuevas áreas de investigación sobre la distribución del ICG y su posible influencia en los resultados de los procedimientos quirúrgicos, ofreciendo un nuevo enfoque para evaluar la distribución de los trazadores en el cuerpo humano durante la cirugía oncológica.

MASA EN PARÓTIDA, NO TODO IBA A SER UN ADENOMA PLEOMORFO.

Puente Lopez, Pablo; Vera Brito, Nelson José; Arranz Yelamos, Ainhoa; Burgos Tejuca, Davinia; Sánchez Rodríguez, Alba

Presentador: Puente López, Pablo

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Varón de 88 años de edad con antecedente de esplenectomía por linfoma marginal esplénico, en seguimiento, que en una revisión se identifica una lesión en parótida derecha, que no sabe especificar el tiempo de evolución, y que tampoco se había estudiado previamente. Con los antecedentes del paciente, la primera sospecha fue adenopatía patológica debido a los antecedentes hematológicos del paciente o una lesión primaria de glándula salival (como primera posibilidad un adenoma pleomorfo por la frecuencia de dicha lesión). Además el paciente refiere pérdida de peso, sin otros síntomas B, por lo que se decide su estudio mediante PAAF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una PAAF guiada con ecografía y ROSE, de una lesión bien delimitada de 2,6 cm de aspecto sólido, que como primera posibilidad diagnóstica nos indican que se trate de un adenoma pleomorfo. Se realizan dos pases obteniendo extensiones y material en medio líquido.

RESULTADOS: Los frotis muestran un fondo hemático con celularidad propia de ganglio linfático en diferentes estadios madurativos y de forma frecuente se identifica celularidad de aspecto macrofágica, en ocasiones agrupados conformando granulomas, con presencia en su citoplasma de estructuras ovaladas pequeñas agrupadas y de forma ocasional, también se identificaban sueltas, de tamaño pequeño, uniformes y densos, compatibles con amastigotes de Leishmania. Se emite el informe y debido a la ausencia de material para análisis microbiológico y debido a la rareza del caso, deciden repetir la PAAF para obtener material para análisis microbiológico y confirmación citológica, observándose los mismo hallazgos que en la primera PAAF. El análisis microbiológico por PCR confirmó el diagnóstico de Leishmania Donovaní.

CONCLUSIONES: La leishmania visceral/ganglionar o kala-azar es un tipo de leishmaniosis que sin tratamiento tiene un pronóstico ominoso, con una mortalidad cerca del 100%, siendo una forma rara de presentación. En nuestro caso, el paciente recibió tratamiento y actualmente se encuentra asintomático y la lesión ha desaparecido.

DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS PANCREÁTICAS MEDIANTE USE-PAAF

Fernández Ariati, Lucía; Argueta Morales, Allan; Castro, Carolina Stephania; Lorenzo Mesa, Shirley Amarilis; Robledano Soldevilla, Ramón; Fernandez Montes, Nassira; Gomez Perez, Nerea; Lozano Escario, María Dolores

Presentador: Fernández Ariati, Lucía

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las metástasis pancreáticas constituyen una entidad infrecuente en la práctica clínica, con escasa documentación en la literatura. Si bien estudios de autopsia reportan una prevalencia de hasta el 65%, en series clínicas esta varía entre el 2 % y el 11 %, con una incidencia del 4,6 % en nuestro centro. En estudios post mortem, el origen más frecuente de las metástasis pancreáticas es el carcinoma pulmonar, mientras que en series clínicas predomina el carcinoma de células renales (CCR). Nuestro estudio se basa en casos clínicos diagnosticados mediante USE-PAAF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los archivos institucionales, identificando todos los casos de neoplasias pancreáticas metastásicas diagnosticadas citológicamente mediante USE-PAAF entre 2000 y 2024. Se revisaron las historias clínicas y los informes histopatológicos para confirmar el origen tumoral.

RESULTADOS: De un total de 1.513 USE-PAAF pancreáticas, 69 casos (4,6%) correspondieron a metástasis en páncreas. En 48 casos (70,0%) se identificaron extensiones y bloques celulares, mientras que en 21 casos (30,0%) solo se observaron extensiones. La cohorte estuvo compuesta por 45 varones (65,2%) y 24 mujeres (34,8%), con una mediana de edad de 59,2 años. La localización más frecuente de las metástasis fue la cabeza del páncreas (34,8%), seguida del cuerpo (13,0%) y la cola (13,0%). Los diagnósticos más frecuentes en nuestra cohorte fueron las metástasis de carcinoma pulmonar, que representaron el 33,3% de los casos. Dentro de este grupo, el 56,5% correspondió a adenocarcinoma, seguido por carcinoma anaplásico de células pequeñas (26,1%) y carcinoma escamoso (17,4%). Las metástasis de carcinoma de células renales (CCR) constituyeron el 24,6 % de los casos, siendo todos de tipo carcinoma de células renales. En cuanto a las neoplasias del tracto gastrointestinal (TGI), que representaron el 14,4 % de los casos, la mayoría fueron adenocarcinomas de colon (80,0%), mientras que los adenocarcinomas gástricos y los carcinomas anaplásicos de esófago representaron cada uno el 10%. Las metástasis de melanoma cutáneo también representaron el 10,1% de los casos, mientras que las de cáncer de mama constituyeron el 2,8%, correspondiendo en su totalidad a adenocarcinoma ductal. Los tumores metastásicos originados en partes blandas representaron el 4,3 % de los casos, distribuyéndose en partes iguales entre sarcomas fuso celulares (33,3 %), liposarcomas pleomórficos (33,3 %) y carcinoma de células de Merkel (33,3 %). Finalmente, en un porcentaje menor al 2%, se identificaron metástasis de origen poco frecuente, incluyendo tumores provenientes del endometrio, ovario, hígado, próstata, suprarrenal, entre otros.

CONCLUSIONES: En contraste con los estudios de autopsia, donde el origen más frecuente es el carcinoma pulmonar, en series clínicas predomina el CCR. Nuestro estudio, basado en casos clínicos, confirma esta tendencia, con las neoplasias metastásicas más frecuentes siendo de origen pulmonar (33,3 %), seguidas por CCR (24,6 %) y, en menor proporción, por neoplasias del tracto gastrointestinal (TGI) (14,4 %).

“NO VENDAS LA PIEL DEL OSO ANTES DE HABERLO CAZADO”: REVISIÓN Y APRENDIZAJE SOBRE UN CASO DE PATOLOGÍA PAROTÍDEA. CITOLOGÍA Y CORRELACIÓN BIÓPSICA.

Raposo Pulido, Barbara; Villar Fernández, Ana; Piña Giménez, Héctor; Salsidua Arroyo, Olatz; Castillo Torres, Carolina; D'angelo Giussani, Carolina
Presentador: Raposo Pulido, Bárbara

HOSPITAL UNIV. PRÍNCIPE DE ASTURIAS. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma mucoepidermoide (MEC) es la neoplasia maligna más frecuente de la glándula salival. Recientemente se ha presentado una variante infrecuente y de bajo grado histológico denominada “Warthin-like”, que se caracteriza por un infiltrado linfocitario prominente, áreas quísticas análogas a las del tumor de Warthin, pero sin la doble capa de células oncóticas características de esta entidad. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) constituye el método de primera línea para un reconocimiento temprano, aunque su evaluación citológica supone todo un reto diagnóstico para el citopatólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 50 años oriunda de Marruecos, con antecedentes médico-quirúrgicos de carcinoma infiltrante de mama derecha en 2014 tratada con mastectomía, linfadenectomía y quimioterapia-radioterapia posterior. En 2023 acude al servicio de Urgencias por tumoración palpable y dolorosa en glándula parótida derecha descrita en resonancia magnética como una lesión nodular de 4 mm compatible con lesión vascular, sin poder descartarse otras posibilidades. Un año después, se detecta crecimiento significativo de la lesión (12 mm). En ambos casos se realiza PAAF ecoguiada utilizando una aguja de 23G, una jeringa de 10 ml y una pistola de punción-aspiración tipo Cameco®. Subsiguientemente se realiza enucleación de la tumoración y se lleva a cabo una correlación cito-histológica de los hallazgos.

RESULTADOS: Los extendidos citológicos evidencian grupos cohesivos de células oncóticas sin atipia citológica sobre un fondo sucio con numerosos linfocitos. El diagnóstico citológico en ambas PAAF es de tumor de Warthin (categoría IV del sistema Milán). Se realiza resección quirúrgica y se recibe en el laboratorio para su procesamiento. Macroscópicamente se describe como un nódulo grisáceo irregular de 15 x 10 x 9 mm y consistencia firme. Las secciones histológicas muestran espacios quísticos circunscritos por tejido fibroso con abundante tejido linfóide con centros germinales, repletos de mucina densa con detritus y celularidad inflamatoria. Estos espacios están revestidos por epitelio con marcado cambio oncótico, entremezclados con células intermedias, células mucinosas y muy aisladas células escamosas. No se aprecia atipia citológica, imágenes de necrosis, invasión linfovascular o invasión perineural.

CONCLUSIONES: El carcinoma mucoepidermoide Warthin-like ocurre preferentemente en la glándula parótida en mujeres de mediana edad, manifestándose como una tumoración dolorosa en la mayoría de los casos. Las características clínico-patológicas son útiles a la hora de diferenciar ambas entidades, ya que el tumor de Warthin se manifiesta con cierta frecuencia bilateralmente y en edades más avanzadas en pacientes con antecedentes de tabaquismo. La PAAF es considerada el método de valoración inicial que más información proporciona, con tiempos de evaluación inmediatos y prácticamente sin complicaciones. Sin embargo, la ausencia en el estudio citológico de algunos de los componentes sólidos (células mucinosas, intermedias o escamosas) dificulta su diagnóstico, siendo relativamente fácil confundirlo con el tumor de Warthin. Es fundamental conocer los datos clínico-radiológicos del paciente, estar al día de las entidades emergentes con el fin de disminuir errores interpretativos y ofrecer una resolución diagnóstica de primer nivel.

RESULTADOS DEL CRIBADO POBLACIONAL CON HPV EN CANTABRIA. GENOTIPOS NO 16 Y/O 18 CORRELACIÓN CITO HISTOLÓGICA.

Martino Gonzalez, Maria; Yange Zambrano, Geanella; Revuelta Montoya, Maria Antonia
Presentador: Martino González, Maria

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Desde junio de 2024, se ha comenzado en Cantabria el cribado poblacional con HPV (auto toma) de cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 65 años. Describimos a continuación los resultados HPV de los genotipos no 16 y/o 18 positivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva desde el 17 de junio de 2024 al 25 de febrero de 2025 de los resultados de la PCR de HPV (Amplex II HPV HR detection. Seegene. CE/IVD) que detecta 14 genotipos de alto riesgo (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) y seguimiento de resultados de citología y biopsia.

RESULTADOS: Encontramos 4108 muestras de las cuales hay 3632 (88,4%) negativas, 471 (11,5%) positivas y 5 (0,1%) no válidas. De las 471 (11,5%) muestras positivas, de los cuales 381 (81%) casos han resultado positivos para los genotipos NO 16 y/o 18. De estos, 92 (24%) casos son positivos a más de un genotipo y 289 (76%) son positivos a un solo genotipo. El 60,5 % de los genotipos positivos a un solo tipo resultan ser 51, 52, 56, 66 y 68 que muestran un porcentaje entre 10 %y 14%. Tenemos citología de 341 casos (89%) con 293 (86,3 %) negativos, 39 (11%) ASCUS/LSIL, 2 (0,6%) de HSIL, 5 (1,5%) de ASC-H, 1 (0,3%) (AGUS) Y 1 (0,3%) insuficiente. Tenemos 10 (2,6%) casos con biopsia 5 (50%) negativos (2 con citología negativa, 2 con LSIL/ASCUS y 2 con ASC-H), 2 (20%) con CIN1 (1 con citología HSIL y 1 ASC-H) y 3 (30%) con CIN2-3 (1 con citología LSIL/ASCUS, 1 con HSIL y 1 ASC-H).

CONCLUSIONES: Hasta el momento, tenemos un poco más del 10% de positividad al HPV en nuestro cribado poblacional. Las positividad a los genotipos NO 16 y/o 18 es más del 75% a diferencia de otros cribados siendo los genotipos 51,52,56,66 y 68 los más frecuentes. Más del 80% de los casos con citología han resultado negativos para lesión intraepitelial. El 13,4% tienen lesión en la citología de los cuales el 81% son de bajo grado y el 19% son de alto grado. De los 10 casos con biopsia, la mitad tienen CIN y de estos el 60% son de alto grado todos ellos con citología con lesión de alto grado. Por lo que la mayoría de las pacientes tienen no tienen lesión en la citología y de los que tienen lesión la mayoría son de bajo grado. De los 7 casos con lesión de alto grado en citología, 6 tienen biopsia y 4 casos muestran CIN.

DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS EN CITOLOGÍA DE HUMOR VÍTREO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rezola Bajineta, Marta; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Bernal Simon, Iraide; Juaristi Eizmendi, Leire; Irigoyen Laborra, Cristina; Erauskin Mendizabal, Amaia; Terrado Blanco, Paula; Alonso Calabor, Mikel; Pueyo Ezcurra, Borja; Salazar Nicolas, Alejandro
Presentador: Rezola Bajineta, Marta

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis hereditaria por transtiretina, tradicionalmente conocida como polineuropatía amiloide familiar, es una enfermedad neurodegenerativa autosómica dominante progresiva, con expresividad variable, caracterizada por la acumulación de amiloide en los nervios periféricos (neuropatía somática y autonómica) y la afectación de varios órganos y tejidos, incluido el ojo.

La amiloidosis del cuerpo vítreo es un trastorno poco común que causa pérdida visual progresiva.

Presentamos un caso de amiloidosis vítrea en un paciente que previamente fue confirmado como polineuropatía por amiloidosis familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 41 años con polineuropatía amiloidótica familiar en revisión por oftalmología por Hipertensión ocular. En la exploración oftalmológica del fondo de ojo se aprecian depósitos vítreos, más pronunciados en el ojo derecho compatibles con material amiloide. En la gonioscopia se observa una malla trabeculodisfemética pigmentada que impresiona de acúmulo de tejido amiloide. Se realiza vitrectomía de ojo derecho remitiendo aspiración citológica de humor vítreo para confirmar sospecha clínica.

A partir del lavado vítreo se creó un portaobjetos ThinPrep y bloque celular con HistoGel. Tras examen de microscopía óptica se realiza tinción con rojo Congo.

RESULTADOS: La muestra aspirada del vítreo en el examen citológico mostró material amorfo denso, azulado, que fue positivo en la tinción con rojo Congo y exhibió una birrefringencia de color verde amarillento indicativa de amiloide. En el citobloque se obtuvo muy escaso material de mismas características.

CONCLUSIONES: La aspiración vítrea se considera un procedimiento seguro y eficaz en la evaluación de presentaciones clínicas inusuales o atípicas. En comparación con el método de frotis directo, la citología líquida requiere menos material de muestra y permite el análisis de muestras líquidas. En oftalmología, este enfoque maximiza la utilidad de las muestras vítreas, que pueden recolectarse de manera segura en pequeñas cantidades (0,1 a 0,4 ml) durante una vitrectomía central estándar bajo perfusión. Este caso resalta la importancia de valorar detalladamente las muestras de líquido vítreo y considerar el amiloide en la evaluación de muestras de líquido vítreo paucicelulares, dada su implicación en la evolución clínica y en las decisiones terapéuticas.

CRIBADO DE HPV POBLACIONAL Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN LA AUTOTOMA

García González, Melanie; Gorriz Suensun, Itxaso; Labiano Miravalles, Tania; Almduevar Bercero, Elena
Presentador: García González, Melanie

HUN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cribado de cáncer de cérvix es el procedimiento que se lleva a cabo para detectar y prevenir el cáncer de cuello uterino. La principal causa de este cáncer es el virus del papiloma humano o human papillomavirus (HPV).

En Navarra, hasta enero de 2023 se realizaba un cribado oportunista testando el virus únicamente en mujeres que presentaban o sospechaban una lesión cervical. En febrero de 2023 se implantó de forma coordinada por Salud Pública y el Laboratorio de Anatomía Patológica y citología, un cribado poblacional a todas las mujeres residentes en Navarra entre 35 y 65 años de edad, exceptuando las mujeres que ya habían sido diagnosticadas con algún tipo de lesión a nivel cervical. A estas últimas se les realiza un COTEST (citología+PCR). En 2023 realizamos 15000 Autotomas y en 2024 18500.

MATERIAL Y MÉTODOS: En primer lugar, desde Salud Pública se envía una carta postal a las pacientes con el material e instrucciones necesarias para una autotoma, que ella misma se realizará en su domicilio. La paciente también tiene la opción de negarse y acudir al ginecólogo para la toma profesional.

Esta autotoma consiste en introducir un pequeño dispositivo un hisopo en la vagina, girarlo 360 grados y retirar. Una vez tomada la muestra, la mujer la deposita en el centro de salud y se envía al laboratorio donde comienza el trabajo de los citotécnicos. Lo primero que haremos será comprobar los datos y registrarlos en el programa. Para poder realizar la PCR de HPV debemos resuspender las células presentes en el hisopo en un vial de citología líquida (ThinPrep). Este paso se realiza bajo campana de Flujo Laminar tipoll introduciendo el hisopo en el centro del vial y asegurando que toca el fondo. Durante 20sg se gira el hisopo enérgicamente en el sentido de las agujas del reloj. Pasado este tiempo, se retira apoyándolo en las paredes del vial para asegurarnos que se desprenda bien toda la celularidad. Una vez tenemos la muestra resuspendida la introduciremos en el Cobas 5800 donde se hará la técnica PCR de detección del virus.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos por el Cobas 5800 (PCR de detección del virus de alto riesgo) son tres opciones: Resultado Negativo. Los resultados negativos se vuelcan directamente en el programa de gestión (Gestpath) y en la historia clínica de cada paciente e implica que la paciente se repetirá la detección de HPV pasados 5 años. Otra posibilidad es resultado POSITIVO que está estratificado en diferentes opciones. Con un resultado positivo, por un lado en el laboratorio, realizaremos un sedimento celular teñido con Papanicolaou para ver si existe lesión y además ante esta situación, la paciente deberá acudir al centro de atención a la mujer para una toma de citología profesional. Un resultado INVALIDO implica que la paciente deberá acudir al centro de atención a la mujer para una toma profesional y repetir la PCR.

Los resultados pueden ser invalidos cuando:

- La muestra no está bien tomada por la mujer y por tanto no existe celularidad suficiente para realizar la técnica.

-La muestra está contaminada con material fecal. En ese caso el citotécnico identifica la muestra como "muestra recogida NO VALIDA para estudio de HPV" en el registro y avisando a salud pública deberán citar a la mujer para una nueva toma. En estos casos una pronta detección de el técnico de citología es clave para minimizar los casos invalidos en el estudio de la técnica.

CONCLUSIONES: El papel del técnico es clave para la obtención de unos resultados fiables y representativos.

CITOLOGÍAS DE ORINA CON EOSINOFILIA, COMO HALLAZGO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DE DOS PACIENTES CON HEMATURIA MACROSCÓPICA INTERMITENTE.

Barreta Vargas, Silvia Eugenia; Gordillo Vélez, Carlos Humberto; Castillo Gázquez, Lidia; López Martínez, Carla Soledad; López Casillas, Pablo; Muñoz Hernández, Patricia; Serrano Pardo, Rosario; Rosell Alayza, Alejandra; Jiménez Heffernan, José Antonio
Presentador: Barreta Vargas, Silvia Eugenia

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La presencia de eosinófilos en la orina, que sugiere como primera posibilidad una nefropatía, ya que, en circunstancias normales, no existen en ella. La causa principal es la nefritis túbulo-intersticial aguda, inducida por drogas como los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos, etc., y menos frecuente en infecciones del tracto urinario (pielonefritis, prostatitis, cistitis), en la enfermedad ateroembólica renal y muy raro en las glomerulonefritis. En regiones endémicas, la esquistosomiasis urinaria, causada por Schistosoma haematobium, es una causa frecuente de eosinófilos en orina y de hematuria y puede detectarse mediante citología urinaria donde la presencia de eosinófilos debe alertarnos de la presencia del agente infeccioso. Presentamos el caso de dos pacientes con eosinofilia en orina y presencia de miracidios de Schistosoma haematobium, hallazgos compatibles con esquistosomiasis vesical.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluó la citología de orina de dos pacientes varones de 20 y 34 años, procedentes de Mali y Arabia respectivamente, con hematuria macroscópica intermitente varios meses de evolución, sin otra sintomatología. En ambos pacientes el examen físico fue normal y se realizaron análisis de orina, urocultivos, citología urinaria y pruebas de imagen. Se consideraron múltiples diagnósticos diferenciales, incluyendo litiasis renal, neoplasias uroteliales, tuberculosis genitourinaria y glomerulonefritis.

RESULTADOS: Los análisis de orina mostraron también en ambos pacientes hematuria sin proteinuria ni cilindros. La citología urinaria fue negativa para malignidad, pero evidenció abundantes eosinófilos y estructuras parasitarias con morfología compatibles con miracidios de Schistosoma haematobium. Las pruebas de imagen fueron normales y el urocultivo negativo. Con base en estos hallazgos, se estableció el diagnóstico Esquistosomiasis urinaria/vesical.

CONCLUSIONES: La presencia de eosinófilos en orina es un hallazgo clave en pacientes con hematuria macroscópica sin una causa evidente, especialmente en aquellos provenientes de áreas endémicas. Su identificación en citología urinaria debe orientar la sospecha diagnóstica hacia patologías autoinmunes, inflamatorias e infecciosas, como la esquistosomiasis urinaria. La citología urinaria no solo permite detectar eosinófilos, sino también estructuras parasitarias que pueden confirmar el diagnóstico. Un reconocimiento temprano y un tratamiento oportuno previenen complicaciones crónicas y mejoran el pronóstico del paciente.

LINFOMA PRIMARIO DE DERRAMES EN PACIENTE SIN INFECCIÓN POR VIH

Bosch Princep, Ramon; Adalid Lansa, Laia; Domenech Grau, Beatriu; Olmo García, Ana Isabel; Salvadó Piñol, Montserrat; Goyda Kovtunenko, Elena; Rodríguez Luaces, Marta; Lejeune, Marylene
Presentador: Bosch Princep, Ramon

HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma primario de derrames (PEL- "primary effusion lymphoma"), previamente denominado linfoma primario de cavidades, es una variante rara y agresiva de linfoma de células B grandes. Se presenta como un derrame seroso pleural, pericárdico y/o peritoneal sin afectación ganglionar ni extraganglionar. Muy raramente puede asociarse a una masa tumoral en contacto con la cavidad corporal afecta. Se asocia sistemáticamente con el Herpesvirus asociado al Sarcoma de Kaposi/Herpesvirus Humano 8 (KSHV/HHV8) y, por lo general, se coinfecta con el VEB. Aunque comúnmente se desarrolla en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) también se han documentado casos aislados sin infección por VIH. Presentamos un caso de PEL en paciente sin infección por VIH (PEL HIV negativo).

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 77 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia, fibrilación auricular crónica y Alzheimer moderado, que durante los últimos tres meses experimentó un deterioro progresivo de su estado general, pérdida de peso no cuantificada, episodios recurrentes de disnea asociados a derrame pleural izquierdo y anemia grave secundaria a hematuria. En el último ingreso se le realizó una toracocentesis evacuadora, obteniendo 1800 cc de líquido pleural hemorrágico que se mandó íntegramente a Anatomía Patológica. El TAC craneal, torácico i abdominal no mostró lesiones tumorales sólidas observándose únicamente el derrame pleural conocido.

RESULTADOS: En las extensiones citológicas y bloques celulares del líquido pleural se observaron abundantes células atípicas dispuestas de manera aislada, con citoplasmas amplios y núcleos con anisocariosis, membranas de contorno irregular, cromatina granular y nucléolos prominentes, de aspecto inmunoblástico y plasmablástico. La inmunohistoquímica (IHQ) mostró positividad para CD45, MUM1 (IRF4), CD30, LANA (ORF73/HHV8) y BOB1, positividad heterogénea a CD138, EMA y CD43 y negatividad a CD20, PAX5, OCT2, CD3p, CD5, CD4, CD7, CD10, CD15, BCL2, BCL6, ALK, CD123, CD56, Mieloperoxidasa, TIA1, PD1, TDT, Desmina, S100p, SOX10, CD21, CD23, TCRBF1, TCRg/d, WT1, calretinina, CKAE1-AE3 y CK8/18. EBERs negativo. Se diagnosticó de "Líquido pleural TIS V, linfoma, compatible con Linfoma Primario de Derrames"

CONCLUSIONES: El PEL VIH negativo es aún más infrecuente que el asociado a infección por VIH, no muestra coinfección con VEB y se observa en individuos de edad avanzada de la cuenca mediterránea. Si bien son linfomas de célula B grande, la IHQ del PEL se caracteriza por la pérdida frecuente de expresión de los marcadores B (CD19, CD20, CD22, PAX5, OCT2, BOB1 i CD79a) lo que dificulta su diagnóstico. La sospecha clínica, una morfología de linfoma de célula grande junto con la expresión de marcadores de diferenciación terminal de línea B (CD30, MUM1, CD138, VS38c, EMA i HLA-DR) y la identificación del HHV-8 en las células tumorales son cruciales para su diagnóstico. La IHQ para la detección del HHV8 con el anticuerpo LANA (ORF73/HHV8) es también fundamental por su alta sensibilidad, escasa dificultad técnica y bajo costo. Es importante considerar el PEL en el diagnóstico diferencial de derrames pleurales hemorrágicos en pacientes ancianos, incluso en ausencia de inmunosupresión conocida. Adicionalmente se han descrito casos similares con idéntica clínica, morfología e IHQ pero con ausencia de expresión de HHV8, que han de catalogarse como linfoma de células B grandes asociados a sobrecarga de fluidos.

CARCINOMA UROTELIAL PLASMOCITOIDE METASTÁSICO EN LIQUIDO PLEURAL

Marín Asensio, Sergio José; Saez Alvarez, Samuel; Cuesta De Rada, Ana; Rodríguez Guevara, María Guedalupe; García Galvis, Olga Fernanda; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Serrano Aguirrezabal, José Alberto; Guzman Gomez, Yedra; Alzoghby Abi Chaker, Jacques

Presentador: Marín Asensio, Sergio Jose

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma urotelial plasmocitoide es un subtipo poco frecuente y agresivo de cáncer de vejiga caracterizado por una morfología celular atípica, discohesiva y con alto potencial de diseminación. Este subtipo se encuentra entre el 1-3% de los carcinomas uroteliales, frecuentemente es diagnosticado en estadios avanzados y está marcadamente asociado al hábito tabáquico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó el caso de un paciente con disuria y hematuria que presenta, mediante pruebas de imagen, un tumor sólido sobre meato izquierdo de aspecto infiltrante. Inicialmente se realizó una RTU vesical con obtención de 6 cm3 de material donde se estudió la lesión infiltrante mediante observación histopatológicos y pruebas inmunohistoquímicas. Transcurrido un mes desde las pruebas iniciales el paciente presentó un derrame pleural del que se obtuvo muestra para estudio. El análisis de líquido pleural conllevó una serie de dificultades histopatológicas añadidas obligando a realizar un correcto diagnóstico diferencial de tumores de ámbito plasmocitoide en el campo de la citopatología.

RESULTADOS: La RTU vesical reveló una neoplasia urotelial infiltrante con un pequeño componente papilar y un extenso componente de células sueltas y discohesivas de citoplasma eosinófilo, con núcleos irregulares y frecuentes figuras de mitosis atípicas. Se observó infiltración extensa del tejido conectivo subepitelial y tractos musculares gruesos, sin invasión vasculolinfática. El diagnóstico final fue de carcinoma urotelial infiltrante subtipo plasmocitoide (90% de la tumoración) en estadio pT2. Un mes después, el análisis de líquido pleural evidenció una infiltración masiva por células de hábito plasmocitoide con núcleos irregulares y citoplasma denso en disposición suelta. Las técnicas de inmunohistoquímica fueron positivas para CK AE1-AE3, p63, GATA3 y CD138, y negativas para CD20 demostrando la enfermedad metastásica del carcinoma urotelial plasmocitoide previamente diagnosticado.

CONCLUSIONES: El carcinoma urotelial plasmocitoide es una variante agresiva con alta capacidad de diseminación que requiere una consideración especial en el diagnóstico diferencial de los tumores de aspecto plasmocitoide en líquidos. Se incluyen en el diagnóstico neoplasias hematológicas (mieloma múltiple y linfoma de células plasmablasticas), así como otras neoplasias epiteliales con fenotipo plasmocitoide (carcinoma gástrico, carcinoma lobulillar de mama y mesotelioma difuso de células pequeñas). La rápida progresión y el compromiso metastásico temprano refuerzan la necesidad de un seguimiento estrecho con estrategias terapéuticas personalizadas para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DEL PILOTO DE CRIBADO POBLACIONAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON AUTOTOMA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Pijuan Andujar, Lara; Pijuan Andújar, Lara; Peremiquel- Trillas, Paula; Lopez Callau, Pilar; Campos De Pablo, Rosa M; Morey Cortes, Francisca; Llatjos Sanuy, Roger; Roura Fornells, Esther; Espinas Piñol, Josep Alfons; Moreno Leon, Dolores; Bruni, Laia

Presentador: Pijuan Andújar, Lara

HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Tras la implementación exitosa de un programa piloto de autotoma oportunista durante dos años, en 2024 se inició el primer cribado poblacional del cáncer de cuello uterino mediante autotoma en diversas áreas de nuestra comunidad autónoma. Este estudio presenta los resultados del primer año del piloto y que ya ha dado paso al actual programa poblacional con automuestra, incluyendo tasas de participación, positividad para el virus del papiloma humano (VPH) y hallazgos citológicos en mujeres con VPH positivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como se hizo en el piloto oportunista, las mujeres elegibles que deciden participar se les informa que a través de las farmacias se entregan los dispositivos de automuestra y una vez realizada la toma la han de devolver a las mismas para que se remiten al laboratorio de patología para su procesamiento. Allí se resuspenden manualmente con 5 ml de Preservcyt® (Hologic), se vortexean y en 24h se realiza el test de HPV-HR Cobas® HPV Test (Roche). En caso de positividad para VPH se cita a las mujeres para la toma de una citología líquida (ThinPrep®, Hologic) en su centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, para ser procesada en un T5000® (Hologic) y teñida en Papanicolaou para su diagnóstico citológico. Se analizaron los datos de participación y resultados del cribado en 5 municipios correspondientes a 2 Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Se determinó el porcentaje de mujeres que participaron y la tasa de positividad para VPH. En los casos positivos, se evaluaron los resultados de la citología complementaria.

RESULTADOS: Globalmente, de las mujeres invitadas entre enero de 2024 hasta 31 de diciembre de 2024 y con seguimiento de participación y resultados hasta el 31/01/2025, en el piloto de cribado poblacional con automuestra se invitaron a participar 17791 mujeres, de las cuales participaron 7308 (41.1%). La positividad global para VPH fue del 9.8 %, con variaciones entre municipios oscilando entre el 3.8 % y el 13.3 %. La distribución por genotipo fue: VPH16: 19.1 %, VPH18: 6.5%, VPH16/18: 0.4% y otros genotipos de alto riesgo: 74.0%. Entre las mujeres con VPH positivo, hasta el 31/01/2025 se habían realizado citologías de triaje y se disponía del resultado en un 85.7 % de los casos. Los resultados citológicos fueron: Negativas para lesión intraepitelial: 419 (68.0 %) Atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US): 87 (14.1 %) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL): 70 (11.4 %) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL): 16 (2.6 %) Atipia de células escamosas sospechosas de alto grado (ASC-H): 19 (3.1 %) Atipia de células glandulares de significado indeterminado (ACG): 2 (0.3 %) Inflamatorias: 2 (0.3 %) Desconocido (realizado en centro privado): 1 (0.2 %)

CONCLUSIONES: Los datos iniciales muestran una variabilidad en la participación y en la positividad para VPH según la zona geográfica. La automuestra ha permitido la detección de lesiones citológicas en un porcentaje de mujeres (31.5 %) con VPH positivo, aunque la mayoría de las infectadas por VPH no tuvieron lesión (68.5 %). El piloto ha sido fundamental para probar circuitos y establecer protocolos para el cribado poblacional mediante automuestra. La principal limitación para la ampliación territorial del futuro cribado poblacional es encontrar una solución de laboratorio que permita automatizar el proceso preanalítico de las automuestras.

UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LA MUTACIÓN V600E EN EL GEN BRAF EN PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE NÓDULOS TIROIDES.

Blázquez Muñoz, Irene; Blázquez, Irene; Campos, Rosa M^a; García, M^a Cruz; Montserrat, Rosanna; Mestres, Sandra; Dorca, Eduard; Martínez Martínez, Javier; Toll, Laia; Rodiño, Eider; Baixeras, Nuria

Presentador: Blázquez, Irene

HOSPITAL DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El estudio molecular en las categorías diagnósticas Bethesda III y IV está muy extendido en Norteamérica, pero no ha terminado de implantarse en Europa por su elevado coste-beneficio. La determinación de la mutación BRAF V600E, característica del carcinoma papilar (entre el 29 y 83% según las series), es mucho más económica y puede llevarse a cabo en un laboratorio de Anatomía Patológica.

Nuestro objetivo es determinar en qué casos resulta útil estudiar la mutación de BRAF V600E, así como conocer cuál es el rendimiento de dicha determinación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva desde 2019 a 2024 de todas las PAAF de tiroides con estudio molecular por pirosecuenciación de la mutación V600E (NG_007873.3: c.1799T>A NG_007873.3[BRAF_I001]: p.(Val), sobre 16 bloques y 2 extensiones.

RESULTADOS: Se revisaron las punciones de 18 pacientes, 11 mujeres y 7 varones, con una edad media de 52.6 años. En ocho casos se demostró la mutación BRAF V600E, en 8 casos no y 2 casos fueron no válidos.

De los 8 casos con mutación, 4 pacientes tenían un diagnóstico citológico de Bethesda III y 4 de Bethesda V. Todos los casos Bethesda III fueron diagnosticados de Carcinoma Papilar tras la cirugía. De los 4 casos Bethesda V, 3 fueron diagnosticados de Carcinoma Papilar en la pieza quirúrgica y 1 está actualmente pendiente de cirugía.

De los 8 casos sin mutación, 1 caso era Bethesda II y resultó Benigno; 3 eran Bethesda III y en el diagnóstico definitivo los resultados fueron: 1 Benigno, 1 NIFPT (neoplasia no invasiva de células foliculares de tiroides) y 1 está pendiente de cirugía; 3 casos eran Bethesda IV con diagnóstico definitivo de: 2 Adenomas Foliculares Oncocíticos y 1 Carcinoma Folicular; y 1 caso era Bethesda V diagnosticándose de Carcinoma Papilar.

Los 2 casos en los que el resultado molecular fue no válido, se realizó el estudio de la mutación sobre bloque celular. En un caso fue por extracción insuficiente de DNA y en el otro por DNA de baja calidad. Un caso tenía diagnóstico citológico de Bethesda VI confirmado como Carcinoma Papilar en la resección quirúrgica y un caso Bethesda III está pendiente de nueva punción.

De los 8 casos Bethesda III, en 4 se detectó la mutación con diagnóstico definitivo de Carcinoma Papilar en todos ellos. En 3 casos no se detectó mutación y el diagnóstico final fue de 1 NIFPT, 1 Benigno y 1 caso pendiente de cirugía. El caso restante obtuvo un resultado no válido y está pendiente de nueva punción.

CONCLUSIONES: La determinación de la mutación de BRAF V600E tiene la máxima utilidad en los casos diagnosticados como categoría Bethesda III (AUS, atipia nuclear) puesto que si se detecta la mutación, en nuestro centro los pacientes son operados.

En los casos Bethesda V confirma el diagnóstico de carcinoma papilar pero no influye en el manejo clínico.

En las categorías II y IV creemos que no es aconsejable la realización de esta prueba.

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES. CORRELACIÓN CLÍNICO-CITO-HISTOLÓGICA

Ruiz Galera, Raquel; Alfonso Rosa, Carmen María; Torres Gómez, Francisco Javier

Presentador: Ruiz Galera, Raquel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma anaplásico de tiroides es una neoplasia tremendamente agresiva, asociada a un pronóstico infausto, caracterizada por una pérdida de diferenciación, rápido crecimiento y característico cuadro clínico, el cual permite aventurar un limitado diagnóstico diferencial en relación al mismo, reforzado por los hallazgos citológicos e histológicos con los que orientar el tratamiento del paciente. Presentamos un caso característico, ricamente ilustrado desde el punto de vista citológico e histológico, rasgos que conllevarán la discusión subsecuente, enriquecedora y aclaratoria desde nuestro humilde punto de vista.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 82 cuyos principales datos clínicos de interés eran HTA, hiperplasia benigna de próstata y hábito tabaquico. Acudió a consulta refiriendo odinofagia y disnea coincidentes con el crecimiento de una gran masa en región laterocervical derecha, visible a la inspección ocular. A la palpación se apreciaba una consistencia dura y una adherencia a planos profundos en las áreas cervicales II y IV. La realización de la PAAF resultó dificultosa debido a la resistencia tanto a la penetración de la aguja como a la resistencia de la lesión a la aspiración. No obstante, se consiguieron extendidos de calidad para poder realizar el diagnóstico citológico correspondiente.

RESULTADOS: El diagnóstico de carcinoma anaplásico, tiroideo, era concordante, e incluso esperado atendiendo al cuadro clínico del paciente. Las pruebas de imagen subsecuentes demostraron una tumoración sólida, relativamente bien delimitada, dependiente del lóbulo derecho, con compresión de estructuras cervicales, con densidad heterogénea en cuyo seno destacaba la presencia de zonas irregulares hipodensas. La TAC demostró varios nódulos pulmonares sugestivos de enfermedad metastásica.

CONCLUSIONES: La categoría diagnóstica 6: maligno del Sistema de Clasificación de Bethesda engloba distintas neoplasias de naturaleza maligna entre las que se incluye el carcinoma anaplásico, indiferenciado, pleomórfico y tremendamente agresivo que supone tan solo el 5% de las incluidas en dicho grupo. Por tanto, podemos decir que se trata de una entidad infrecuente con gran trascendencia clínica relacionada con su alto riesgo de malignidad (ROM) y limitaciones terapéuticas. La correlación histológica no siempre se lleva a cabo debido a la rápida progresión de la enfermedad si bien aquellos casos en que se realiza la consecuente exéresis quirúrgica, generalmente de rescate o biopsia, permiten realizar la correlación pertinente y el estudio IHQ que termina facilitando el diagnóstico diferencial respecto a otras agresivas neoplasias tiroideas. La positividad de nuestro caso para pan-citoqueratinas y PAX 8 y la negatividad para TTF1 y tiroglobulina definen al carcinoma anaplásico frente al carcinoma pobremente diferenciado, generalmente positivo para TTF-1 y tiroglobulina y frente a distintos tipos pleomórficos de carcinoma medular, tiroglobulina negativos y calcitonina positivos y el propio carcinoma de células escamosas, negativo para TTF1, tiroglobulina y PAX 8 y positivo para p40.

BLOQUE CELULAR EN MUESTRAS VAGINALES EN MEDIO LÍQUIDO

Álvarez Rodríguez, Jesus; Salcedo Mercado, Waleska; Parra Cubillos, Alejandro; Molero Bermejo, Aida Isabel; Ortega De La Obra, Maria Del Pilar; Mate Blanco, Monica; Colomes Iess, Maria Carmen; Hurtado Esteban, Patricia

Presentador: Álvarez Rodríguez, Jesus

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los bloques celulares (BC) son herramientas muy útiles para complementar, e incluso, para determinar el diagnóstico citológico. La concentración del material y su procesamiento como biopsia, permite optimizar la muestra y realizar estudios convencionales, histoquímicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

El screening de citologías vaginales en algunos casos puede resultar difícil, para ello la realización de un bloque celular puede ser útil para esclarecer el diagnóstico.

Análisis del valor diagnóstico de la técnica del bloque celular en citologías vaginales recogidas en el líquido fijador "Preservcvt solution hologic" realizadas en el Hospital General de Segovia durante el año 2024, las cuales tenían resultados negativos / ASCUS y presentaban HPV – AR en el estudio PCR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo correlacional entre citología en medio líquido y bloque celular. Se incluyeron 139 casos provenientes de las Consultas de Ginecología y Oncología del Hospital General de Segovia (84%) y de los Centros de Salud de la provincia (16%). A todas estas muestras se realizaron la técnica de bloque celular.

El procedimiento para conseguir el bloque celular tras la muestra de una citología vaginal recogida en "Cytolyt solution hologic" tras muchas metodologías fue sencillo: se vuelca directamente todo el contenido de la muestra recibida en "Cytolyt solution hologic" en un cassette de maya micro-perforada y se introduce en formol para fijar donde permanecen en formol durante 5 horas y se introducen en el procesador de biopsias. Se montan en parafina, se cortan con el micrótomos y se tiñen con Hematoxilina – Eosina.

RESULTADOS: De los 139 casos procesados se ha podido realizar un parafinado de la muestra en 113 casos (81%) de los cuales una vez cortados y teñidos con H&E, se ha podido obtener muestra suficiente para el diagnóstico en el 73% de las muestras procesadas.

De estas 102 muestras (73%) en el 85% el diagnóstico coincide con el dado citológicamente. En 16 casos que la muestra citológica era "no valorable por hemorragia", o se había diagnosticado ASCUS o "negativa para malignidad" y en el bloque celular ha revelado una Lesión Escamosa de Bajo Grado (L-SIL)

CONCLUSIONES: La técnica de bloque celular no debe ser un procedimiento rutinario en la sección de citología pese a que ha demostrado servir en casos de duda citológica o mala calidad de la muestra.

Mejora la eficiencia diagnóstica al disminuir los casos en los que se recomienda repetir la toma de la muestra.

Mejora la sensibilidad del diagnóstico

Mejora la especificidad al poder realizar la técnica p16 y k67

DIAGNOSTICANDO DEPÓSITOS DE AMILOIDE EN GRASA ABDOMINAL CON CITOLOGÍA LÍQUIDA

Torres Gomez, Francisco Javier; Estévez Bueno, Francisca; Ruiz Galera, Raquel

Presentador: Torres Gómez, Francisco Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: el primer escalón en el diagnóstico de depósito de material amiloide suele ser la PAAF DE GRASA ABDOMINAL. ES FRUSTANTE OBSERVAR LA BAJA SENSIBILIDAD DE ESTE INOCUO PROCEDIMIENTO. DE SOBRESABIDO LA MAYOR RENTABILIDAD DE SU ESTUDIO HISTOLÓGICO, YA SEA MEDIANTE BAG DE LA MISMA LOCALIZACIÓN O BIOPSIA DE OTRAS LOCALIZACIONES DE FÁCIL ACCESO TALES COMO LA MUCOSA LABIAL O ANAL. NO OBSTANTE, TENIENDO ACCESO A LA TECNOLOGÍA NECESARIA PARA REALIZAR CITOLOGÍA LÍQUIDA, CREEMOS NECESARIO OPTIMIZAR SU USO EN ESTE MENESTER.

MATERIAL Y MÉTODOS: tras realizar la punción de grasa abdominal de rigor, asegurando siempre que el émbolo de la aguja (intramuscular en nuestro caso) ofrezca una tonalidad amarillenta (obtención de tejido graso), se sumerge dicho material en el medio conservador para obtención de extensiones homogéneas, proceso totalmente automatizado en nuestro servicio. En cambio, realizada la primera extensión, obviamos la introducción de los portaobjetos en alcohol y los dejamos secar al aire con el objeto de conservar la cohesión tisular para, a continuación, pasar la muestra al teñidor (rojo congo).

RESULTADOS: el número de fragmentos tisulares y grupos de células adiposas obtenidas es sensiblemente mayor, aumentando exponencialmente el rendimiento diagnóstico, refrendado en el número de verdaderos positivos a la hora de evaluar con luz polarizada el componente proteico en estudio.

CONCLUSIONES: consideramos que la optimización de la aplicación de los métodos de manejo de la citología líquida en las muestras de grasa abdominal obtenidas por PAAF PUEDE EVITAR LA REALIZACIÓN DE BIOPSIAS POSTERIORES, CON EL CONSUMO DE TIEMPO Y RECURSOS QUE ELLO LLEVA APAREJADO. ELLO, SIN MENOSCARO DE LA ASEVERACIÓN EN LA QUE CONSIDERAMOS LA BIOPSIA (BAG) UN MÉTODO MÁS SENSIBLE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS GRUPOS QUE UTILIZAN ESTE ÚLTIMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN SUS RUTINAS.

CARCINOMA DE URACO EN PACIENTE CON VEJIGA NEUROGENA: IMPORTANCIA DE LA CITOTLOGIA URINARIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ

Calvo Serrano, Esther; Ávila Terzi, Marta; Roura Valls, Marta; Pages Baron, Jana; Gomez Bellido, Raquel; Jerez Esteban, Violeta
Presentador: Calvo Serrano, Esther

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de uraco es una neoplasia maligna poco frecuente, representando el 0,7% de los cánceres vesicales y el 35% de los adenocarcinomas de vejiga. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su curso indolente y la inespecificidad de los síntomas. En pacientes con vejiga neurogénica y antecedentes de infecciones urinarias recurrentes, la detección de células glandulares en citología urinaria puede ser una clave diagnóstica temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS: El diagnóstico de carcinoma de uraco en esta paciente se basó en una combinación de hallazgos clínicos, estudios de imagen y análisis cito e histopatológicos. Se realizó citología de orina, la cual reveló la presencia de células glandulares atípicas, que sugirió la posibilidad de una neoplasia vesical. Por cistoscopia se confirmó la presencia de la lesión polipoidal en la cúpula vesical, la cual fue resecada mediante RTU. El tejido resecado fue evaluado histológicamente, confirmando el diagnóstico de adenocarcinoma de tipo entérico, originado en el uraco CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA

RESULTADOS: Paciente mujer con antecedentes de espina bífida, vejiga neurogénica y trasplante renal de donante compatible en 2005, ingresa a nuestro hospital derivada desde otro centro debido a un deterioro de la función renal, ectasia del injerto renal y sonda vesical, además de una ITU de repetición. Durante su evaluación, se identificó un defecto de repleción en la vejiga por masa en cúpula vesical de 4 cm, lo que llevó a realizar una citología urinaria, en la que se detectaron células glandulares atípicas sin alteración de celularidad urotelial. El TAC posterior reveló una lesión en la cúpula vesical, confirmada en cistoscopia y resecada por RTU con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma. El diagnóstico morfológico de la cupulectomía fue de adenocarcinoma de tipo entérico, estableciendo el diagnóstico de carcinoma de uraco.

CONCLUSIONES: Este caso resalta la importancia de la citología urinaria como herramienta diagnóstica en pacientes con vejiga neurogénica y síntomas urinarios recurrentes. La detección de células glandulares atípicas debe considerarse un hallazgo de alerta para adenocarcinoma de uraco, permitiendo su identificación en etapas más tempranas y mejorando las opciones terapéuticas. Además, se destaca la necesidad de diferenciar entre cambios metaplásicos del urotelio asociados a sonda urinaria crónica y neoplasias primarias del uraco, ya que sus orígenes y enfoques terapéuticos son distintos.

NEOPLASIA RARA EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL Y SU CORRELACIÓN CON PAAF: ADENOMA CANALICULAR.

Bravo Collazos, Yoselin Cristina; Reina Licona, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; Gonzalez Matea, Manuel
Presentador: Bravo Collazos, Yoselin Cristina

COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenoma canalicular es una lesión benigna muy poco común originado en glándula salival menor y extremadamente raro en las glándulas salivales mayores (parótidas), derivado de los conductos terminales, y esta compuesta por células epiteliales ductales monomorfas con arquitectura de cordones anastomosados, espacios quísticos y estroma laxo bien vascularizado. Representa menos del 1% de todos los tumores de la glándula salival; algunos autores lo incluyen como una variante del adenoma de células basales e incluyen como diagnóstico diferencial el Adenocarcinoma polimorfo. La combinación de biopsia, histología, técnicas de imagen, e inmunohistoquímica será necesario para diferenciarlo entre ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de dos pacientes, reportados en nuestro hospital desde el año 2008; con edades comprendidas de 68 y 78 años de edad, que consultaron por presentar tumoración parotídea, en ambos se realizó estudio previo por PAAF sugestivo de Adenoma pleomorfo. Posteriormente sobre la pieza, se diagnosticó Adenoma canalicular, uno de ellos con estudio inmunohistoquímico positivo para BCL-2 y negativo para marcadores mioepiteliales (P63 y calponina).

RESULTADOS: En ambos pacientes, se realiza PAAF de glándula parótida, con reporte citológico de Adenoma Pleomorfo inicial, posteriormente en ambos se practica Parotidectomía parcial donde se encuentran macroscópicamente lesiones de aspecto nodular, bilobulada, de coloración marrónácea, de aproximadamente 4 cm. Histopatológicamente se encuentra una proliferación de células cuboidales-columnares monomorfas que crecen en un patrón trabecular anastomosante, alternando áreas sólidas y otras con formación de canales y espacios quísticos. Las células son núcleo ovalado con cromatina vesicular fina y nucleolo muy pequeño, sin presencia de mitosis, atipia, ni necrosis. Se realizan técnicas de inmunohistoquímica a uno de ellos; donde las células neoplásicas expresan BCL-2, con negatividad para P63 y Calponina

CONCLUSIONES: El adenoma canalicular es un tumor primario benigno raro en glándula salival, y extremadamente raro en las glándulas salivales mayores. Su transformación maligna es extremadamente rara, con pocos casos reportados. En nuestro centro hemos encontrado solo dos casos en esta localización. Suelen presentarse con discrepancias en la PAAF tratándose de un diagnóstico citológico extremadamente difícil con una aproximación diagnóstica de utilidad limitada que en el caso del sistema milán corresponde con una neoplasia benigna, encontrando entonces la dificultad en el diagnóstico específico, siendo el adenoma pleomorfo la subcategoría más común (como en nuestro caso), será importante tener en cuenta que el diagnóstico definitivo requiere correlación clínica y biopsia excisional.

Citopatología 1643

VALOR DE LA EVALUACIÓN IN SITU EN EL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LOS PACIENTES DE CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA EN ESTADIOS AVANZADOS

Vega Legorburu, Naiara; Alos , Silvia; Esteve , Maria Del Roser; Hoya , Sandra; Saez De Gordoa , Karmele; Teixido , Cristina; Martineu ,Daniel
Presentador: Vega Legorburu, Naiara

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los biomarcadores (BM) en pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) avanzado son una herramienta indispensable en el tratamiento personalizado. El diagnóstico y estadiaje de estos pacientes se sustenta mayoritariamente en las muestras citológicas obtenidas mediante punción transbronquial aspirativa por ecografía endobronquial. El incremento de BM que permiten un mejor manejo de estos pacientes hace que la óptima gestión del material citológico sea indispensable para garantizar un estudio molecular completo, sin necesidad de repetir una intervención posterior que cause molestias a los pacientes. el objetivo es, Optimizar la gestión del material citológico en pacientes con CPCNP avanzado para realizar estudios moleculares de calidad, que permitan identificar dianas terapéuticas tratables en estos pacientes y así agilizar el inicio del tratamiento personalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Un equipo multidisciplinar constituido por broncoscopistas, enfermeras, un anestesiista y un citotecnólogo asiste a pacientes con sospecha de cáncer de pulmón para llevar a cabo una punción aspiración con aguja fina. El citotecnólogo realiza una valoración microscópica in situ, aporta un diagnóstico preliminar, evalúa la calidad de la punción y recoge 4 extensiones con una representación de más de 500 células tumorales por laminilla si se trata de un CPCNP, comunicándose directamente con el broncoscopista hasta obtener suficiente material. Las muestras se conservan dentro de recipientes para una óptima preservación del ADN y ARN.

RESULTADOS: Entre febrero del 2018 y septiembre del 2023, se recogieron 385 muestras de pacientes con CPCNP en la sala de fibrobroncoscopia respiratoria con valoración microscópica in situ. De estos, se ha requerido un estudio molecular completo mediante NGS en 236 (61.3%) pacientes y la determinación de PD-L1 en 163 (42.3%). De las 236 muestras analizadas mediante NGS, 214 muestras (90.6%) fueron valorables. En 75 (31.8%) se identificó una alteración con susceptibilidad para un tratamiento dirigido (EGFR 16%, BRAF 7.4%, MET 6.5%, ALK 1.5%, HER2 1.4%, RET 1%, NTRK 0.5%, ROS1 0.5%). Además, 48 pacientes presentaron una expresión de PD-L1 superior al 50% siendo potencialmente candidatos al tratamiento con inmunoterapia en monoterapia en primera línea.

CONCLUSIONES: En este periodo, un 31.8% de los pacientes con CPCNP en estadio avanzado se podrían beneficiar de tratamientos dirigidos contra dianas terapéuticas y otro 29.4% de tratamiento con inmunoterapia en monoterapia. La evaluación in situ garantiza un 90.6% de muestras adecuadas para diagnóstico molecular. La presencia in situ del citotecnólogo es un valor añadido al grupo multidisciplinar: permite una gestión integral del material citológico, asegurando que haya muestra suficiente para estudios moleculares y reduce el tiempo de respuesta en la toma de decisiones terapéuticas, ya que elimina la necesidad de repetir pruebas diagnósticas adicionales mejorando la calidad de vida del paciente y reduciendo el gasto total del centro.

Citopatología 1644

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ACTO INTRAOPERATORIO. ROSE EN SALA DE ENDOSCOPIAS

Estevez Bueno, Francisca; Sanchez Sanchez, Mari Cruz; Torres Gomez, Francisco Javier
Presentador: Estevez Bueno, Francisca

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La presión asistencial es cada vez mayor. Las plantillas son reducidas. El Rose ha demostrado sus beneficios en eficacia y eficiencia. La tecnología no termina de desembarcar en nuestros centros hospitalarios. El citopatólogo no puede acudir a todos los actos operatorio en que es requerido. Un citotécnico empoderado puede suplirlo bajo su supervisión remota.

MATERIAL Y MÉTODOS: Queremos esquemáticamente el proceso de formación VS itinerario formativo del Teap destinado a asistir al citopatólogo realizando un rose supervisado desde la sala de endoscopias en el manejo de muestras citológicas de páncreas sospechosas de neoplasia

RESULTADOS: Mientras que no llegan los sistemas de comunicación e imagen diseñados específicamente para facilitar esta tarea , la formación y la cámara de un móvil pueden comunicar a ambos actores y conseguir buenos resultados que serán el dictamen de la óptima naturaleza del material obtenido y, en el mejor de los escenarios, el diagnóstico definitivo de la lesión.

CONCLUSIONES: El patólogo confía en el técnico por él entrenado, permanece con él comunicado mientras sube a sala y dirige sus manos en el microscopio mientras le son remitidas imágenes para su evaluación. También puede mandar mensajes al equipo encargado de manejar al paciente y de realizar la eco endoscopia. La satisfacción del equipo, la optimización de los recursos disponibles y el éxito DIAGNÓSTICO avalan nuestro proceder, siempre susceptible de mejoras asociadas a la tecnología.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE NEOPLASIA PANCREÁTICA POCO COMÚN.

Hernández Martínez, Desiré; Vega González, Jesús; De La Torre Serrano, Montserrat; García Egido, Alejandro; De Hita Castillo, Miguel; Lample Brusel, Ignacio; Oteo Cerrato, Elvira; Platero Sanz, Sara; Bergillos Gimenez, Maria Reyes; Colino Gallardo, Ana María; Fernandez Aceñero, Maria Jesús
Presentador: Hernández Martínez, Desiré

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células claras es una variante frecuente de carcinoma renal, ovárico, tiroideo y pulmonar, pero es extremadamente raro que se origine en páncreas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se expone el caso de una mujer de 79 años con antecedentes de cáncer de mama ya tratado que, en analíticas de revisión, presenta una CEA de 17,2 ng/mL y un CA-125 de 83 U/mL. Tras la realización de una TC, se descubre una masa mal delimitada en el cuerpo del páncreas que es analizada con una PAAF obteniendo dos extendidos y un bloque celular.

RESULTADOS: El bloque celular de la PAAF realizada muestra un carcinoma de células claras que, con técnicas de complementarias, mostraron un perfil inmunohistoquímico compatible con origen pancreático.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial de lesiones de células claras en páncreas debe incluir tumores neuroendocrinos, PEComas y carcinomas metastásicos. En este caso, el perfil inmunohistoquímico fue compatible con origen pancreático primario.

LA INSTAURACIÓN DE LA CITOLOGÍA LÍQUIDA SE RELACIONA CON ELDESCENSO DE MUESTRAS INSATISFACTORIAS DE TIROIDES

Ruiz Galera, Raquel; Sánchez Sánchez, Mari Cruz; Torres Gómez, Francisco Javier
Presentador: Ruiz Galera, Raquel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Son muy escasos los centros que tiene protocolizado el estudio de muestras tiroideas obtenidas mediante PAAF utilizando un medio líquido. Los distintos estudios llevados a cabo suelen coincidir con la baja sensibilidad del método y en las dificultades en la interpretación de la morfología en casos limítrofes. No obstante, hemos comprobado que la identificación de grupos de células foliculares en las muestras monocapa permite en muchos casos transformar categorías diagnósticas 1 del Sistema Bethesda (TBS1) en categorías 2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado, durante el periodo de un año, un procesado en paralelo de extensiones de muestras citológicas tiroideas obtenidas mediante PAAF y teñidas tanto con Diff-Quick como con Papanicolaou, y mediante extensión monocapa [citología líquida]. El objeto no era solo acostumbrarse a los hallazgos propios de este segundo método enfocados al diagnóstico sino sacar conclusiones acerca de los cambios en la asignación de categorías que ello pudiera suponer. El aprendizaje ha permitido cumplir gran parte de los objetivos marcados.

RESULTADOS: Independientemente de las cifras de sensibilidad y especificidad, no desviadas de las reflejadas en la literatura, hemos comprobado con sorpresa cómo muchas de las muestras asignadas a la categoría 1 del Sistema Bethesda, consistentes por lo general en múltiples extensiones de material hemático con o sin coloide, sin celularidad folicular, mostraban presencia de folículos con la segunda de las categorías, permitiendo realizar una clasificación que aumenta claramente la sensibilidad de la prueba.

CONCLUSIONES: Recomendamos la realización de este ejercicio comparativo a todos los servicios de Anatomía Patológica. Se necesita aun optimización técnica para sustituir un método por el otro y un aprendizaje en la interpretación de resultados morfológicos, muchas veces patognomónicos en lesiones claramente malignas y en lesiones oncocíticas si bien el primer paso debiera ser comprobar el cambio de categorización tal como hemos puesto en práctica, siempre en un contexto clínico y analítico adecuado. El siguiente paso será realizar estudios coste-tiempo-beneficio, aun no aclarados. El estudio paralelo de las dos metodologías debería haber venido para quedarse.

Citopatología

1722

EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA SALIVAL MEDIANTE PUNCIÓN CON AGUJA FINA (PAAF): CUANDO EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ENTRA EN JUEGO

Escuer Albero, Guillermo; Sánchez López, Eva Paola; Rodríguez-García, Ana M; González-Peramato Gutiérrez, Pilar; De La Peña Navarro, Itziar; López Ferrer, Pilar

Presentador: Escuer Albero, Guillermo

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma secretor de glándula salival, previamente conocido como carcinoma secretor análogo mamario, es una entidad de baja prevalencia que, aunque frecuentemente de bajo grado e indolente, puede llegar a presentar importantes tasas de recurrencia local y afectación ganglionar. El principal diagnóstico diferencial es el carcinoma acinar. Sin embargo, en la bibliografía reciente y en nuestra propia experiencia se recomienda tener en cuenta el carcinoma mucoepidermoide, especialmente el de bajo grado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda por código de diagnóstico de los casos de carcinoma secretor en la base de datos de nuestro servicio en nuestros últimos diez años, desde Enero de 2015 hasta Enero de 2025, con punción previa y confirmación mediante FISH y/o biopsia. Hallamos cuatro pacientes que cumplían estas características: tres de ellos con un diagnóstico en pieza quirúrgica y el cuarto con una traslación para NTRK3 mediante técnica de FISH en material citológico. Su evolución fue estudiada mediante la historia clínica.

RESULTADOS: En los cuatro pacientes se realizaron seis punciones: uno se diagnosticó de carcinoma mucoepidermoide y tres de carcinoma secretor (uno de ellos con una PAAF previa de sialoadenitis crónica y otro de lesión quística de contenido mucinoso a descartar carcinoma mucoepidermoide).

CONCLUSIONES: Clásicamente el principal diagnóstico diferencial del carcinoma secretor es el carcinoma acinar. Sin embargo, en nuestra experiencia la presencia de algunas características comunes nos planteó como principal diagnóstico diferencial el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. Dichas características fueron la frecuente presencia de material mucoso, células mucosas, células sueltas en "anillo de sello" así como otras de citoplasmas densos. De esta forma, los actuales conocimientos en el campo de la patología molecular, con la fusión de NTRK3, y de la inmunohistoquímica son herramientas clave para llegar al diagnóstico de una entidad que ha permanecido frecuentemente infradiagnosticada y confundida en el pasado.

Citopatología

1764

OPTIMIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN AUTOMATIZADA DE ADN Y ARN DE EXTENSIONES CITOLÓGICAS TEÑIDAS CON DIFF-QUIK Y PAPANICOLAOU PARA ESTUDIOS MOLECULARES

Argueta Morales, Allan; Echarrri Bujanda, María Eugenia; Murillo Lalana, Angeles; Gómez Pérez, Nerea; Fernández Montes, Nasser; Robledano Soldevila, Ramon; Lozano Escario, María Dolores

Presentador: Argueta Morales, Allan

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La identificación de biomarcadores mediante estudios moleculares es una herramienta fundamental en el diagnóstico y manejo clínico de distintos tipos de cánceres. En muchos casos, las extensiones citológicas representan la única fuente de material disponible para estos análisis, lo que resalta la importancia de optimizar su procesamiento para garantizar resultados precisos.

En nuestro laboratorio, tradicionalmente realizamos la extracción manual de ADN y ARN a partir de extensiones citológicas teñidas con Diff-Quik y Papanicolaou, permitiendo la realización de distintos estudios moleculares como PCR (para posterior secuenciación o análisis de fragmentos), PCR en tiempo real por método IDYLLA™ (ID), AmoyDx® Pan Lung Cancer Panel (PLC) y NGS.

Recientemente, hemos optimizado un protocolo automatizado para extendidos citológicos teñidos utilizando el extractor automatizado Maxwell® (Promega), diseñado para muestras fijadas en formol e incluidas en parafina, con el objetivo de establecer un protocolo óptimo y estandarizado para la extracción de ADN y ARN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseñar un protocolo de extracción automatizado con extendidos citológicos, para lo que se utilizaron un total de 30 extensiones citológicas para ADN y 40 para ARN de casos de Cáncer de Pulmón de Células no Pequeñas (CPCNP), utilizando los kits Maxwell® RSC ADN FFPE (AS1450-Promega) y Maxwell® RSC ARN FFPE (AS1440-Promega).

Se realizaron modificaciones hasta establecer un protocolo óptimo y reproducible. Se comprobó la calidad y cantidad del material genético obtenido con el protocolo automatizado comparándolo con las concentraciones obtenidas con extracción manual. Posteriormente añadimos una serie de 10 casos adicionales de CPCNP, comparando de nuevo las concentraciones de DNA y RNA obtenidos, con ambos protocolos y realizando en estos 10 casos estudios moleculares por métodos PCR en tiempo real por medio de los sistemas ID y PLC mostraron los mismos resultados obtenidos previamente con la extracción manual.

RESULTADOS: El protocolo para extracción de ADN y ARN a partir de extensiones citológicas utilizando el extractor automatizado Maxwell® (Promega) -diseñado para muestras parafinadas- incluye tiempos y temperaturas de incubación modificados para la extracción de ADN y ARN respectivamente. De esta forma obtenemos ácidos nucleicos de alta calidad con una pureza y concentración óptimas. Todos los casos mostraron concentraciones similares con los protocolos manual y automatizado. El análisis en 10 casos por método PCR en tiempo real con los sistemas ID y PLC mostraron los mismos resultados obtenidos previamente con la extracción manual.

CONCLUSIONES: Hemos desarrollado un protocolo automatizado eficiente y reproducible con el extractor Maxwell® (Promega) para la extracción de ADN y ARN a partir de extensiones citológicas teñidas con DIFF-QUIK y Papanicolaou, asegurando la recuperación eficiente de ácidos nucleicos con alta calidad e integridad. Este protocolo permite la estandarización de estos procedimientos de extracción evitando variabilidad interlaboratorios. La calidad del ADN y ARN es excelente, similar a la obtenida por método manual, permitiendo la realización de distintos estudios moleculares como PCR en tiempo real y/o NGS.

UTILIDAD DE MUESTRAS CITOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MESOTELIOMA

Castro Romero, Carolina Stephanía; Argueta Morales, Allan; Fernández Ariati, Lucía; Lorenzo Meza, Shirley Amarilis; García Martínez, Jaione; Ocón Cruz, Vanesa; Echarrí Bujanda, María Eugenia; Murillo Lalana, Angeles; Robledano Soldevilla, Ramón; Lozano Escario, María Dolores

Presentador: Castro Romero, Carolina Stephanía

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma es una neoplasia maligna poco frecuente, la cual se encuentra asociada a la exposición de asbesto y cigarrillo. Morfológicamente se reconocen tres subtipos: epitelioide, sarcomatoide y bifásico. El diagnóstico de esta entidad requiere de una adecuada correlación entre antecedentes de exposición a asbesto o humo de tabaco, estudios de imagen y rasgos morfológicos.

En ocasiones el único material disponible para realizar el diagnóstico son muestras citológicas, y/o pequeñas biopsias. Técnicas inmunohistoquímicas (IHQ), como calretinina, D2-40, WT1, entre otras, ayudan a confirmar el origen mesotelial de la lesión, sin poder confirmar que se trata de un mesotelioma o de un proceso reactivo, como una hiperplasia mesotelial.

Actualmente el uso de anticuerpos MTAP o el BAP1 por IHQ, ayudan al diagnóstico de mesotelioma en muestras citológicas. La pérdida de expresión nuclear en las células estudiadas confirmaría el diagnóstico de mesotelioma, con una especificidad del 100% y una sensibilidad del 42,2% para MTAP y del 60% para BAP1. Adicionalmente, la delección homocigótica de CDKN2A (9p21; que codifica p16), mediante FISH, presenta una especificidad del 100% y sensibilidad del 50% para diagnóstico de mesotelioma.

En este estudio, presentamos una serie de casos diagnosticados como mesoteliomas en muestras citológicas en nuestro centro en los últimos 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: De nuestros archivos se obtuvieron 20 casos diagnosticados de mesotelioma con muestras citológicas entre enero de 2010 y febrero de 2025. 19 eran de origen pleural y 1 peritoneal. 19 eran mesoteliomas epiteloides y 1 bifásico. De todos los casos disponíamos de extendidos citológicos y en 10 casos adicionalmente bloques celulares. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando perfil inmunohistoquímico, pérdida de expresión de BAP-1 y estado de CDKN2A por método FISH en aquellos casos sin pérdida de expresión de BAP1.

RESULTADOS: 17 (85%) de los 20 casos estudiados presentaban al menos 2 marcadores mesoteliales positivos. En 3 (15%) de casos se tenía 1 único marcador mesotelial positivo, siendo este calretinina (Calretinina=19, D240=4, WT1=7, CK5-6=1, HMBE1=1 y Mesotelina=3).

15 casos (75%) mostraron pérdida de expresión nuclear de BAP-1. En los 5 casos que mostraban expresión de BAP-1, se realizó técnica FISH para detectar delección de CDKN2A. En 3 casos (60%) se observó delección de CDKN2A, mientras que en los 2 casos (40%) restantes, no fue posible su evaluación, por no disponer de muestras óptimas para su análisis.

CONCLUSIONES: Los hallazgos morfológicos, junto con el estudio IHQ usando marcadores mesoteliales y BAP-1, junto con la confirmación mediante FISH de la delección de CDKN2A, hacen posible el diagnóstico de mesotelioma en muestras citológicas.

DIAGNÓSTICO DE SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM MEDIANTE DE CITOLOGÍA DE ORINA

Silvestre Egea, Gala; Martín López, Javier; Rodríguez Carrillo, José Luis; Gil Bernabe, Paloma; Martín Poza, Silvia; Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Perez Faccaro, Analía Araceli; Erazo Alarcon, Shirley Adielá; Cerdan Lopez, Sara; Harker Ladino, Angela María

Presentador: Silvestre Egea, Gala

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria causada por trematodos del género *Schistosoma*. La infección se contrae con actividades en las que hay contacto con aguas infestadas. Es prevalente en regiones tropicales y subtropicales. Las manifestaciones clínicas se deben a la deposición de huevos, que provocan una respuesta inflamatoria y cambios histopatológicos. Según el momento cronológico, los síntomas clínicos varían desde lesiones cutáneas iniciales hasta uropatía inflamatoria granulomatosa y lesiones fibrosas. *Schistosoma haematobium* puede ser causa de carcinoma de células escamosas. El diagnóstico se realiza mediante la detección de huevos del parásito en muestras de heces u orina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para informar un caso de esquistosoma *haematobium*, describimos los detalles clinicopatológicos y revisamos la utilidad de la citología urinaria.

RESULTADOS: Presentamos el caso de un varón de 23 años, procedente de un centro de refugiados en España desde hace 3 días, con clínica de hematuria diaria de larga evolución, que asocia dolor suprapúbico intermitente. En las pruebas complementarias presentó eosinofilia en sangre periférica. No se realizaron pruebas de imagen. Se solicitó urocultivo y citología de orina. El urocultivo fue negativo. El diagnóstico por citología fue: Frotis inflamatorio agudo, con presencia de microorganismos compatibles con *Schistosoma haematobium*, negativo para células malignas.

CONCLUSIONES: Debemos considerar el diagnóstico de esquistosomiasis en pacientes inmigrantes o que han viajado a países exóticos, con dolor abdominal y hematuria macroscópica. La presencia de eosinófilos en orina, nos obliga a descartar una infección parasitaria. La citología urinaria se considera el gold standard para el diagnóstico de esquistosomiasis, permitiéndonos realizar un diagnóstico eficiente.

VALOR DE LA LIPOFUSCINA Y DE LAS VACUOLAS MARGINALES EN EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD FOLICULAR TIROIDEA BENIGNA FRENTE AL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. UN ESTUDIO PRELIMINAR

Gordillo Velez, Carlos Humberto; Jiménez Heffernan, José Antonio; Rodríguez , José Carlos; Muñoz Hernández, Patricia; Castillo Gázquez, Lidia; Barreta Vargas, Silvia Eugenia; López Martínez, Carla Soledad; López Casillas, Pablo; Rosell Alayza, Alejandra; Bárcena García, Carmen; Pacios , Eduardo
Presentador: Gordillo Velez, Carlos Humberto

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La lipofusina (o gránulos paravacuolares) y las vacuolas marginales (VM) son variables citológicas en la citopatología tiroidea que han sido objeto de pocos estudios comparativos. Las VM son un hallazgo frecuente en células foliculares normales y en aquellas en situaciones de hiperfunción. La lipofusina es un pigmento no degradable producto del estrés oxidativo que sólo se observa en células postmitóticas y de división lenta. Las células tiroideas normales, no neoplásicas, la acumulan con el tiempo. Las células proliferantes activas la diluyen durante las divisiones sucesivas. Por lo tanto, nuestra hipótesis es que si la lipofusina se "elimina" al dividirse las células (diluición), no deberíamos esperarla en las células malignas, más precisamente en las de carcinomas papilares y medulares. El objetivo del presente estudio es determinar si estas variables citológicas, vacuolas marginales y lipofusina, son útiles en la diferenciación entre patología folicular benigna y carcinoma papilar de tiroides. También se evaluaron casos de carcinoma medular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se aplicó un muestreo estratificado a las PAAF de tiroides incluídas en la base de datos de nuestro departamento de Patología entre 2010-2023. Se dividieron en dos grupos: patología tiroidea benigna y carcinomas papilares/medulares. Ambos grupos tuvieron verificación histológica en piezas quirúrgicas. El primer grupo comprendió 80 casos (70 nódulos foliculares benignos, 6 tiroiditis de Hashimoto y 4 de Quervain) y el grupo maligno 76 (67 papilares, 9 medulares). No se incluyeron neoplasias foliculares. Las PAAF fueron realizadas por radiólogos intervencionistas con la presencia de un patólogo. La tinción Diff-Quik permite una fácil identificación de lipofusina y VM. La evaluación estadística se realizó utilizando SPSS versión 29.0. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para estudiar la fuerza de asociación. Un valor de P > 0,05 se consideró significativo.

RESULTADOS: Los gránulos de lipofusina mostraron diferencias altamente significativas entre carcinomas papilares y medulares versus entidades benignas. Para VM también se observaron diferencias significativas. Mientras que los gránulos de lipofusina estaban ausentes en carcinomas (0%) estaban presentes en el 54% de las entidades benignas. Por otro lado, los MV estaban ausentes en carcinomas medulares, pero presentes en el 18% de carcinomas papilares y en el 40% de las entidades benignas.

CONCLUSIONES: El estudio demuestra diferencias altamente significativas entre carcinomas papilares y medulares y entidades benignas tanto para los gránulos de lipofusina como para las VM en las PAAF de nódulos tiroideos. La lipofusina estuvo ausente en las células de carcinoma medular y papilar (0%) por lo que su presencia apoyaría el diagnóstico de benignidad. Se ha demostrado la presencia de VM tanto en carcinomas papilares como en entidades benignas, aunque con diferencias estadísticamente significativas. En las entidades benignas, su frecuencia es mucho mayor que en el carcinoma papilar, pero su presencia no descarta esta última posibilidad.

IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA EN LESIONES DE GLÁNDULA SALIVAL EN RELACIÓN A DOS CASOS

López Valdivia, Carlos Enrique; Chamorro Santos, Clara Eugenia; García Martínez, Antonio; Iglesias Conejero, Paula; González Peregrina, Sara María; Gallardo Chamizo, Francisco De Asís; Ríos Pelegrina, Rosa María; Cantero Campos, Miriam; Pérez Bustamante, Oscar Edgardo; Rodríguez Rodríguez, Marta Presentación; Ceballos Miján, Nazaret
Presentador: López Valdivia, Carlos Enrique

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La citología, especialmente la aspiración con aguja fina (PAAF), es fundamental en el diagnóstico de lesiones de glándulas salivales. Es una técnica rápida, mínimamente invasiva y de bajo costo que en condiciones óptimas permite distinguir entre lesiones benignas y malignas, orientando el manejo clínico adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos los hallazgos citológicos tras PAAF de las lesiones de dos pacientes y los consecuentes hallazgos del estudio en parafina post resección de las lesiones en cuestión.

RESULTADOS: El primer caso corresponde a un paciente de 79 años con una tumoración indurada en parótida izquierda de un año de evolución, se le realiza una PAAF, evidenciándose grupos de células epiteliales de amplio citoplasma con una marcada atipia nuclear, nucleolo evidente y en ocasiones formando luces glandulares. Se plantea las posibilidades diagnósticas de un carcinoma ductal o un carcinoma mioepitelial por lo que se decide la extirpación quirúrgica de la lesión. En la tinción de HE se observa una lesión relativamente circumsrita de bordes infiltrativos constituida por células que se disponen en un patrón sólido y cribiforme, con un citoplasma eosinófilo, núcleos pleomórficos, cromatina granular y nucleolo evidente, fueron positivas para citoqueratina 7, GATA3, GCDFP-15 y receptores de andrógenos, fueron negativas para p40, calponina y S100. Con los hallazgos descritos se confirma el diagnóstico de Carcinoma de Conducto Salival.

El segundo caso se corresponde a una paciente de 52 años con antecedente de carcinoma papilar de tiroides que presenta un nódulo parotídeo derecho, se le realiza PAAF evidenciándose un fondo hemático que presenta células de una distribución papilar con citoplasma microvacuolado. Resultan positivas para queratinas AE1-AE3 y GATA3 por lo que se plantea un diagnóstico diferencial entre carcinoma papilar de tiroides vs carcinoma secretor de glándula salival. Se procede con resección quirúrgica y en la tinción de HE se observa una lesión sólida quística relativamente circumsrita compuesta por células de arquitectura papilar, con una secreción intraluminal eosinofílica de aspecto coloide, células presentan un citoplasma eosinófilo vacuolado con núcleos monótonos redondos con nucleolo evidente. Al estudio inmunohistoquímico fueron positivas para citoqueratinas AE1/AE3, citoqueratina 7, SOX10, S100 y GATA3 por lo que se concluyó con el diagnóstico de Carcinoma Secretor de Glándula Salival.

CONCLUSIONES: Se concluye que en estos casos la citología por PAAF brindó hallazgos citológicos que orientaban hacia posibles diagnósticos diferenciales que pudieron encausar la conducta clínica óptima de los pacientes en cuestión otorgándoles el mayor beneficio posible en su terapéutica. Lo cual nos recuerda la utilidad de la técnica en cuestión y sobretodo el análisis citológico que conlleva.

Citopatología 1881

IMPACTO DE LA CLASIFICACIÓN BETHESDA EN PUNCIÓN TIROIDEA Y EL PAPEL POTENCIAL DE LA PATOLOGÍA MOLECULAR EN LA TOMA DE DECISIONES QUIRÚRGICAS

Pérez Parra, David; González Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Blasco Muñoz, Soledad; Sánchez Gutiérrez, David; Capozzi, Claudia Alejandra; Madrid Molina, María Dolores; García García, Sandra
Presentador: Pérez Parra, David

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA - ROSELL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La clasificación Bethesda para el estudio de citología de tiroidea mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF) es fundamental en la estratificación del riesgo de malignidad y en la toma de decisiones quirúrgicas. Sin embargo, las categorías Bethesda III y IV presentan incertidumbre diagnóstica, lo que dificulta determinar la necesidad de cirugía. En este trabajo se analiza la correlación entre las categorías Bethesda y los hallazgos postquirúrgicos de las punciones realizadas en nuestro centro durante el año 2024. El objetivo es conocer el escenario actual y poder determinar la población susceptible de realización de técnicas de patología molecular, que podrían haber optimizado la toma de decisiones y reducido las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 127 casos de PAAF tiroidea durante el año 2024, clasificadas según Bethesda. Fue evaluado el porcentaje de pacientes sometidos a cirugía en cada categoría y el resultado histológico postquirúrgico, destacando los grupos Bethesda III y IV.

RESULTADOS: La distribución de las PAAF según la clasificación Bethesda fue la siguiente: Bethesda I, 15 casos (11,8%); Bethesda II, 75 casos (59,1%); Bethesda III, 13 casos (10,2%); Bethesda IV, 10 casos (7,9%); Bethesda V, 9 casos (7,1%); y Bethesda VI, 5 casos (3,9%). En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, los números y porcentajes por cada categoría fueron los siguientes: Bethesda I, 2 pacientes (5,9%); Bethesda II, 8 pacientes (23,5%); Bethesda III, 5 pacientes (14,7%); Bethesda IV, 7 pacientes (20,6%); Bethesda V, 7 pacientes (20,6%); y Bethesda VI, 5 pacientes (14,7%).

En Bethesda II, la mayoría de los casos fueron benignos (87,5%), con un único microcarcinoma papilar. En Bethesda III, el 40% de los intervenidos presentaron carcinoma papilar, mientras que en Bethesda IV predominó la patología folicular (57,1%), con un 28,6% de tumores foliculares malignos. Bethesda V y VI mostraron una fuerte asociación con carcinoma papilar (85,7% y 100%, respectivamente).

CONCLUSIONES: La implementación de técnicas moleculares en las categorías Bethesda III y IV, que en la literatura presentan una tasa de malignidad variable entre el 5% y el 45%, podría haber reducido significativamente las intervenciones quirúrgicas innecesarias. Estudios previos sugieren que estas técnicas podrían disminuir la necesidad de cirugía en hasta un 30%, permitiendo identificar casos benignos y evitar procedimientos no justificados. En Bethesda II, aunque la necesidad de patología molecular es menor debido a la alta prevalencia de lesiones benignas, su uso podría mejorar la precisión diagnóstica en casos atípicos, reduciendo intervenciones invasivas innecesarias. Los resultados obtenidos en Bethesda III (40% carcinoma papilar) y IV (alta proporción de lesiones foliculares) resaltan la necesidad de una mejor estratificación del riesgo, y el uso de pruebas moleculares podría reducir la incertidumbre diagnóstica y optimizar las decisiones quirúrgicas. Finalmente, las categorías Bethesda V y VI presentaron una clara asociación con carcinoma papilar, justificando la intervención quirúrgica sin necesidad de estudios moleculares adicionales.

Citopatología 1982

REACCIONES TISULARES A APÓSITOS HEMOSTÁTICOS ABSORBIBLES: UN SIMULADOR DE MALIGNIDAD.

García Díaz, Paula; Olmo Fernández, María Del Mar; Maldonado Muñoz, Cristina Rocío; Martínez Codes, Laura; Castillo Moratilla, María Del Rosario; Ribagorda García, Silvia; Díaz Menéndez, Ariel; Nieto Llanos, Santiago
Presentador: Olmo Fernández, María Del Mar

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES, COSLADA, MADRID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El apósito hemostático absorbible y biodegradable se utiliza de forma complementaria en procedimientos quirúrgicos para ayudar a controlar todo tipo de hemorragias ofreciendo soporte y refuerzo. Es fundamental su correcta absorción en el organismo ya que una mala absorción podría desencadenar reacciones adversas. El objetivo de este estudio es describir los hallazgos anatomopatológicos de las reacciones tisulares ante la presencia de un cuerpo extraño.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio en pacientes a los que se detectaban anomalías ganglionares post cirugía tiroidea, eligiendo la Punción Aspiración con Aguja Fina ecoguiada (EcoPAAF) de los ganglios como prueba diagnóstica poco invasiva. El primer caso fue un paciente que acudía a consulta por sospecha de recidiva ganglionar tras un carcinoma papilar de tiroides intervenido cinco años atrás, los ganglios a estudio tenían marcación en la Tomografía de Emisión de Positrones (PET). Tras la punción los hallazgos en los frotis presentaban reacción a cuerpo extraño, microcalcificaciones y fibras acelulares en probable relación a una reacción reparativa, descartando en el diagnóstico la posible metástasis ganglionar. Tras este caso surgieron otros pacientes a los que también se realizó EcoPAAF en ganglios laterocervicales con marcación en el PET. En los frotis tampoco se observó evidencia de malignidad, presentando ausencia de celularidad epitelial, abundantes histiocitos espumosos, células gigantes multinucleadas y material acelular e inorgánico rectangular compatible con restos de apósitos hemostáticos.

Estos hallazgos hicieron sospechar que algo ocurría ya que todos los casos eran sospechosos de recidiva ganglionar y al analizar las muestras mediante EcoPAAF todos ellos eran negativos para malignidad presentando una reacción frente a cuerpo extraño desconocido. Para resolver las sospechas se realizaron pruebas sobre un fragmento de muestra de apósito hemostático absorbible el cual se procesó como una biopsia, se incluyó en parafina, se cortó al micrómetro, se tiñeron los cristales con Hematoxilina-Eosina y finalmente al observar las preparaciones al microscopio el patólogo comprobó que las fibras de la muestra se correspondían con el material acelular observado en los frotis de los casos estudiados.

RESULTADOS: Los hallazgos en este estudio ayudaron a diferenciar entre casos sospechosos de malignidad por recidiva ganglionar y cambios reactivos provocados por la presencia del apósito hemostático absorbible implantado post cirugía. Se comprobó que los apósitos no se reabsorbían en su totalidad causando estos cambios y se realizó un seguimiento a todos los pacientes en los que en la intervención se usó ese tipo de material quirúrgico.

Estos hallazgos se pudieron dar gracias al estudio correlativo que realizamos procesando como biopsia el fragmento correspondiente a dicho apósito hemostático comprobando microscópicamente que tanto los resultados de los frotis como el resultado de la biopsia se correspondían con las fibras de este tipo de material.

CONCLUSIONES: Las reacciones tisulares adversas a apósitos hemostáticos que no se absorben correctamente en el organismo son una complicación potencial. El estudio anatomopatológico es esencial para el diagnóstico y la caracterización de estas reacciones ya que la sospecha inicial en este tipo de casos es una posible recidiva con marcación de ganglios en el PET. Todos ellos son casos infrecuentes pero que conviene conocer su existencia ya que derivan en un diagnóstico diferencial.

LA PAAF TIROIDEA: VENTAJAS DE LA CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO SOBRE EL FROTIS CONVENCIONAL

Salazar Valdiviezzo, Jose Fernando; Pita Endara, Dayana; Gutiérrez Rivero, Junisbel; Marl Alexandre, Josep; Roselló Sastre, Esther
Presentador: Salazar Valdiviezzo, Jose Fernando

CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIV. DE VALENCIA.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias tiroideas son el tipo de cáncer endocrino más común. Entre el 4%-7% de la población consulta por nódulos tiroideos palpables, la ecografía detecta el 19%-35% de los no palpables. El manejo ecográfico de los nódulos se apoya en el TI-RADS: las categorías 3, 4 o 5 requieren una PAAF, técnica ampliamente aceptada por su simplicidad, seguridad y precisión. El material de la PAAF puede procesarse como frotis convencional o en medio líquido fijador, empleando un sistema automatizado para su procesado. En nuestro centro, recientemente se implementó la citología líquida en el procesamiento de la PAAF tiroidea. Aunque las ventajas de esta técnica son ampliamente reconocidas en otros campos, en este contexto existen pocos datos que respalden sus ventajas sobre el frotis convencional.

Objetivo: Conocer el valor de la PAAF tiroidea en nuestro centro, comparando el sistema tradicional con la citología en medio líquido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de las citologías de PAAF tiroidea efectuadas durante los últimos 5 años. Las citologías convencionales, secadas al aire y teñidas con DiffQuik. Las citologías en medio líquido, con fijador comercial, procesadas de forma automatizada (Hologic) y teñidas con Papanicolaou. Punciones ecodirigidas, realizadas por el radiólogo o el endocrino. Diagnóstico siguiendo el sistema de Bethesda.

En un primer tiempo descripción de resultados globales, comparándonos según el procesado. En un segundo tiempo, selección del grupo de pacientes con cirugía posterior: casos diagnosticados como benignos (Bethesda II) y sospechosos de neoplasia/neoplásicos (Bethesda IV, V y VI), utilizando como gold standard el diagnóstico histológico.

RESULTADOS: Durante este período se realizaron 1126 PAAF de tiroides, 551 con frotis convencional y 575 con citología líquida.

- Bethesda I: 417 casos, 59% (247) con frotis convencional y 41% (170) con citología líquida.
- Bethesda II: 558 casos, 42% (237) en frotis convencional, 58% (321) en citología líquida.
- Bethesda IV, V o VI: 84 casos, 36% (30) en frotis convencional, 64% (54) en citología líquida.

En el grupo de pacientes operados se contabilizan 182 casos, 97 con frotis convencional y 85 con citología líquida:

- Bethesda II: 96 casos, 67% (64) con frotis convencional, 33% (32) en citología líquida.
- Bethesda IV, V o VI: 86 casos, 38% (33) con frotis convencional, 62% (53) en citología líquida.

Los resultados según el tipo de procesamiento:

Frotis convencional:

- Sensibilidad: 48% - Especificidad: 80% - VPP: 72%- VPN: 48%

Citología líquida:

- Sensibilidad: 85% - Especificidad: 82% - VPP: 90% - VPN: 75%

CONCLUSIONES: El frotis convencional puede presentar inconvenientes como distribución irregular de las células, grumos, fondo hemático y artefactos por secado, consumiendo más tiempo en su interpretación; mientras que la citología líquida ofrece una única laminilla con células uniformemente distribuidas y bien conservadas.

La PAAF en medio líquido muestra un desempeño superior (sensibilidad del 85%) lo que indica mejor capacidad para detectar casos positivos. La especificidad del 82% y el VPP del 90% sugieren mayor precisión en la identificación de verdaderos positivos. Además, el VPN del 75%, considerablemente mayor que en el método convencional, reduce la probabilidad de falsos negativos con este método.

El procesamiento en medio líquido ofrece mejores resultados en términos de sensibilidad, VPP y VPN, lo que sugiere que es el método más efectivo para minimizar errores y mejorar la precisión.

DETECCIÓN DE BIOMARCADORES INMUNO-ONCOLÓGICOS EN MELANOMA CUTÁNEO AVANZADO

Mota Pedroso, Maria Claudia; Díez Fernández, Alba; Sánchez-Arévalo , Víctor; Rodríguez-Peralto , José Luis; Garrido Ruiz, María
Presentador: Mota Pedroso, Maria Claudia

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: Oral
 (Miércoles 21, 17:42-17:54 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de la inmunoterapia ha supuesto un gran avance en el tratamiento del melanoma metastásico. Sin embargo, no se ha demostrado ningún biomarcador que prediga qué melanomas van a responder al tratamiento. Numerosos estudios encaminados a identificar biomarcadores, como la expresión de PD-L1 o carga mutacional, han resultado infructuosos.

MATERIAL Y MÉTODOS: La emergencia de una nueva tecnología "GeoMx Digital Spatial Profiling (DSP) (NanoString)", plataforma que detecta de forma espacial la expresión múltiple de diferentes anticuerpos y RNA basada en oligonucleótidos, en material incluido en parafina, ha abierto una nueva perspectiva para explorar distintos biomarcadores en tratamientos inmunoterápicos. Este trabajo tiene como objetivo identificar la expresión inmunohistoquímica de proteínas y RNAs relacionadas con la inmunoterapia en 40 melanomas avanzados con evolución conocida, tratados con ipilimumab, pembrolizumab o nivolumab.

RESULTADOS: Los factores estadísticamente significativos han sido PD1, SMA, CD34 y CD20, que se expresan de manera diferencial entre los pacientes respondedores y no respondedores. El análisis de regresión de Cox univariante, validó los 4 marcadores como factores pronósticos. Sin embargo, en el análisis de Cox multivariante, CD34 no mostró significancia estadística, mientras que PD1, SMA y CD20 sí fueron validados. También se demostró una alta correlación entre PD1 y CD20, lo que confirma que CD20 y SMA son los biomarcadores más robustos.

CONCLUSIONES: Los resultados han sido evaluados mediante los criterios de AIC y verosimilitud (Likelihood), confirmando que el modelo formado por CD20 y SMA es el más relevante en términos pronósticos, demostrando su independencia de otras variables clínicas como edad, sexo y estado tumoral.

CORRELACIÓN ENTRE MICROSCOPIA CONFOCAL EX VIVO DE FUSIÓN Y LA HEMATOXILINA-EOSINA CONVENCIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO

Lopez Prades, Sandra; Lobos Guede, Nelson; Toloza Salech, Carlos; Castillo Fernandez, Paola; Castrejón De Anta, Natalia; Alós, Lúcia; García Herrera, Adriana; Perez Anker, Javiera; Albergo Gonzalez, Raquel

Presentador: Lopez Prades, Sandra

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es un cáncer de piel muy común, el segundo en frecuencia solo después del carcinoma basocelular (CBC), que se origina de los queratinocitos del estrato espinoso epidérmico. Su diagnóstico suele ser dirigido, si bien algunos casos pueden representar desafíos. El examen histológico sigue siendo el gold standard. El microscopio confocal ex vivo de fusión (eFuCM) combina la señal de 2 láseres de reflectancia y fluorescencia con un algoritmo integrado, proporcionando imágenes de alta resolución a tiempo real con una coloración parecida a la Hematoxilina-eosina (HE-digital), y comparables a las de la histología convencional. El eFuCM permite el análisis histológico de tejido en fresco, sin necesidad de procesamiento convencional ni desgaste de tejido, y ha demostrado precisión en el diagnóstico del CBC, utilizándose principalmente en cirugía de cáncer cutáneo no melanoma, como la cirugía micrográfica de Mohs. Escasos estudios han validado su uso en el diagnóstico de CEC mostrando alta sensibilidad y especificidad.

Por ello el objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad diagnóstica del eFuCM para el CEC y sus características histológicas clave, además de analizar la concordancia diagnóstica con la HE convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron en fresco mediante eFuCM VivaScope 2500 (MAVIG Gmgh, Munich) 59 lesiones sospechosas de CEC, biopsiadas de enero a mayo de 2019. Las imágenes digitales obtenidas mediante eFuCM fueron analizadas por dos dermatopatólogos sin experiencia previa en esta tecnología.

Se evaluó la sensibilidad (SE), especificidad (SP), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del diagnóstico mediante eFuCM, además de la concordancia (Cohen's kappa) entre los diagnósticos mediante HE convencional y eFuCM.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 59 CEC de 51 pacientes y 7 lesiones benignas/premalignas de 16 pacientes. El diagnóstico de CEC por eFuCM obtuvo los siguientes resultados: SE=91%, SP=85%, VPP=95% y VPN=75%, con una concordancia sustancialmente buena ($\kappa=0.753$; p -valor<0.001) respecto a la HE convencional. En cuanto al estado invasivo, los resultados fueron SE=88%, SP=94%, VPP= 92% y VPN=91%, con una concordancia casi perfecta ($\kappa=0.839$; p -valor<0.001) respecto a la HE tradicional. Las características histológicas que obtuvieron una SP mayor en su diagnóstico mediante eFuCM fueron la desmoplasia (SP=93%;SE=77%) y presencia de mitosis (SP=92%;SE=85%), seguidas de la identificación de pleomorfismo, inflamación estromal o bordes infiltrantes con SP de 84%, 83% y 83%, y SE de 84%, 85% y 76%, respectivamente.

CONCLUSIONES: El eFuCM con HE-digital presenta una adecuada precisión diagnóstica para evaluar la presencia o ausencia de CEC y la presencia o no de invasión, con imágenes comparables a la HE convencional en cuanto a coloración y, por tanto, permite identificar individualmente sus características histopatológicas distintivas.

Dermatopatólogos sin entrenamiento previo en eFuCM obtuvieron valores de concordancia buenos en el diagnóstico del CEC mediante esta técnica en comparación con la histología convencional, y su diferenciación de otras lesiones sospechosas. Por ello, creemos que el eFuCM podría utilizarse como una alternativa más rápida a la histología convencional para el diagnóstico de CEC en muestras que requieran un diagnóstico urgente.

EXPRESIÓN DE PRAME COMO POSIBLE BIOMARCADOR PRONÓSTICO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL CUTÁNEO

Rendón García, Rosa; Machuca Aguado, Jesús; Alfonso Rosa, Carmen María; López Prieto, Ana; Montaña Ramírez, Ana María; Ríos Martín, Juan José

Presentador: Rendón García, Rosa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:30-17:35 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia cutánea neuroendocrina con alto potencial metastásico. Debido a su agresividad biológica es necesario encontrar biomarcadores pronósticos.

El antígeno expresado preferentemente en el melanoma (PRAME) ha sido ampliamente estudiado en neoplasias melanocíticas, pero es conocida su expresión en numerosas neoplasias de diferentes estirpes. La expresión de PRAME se ha descrito en un 30% de CCM. En la serie descrita por Miller et al (2024), 11 de 39 CCM (30%) fueron positivos; en estos pacientes el riesgo de muerte era mayor (HR=11,4; 1,82, 70,8) aunque perdía la significación estadística si se evaluaba únicamente las muertes asociadas al CCM (4,58; 0,76, 27,5). Los autores sugirieron que PRAME podría ser un evento molecular driver en CCM. Con estos antecedentes, se plantea la posibilidad de que PRAME pueda ser un biomarcador pronóstico. El objetivo de este trabajo es confirmar en nuestros casos esta hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 34 pacientes diagnosticados en nuestro centro entre los años 2003 y 2025, con una mediana de seguimiento de 20,5 meses. Todos los tumores fueron revisados por tres patólogos, uno experto en dermatopatología. Se analizó la expresión inmunohistoquímica de PRAME y se correlacionó con la supervivencia de los pacientes utilizando un análisis de Log Rank. Adicionalmente, se estudió la expresión de PRAME en los casos con adenopatías metastásicas.

RESULTADOS: De los 34 pacientes estudiados, 16 (47%) presentaron en su lesión primaria tinción positiva para PRAME. La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 14,5 meses. Los pacientes con CCM PRAME+ presentaban mayor riesgo de recidiva (HR: 6,7; $p=0,005$) y un periodo libre de enfermedad menor (7 vs 24 meses).

La mediana de supervivencia global fue de 20,5 meses. Los pacientes con CCM PRAME+ presentaban también una supervivencia menor (15 vs 24 meses) con un mayor riesgo de mortalidad, aunque no alcanzó la significación estadística (HR: 1,52; $p=0,36$).

En 12 pacientes (35,3%) se estudiaron las metástasis ganglionares, que mantenía el patrón de tinción de PRAME de la lesión primaria, a excepción de un caso. La neoplasia primaria de este caso era negativa para PRAME, pero en 4 de los 12 ganglios metastásicos se observó tinción positiva zonal (subclonal) en menos del 50% del tumor. Este patrón "en islas" se observó también en el tumor primario de dos pacientes.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio confirma la relevancia pronóstica de PRAME en el CCM, demostrando que su expresión se asocia a una menor supervivencia libre de enfermedad.

En nuestra opinión, PRAME puede participar como evento molecular "driver" en el desarrollo del CCM, lo que abre la puerta al uso de terapias anti-PRAME en pacientes con mala evolución. Finalmente, el patrón de expresión zonal (subclonal) sugiere la existencia de heterogeneidad molecular. En estos casos, postulamos que PRAME sería una alteración molecular adquirida durante la progresión de la enfermedad, de forma similar a lo que ocurre con TP53 en el carcinoma de endometrio, pudiendo marcar la evolución y el pronóstico del paciente.

IMPACTO DE LA EXPRESIÓN DE CD30+ EN EL COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DE PACIENTES CON LINFOMAS B CUTÁNEOS PRIMARIOS DE LA ZONA MARGINAL

Sánchez-Noriega García, Consolación; Machuca Aguado, Jesús; Moya Orduñez, Luis; Alfonso Rosa, Carmen María; Rodríguez Pinilla, Socorro María; Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Ríos Martín, Juan José

Presentador: Sánchez-Noriega García, Consolación

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:35-17:40, Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: Los linfomas cutáneos primarios (LCP) son procesos linfoproliferativos que aparecen en la piel, sin manifestación ganglionar o visceral al diagnóstico y seguimiento. La estirpe B constituye el 20-25%, distinguiéndose: linfoma primario cutáneo centrofolicular (LPCCF), linfoma primario de zona marginal (LPCZM) y linfoma primario cutáneo difuso de células B grandes, tipo pierna (LPCDCB-TP).

Los LPCZM afectan más a hombres (2:1) de 50-60 años y suelen manifestarse en tronco (40%) y extremidades superiores (17%). A pesar de la elevada tasa de recidiva (40-60%), tienen una supervivencia del 95-98% a los 5 años.

La presencia de CD30+ ha cobrado relevancia en los LCP, por su utilidad como marcador diagnóstico y pronóstico, principalmente, tras la aparición de Brentuximab vedotin, un anticuerpo monoclonal anti-CD30 que ha demostrado reducir las recidivas y aumentar la supervivencia.

CD30 es una proteína transmembrana de la superfamilia de receptores del factor de necrosis tumoral. Sobreexpresada, activa vías del receptor nuclear Kappa B y proteína quinas activada por mitógenos (MAPK/ERK), confiriendo a los tumores beneficios antiapoptóticos.

Existen controversias en la literatura entre la expresión de CD30 y el pronóstico, estando poco explorada en linfomas de estirpe B, en particular, en los LPCZM. Nuestro objetivo es conocer la expresión de CD30 en una serie de LPCZM y esclarecer la correlación con las características clínico-patológicas, el riesgo de recidiva y progresión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron 28 biopsias de 18 pacientes con LPCZM de los archivos de Anatomía Patológica de dos centros hospitalarios entre 2005 y 2024. Los datos recogidos incluyeron: edad, sexo, diagnóstico y fecha, localización, recidivas, índice de supervivencia libre de progresión (SLP), localización del nuevo tumor, expresión de CD30 y número de células CD30+ por mm2.

Las muestras se tiñeron con CD30 utilizando el clon Ber-H2 y la plataforma BenchMark ULTRA. Se escanearon las preparaciones con Ventana iScan HT y se analizaron con el software libre QuPath v.0.5.1.

RESULTADOS: De los 18 pacientes con LPCZM, 8 presentaron recaídas, 2 de ellos múltiples. Se incluyeron 11 hombres y 4 mujeres de 26 a 82 años (mediana 53). El rango de seguimiento fue de 2 meses a 18 años (mediana 24 meses). Las lesiones fueron localizadas más frecuentemente en el tronco (7 casos), seguido de las extremidades (5 casos), región facial (3 casos) y cervical (2 casos).

Los casos con recaídas tenían 3'5 veces más porcentaje de CD30+ (media 16'25% vs 4'56%) y 3'6 veces más células CD30+ por mm2 (media 80'5'2 vs 22'6'27). Además, aquellos casos cuyas biopsias primarias presentaban >10% CD30+, tenían una SLP 2'97 veces menor que aquellos con <10% CD30+ (12'01 vs 35'76 meses). Los casos con recidivas se asociaron a edades más jóvenes (mediana 35 vs 67 años).

CONCLUSIONES: La expresión de CD30+ y el número de células CD30+ por mm2 en las biopsias iniciales pueden tener una notable repercusión en un aumento de la tasa de recidivas y menor tiempo de SLP, especialmente si el porcentaje inicial es >10%. Además, edades más jóvenes al diagnóstico podrían asociarse con mayor frecuencia de recaídas.

ANGIOMATOSIS PRURIGIFORME. REVISIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE SIETE CASOS.

Castillo Gázquez, Lidia; Muñoz Hernández, Patricia; Barreta Vargas, Silvia Eugenia; Olivares Guerrero, María; López Martínez, Carla; López Casillas, Pablo; Gordillo Vélez, Carlos Humberto; Llamas Velasco, Mar

Presentador: Castillo Gázquez, Lidia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 1)

INTRODUCCIÓN: La angiomatosis prurigiforme es una entidad relativamente nueva que describe un patrón histológico de liquen simple crónico con hiperplasia vascular prominente en la dermis superficial. Clínicamente se caracteriza por placas hiperqueratósicas, liquenificadas ubicadas preferentemente en áreas de presión como los glúteos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en el archivo del hospital desde el año 2010 hasta el año 2024 y se seleccionaron siete casos, con el fin de reevaluar sus características clínico-patológicas.

RESULTADOS: Se obtuvieron siete casos, de los cuales seis eran varones y una mujer, de edades comprendidas entre los 60 y los 90 años. Clínicamente las lesiones eran placas hiperqueratósicas, con dolor al roce, una de ellas con sangrado. Dos de las lesiones estaban ubicadas en nalga derecha, tres en nalga izquierda y dos en pliegue interglúteo. Cinco casos fueron diagnosticados de angiomatosis prurigiforme, y los dos casos más antiguos de forma descriptiva.

Histológicamente todas ellas presentaban hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis epidérmica irregular, asociadas a una marcada hiperplasia vascular en la dermis superficial y ligero componente inflamatorio perivascular de predominio linfocitario.

CONCLUSIONES: La angiomatosis prurigiforme es un hallazgo relativamente frecuente. Se ha propuesto que la aparición de esta lesión es secundaria a la presión mecánica y la inflamación, que activan la expresión de factor de crecimiento endotelial vascular epidérmico, como consecuencia de la hipoxia mantenida. La localización más frecuente son los glúteos, aunque también se han descrito casos en otras localizaciones anatómicas como el tronco o las extremidades.

El principal desafío que plantean las proliferaciones vasculares benignas cutáneas es que pueden simular tumores vasculares, sobre todo cuando se trata de lesiones únicas refractarias al tratamiento.

ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA SOBRE PÓLIPO FIBROEPITELIAL. UN HALLAZGO EXCEPCIONAL.

Sanchez Magdalena, Lucia; Mazorra Horts, Remigio Francisco; González Vela, M. Carmen; Simón Coloret, Saray; Drake Montfort, Marta; González López, Marcos Antonio; Gómez Durán, Jose Javier
Presentador: Sánchez Magdalena, Lucia

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 2)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget de la mama (EPM) es una forma infrecuente de carcinoma in situ mamario que consiste en una proliferación intraepidérmica de células glandulares malignas que afecta a la la piel de la región areolar y el pezón, mientras que los pólipos fibroepiteliales (PF) son lesiones cutáneas no neoplásicas frecuentes que pueden presentar cambios epidérmicos reactivos y lesiones neoplásicas asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 40 años con una lesión en el pezón izquierdo clínicamente sugestiva de PF, sin signos de sospecha clínicos. Histológicamente se confirmó el diagnóstico de PF, pero se apreciaron en la epidermis ocasionales células ligeramente atípicas de citoplasma pálido dispuestas con un patrón pagetoide.

Se realizó diagnóstico diferencial con una EPM; la disqueratosis pagetoide, que se trata de una lesión reactiva de los queratinocitos ante la fricción; y la hiperplasia de células de Tokér (HCT), compuesta por células benignas epiteliales de citoplasma pálido que se observan de manera incidental en alrededor del 10% de biopsias del pezón. También se tuvieron en cuenta (aunque con menor probabilidad dada la localización y la clínica) el melanoma y el carcinoma escamoso in situ con patrón pagetoide.

El estudio inmunohistoquímico (IHQ) resultó positivo para citoqueratinas de bajo peso molecular (CKBPM), receptores de estrógenos (ER) y HER2 (3+), y negativas para citoqueratinas de alto peso molecular, por lo que el diagnóstico final fue de EP de la mama sobre PF. El estudio de extensión radiológico no reveló ningún nódulo mamario sospechoso, y dado que la lesión respetaba borde de resección, se decidió no ampliar márgenes y realizar seguimiento estrecho en consulta.

A raíz de este caso realizamos una búsqueda retrospectiva de casos de pólipos fibroepiteliales en el pezón diagnosticados desde enero de 2015 hasta febrero de 2025 con el objetivo analizar cambios a nivel de la epidermis relacionados con el diagnóstico diferencial planteado en nuestra paciente. Las biopsias seleccionadas fueron reevaluadas y se solicitó IHQ cuando se consideró necesario.

RESULTADOS: Se encontraron un total de 31 casos (30 de ellos mujeres) de PF en el pezón. En 4 (9%) se observó disqueratosis pagetoide (se realizó CKBPM, que resultó negativa). El único caso diagnosticado con EP asociada fue el ya mencionado (3%). No se identificó ningún PF con HCT, melanoma ni carcinoma escamoso in situ.

CONCLUSIONES: Hemos realizado una revisión de la literatura, sin encontrar ningún caso reportado de EP de la mama asociada a PF, aunque sí se han descrito casos con presentación en pezón supernumerario.

La patogénesis más habitual de la EP se debe a la extensión del carcinoma mamario hasta la epidermis desde los conductos galactóforos, y hasta en un 95% de los casos se asocia un carcinoma mamario subyacente. En los casos en los que no existe un carcinoma subyacente se ha postulado su origen en células de Tokér, las cuales podrían provenir de glándulas sebáceas o tratarse de células ductales migratorias. Esta hipótesis se sustenta en la observación de algunos casos en los que las células de la EP eran genéticamente diferentes de las células de un carcinoma de mama subyacente. Nuestro caso también apoyaría esta teoría, dada la ausencia de relación de la lesión con los conductos galactóforos del pezón y la inexistencia de un carcinoma invasivo asociado.

MELANOCITOMA VS. METÁSTASIS CEREBRALES DE MELANOMA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MOLECULAR

Rodríguez García, Carmen; Huart Peris, María Del Carmen; Hernández Girón, Soraya; Carratalá García, Amara; Rubio Martínez, Luis Alberto; Palanca Sueña, Sarai; Ferrer Lozano, Jaime
Presentador: Rodríguez García, Carmen

HOSPITAL LA FE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los melanoctiomas meníngeos primarios (MP) son tumores extremadamente infrecuentes, que deben diferenciarse de las metástasis de melanomas cutáneos, mucosos o uveales (MM), mucho más numerosas en la práctica clínica.

A nivel clínico, radiológico, histológico e inmunohistoquímico, ambas entidades presentan características similares; sin embargo, a nivel molecular se han identificado diferencias significativas. Los MP comparten vías moleculares con los melanomas uveales, presentando mutaciones en los genes GNAQ y GNAI1 hasta en el 60-70% de los casos estudiados. En contraposición, las mutaciones en KRAS, NRAS, BRAF y TERT son frecuentes en los MM, pero excepcionalmente raras en los MP. Aunque la inactivación del gen BAP-1 se asocia principalmente con los melanomas uveales, también se ha reportado en algunos melanoctiomas meníngeos.

En última instancia, el diagnóstico de un MP requiere excluir una lesión primaria extracraneal o extramedular, una circunstancia no siempre evidente en la historia clínica de los pacientes. La realización de un análisis molecular detallado no solo contribuye a confirmar el origen de estas lesiones, sino que también puede ser clave en la selección de terapias dirigidas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluyó a 4 pacientes con diagnóstico de melanoctioma meníngeo primario y 4 pacientes con metástasis cerebral de melanoma. Se revisaron datos clínicos incluyendo edad, sexo, antecedentes de lesiones melánicas, tratamiento y evolución. Se realizó evaluación histológica e inmunohistoquímica de Melan-A, PRAME y BAP-1. Además, se realizó un análisis molecular mediante secuenciación de nueva generación (NGS) para identificar variantes patogénicas relevantes.

RESULTADOS: El sexo masculino predominó en ambos grupos. La edad promedio de presentación fue de 50,75 años en los melanoctiomas y 59,25 en las metástasis. Todos los MM presentaban un antecedente de melanoma cutáneo, no identificado en los MP. La expresión nuclear de PRAME fue positiva en todos los melanomas metastásicos y solo en un melanoctioma. El perfil molecular fue claramente distintivo, con Se detectaron mutaciones en BRAF en todos los MM (4/4), mientras que en los melanoctiomas se identificaron en GNAQ (2/4) y BAP-1, sin encontrarse mutaciones en uno de ellos. Todos los pacientes con MM y solo un melanoctioma experimentaron progresión y éxitus.

CONCLUSIONES: Este estudio reafirma la presencia de diferencias moleculares y pronósticas entre los melanoctiomas primarios y las metástasis de melanoma en el SNC. La tinción inmunohistoquímica frente a PRAME puede ayudar en el proceso del diagnóstico diferencial. Una adecuada correlación clínico-patológica y molecular es fundamental para diferenciar estas lesiones y optimizar el manejo clínico de los pacientes.

LEIOMIOMAS MÚLTIPLES CUTÁNEOS CON PÉRDIDA DE FUMARATO HIDRATASA, UNA SERIE DE OCHO CASOS

Romano , Daniela Soledad; Rovira Aguiló, María; Sureda Albertí, Ignacio; Laguna Macarilla, David; Corchero De Luermo, María; Saus Sarrias, Carlos

Presentador: Romano , Daniela Soledad

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La leiomiomatosis hereditaria y el carcinoma de células renales (HLRCC) es un síndrome genético autosómico dominante que predispone al desarrollo temprano de tumores de músculo liso de la piel, útero y/o cáncer renal (más frecuentemente carcinoma de células renales papilar tipo 2) asociado con mutaciones del gen Fumarato Hidratasa.

La Fumarato Hidratasa, enzima del ciclo de Krebs convierte fumarato en L-malato. La disminución de esta enzima se traduce en una acumulación de fumarato, lo que a su vez estabiliza la HIF1 α , un factor clave en la tumorigénesis.

Los leiomiomas cutáneos son tumores raros, benignos, originados en músculo liso. El tipo más común, los angioleiomiomas surgen de la túnica media de los vasos. Otros dos subtipos, el piloleiomioma y los leiomiomas genitales surgen de la musculatura erectora del pelo del folículo piloso y del músculo liso del escroto, vulva, o pezón respectivamente.

El leiomioma uterino con déficit de Fumarato Hidratasa puede ser causado por mutaciones somáticas o germinales en el gen FH; ambos mecanismos de pérdida de fumarato hidratasa con hallazgos histológicos similares.

Clinicamente, existen criterios para identificar el síndrome, debe sospecharse si se cumplen el criterio mayor o ≥ 2 criterios menores: Criterio mayor: Piloleiomiomas cutáneos múltiples, confirmados histológicamente. Criterios menores: Leiomioma uterino sintomático antes de los 40 años, carcinoma de células renales antes de los 40 años, o un familiar de primer grado que cumpla uno de los criterios anteriores.

El diagnóstico se confirma si se detecta una variante patogénica de FH o si se cumplen ambos criterios siguientes: ≥ 2 leiomiomas cutáneos (con ≥ 1 confirmado histológicamente) sin antecedentes familiares de HLRCC o ≥ 1 leiomioma cutáneo con antecedentes familiares de HLRCC, ≥ 1 carcinoma de células renales con morfología compatible e inmunohistoquímica (con o sin antecedentes familiares de HLRCC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron muestras histológicas de pacientes diagnosticados de leiomiomas múltiples cutáneos en nuestro hospital y en otro hospital de la misma provincia. La información se obtuvo retrospectivamente mediante historias clínicas. Se consideró para el diagnóstico de HLCRR el criterio mayor. Se recopilaron datos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos (FH), así como antecedentes personales y familiares de leiomiomas uterinos y neoplasias renales.

RESULTADOS: Recopilamos una muestra de 8 pacientes (5 varones y 3 mujeres) con diagnóstico de leiomiomas cutáneos múltiples entre 2008 y 2024. Todos los pacientes más de un leiomioma cutáneo y dos de ellos mencionaron que eran dolorosos. Tres de los pacientes presentaron leiomiomas uterinos y uno de ellos presentó neoplasia renal.

Todas las biopsias cutáneas tenían patrón de piloleiomioma y asociaron pérdida de FH en la inmunohistoquímica. Y sólo a uno de ellos se realizó test genético confirmando mutación en gen FH.

CONCLUSIONES: La leiomiomatosis hereditaria y el carcinoma de células renales (HLRCC) es un síndrome genético raro pero significativo.

Este estudio resalta la importancia de un diagnóstico temprano, basado en la presencia de leiomiomas cutáneos múltiples y la aparición de leiomiomas uterinos o carcinoma renal. La inmunohistoquímica con pérdida de fumarato hidratasa y la confirmación genética son herramientas esenciales para el diagnóstico definitivo.

ADENOCARCINOMA DIGITAL PAPILAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rollán López, Lucas; Rueda Correa, Francisco; Baena Romero, Víctor; Domínguez Cañete, Juan José; Ferrara Coppola, Connie Catherine; Padilla Ansala, Carlos; Vera Díaz, Enni Carolina; Vieru , Coca-Mihaela; Yuste Del Pozo, Verónica; Carreño Felicitas, María Jesus; Saez García, Miguel Ángel

Presentador: Rollán López, Lucas Ignacio

HOSPITAL DE LA DEFENSA "GOMEZ ULLA"

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma digital papilar (ADPAca) es una neoplasia poco frecuente derivada de las glándulas sudoríparas, descrita por primera vez por Helwig en 1979. Se localiza característicamente en áreas acrales, siendo casi exclusivo de los dedos de las manos y los pies. Su incidencia estimada es de 0.08 por cien mil habitantes, afectando típicamente a hombres entre la quinta y la séptima décadas de vida. Tiene una evolución clínica insidiosa, con frecuentes recurrencias locales y un potencial metastásico significativo, con especial predilección por el pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 76 años, exfumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acude a urgencias por dolor en el antebrazo derecho sin antecedente de traumatismo. Como dato clínico relevante, presenta lesiones en el pulpejo del tercer y quinto dedo de la mano derecha.

En el estudio radiológico se identificó una lesión en el tercio medio del cubito, así como dos masas sólidas en el pulmón, localizadas en el lóbulo inferior izquierdo y derecho. Se tomaron biopsias de la lesión del quinto dedo, del cubito y de la masa pulmonar izquierda.

RESULTADOS: Se recibe en el servicio de anatomía patológica un punch de 4mm de diámetro en el que se observa una epidermis sin alteraciones y una dermis infiltrada por una proliferación neoplásica nodular de estirpe epitelial integrada por una doble población celular, con presencia de elementos de aspecto basaloide y otros de aspecto secretor, organizados mayoritariamente en un patrón arquitectural sólido o cribiforme, y en menor medida esbozando estructuras papilares, marginados por desmoplasia.

Se realiza inmunohistoquímica (IHQ) en la cual se observa tinción positiva focal para D2-40 y difusa para EMA y GATA3 (elementos de aspecto secretor), p63 (elementos de aspecto basaloide), CK. En las biopsias del cubito y pulmonar se observó una morfología histológica similar con un perfil IHQ superponibles al descrito.

CONCLUSIONES: El ADPAca es una neoplasia predominantemente digital con potencial metastásico, probablemente infradiagnosticada debido a su similitud histológica con otras entidades. Se caracteriza por la presencia de áreas sólidas con proyecciones papilares compuestas por células cuboidales o cilíndricas, así como áreas quísticas con material necrótico.

El componente papilar puede pasar desapercibido en biopsias pequeñas, dificultando el diagnóstico. La atipia, generalmente leve o moderada, aumento del índice mitótico y la presencia de necrosis no permiten predecir con certeza el comportamiento maligno de la neoplasia, ya que se han reportado casos con histología aparentemente benigna que desarrollaron metástasis a distancia.

Los diagnósticos diferenciales principales incluyen a los Hidradenomas e hidradenocarcinomas, Espiradenomas escrinos, Adenomas papilares escrinos y Metástasis de carcinomas. Asimismo, se recomienda la detección de HPV mediante PCR, ya que la cepa 42 ha sido identificada en un alto porcentaje de casos.

Aunque es una neoplasia poco frecuente, el ADPAca debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones digitales debido a su agresividad, alta tasa de recurrencias locales y capacidad metastásica. Se requieren estudios adicionales para caracterizar su base genética e identificar posibles alteraciones moleculares que puedan influir en su diagnóstico y tratamiento.

Dermatopatología

2037

PRAME Y CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: ¿UN MARCADOR DE AGRESIVIDAD?

Giménez Abadía, Victoria; Fernández De Los Reyes, Irene; Panizo Santos, Ángel; De Oliveira Gomes, Andreina; Ruiz Estigarribia, Liz María; González Zuñiga, Ana María; Córdoba Iturrigagoitia, Alicia
Presentador: Giménez Abadía, Victoria

HOSPITAL DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia cutánea neuroendocrina agresiva y poco frecuente (representa <1% de tumores malignos de piel). Entre los factores de riesgo destacan la exposición solar, la inmunosupresión y la infección por poliomavirus. Sin embargo, la búsqueda de marcadores pronósticos en el CCM es un desafío en la actualidad. PRAME es un antígeno expresado en testículo ampliamente utilizado para el diagnóstico diferencial entre melanoma y otras lesiones melanocíticas. Su expresión se ha relacionado con un peor pronóstico en CCM. No obstante, existen pocos estudios al respecto con cohortes limitadas. Nuestro objetivo es analizar la expresión inmunohistoquímica de PRAME y su correlación con parámetros clínico-patológicos y evolutivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de los casos diagnosticados de CCM en nuestro servicio entre 2018 y 2024, con un seguimiento clínico mínimo de 8 meses. Se realizó PRAME en los cortes con mayor área y porcentaje tumoral, valorando como positivos aquellos casos que presentaban una positividad intensa y difusa nuclear en más del 75% de las células tumorales. Los resultados se correlacionaron con variables clínicas (edad, sexo, localización anatómica), histopatológicas y pronósticas.

RESULTADOS: Se seleccionaron 13 pacientes; 8 hombres y 5 mujeres de entre 63 y 97 años. Las localizaciones más frecuentes fueron áreas fotoexpuestas (cara y cuello, cuero cabelludo y escote). Un paciente presentó dos lesiones sincrónicas al diagnóstico, una en comisura labial y otra en ala nasal. Histológicamente, se caracterizaron por una proliferación de células basaloideas atípicas con una elevada relación núcleo/citoplasma, núcleos en sal y pimienta, y con alto índice proliferativo. La expresión PRAME fue positiva en el 50% de las lesiones (7 casos).

En el momento de la revisión, 8 pacientes presentaron recidiva local o metástasis, de los cuales 6 fueron positivos para PRAME (75%). De estos, tres presentaron únicamente metástasis ganglionares, uno sufrió recidiva local y dos casos, ambas manifestaciones. Asimismo, otro desarrolló metástasis en glándula parótida mientras que el octavo cursó con una gran lesión torácica inextirpable que progresó a pesar de tratamiento.

El otro paciente que presentó positividad PRAME presentaba infiltración vascular al diagnóstico. Sin embargo, tras 2 años de seguimiento no se han documentado recidivas locales ni metástasis a distancia.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia altamente agresiva, cuya evolución clínica es difícil de predecir. Estudios revelan que la positividad de las células tumorales para PRAME se relaciona con un peor pronóstico de la enfermedad, estando en concordancia con los hallazgos descritos en nuestra serie.

Estos resultados destacan la importancia de incluir la evaluación de PRAME en el estudio de estos tumores ya que podría contribuir a una mejor caracterización pronóstica. Además, abre nuevos horizontes para la investigación de su papel en la biología tumoral y posibles tratamientos dirigidos.

Dermatopatología

2011

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE REED EN PUNCH DE PIEL Y SU REPERCUSIÓN A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

Martin Soler, Paula; Yange Zambrano, Geanella; Moreno De Juan, Germán; García Reyero, Julia Beatriz; Azueta Etzebarria, Ainar; Carilla Sanromán, Andrea; Gómez Mateo, María Del Carmen
Presentador: Martín Soler, Paula

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Reed, también conocido como síndrome de leiomiomatosis hereditaria y cáncer de células renales (HLRCC), es un trastorno genético raro que predispone a los individuos a desarrollar múltiples leiomiomas cutáneos, carcinomas de células renales y, en mujeres, leiomiomas uterinos. Este síndrome es causado por una mutación germinal heterocigota en el gen supresor de tumores fumarato hidratasa (FH).

Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos del músculo liso que pueden causar dolor significativo; los leiomiomas uterinos pueden ser numerosos y también dolorosos y los carcinomas de células renales asociados con HLRCC pueden ser agresivos y aparecer a edades tempranas, lo que justifica una vigilancia anual rigurosa para la detección temprana de cáncer renal.

El diagnóstico de HLRCC se confirma mediante pruebas genéticas para identificar mutaciones en el gen FH. Alternativamente, se pueden utilizar marcadores de inmunohistoquímica como una opción rápida y rentable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso diagnosticado en nuestro Hospital a través de una biopsia cutánea (punch) y se realiza una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico del Síndrome de Reed, características histológicas y sus implicaciones genéticas a nivel individual y familiar.

RESULTADOS: El caso consiste en una mujer de 76 años con antecedentes personales de carcinoma renal de célula clara en el 2021, que presenta múltiples lesiones cutáneas dispersas por el antebrazo, con impresión clínica de enfermedad granulomatosa, linfoma o pseudolinfoma.

El estudio microscópico muestran a nivel de la dermis una proliferación celular de estirpe mesenquimal que se disponen en un patrón fascicular, las células son fusiformes y algunas epitelioides, presentan núcleos ovoides y nucléolos eosinófilos prominentes rodeados de halos perinucleolares, ocasionalmente muestran pleomorfismo con aumento de tamaño. No se observa necrosis de las células tumorales y las mitosis son raras (2 mitosis/10 campos de gran aumento).

El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para Desmina y Actina de músculo liso y un índice proliferativo Ki67 del 2%.

Debido a las características histológicas y el dato clínico de presentación múltiple de estas lesiones, se realiza estudio de FH por inmunohistoquímica, mostrando ausencia de tinción, por lo que se diagnóstica de leiomioma cutáneo con déficit de fumarato hidratasa.

CONCLUSIONES: Los leiomiomas con déficit de fumarato hidratasa están asociados a un síndrome genético, tiene unas características histológicas comunes y una presentación clínica singular, que nos permite reconocerlos desde Anatomía Patológica.

El reconocimiento del síndrome de Reed tiene un gran impacto debido a la predisposición a tumores dolorosos y potencialmente mortales, lo que subraya la importancia de la vigilancia clínica rigurosa para la detección temprana de neoplasias asociadas. Dado que el HLRCC se hereda de manera autosómica dominante, es fundamental ofrecer consejo genético a los pacientes y sus familias para discutir el riesgo de transmisión de la enfermedad, las implicaciones del diagnóstico y las opciones reproductivas.

Por tanto, es recomendable en pacientes con leiomiomas cutáneos múltiples con las características descritas, realizar estudio inmunohistoquímico de Fumarato hidratasa para descartar un leiomioma con déficit fumarato hidratasa y realizar el diagnóstico de HLRCC.

FENÓMENOS DE DESDIFERENCIACIÓN Y TRANSDIFERENCIACIÓN EN MELANOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tornero Piñero, Paula; Tornero Piñero, Paula; Barranco , Carlos; Rausseo Aristigueta, Paula; Segura , Sonia; Fernández Rodríguez, Conchi; Salido , Marta; Iglesias , Mar; Pujol , Ramón M; González Farré, Mónica
Presentador: Tornero Piñero, Paula

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La desdiferenciación y transdiferenciación son fenómenos poco reportados en el melanoma cutáneo primario. Son lesiones que se definen por un patrón bifásico caracterizado por una zona de melanoma convencional y áreas adicionales de desdiferenciación o transdiferenciación. La desdiferenciación implica la pérdida de marcadores inmunohistoquímicos melanocíticos, mientras que la transdiferenciación conlleva la adquisición de un fenotipo alternativo. Estos fenómenos se presentan con más frecuencia en pacientes de edad avanzada, en áreas fotoexpuestas y en metástasis. Suelen tener un índice de Breslow elevado y otorgan peor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 75 años con antecedente de infección por VIH, que presenta un nódulo de crecimiento progresivo, en región dorsal. Se realizó exéresis de la lesión y un amplio estudio complementario que incluyó técnicas de inmunohistoquímica, hibridación fluorescente in situ (FISH) para RREB, CEP6, MYB y CCND1 (Abbott Molecular), hibridación genómica comparada (HGC) (Affymetrix) y Next-generation sequencing (NGS) con panel Oncomine (ThermoFisher).

RESULTADOS: En el estudio histológico se identificó una lesión mesenquimal sólida y ulcerada, con marcada atipia citológica. Se apreciaron dos áreas morfológica e inmunohistoquímicamente distintas. Una zona superficial densamente celular, constituida por células fusocelulares y epitelioides, pleomórficas, con mitosis atípicas y células gigantes multinucleadas. La otra zona era más profunda y con menor grado de atipia. En la parte superficial, las células neoplásicas expresaron CD10, Factor XIIIa, CD68 y p63, mientras que las de la parte profunda expresaron Melan-A, HMB-45, proteína S100, PRAME y SOX10. El índice proliferativo estimado mediante Ki-67 en ambas zonas era superior al 70%. Ninguna de las dos áreas mostró expresión de citoqueratinas (CK AE1/AE3, 347E12, CAM 5.2), p40 ni de CD34. Desde un punto de vista morfológico e inmunofenotípico, la zona superficial era compatible con un fibroxantoma atípico y la zona profunda con un melanoma fusocelular. Los análisis mediante FISH, NGS y HGC mostraron resultados similares. En ambas zonas se detectó la misma mutación Q61R en el gen NRAS y más de diez alteraciones genómicas en común. El conjunto de estos hallazgos sugiere un origen clonal común.

CONCLUSIONES: Este caso resalta la plasticidad biológica del melanoma y su capacidad de transdiferenciación, lo que supone un reto diagnóstico. La integración de técnicas histológicas, inmunohistoquímicas, moleculares y citogenéticas resultan esenciales para su correcta clasificación, lo que subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar en el diagnóstico y manejo del melanoma cutáneo con fenómenos de desdiferenciación y transdiferenciación.

PLASMOCITOSIS MUCOCUTÁNEA NASAL: 3 CASOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA.

Sanchez Gutierrez, David; Agüera Sánchez, Alfonso; Garijo López, Gloria; Pérez Parra, David; Blasco Muñoz, Soledad; González Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Ortiz Reina, Sebastián
Presentador: Sánchez Gutiérrez, David

HOSPITAL SANTA LUCIA. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En España, la prevalencia de consumo entre la población entre 15 y 65 años alcanza el 3,1%. El uso prolongado de cocaína intranasal puede destruir la arquitectura nasal con erosión del paladar, cornetes y senos etmoidales causando lesiones de la línea media inducidas por cocaína (CIMDL), con manifestaciones clínicas que imitan un amplio espectro de patologías: enfermedades infecciosas, autoinmunes y procesos neoplásicos. Las lesiones macroscópicas son pólipos, úlceras y tejido granular. Los hallazgos histopatológicos se consideran constantes, pero inespecíficos como: necrosis, inflamación crónica, tejido de granulación, vasculitis, trombos, úlcera o fibrosis densa. Presentamos tres casos clínicos, dos del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena, y otro del Hospital General Reina Sofía (HGRS) de Murcia, en los que describimos una plasmocitosis de mucosa nasal, una de ellas con extensión a dermis de ala nasal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado una búsqueda en el LIS del HGUSL y en el HGRS (que en nuestro caso es el Patwin) con palabras clave como "plasmocitosis", acotando el número de biopsias al área específica de "cabeza y cuello" en los últimos 15 años, encontrando tres casos. Posteriormente recogimos datos relevantes de la historia clínica de cada paciente, comparamos las imágenes histológicas y revisamos la literatura en pubmed utilizando el término Mesh "cocaine-induced midline lesions".

RESULTADOS: En los tres casos se confirmó el consumo de cocaína, así como hábito tabáquico y rinitis como antecedentes. Los motivos de consulta fueron: rinorrea espesa persistente; obstrucción nasal bilateral y opresión facial; y tumoración en fosa nasal con pápula rosada en ala nasal, respectivamente. En dos casos se hicieron pruebas de imagen evidenciándose solución de continuidad de tabique nasal y paladar, y en el que no se realizó se confirmó la perforación del tabique mediante la exploración física. Los casos mostraron áreas ulceradas y de tejido de granulación, con otras de mucosa conservada sobre infiltrado inflamatorio compuesto predominantemente por células plasmáticas, que no mostraron atipia, además de un inmunofenotipo de benignidad (policlonalidad kappa y lambda con positividad para CD45, CD38, CD138 y CD19 y negatividad para CD56 y ciclina D1). Un caso mostró una pápula en ala nasal cuya dermis se encontraba infiltrada por las mismas células plasmáticas. Los tres casos clínicos fueron informados como "plasmocitosis reactiva".

CONCLUSIONES: El consumo de cocaína inhalada puede manifestarse como una lesión polipoidea, úlcera o tejido de granulación, con una histopatología de plasmocitosis mucocutánea en fosa nasal y extenderse a dermis de ala nasal. La posibilidad de una plasmocitosis tumoral ha de descartarse para concluir que el proceso sea reactivo.

MÚLTIPLES LESIONES ASOCIADAS A UN NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO.

Aguirrezabal Marcotegui, Leire; Cancho Galan, Goikoana; Lobato Izaguirre, Ane; Valenti Ponsa, Carla; Fernandez De La Prieta, Iria; Alvarado Cuenca, Irene; Calvo Torio, Paula; Martínez Peña, Nekane; Nogueira Gregorio, Alexandre; Fernandez Ferrer, Sara
Presentador: Aguirrezabal Marcotegui, Leire

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los nevus melanocíticos congénitos grandes/gigantes (NMCG) son proliferaciones benignas e infrecuentes de las células melanocíticas, que se producen por mutaciones postcigóticas que dan lugar a defectos en la migración y diferenciación de los melanocitos derivados de la cresta neural. Están presentes en el nacimiento, y alcanzan un diámetro mayor de 20 cm en la edad adulta. Pueden desarrollar lesiones nodulares de naturaleza benigna o maligna en su interior.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 57 años que presenta un NMCG en el muslo izquierdo y zona lumbosacra izquierda, con afectación de genitales y más de cien nevus satélite distribuidos en la zona facial, tronco y las cuatro extremidades. Consulta por un nódulo de 3,2 cm en región paratearsticular izquierda de más de 15 años de evolución. A la exploración se objetivan, además, dos lesiones nodulares cutáneas sobre el NMCG, en la región glútea y trocantérea izquierdas. Se realiza la extirpación de las tres lesiones.

RESULTADOS: Histológicamente, los nódulos cutáneos son compatibles con hamartomas neurocristicos. Están constituidos por varios tejidos de aspecto maduro, que se disponen de forma aleatoria, y entre los cuales destacan el tejido adiposo, neural y melanocítico, junto a células sustentaculares que expresan positividad inmunohistoquímica para CD34. La lesión paratearsticular, en cambio, corresponde a una proliferación celular de morfología epitelioide, que expresa positividad para SOX10 y MelanA, y que plantea un diagnóstico diferencial entre melanocitoma epitelioide y melanoma maligno. Para un diagnóstico más preciso, se estudia la variación en el número de copias de los cromosomas mediante la técnica de Hibridación Genómica Comparada (HGC). Esta técnica ha permitido el diagnóstico de melanoma, sugiriendo su desarrollo desde un nódulo proliferativo previo, ya que se han observado abundantes pérdidas de cromosomas completos. Tras el diagnóstico, se realiza en estudio de extensión mediante PET-TC, RM cerebral y una biopsia selectiva del ganglio centinela, sin objetivarse signos de enfermedad metastásica.

CONCLUSIONES: Dentro de las lesiones nodulares que se desarrollan sobre un NMCG podemos encontrar lesiones de naturaleza benigna, como son los nódulos proliferativos o hamartomas neurocristicos. Los hamartomas neurocristicos son tumores cutáneos poco frecuentes que derivan de las células de la cresta neural y que pueden expresar diferenciación fibrogénica, melanocítica y/o neurosustentacular. La importancia del diagnóstico y el manejo adecuado de estas lesiones se debe a una posible transformación a un melanoma maligno. En ocasiones, este diagnóstico es complejo, ya que el estudio histológico muchas veces no es suficiente. Para ello, debemos recurrir a técnicas de biología molecular como HGC. En la literatura se ha descrito que la HGC muestra que la mayoría de los nódulos proliferativos desarrollados sobre un nevus melanocítico congénito presentan ganancia o pérdida de cromosomas completos, mientras que en el melanoma se objetivan ganancias o pérdidas de fragmentos cromosómicos. Presentamos este caso por la dificultad en la evaluación clínica e histológica de los nódulos que se desarrollan sobre un NMCG.

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE PRAME EN MELANOMA DESMOPLÁSICO.

Alvarez Gigli, María Laura; Córdoba Iturriaga Goitia, Alicia; Llanos Chávarri, Concepción; Fernandez De Los Reyes, Irene; Gimenez Abadia, Victoria

Presentador: Alvarez Gigli, María Laura

CLINICA UNIV. DE NAVARRA. 5º ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN:

Introducción
El melanoma desmoplásico es una variante fusocelular de melanoma en la cual las células se disponen separadas o escasamente agrupadas, y asientan sobre fibras de colágeno. Compromete zonas de piel expuestas de forma prolongada al sol con frecuencia en cabeza y cuello. Representa un bajo porcentaje en el total de lesiones melanocíticas malignas.

El diagnóstico de confirmación de melanomas desmoplásicos mediante el estudio inmunohistoquímico tiene particularidades en comparación con el melanoma convencional, y puede ser un desafío en relación a lesiones fusocelulares atípicas e indiferenciadas en zonas fotoexpuestas como por ejemplo con el fibroxantoma atípico o en sarcoma dérmico profundo. Además, la evaluación morfológica y la interpretación del estudio inmunohistoquímico, puede ser un reto diagnóstico en lesiones metastásicas en las que no es posible valorar el componente in situ.

El estudio de PRAME cobra relevancia en el diagnóstico de melanoma, permite separar gran parte de lesiones malignas de los nevus melanocíticos. Sin embargo, en relación al melanoma desmoplásico, los datos son ambiguos o poco concluyentes según los autores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 10 casos de melanoma desmoplásico de nuestro archivo en el plazo de los últimos 10 años y evaluamos el resultado de la tinción de PRAME por inmunohistoquímica, tomando como referencia la positividad de las lesiones con la tinción positiva para S100 y SOX10.

RESULTADOS:

Resultados
De un total de diez casos estudiados, de los cuales uno es metastásico y el resto son primarios, observamos que todas las lesiones son fusocelulares y con componente in situ, excepto la lesión secundaria mencionada.

Se ha observado positividad en más de 50% de los casos con tinción nuclear con PRAME por inmunohistoquímica, con intensidades que van de 2/4 a 3/4 y porcentajes de células positivas que van del 75 al 85 % del total.

En la valoración de la positividad se tiene en cuenta la intensidad de la tinción en los núcleos, así como el porcentaje de núcleos positivos. Se toma como referencia la expresión positiva de S100 y SOX10.

CONCLUSIONES:

El melanoma desmoplásico es una variante de presentación poco frecuente, que habitualmente se da en áreas fotoexpuestas en adultos mayores. Plantea diagnóstico diferencial con lesiones melanocíticas poco diferenciadas o lesiones no melanocíticas fusocelulares, que además comparten localización, factores de riesgo y edad de presentación.

En nuestra serie de casos en la cual se incorpora a PRAME dentro del panel de inmunohistoquímica, se ha observado que resulta positivo en más de la mitad de los casos con intensidades que van de 2/4 a 3/4 en un elevado porcentaje de células. Dicho resultado es acorde e incluso algo superior al evaluado en algunos estudios.

Dermatopatología

1945

CIRUGÍA DE MOHS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Hombria La Viña, Laura; Centurion Bentancourt, Fiorella Paola
Presentador: Hombria Laviña, Laura

HOSPITAL UNIV. MIGUEL SERVET. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Cirugía de Mohs es un procedimiento quirúrgico empleado para el tratamiento del cáncer de piel (sobre todo Carcinoma de células basales y escamosas), que consiste en la extirpación completa del tumor, en varios niveles o estadios, mediante el estudio histológico intraoperatorio. La Cirugía de Mohs tiene como objetivo la evaluación microscópica de los márgenes tumorales (periféricos y profundos) para garantizar la eliminación completa de la lesión, permitiendo preservar al máximo el tejido sano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

PROCEDIMIENTO TÉCNICO

Tras la recepción y entrada en el sistema informático de la muestra intraoperatoria, se procede de la siguiente manera:

1. Orientación de la pieza: La pieza se orienta empleando como referencia las marcas realizadas por el cirujano y la correspondencia horaria (3, 6, 9 y 12 horarias).

2. Marcaje de los márgenes: Se toman medidas, se realiza un esquema de la pieza y se marcan los márgenes con un código de colores en función del número de fragmento en que se vaya a dividir la pieza.

Este marcaje sirve de guía para identificar los márgenes durante el examen microscópico.

3. Sección de la pieza: Se realiza la división de la pieza en fragmentos de aproximadamente 1cm. Así mismo, se realizarán Cortes de Relajación, para facilitar el aplanamiento de los márgenes en un mismo plano.

4. Confección de los bloques: Se realiza la confección de los bloques en medio OCT mediante sistema Prestochil, durante 2 minutos a -40°.

5. Realización de las secciones criostáticas: De cada bloque, se realizarán cuatro secciones de entre 4-67, profundizando varios niveles entre sección y sección.

6. Fijación y tinción de las secciones: Tras una breve fijación en alcohol de 96°, se realiza tinción con H-E.

7. Estudio microscópico: Evaluación microscópica en búsqueda de células tumorales. Durante la evaluación es importante asegurarse de que el fragmento tisular este completamente representado.

RESULTADOS: 8. Informe de afectación de márgenes: El Anatomopatólogo procede a informar al cirujano:

? Margen positivo: Se extraerá un nuevo nivel o estadio de la zona afectada para un nuevo estudio histológico. Este proceso se repetirá hasta que la ultima muestra esté libre de tumor.

? Margen negativo: Tras la confirmación de márgenes libres, el cirujano procederá al cierre de la incisión quirúrgica.

CONCLUSIONES: El cáncer de piel es una enfermedad muy común en nuestro medio que suele localizarse en zonas como la cara, el cuello o las manos. Es por ello que la Cirugía de Mohs supone un tratamiento muy útil para este tipo de lesiones, ya que no solo garantiza la eliminación completa del tumor, sino que, además minimiza la pérdida de tejido sano permitiendo obtener un mejor resultado estético y funcional.

Dermatopatología

1894

SÍNDROME VEXAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Ugás Burranca, Deborah Ximena; Silva Carmona, Mary Yohana; De Burgos Gonzalez, Saúl; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Carrillo Cobarro, María; Sánchez Perales, Zully Faby Elvita; Domínguez Aparicio, Claudia; Ballesteros Redondo, Román; Ruiz Díaz, María Trinidad

Presentador: Ugás Burranca, Deborah Ximena

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El síndrome VEXAS (Vacuolas, Enzima EI, ligado a X, Autoinflamatorio y Somático) descrito en el año 2020, es una enfermedad autoinflamatoria, de inicio en la edad adulta, causado por mutaciones somáticas en el gen UBA1, localizado en el cromosoma X y por tanto predominantemente expresada en varones. Clínicamente se presenta con síntomas inflamatorios multisistémicos y hematológicos, siendo frecuentes la anemia macrocítica, la policondritis recidivantes, poliartralgias y la dermatosis neutrofílica. Para su diagnóstico es fundamental la realización del test genético en aquellos pacientes con clínica compatible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos, el primero un varón de 78 años con historia de dos años de brotes de placas y nódulos inflamatorios recidivantes, enfermedad inflamatoria intestinal y asociado a artralgias de extremidades superiores. El segundo caso, es otro varón de 78 años con una historia de cinco años de aparición de lesiones cutáneas máculo-papulares de color rojo-violáceo por todo el cuerpo asociadas a prurito y a la administración de vacunas, así como artralgias de manos, que recidivan a lo largo del tiempo. En ambos casos los brotes mejoran relativamente con corticoides y como parte del estudio se realiza toma de biopsias cutáneas.

RESULTADOS: La histología en ambos casos mostro un marcado infiltrado dérmico, perivascular superficial y profundo e intersticial, constituido por linfocitos, múltiples células mononucleares de hábito histiocitario inmaduro con núcleos ligeramente alargados o focalmente reniformes y algunos polimorfonucleares neutrófilos. Con técnicas de inmunohistoquímica las células de hábito histiocítico son positivas para CD4, CD68, CD163 y CD43, con focal positividad para CD14, lisozima y mieloperoxidasa, sin expresión de CD34 y CD117. Siendo estos hallazgos compatibles con células mielomonocíticas y precursores mieloides no blásticos, informándose con síndrome de Sweet histiocitoide.

CONCLUSIONES: En el síndrome de VEXAS, dentro de las manifestaciones cutáneas, la dermatosis neutrofílica es de las más frecuentes y es característica, aunque no patognomónica; así como la visualización de vacuolización citoplasmática de los precursores hematopoyéticos en el aspirado y la biopsia de médula ósea. En estos dos casos se realizó la secuenciación del exón 3 y 4 del gen UBA1 en DNA extraído de sangre periférica, dando como resultado positivo en ambos casos para la variante c.121A>Cp.(Met41Leu) VAF 36%, compatible con el síndrome VEXAS.

Actualmente, el tratamiento de este síndrome precisa la erradicación de las células afectas e inhibir las vías inflamatorias asociadas; sin embargo, al ser una patología multisistémica y heterogénea, aún no existe un tratamiento ni manejo estandarizado. De la misma manera, para poder determinar el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes, hacen falta más estudios prospectivos y de mayor tamaño.

Dermatopatología

1925

CIRUGÍA DE MOHS (2000 - 2024). EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

De León García-Rico, Lucía; Meizoso Latova, Telma; Paz Pérez, Raquel; Neira Serrano, Fernando; Carrillo Pohl, Marcos José; Mármol Fábrega, María Ángeles; Fula Cobos, Magda Carolina; Muñoz Fernández, María Ángeles; Diego Hernández, Cristina; Hernández Suárez, Eduardo Lisandro; Boiza Sánchez, Maca
Presentador: De León García-Rico, Lucía

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica especializada en el tratamiento de neoplasias cutáneas. Ofrece altas tasas de curación en las neoplasias cutáneas malignas, pues detecta extensiones microscópicas o "raíces" que pueden pasar desapercibidas con los procedimientos convencionales de escisión. El objetivo del estudio fue analizar las características demográficas, clínicas e histológicas de todos los pacientes intervenidos mediante cirugía de Mohs entre el año 2000 y el año 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo que abarca el periodo 2000-2024 y que se basa en datos recopilados a través del Servicio de Anatomía Patológica del HUM, utilizando el programa informático VitroPath. Para la recolección de información, se realizó una búsqueda de casos en los que el diagnóstico incluyera la mención de cirugía de Mohs. Se seleccionaron todos los pacientes que cumplan con este criterio.

RESULTADOS: Entre 2000 y 2024 se han intervenido 76 pacientes mediante cirugía de Mohs. Se comenzó a realizar en 2006, con una interrupción entre 2008 y 2022, año en que se retomó. El análisis de datos revela que la edad media de los pacientes es de 69 años, con predominio masculino (56%). La localización más frecuente es la nariz (52%) y el 74% de los casos fueron diagnosticados clínicamente como Carcinoma Basocelular (CBC). Además, el 17% presentaba una extirpación previa con márgenes afectos, y solo el 45% contaba con una biopsia previa que confirmara el diagnóstico clínico. El diagnóstico más frecuente tras el análisis histológico fue CBC (75%), aunque en el 21% de los casos no se evidenció malignidad, posiblemente debido a que las extirpaciones previas tenían el margen afecto, pero no lo sobrepasaban. El 74% de los CBC presentaron un patrón histológico de alto riesgo de recurrencia. Para obtener márgenes quirúrgicos negativos, casi la mitad de los casos (48%) requirieron una ampliación. Hasta la fecha, no se ha registrado ninguna recidiva, ya sea por una adecuada extirpación del tumor o porque no ha habido tiempo real para ello. El número medio de cristales en la biopsia intraoperatoria (Nº Cristales lo) fue de 32. Se encontró una relación significativa entre el Nº de Cristales lo ($p=0,013$) y el Nº de cristales HE ($p<0,001$) con el Nº de Pases. Llamamos Nº Cristales lo a los cortes en congelación que tenemos que examinar durante la biopsia intraoperatoria y Nº cristales HE a los cortes realizados en el bloque en parafina una vez fijado en formol el tejido restante. Esto nos indica que, a mayor número de pases, más Nº de Cristales lo y HE se obtienen. También se observó una débil correlación positiva entre el tamaño ($p=0,007$ / Spearman) y grosor ($p=0,012$ / Spearman) de la pieza con el Nº de Cristales HE. Sin embargo, esta relación no se evidenció con el Nº de Cristales lo, ya que la detección de margen profundo afectó en los primeros cortes detiene el proceso y se pide otro pase.

CONCLUSIONES: La cirugía de Mohs es una técnica de biopsia intraoperatoria que representa una carga de trabajo adicional para cualquier Servicio de Anatomía Patológica. Sin embargo, ofrece importantes beneficios para el paciente, ya que es un procedimiento preciso, seguro y reduce la necesidad de reintervenciones quirúrgicas. Es fundamental aplicarla en las localizaciones recomendadas en los protocolos quirúrgicos de Dermatología y Oftalmología. En nuestro estudio, sería necesario aumentar el tamaño de la muestra para obtener resultados más concluyentes.

Dermatopatología

1908

CARCINOMA ESCAMOSO CON ÁREAS POBREMENTE DIFERENCIADAS, PIGMENTADO: A COLACIÓN DE UN CASO

Tinajero Ramírez, Jessica; Fernández Abad, Luisa María; Rodríguez Peralto, José Luis; García Toro, Enrique; Gómez Jiménez, Carmen
Presentador: Tinajero Ramírez, Jessica

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 68 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de dermatología por presentar una lesión en antebrazo izquierdo de 7 meses de evolución. A la exploración presenta una lesión nodular, ulcerada y pigmentada de 1.3x1.2cm, no adherida a planos profundos. No presenta adenomegalias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Se extirpa la lesión con sospecha de melanoma y se envía a anatomía patológica.

Macroscópicamente se observa un huso de piel ovalado de 2x1.5x1cm. Se identifica en su superficie una lesión de 1.6x1 cm y que dista a 3 mm de los márgenes de resección. La lesión presenta una capa de queratina irregular en su zona más superficial, de coloración grisácea, heterogénea.

Microscópicamente se observa una neoplasia ulcerada, de alto grado citológico, que ocupa epidermis y que infiltra dermis papilar y reticular. Se reconocen áreas con diferenciación escamosa clara y marcada atipia, en continuidad con nidos de células más basaloideas, también con hábito epitelial pero con mayor pleomorfismo y pérdida de diferenciación escamosa. Se comprueba un tercer componente de nidos de células con gran pleomorfismo, mitosis abundantes y citoplasma claro con abundante pigmento melánico y melanófagos.

Inmunohistoquímicamente se observa positividad de la neoplasia para P40 y P63. AE1/AE3 y CK5/6 son positivas en las zonas con diferenciación escamosa clara y se pierde en las áreas más indiferenciadas. CAM 5.2 muestra un patrón inverso respecto a AE1/AE3 y CK5/6, con positividad en bloque en las áreas más indiferenciadas y positividad parcheada en las zonas con diferenciación escamosa.

Los nidos más indiferenciados con pigmento melánico muestran una segunda población celular que no muestra atipia significativa, y que se corresponde con células melanocíticas dendríticas. Dichas células se ponen de manifiesto con los marcadores S100, Melan-A, HMB-45 y SOX-10 y se encuentran entre las células con marcadores epiteliales positivos sin formar nidos sólidos. PRAME muestra positividad nuclear tanto en los nidos indiferenciados como en los nidos con presencia de pigmento melánico, con una tinción moderada en las células de hábito epitelial y más débil en el los nidos más indiferenciados con pigmento melánico.

Se diagnostica de carcinoma escamoso de alto grado con áreas de carcinoma pobremente diferenciadas, pigmentado.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células escamosas pigmentado es una variante rara de carcinoma escamoso cutáneo descrito en mucosa oral, conjuntiva y córnea, siendo raro en piel (22 casos descritos en la literatura). Es más prevalente en hombres.

Se caracteriza por una proliferación de queratinocitos atípicos asociados a melanocitos dendríticos no neoplásicos y a melanófagos en el estroma circundante. Su diagnóstico es difícil debido a las características superpuestas con lesiones benignas y malignas. Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con las lesiones pigmentadas atípicas cutáneas, especialmente con el melanoma o una lesión de colisión de carcinoma escamoso con melanoma. Clínicamente suele presentarse como una lesión pigmentada, papular. La prevalencia del carcinoma escamoso pigmentado no está clara, oscilando entre el 0,01 y 7%. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección y su pronóstico es similar al carcinoma escamoso clásico. Presenta positividad para citoqueratinas, P63, EMA y P40 en las células epiteliales y positividad de HMB45, S100 y Melan A en las células dendríticas pigmentadas.

Dermatopatología

2443

HISTOPATOLOGÍA DE LAS LESIONES CUTÁNEAS DE DERMATOMIOSITIS

González López, Guillermo; Giacaman Contreras, Aniza
Presentador: Gonzalez Lopez, Guillermo

ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO
SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune que cursa con debilidad muscular y lesiones cutáneas de predominio en párpados y zonas fotoexpuestas. Es característica la afectación de piel dorsal de articulaciones metacarpofalángicas. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de atrofia epidérmica, dermatitis de interfase, infiltrado perivascular superficial linfocitario y aumento de mucina en dermis. Estos hallazgos pueden ser indistinguibles de los del lupus eritematoso, y similares a otras dermatosis que cursan con dermatitis de interfase. Presentamos la descripción de los hallazgos histopatológicos de una serie de casos de dermatomiositis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron las biopsias de pacientes diagnosticados en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Son Espases de dermatomiositis entre 2020 y 2025. Se recogieron los datos clínicos, y se estudiaron los hallazgos en la tinción de hematoxilina-eosina. Para aquellos en los que se realizó, se anotaron los resultados de la inmunofluorescencia directa y la tinción para CD123.

RESULTADOS: Se estudiaron 16 biopsias de 12 pacientes, con edades entre los 10 y los 65 años (4 varones y 8 mujeres). La procedencia fue: párpado (1), extremidad superior (7), tronco (4) y extremidad inferior (2); en dos se desconocía la localización. 7 mostraron una capa córnea hojaldrada normal, y en 9 era compacta con o sin focos de paraqueratosis. 10 mostraron atrofia epidérmica y 4 acantosis. Todas mostraban queratinocitos necróticos basales, casi todas tenían infiltrado linfocitario perivascular superficial leve o moderado, y la mayoría presentaba melanófagos y extravasación hemática. Dos mostraron ocasionales eosinófilos, una reveló frecuentes plasmáticas, y tres presentaban neutrófilos en dermis superficial. Una de las biopsias mostró un infiltrado linfocitario denso superficial y profundo con focos de panciculitis lobulillar linfocitaria. Sólo se observó incremento de mucina en 6/16 biopsias. Se identificó marcada cariorrexis linfocitaria en una biopsia de párpado. En 4/16 biopsias se observaron mucifagos en dermis superficial. En 5 se realizó IFD, una de las cuales mostró C3 granular débil en membrana basal, siendo el resto negativas. En 2 biopsias se realizó CD123, observándose células positivas aisladas.

CONCLUSIONES: Los hallazgos histopatológicos de la dermatomiositis han sido descritos en varias series. En nuestra serie, la presencia de mucina fue inconstante, siendo más constantes la atrofia epidérmica, el daño de interfase, el infiltrado linfocitario perivascular superficial y la presencia de melanófagos. Aunque el infiltrado suele ser linfocitario, es posible la presencia de células plasmáticas, eosinófilos o neutrófilos acompañándolo. Llama la atención en nuestra serie la presencia de cariorrexis linfocitaria en una biopsia de párpado, un hallazgo poco descrito, y la observación de mucifagos en dermis superficial en 4 de las 16 biopsias.

Dermatopatología

2159

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS NEOPLASIAS CON MORFOLOGÍA SPITZOIDE Y MUTACIÓN EN BRAF V600 (BAMS) - EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN UNA SERIE DE 9 CASOS

Marí Alexandre, Josep; Navarro Cerveró, Lara; Descalzo Martínez, Eva; Aguilar Gil, Amparo; Grau Echevarría, Andrés; Vicent Varón, Verónica; Gutierrez Rivero, Junisbel; Salazar Valdiviezzo, Jose Fernando; Sabater Marco, Vicente
Presentador: Marí Alexandre, Josep

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA - CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores Spitzoides abarcan un grupo distintivo de neoplasias melanocíticas de comportamiento benigno, intermedio o maligno, compuestos por melanocitos grandes epiteloides o fusiformes y definidas molecularmente por mutaciones iniciadoras en HRAS o fusiones génicas en quinasas, pudiendo acumular mutaciones en CDKN2A y/o el promotor TERT durante su malignización. Recientemente, está emergiendo una nueva entidad de lesiones con mutaciones BRAF V600 (típica de nevos adquiridos y melanomas con bajo daño solar) y morfología Spitzoide (BAMS), cuyo comportamiento clínico no está completamente definido. En el presente trabajo, nuestro objetivo es estudiar los casos de BAMS en una serie retrospectiva de neoplasias con morfología Spitzoide de nuestro centro y evaluar su evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado las neoplasias con morfología Spitzoide diagnosticadas en nuestro centro desde enero de 2019 hasta febrero de 2025, realizando una caracterización morfológica, inmunofenotípica (BRAF V600E, Melan A, p16, PRAME, BAP1 y HMB45-Ki67) y/o molecular (panel OPA DNA NGS, mutación BRAF V600E por PCR y mutación en el promotor TERT por secuenciación Sanger) para identificar la presencia de BAMS. Se ha extraído la evolución clínica de los/as pacientes a partir de su historia clínica.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se han diagnosticado en nuestro centro n=53 neoplasias con morfología Spitzoide. La caracterización exhaustiva permitió reclasificar n=9 (17%) tumores como BAMS, siendo el diagnóstico inicial de melanoma en 5 de ellos (55,5%). Los 9 casos pertenecían a 8 pacientes, con mediana de edad de 33,5 años [22-77], igualmente distribuidos entre sexos. La localización fue: extremidades (4/9; 44,4%); cabeza y cuello (2/9; 22,2%) y tronco (3/9; 33,3%). A nivel IHQ, las lesiones fueron BAP1(+) (9/9; 100%), HMB45 con maduración parcial o ausente (7/9; 77,8%), pérdida parcial o completa de p16 (6/8; 75%) y PRAME(+) (2/9; 22,25%), con una mediana de Ki-67: 4% [1-15]. Todos los casos mostraron mutación en BRAF (n=8 en V600E y n=1 en V600K), sin mutaciones en el promotor TERT. El índice de Breslow fue de 0,87 mm [0,29-1,9], siendo el ganglio centinela negativo en todos los casos estudiados (5/9; 55,5%). La mediana de seguimiento fue de 4 años y 5 meses [2 meses-7 años y 1 mes], sin evidencia de enfermedad en ningún caso. Adicionalmente, un caso de revisión presentó mutación en NRAS G61K, correspondiendo a una lesión en pierna izquierda de un varón de 54 años con diagnóstico previo de tumor de Spitz atípico compuesto, con HMB45 con maduración completa, pérdida parcial de p16, PRAME(+), Ki67: 1%, índice de Breslow: 1,02 mm y ganglio centinela negativo, estando libre de enfermedad a los 7,5 meses.

CONCLUSIONES: El análisis genómico de las proliferaciones melanocíticas con morfología Spitzoide es fundamental para identificar aquellas con mutación BRAF V600, denominados BAMS. Estos suelen ocurrir en pacientes menores de 40 años y, al igual que las neoplasias de Spitz verdaderas, el estado mutacional en el promotor TERT es decisivo en su pronóstico. Además, planteamos por un lado si los tumores con morfología spitzoide y mutación NRAS deberían incluirse en este grupo emergente y, por otro, si es necesario expandir la definición del grupo de neoplasias de Spitz verdaderas, incluyendo aquellas con mutaciones en BRAF en incluso en NRAS.

ALOPECIA SECUNDARIA A AMILOIDOSIS: UNA EXTRAÑA PRESENTACIÓN

Bravo Collazos, Yoselin Cristina; Reina Licon, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; Hernandez Gomez, Ruben
Presentador: Bravo Collazos, Yoselin Cristina

COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis primaria, de cadenas ligeras o AL es la forma más común de amiloidosis sistémica. No tan común es su presentación clínica con alopecia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente femenina de 67 años con diagnóstico previo de amiloidosis primaria en tratamiento con quimioterapia, que es estudiada en el servicio de dermatología por alopecia difusa no cicatricial de años de evolución, de inicio previo a la quimioterapia, realizándose una biopsia tipo punch del cuero cabelludo para descartar alopecia areata, efluio anágeno o alopecia por amiloidosis.

RESULTADOS: Histológicamente se identifica un marcado aumento de miniaturización folicular y, rodeando los folículos pilosos miniaturizados, un material acelular amorfo eosinófilo que con la tinción de Rojo Congo y bajo luz polarizada muestra intensa birrefringencia verde manzana (depósito de amiloide). Estos hallazgos son congruentes con alopecia secundaria a amiloidosis.

CONCLUSIONES: La asociación entre alopecia y amiloidosis es muy inusual, con pocos casos descritos en la literatura. La alopecia puede ocurrir como presentación inicial de la amiloidosis o durante el curso de la misma. El mecanismo por el que el amiloide provoca alopecia se explica por su afinidad por el dermatán sulfato presente en la dermis adventicial de los folículos pilosos. Al depositarse allí, provoca una alteración del ciclo capilar induciendo una involución temprana del folículo piloso. El resultado es un patrón de alopecia que puede parecerse tanto clínica como histológicamente a la alopecia areata y la androgénica. Por tanto, aunque sea raro, no hay que olvidar la amiloidosis como posible causa de alopecia a la hora de plantear un diagnóstico diferencial.

AFECTACIÓN CUTÁNEA POR LINFOMA B DE CÉLULA GRANDE ALK-POSITIVO

Taveras Espinal, Hector Alan; Gil Belmonte, María Jesús; Velasco Albendea, Francisco Javier; Valdenebro Cuadrado, Gabriel; Martínez Ortiz, Fernando
Presentador: Taveras Espinal, Hector Alan

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma de célula B grande ALK-positivo se trata de un subtipo raro y agresivo de linfoma B de célula grande caracterizado por presentar diferenciación plasmablastica (núcleo excéntrico y citoplasma moderado/abundante, con positividad para marcadores de célula plasmática y negatividad para la mayoría de los marcadores de estirpe B), así como inmunoexpresión de ALK. Clínicamente suele debutar con un cuadro poliadenopático asintomático o bien se manifiesta a través del compromiso de regiones extraganglionares, siendo las más frecuentemente afectadas las vías aerodigestivas superiores, cerebro, tracto gastrointestinal, hígado y bazo. Hasta la fecha, tan solo han sido descritos apenas unos pocos casos que, al igual que el nuestro, cursaron con afectación cutánea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 20 años, sin antecedentes personales de interés ni historia de inmunodepresión conocida, que ingresa para estudio de lesiones de causa no filiada sugerentes de siembra metastásica a modo de múltiples nódulos subcutáneos en tronco y extremidades, imágenes nodulares hepáticas por ecografía. El estudio mediante PET-TC mostraba captaciones hepáticas, en vesícula biliar, testículo derecho, ganglionares inguinales, médula ósea e implantes abdominales/subcutáneos/musculares. En el estudio analítico destacaba un valor de LDH de 1568, la positividad para IgG frente al virus de Epstein-Barr, con IgM negativa, así como un componente monoclonal IgG lambda. Se decide envío de punch cutáneo para estudio anatómopatológico y paralelamente se realiza biopsia de médula ósea.

RESULTADOS: El estudio histológico de la biopsia cutánea reveló un infiltrado dérmico difuso, sin epidermotropismo, de linfocitos grandes con núcleo pleomórfico vesicular, nucléolo prominente y abundante citoplasma, exhibiendo diferenciación plasmablastica e inmunoblastica. La celularidad neoplásica mostró positividad para CD45 siendo negativa para CD20, PAX5 y CD79a, con aislados linfocitos T CD3+ reactivos. No obstante, CD138 y MUM-1 resultaron positivos, complementando dichas características plasmablasticas. En un segundo panel de inmunohistoquímica se demostró la positividad para EMA y OCT2. A su vez, se evidenció un patrón de tinción citoplasmática granular para ALK así restricción de cadenas ligera lambda. Las técnicas CK AE1-AE3, CK7, CK20, CD99, CD10, CD5, CD30, sinaptofisina, CD56, VEB-EBER aportaron un resultado negativo. En la biopsia de médula ósea tan solo se identificó una infiltración focal de células de características similares, siendo de validez diagnóstica limitada.

CONCLUSIONES: En este caso, la biopsia cutánea resultó ser el estudio idóneo para alcanzar el diagnóstico de linfoma de célula B grande ALK-positivo dada la accesibilidad para la toma de muestra y la gran representación de la lesión. Si bien esta no es una neoplasia que afecta con frecuencia a la piel, es fundamental incluir la tinción inmunohistoquímica frente a ALK en el estudio de neoplasias linfoides con apariencia plasmablastica especialmente si se trata de pacientes jóvenes en ausencia de un contexto de inmunodepresión.

Dermatopatología

1819

EXPERIENCIA Y VALORACIÓN DEL MANEJO DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sanz Zorrilla, Alicia; Jurado Rivera, Michelle Jordana; Dávila Flores, Viviana Carolina; Sánchez Sánchez, Rafael
Presentador: Sanz Zorrilla, Alicia

HOSPITAL UNIV. REINA SOFIA. Sº ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La identificación y seguimiento de las lesiones melanocíticas sospechosas de malignidad, especialmente en personas con fenotipo de alto riesgo es responsabilidad de Dermatología con la ayuda esencial de Medicina de familia. El diagnóstico de certeza recae en Anatomía patológica, y es en conjunto con las diferentes especialidades médico-quirúrgicas que se establece un comité de tumores donde se decide el manejo de cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro hospital, tras una valoración consensuada por el comité, decidimos establecer un registro de cada Melanoma diagnosticado. Su principal razón era evitar la falta de seguimiento y/o tratamiento de alguno de estos pacientes, sin embargo, eventualmente estos datos nos han ayudado a extrapolar una estadística útil y una correlación de las decisiones tomadas en cada caso. Al momento del diagnóstico emitimos un informe con todos los datos recomendados por las guías AJCC y CAP, realizando una estimación del riesgo de positividad del ganglio centinela melanoma mediante el Instituto Australiano de Melanoma, añadiendo cada caso con fecha de diagnóstico, número de identificación del paciente, estadio y probabilidad de ganglio centinela para que quede registrado. Para este estudio además hemos recogido el manejo recibido de los melanomas T2, T3 y T4, y los resultados a lo largo del tiempo.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes en los que se realizó ganglio centinela el resultado fue negativo. La mayoría de los casos con metástasis en el ganglio centinela o ganglios metastásicos al diagnóstico fueron Melanomas nodulares. Sólo un caso con un 7% de probabilidad de positividad en el ganglio centinela según la escala de probabilidad del Instituto Australiano de Melanoma fue positivo, correspondiendo a un T2a y fue un Melanoma tipo nevoide. Se ha elaborado una tabla con el subtipo de melanoma, número de mitosis/mm2, invasión vascular, porcentaje de probabilidad de positividad en ganglio centinela y estudio BRAF y PDL1, junto con el seguimiento de cada caso.

CONCLUSIONES: De estos datos registrados, podemos calcular incidencias, prevalencias y porcentaje de casos diagnosticados en cada estadio, entre otros datos estadísticos. En el servicio de Anatomía patológica de nuestro hospital en 6 meses aproximadamente se reciben 3000 muestras cutáneas, de las cuales 80 son diagnosticadas de Melanoma maligno. Una cuestión particularmente debatida en el comité de Melanoma de nuestro centro, son los criterios límites para realizar ganglio centinela, cómo informar estas metástasis y la preservación linfática.

Dermatopatología

1580

2 CASOS DE NEOPLASIA DE CELULAS DENDRITICAS PLASMOCITOIDES BLASTICAS: "UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA"

Díez Fernández, Alba; Mota Pedroso, Maria Claudia; Melguizo García, Veronica; Rodríguez Moncada, Juan Sebastian; Garrido Ruiz, Maria Concepción; Rodríguez Peralto, Jose Luis
Presentador: Díez Fernandez, Alba

HOSPITAL 12 OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas se trata de una entidad poco común (menos de 1% de los linfomas cutáneos, 0,04 casos por cada 100 000 personas), muy agresiva y de mal pronóstico. Afecta a varones (3:1 a 5:1 varones-mujeres) con una edad media entre 60 y 70 años. Hasta un 20% de los pacientes presentan antecedentes de enfermedad hematológica. Su etiopatogenia se postula que podrían ser las delecciones monoalélicas y bialélicas de 12p13/ETV6 como evento temprano. Su clínica es en forma de lesiones cutáneas (90% la afectación primaria es en la piel) como parches similares a hematomas, únicos o múltiples, evolucionando a tumores, siendo raros los nódulos subcutáneos. La afectación de la médula ósea y los ganglios linfáticos se observa en el 60-90%, de los pacientes por lo que es preciso para su diagnóstico una biopsia cutánea y pruebas complementarias como citometría de flujo, PET, TAC, biopsia de médula ósea y citogenética. Como tratamiento reciben quimioterapia intensiva de corta duración, con una mediana de supervivencia global en el rango de 5 a 30 meses siendo el único tratamiento potencialmente curativo conocido el trasplante alogénico de células madre.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda en nuestro sistema de anatomía patológica entre enero de 2015 y enero de 2025 con el diagnóstico de neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas y se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la entidad.

RESULTADOS: Presentamos los 2 casos diagnosticados en nuestro hospital en 10 años, ninguno con patología hemática previa. El primer caso se trata de un paciente varón de 95 años que presenta en la cara interna del brazo derecho a nivel del codo una lesión nodular eritematoviolácea sobrelevada de 2 cm erosionada con sospecha clínica de granuloma piogénico (fallecido 5 años después). Y el segundo caso se trata también de un varón de 72 años que se remitió a nuestro centro por presentar lesiones cutáneas tipo mancha-placa en tórax rojas con prurito con sospecha clínica de micosis fungoide vs linfoma T periférico NOS. A ambos se les realizó la exéresis como huso cutáneo. La histología mostraba ocupación de la dermis reticular por una población linfoide de aspecto blástico, de pequeño tamaño, citoplasma escaso y núcleos grandes con nucléolo evidente con abundantes figuras mitóticas. Presentan positividad inmunohistoquímica para: CD43, CD4, CD123 y negatividad para CD20, CD30, BCL6 y LISOZIMA. En el segundo caso se realizó también biopsia de médula ósea que demostró infiltración por su neoplasia y presentaba afectación del SNC falleciendo un año después.

CONCLUSIONES: Con este trabajo, basado en la revisión de casos en un periodo de 10 años, se evidencia la baja incidencia de esta patología, con solo dos casos diagnosticados en nuestro centro. Ambos pacientes fueron varones de edad avanzada y presentaron manifestaciones cutáneas iniciales con evolución desfavorable. La histología y el perfil inmunohistoquímico fueron claves para el diagnóstico, destacando la positividad para CD43, CD4 y CD123. La biopsia de médula ósea en uno de los casos confirmó la diseminación sistémica, subrayando la importancia de un abordaje multidisciplinar entre dermatólogos, patólogos y hematólogos.

HIPERQUERATOSIS DIGITADA DIMINUTA MÚLTIPLE FAMILIAR.

Rubio Mediavilla, Susana; De Diego Pericas, Veronica; Hogeboom Gimeno, Adriana; Gamba Torrez, Silvia; Zudaire Fuertes, Tamara; Miguel Ruiz, Carlos; Medrano Ruiz, Juan; Merino García, Belén; Sola Gallego, Jesús Javier

Presentador: Rubio Mediavilla, Susana

HOSPITAL SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La hiperqueratosis digitada diminuta múltiple (HDDM) es un trastorno de la queratinización de etiología desconocida descrita por Goldstein en 1967. Desde entonces se han publicado menos de 50 casos, con diferentes nombres como hiperqueratosis filiforme diseminada, hiperqueratosis espiculada diseminada, queratosis digitada diminuta múltiple, queratosis diminuta agregada o hiperqueratosis filiforme diseminada entre otros, siendo HDDM el término más aceptado en la actualidad. Existen varias formas de presentación descritas: la familiar, con una herencia autosómica dominante, la esporádica y la post inflamatoria, aunque se han descrito otras formas de lesiones asociadas a tratamientos farmacológicos o radioterápicos, a enfermedad de Crohn, y a neoplasias sólidas y hematológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 48 años en seguimiento por reumatología en el contexto de síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) HLAB27-, en tratamiento con Metotrexato desde hace 4 años, que consulta en dermatología por unas lesiones presentes desde la infancia, levemente pruriginosas que aparecen y desaparecen, localizadas en tronco y raíz de extremidades, remediando a las lesiones de la queratodermia espinulosa, pero sin afectación palmo plantar.

RESULTADOS: La exploración física mostró mínimas formaciones exofíticas queratósicas filiformes, de coloración blanquecina y base corta no eritematosa, de 1 mm de ancho y entre 1-3 mm de longitud, dispuestas de forma aislada, sin tendencia a confluir, y sin relación con los folículos pilosos. Se decide realizar una biopsia cutánea para su correcta tipificación. El estudio histológico evidenció una epidermis con leve acantosis e hiperqueratosis ortoqueratósica sin otras alteraciones dermo epidérmicas salvo un escaso componente inflamatorio perivascular inespecífico. Ante la sospecha de un trastorno de la queratinización se interroga de nuevo a la paciente incidiendo en los antecedentes familiares, confirmando la existencia de lesiones de morfología y localización similares en su madre y hermana.

CONCLUSIONES: La HDDM es una condición poco frecuente, con una nomenclatura confusa en la literatura y sin criterios diagnósticos claros. La etiología es desconocida, atribuible a un trastorno de la queratinización subyacente que se pone de manifiesto tras un estímulo desencadenante. La mayoría de los casos descritos son esporádicos. Se han identificado variaciones histológicas en los casos inflamatorios, con hiperqueratosis, invaginación epidérmica y afectación del folículo piloso. Aunque la imagen histológica de hiperqueratosis ortoqueratótica sobre piel acantótica es característica en los casos familiares y esporádicos, por sí sola no permite diferenciarlos, siendo necesario tener en cuenta además, el examen físico y la historia clínica y familiar para su adecuado diagnóstico.

DERMATOSIS COLÁGENA PERFORANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gil Belmonte, María Jesús; Taveras Espinal, Héctor; Espín Fernández, Luis; Bernádez Zunzunegui, Diana; Martínez Ortiz, Fernando

Presentador: Gil Belmonte, María Jesús

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La dermatosis colágena perforante se trata de una enfermedad cutánea rara que consiste en la eliminación transepidérmica de colágeno tipo IV en respuesta a un traumatismo cutáneo leve. Las lesiones se localizan fundamentalmente en extremidades superiores e inferiores así como en la región facial. Su etiología es incierta, existiendo una forma hereditaria o adquirida asociada a diabetes mellitus o enfermedad renal terminal que suele debutar en la edad adulta, y una forma reactiva más propia de la infancia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 50 años con diabetes mellitus tipo 1 como único antecedente personal destacable que acude a Consulta de Dermatología por la aparición de lesiones en la región facial y cuero cabelludo que, según refiere, comienzan con la aparición de una pústula que cura tras la emisión de "un material". A la exploración física, el paciente mostraba lesiones en cuero cabelludo, a modo de pápulas umbilicadas de coloración rojiza y áreas lesionales con hipopigmentación y de aspecto regresivo otras regiones faciales. La lesión de cuero cabelludo fue biopsiada para su estudio histopatológico bajo la sospecha clínica de un carcinoma basocelular frente a una dermatosis perforante.

RESULTADOS: La biopsia muestra una epidermis ligeramente acantósica, ortoqueratósica con paraqueratosis focal, e hipergranulosis, donde resulta llamativa la presencia de un cráter central a través del cual protruyen bandas de colágeno dérmico verticalizadas, algo basófilas, resaltadas con la tinción del Tricrómico de Masson, sin fibras elásticas entremezcladas. En dermis papilar se reconoce una cierta fibrosis con vasos dilatados. Hacia dermis reticular se identifica un infiltrado inflamatorio predominantemente linfoplasmocitario, de disposición perivascular superficial, profunda e intersticial, con histiocitos, hemosiderofagos y ocasionales elementos agudos, asociando ligero edema. El colágeno dérmico se encuentra algo desorganizado y esclerosado. No se reconocen fenómenos de vasculitis ni se identifican microorganismos con las tinciones de Grocott y PAS. Siendo por tanto el diagnóstico el de una dermatosis colágena perforante, compatible con una colagenosis perforante adquirida.

CONCLUSIONES: En el diagnóstico de esta patología resulta fundamental la orientación clínica, puesto que lesiones tipo líquen simple crónico o prurigo nodularis pueden presentar una eliminación transepidérmica similar del colágeno. Asimismo, la edad, sexo, localización de las lesiones y antecedentes de patologías previas como la diabetes u otros desórdenes autoinmunes pueden guiar el diagnóstico ante la sospecha de una dermatosis perforante. No obstante, la clave para un adecuado diagnóstico diferencial recae en elucidar qué tipo de material está siendo eliminado a través de la epidermis: fibras colágenas en la colagenosis perforante adquirida, fibras elásticas en la elastosis perforans serpiginosa, queratina en la enfermedad de Kyrle o tejido conectivo en la foliulitis perforante. Finalmente, es necesario considerar el momento evolutivo de las lesiones, puesto que aquellas en un estadio temprano aún no umbilicadas mostrarán cambios del colágeno más llamativos a nivel dérmico, y aquellas ya umbilicadas o más evolucionadas presentarán la clásica imagen de un colágeno basófilo degenerado con abundante debris inflamatorio.

Dermatopatología

2438

DERMATOSIS AMPOLLOSA IGA LINEAL ASOCIADA A MOGAMULIZUMAB: A PROPOSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Narváez Simón, María; González Fábrega, Almudena; Remón Love, Alexandra

Presentador: Narváez Simón, María

HOSPITAL DE BAZA. UNIDAD PROVINCIAL INTERCENTROS. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La dermatosis ampollosa IgA lineal del adulto es una dermatosis ampollosa subepidérmica poco frecuente y de etiología desconocida, habiéndose descrito casos en relación a procesos sistémicos autoinmunes, inflamatorios, paraneoplásicos y de etiología medicamentosa. Los casos inducidos por fármacos suelen presentarse entre 4-14 días después de la administración del medicamento implicado. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas y van desde cuadros simulando pefigoide ampolloso, eritema anular o dermatitis herpetiforme. Histológicamente se caracteriza por la presencia de ampollas subepidérmicas con depósito lineal de IgA en el estudio de inmunofluorescencia directa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 66 años diagnosticada de Síndrome de Sézary en tercera línea de tratamiento con mogamulizumab que, a la semana de su administración, debuta con erupción cutánea ampollosa puriginosa generalizada. Se realiza biopsia tipo punch de lesión en brazo, con sospecha clínica de pefigoide ampolloso.

RESULTADOS: En la biopsia se observa una epidermis con espongirosis leve y alternancia de áreas con interfase conservada y otras con despegamiento epidérmico con escasos queratinocitos basales necróticos y formación de vesículas subepidérmicas con contenido de abundantes neutrófilos con algunos eosinófilos. No se identifica epidermotropismo. En dermis, acúmulos de neutrófilos y eosinófilos en dermis papilar acompañados por un infiltrado linfohistiocitario con neutrófilos y eosinófilos de distribución perivascular superficial y profunda y perianexial. El componente linfocitario estaba constituido por linfocitos pequeños sin atipia, mayoritariamente T, con leve predominio de los linfocitos T CD4+ y en los que no se ha demostrado inmunofenotipo neoplásico tras realización de CD2, CD3, CD5, PD1, CD30. En el estudio de inmunofluorescencia directa se identificó depósito lineal continuo e intenso de IgA a lo largo de la membrana basal acompañado de depósito de IgM y C3 lineal continuo de intensidad moderada en la membrana basal y en ausencia de depósitos de IgG.

Con estos datos se realizó el diagnóstico de Dermatitis ampollosa subepidérmica con contenido rico en neutrófilos y depósito lineal intenso de IgA concordante con Dermatitis ampollosa IgA lineal.

CONCLUSIONES: Mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente al receptor CCR4, de reciente aprobación (2022) para el tratamiento de Micosis Fungoides y Síndrome de Sézary refractarios. Debido a su uso restringido, la bibliografía en referencia a sus reacciones adversas es limitada. La mayor parte de las reacciones cutáneas adversas descritas hasta la fecha se manifiestan en forma de rash maculopapular pruriginoso que suele corresponderse con tres patrones histológicos: dermatitis espongiótica-psoriasiforme, de interfase y dermatitis granulomatosa, con escasos casos descritos de pefigoide ampolloso y necrosis epidérmica tóxica. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed cruzando los términos "mogamulizumab", "CCR4", "IgA" y "dermatosis ampollosa", encontrando un total de 9 trabajos, en ninguno de los cuales se reporta la aparición de dermatosis ampollosa IgA lineal como reacción adversa.

En nuestro caso, el antecedente de la administración de mogamulizumab precediendo el cuadro ampolloso y la aparición de éste dentro del periodo ventana de aparición (4-14 días), nos orienta a pensar en una dermatosis ampollosa IgA lineal asociada a mogamulizumab, siendo así el primer caso descrito.

Dermatopatología

2425

AUSENCIA DE VPH EN LESIONES DE PSORIASIS VERRUCOSA.

Leon Gil, Johanna Gabriela; Jimenez Perez, Andrea Beatriz; Cabanillas Cabral, Adolfo; Bejarano Antonio, Lia; Oliva Fernández, Jose Antonio; Rivas Hernández, Raquel; Santos-Briz Terrón, Ángel

Presentador: Leon Gil, Johanna Gabriela

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La psoriasis verrucosa es una variante rara de psoriasis que se caracteriza por placas hipertróficas y verrugosas. Aunque clínicamente puede parecerse a carcinomas verrucosos, se distingue por la ausencia de infección por VPH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de casos en el que se analizaron muestras de piel de pacientes con psoriasis verrucosa. Se emplearon técnicas de PCR e inmunohistoquímica para detectar la presencia de VPH en las lesiones.

RESULTADOS: Los resultados revelaron que las muestras de las lesiones de psoriasis verrucosa fueron negativas para VPH, confirmando la ausencia de este virus en las lesiones analizadas.

CONCLUSIONES: La ausencia de VPH en las lesiones de psoriasis verrucosa refuerza la idea de que esta variante es independiente de la infección por VPH. Esto tiene implicaciones para el diagnóstico diferencial, distinguiéndola de otras condiciones como el carcinoma verrucoso y la verruga vulgar. Además, sugiere que los tratamientos dirigidos al VPH pueden no ser efectivos para esta variante de psoriasis.

DERMATOMIOSITIS HASTA QUE LA BIOPSIA DIGA LO CONTRARIO

Narváez Simón, María; González Fábrega, Almudena; Remón Love, Alexandra

Presentador: Narváez Simón, María

HOSPITAL DE BAZA. UNIDAD PROVINCIAL INTERCENTROS. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 54 años en seguimiento por cuadro de debilidad muscular y poliartritis con anticuerpos anti-Ro 52 positivos, en la que aparecen lesiones cutáneas eritematosas en tronco y áreas fotoexpuestas y lesiones papulonodulares en dorso de los dedos de las manos similares a pápulas de Gottron de 5 meses de evolución, sin mejoría con corticoides tópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza biopsia punch de una lesión eritematosa nodular en brazo y de una pápula periungueal con alta sospecha clínica de dermatomiositis versus dermatitis irritativa.

En ambas biopsias se observaron hallazgos equivalentes: una epidermis respetada con una dermis reticular ocupada por un infiltrado superficial bien delimitado. Este infiltrado estaba constituido por células histiocitarias mononucleares con núcleos vesiculosos y nucleolo evidente y citoplasmas amplios eosinófilos, algunos finamente granulares y en vidrio esmerilado y células gigantes multinucleadas con núcleos dispuestos al azar dentro del citoplasma. Imágenes focales de elastofagia. Estroma intralesiones con haces de colágeno eosinófilos y discreto infiltrado linfocitario acompañante. El perfil inmunohistoquímico de la población histiocitaria mononuclear y multinucleada presentaba positividad para CD68 y CD163 y negatividad para CD1a, S-100 y ALK.

RESULTADOS: Ante los hallazgos histológicos se emitió el diagnóstico de Histiocitosis de células no de Langerhans tipo Reticulohistiocitosis. Teniendo en cuenta los datos clínicos de la paciente, se orientó el diagnóstico como probable Reticulohistiocitosis multicéntrica ó, menos probable una forma cutánea diseminada, si bien la correlación clínica es imprescindible para realizar este diagnóstico diferencial. La paciente inició tratamiento con metotrexate que hubo que suspender por neumonitis secundaria y actualmente se encuentra en tratamiento con corticoides y tocilizumab con mejoría de la clínica cutánea y articular. En la actualidad, no se ha confirmado enfermedad autoinmune concomitante en esta paciente.

CONCLUSIONES: La Reticulohistiocitosis multicéntrica es un desorden multisistémico infrecuente catalogado como histiocitosis de células no de Langerhans, que suele presentarse como síndrome paraneoplásico o en asociación con enfermedades autoinmunes, con sólo 300 casos descritos en la literatura. Suele afectar a mujeres de entre 50-60años. Está caracterizado por poliartritis, rash cutáneo eritematoso en áreas fotoexpuestas y lesiones papulares en partes acras y sobre las articulaciones afectadas, simulando la clínica cutánea de la dermatomiositis. En la mayor parte de los casos, se ha observado que estos pacientes presentan anticuerpos anti-Ro positivos confirmándose sólo en un tercio de los casos asociación con procesos autoinmunes.

Queremos enfatizar con este caso la importancia de la orientación clínica a la hora de realizar el diagnóstico de las lesiones cutáneas como manifestación de procesos sistémicos, en las que es imprescindible la correlación de los datos histológicos con los datos clínicos y serológicos. Además, destacar que la positividad en el estudio de autoinmunidad puede suponer un "factor de confusión" en este tipo de pacientes, aún cuando en dos tercios de los casos no se ha demostrado asociación con enfermedad autoinmune.

ESTUDIO DE FACTORES PREDICTIVOS DE NEOPLASIAS VISCERALES EN PACIENTES CON ALTERACIONES DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS.

García Rivas, Manuel; Romo Navarro, Ángel; Emparanza García, Cayetana; Parra Tercero, Ana Rosa; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Bergua Arroyo, Sergio; García López, Henar; López Clemente, Daniel; Mollejo Villanueva, Manuella

Presentador: García Rivas, Manuel

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Algunas neoplasias sebáceas pueden asociarse con neoplasias viscerales en un tipo especial de síndrome de Lynch, el síndrome de Muir-Torre. Dicho síndrome, poco frecuente, se ha descrito más comúnmente cuando los tumores sebáceos son múltiples o se dan en localizaciones distintas a cabeza y cuello. No obstante, su screening mediante proteínas reparadoras de ADN es controvertido, ya que entre la mitad y dos tercios de neoplasias sebáceas pueden perder proteínas reparadoras. Presentamos una serie de casos de alteraciones sebáceas y estudiamos la asociación de distintos factores pronósticos con la presencia de neoplasia visceral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron todos los casos con alteraciones sebáceas diagnosticados entre los años 2014-2024. Se estudió la asociación de neoplasia visceral (si, no) con las variables de diagnóstico histológico (hiperplasia sebácea, adenoma sebáceo, sebaceoma, carcinoma sebáceo), sexo (hombre, mujer), edad (<50, >50 años), localización (cabeza y cuello, otros) y proteínas reparadoras de ADN (conservadas, ausentes). Para los cálculos se empleó el software estadístico SPSSv29. Las frecuencias se presentan en valores absolutos y porcentajes. Para el análisis bivariado se realizó el test de chi-cuadrado (con corrección exacta de Fisher si n<5). Se estableció un nivel de significación estadística para el contraste de hipótesis de 0,05 bilateral.

RESULTADOS: En total hubo 107 pacientes con alteraciones sebáceas. De ellos, 74 (69,2%) presentaron hiperplasias, 18 (16,8%) sebaceomas, 11 (10,3%) adenomas sebáceos y 4 (3,7%) carcinomas. Un total de 18 (16,8%) pacientes presentaron algún tipo de neoplasia visceral. Se obtuvieron todas las variables de todos los pacientes, excepto las proteínas reparadoras que sólo se recuperaron de 14 de ellos. En los resultados del análisis bivariante, la presencia de neoplasia visceral se asoció de manera estadísticamente significativa con el sexo (p=0,015) y la edad (p=0,011). Tuvieron neoplasia visceral 16 (23,9%) hombres y 2 (5%) mujeres. Hubo 18 (21,4%) pacientes mayores de 50 años con neoplasia visceral y ninguno (0%) menor de 50 años. En este estudio, no se encontró asociación de neoplasia visceral con el diagnóstico histológico (p=0,205), con la localización de la alteración sebácea (p=0,196) o con la pérdida de proteínas reparadoras de ADN (p=1,000).

CONCLUSIONES: La hiperplasia ha sido la alteración histológica más frecuente, seguida de los sebaceomas. En este estudio, no hemos encontrado asociación entre la pérdida de expresión de proteínas reparadoras en alteraciones sebáceas y las neoplasias viscerales, si bien una limitación ha sido el escaso número de casos con esta inmunohistoquímica (n=14). Además, es necesario seguir estudiando si la asociación que hemos encontrado con el sexo y la edad, pudiera deberse a una epidemiología coincidente con el tipo de neoplasia, más que con un síndrome genético en si mismo.

LESIÓN MELANOCÍTICA DE MALIGNIDAD INCIERTA SOBRE PIEL TATUADA. UTILIDAD DEL PRAME

Cañestro Rueda, Elena; Moreno Ramírez, Vanessa; Andamoyo Castañeda, Alberto

Presentador: Cañestro Rueda, Elena

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DR. SANZ- DR. MORENO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de lesiones melanocíticas en áreas tatuadas representa un reto significativo en la práctica clínica y patológica. La presencia de pigmento exógeno en la dermis y epidermis puede alterar la evaluación tanto clínica como dermatoscópica, enmascarando características fundamentales de los nevus y del melanoma.

Los tatuajes pueden inducir cambios inflamatorios crónicos en la piel que, junto con la presencia del pigmento artificial, interfieren en la evaluación histológica de lesiones melanocíticas. Esto puede llevar tanto a diagnósticos erróneos de melanoma (pseudomelanoma sobre tatuaje) como a retrasar la detección de melanomas incipientes.

Los avances en inmunohistoquímica han permitido mejorar la precisión diagnóstica en casos difíciles. PRAME (Preferentially Expressed Antigen in Melanoma) ha surgido como un biomarcador clave en la diferenciación entre nevus benignos y melanomas malignos. Se ha demostrado que la expresión de PRAME está significativamente aumentada en el melanoma y puede ser una herramienta útil cuando la morfología convencional y los marcadores tradicionales no son concluyentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 57 años con intensa exposición solar acude a su dermatólogo. Presenta lesión melanocítica congénita en espalda tatuada hace años sin respetar dicho nevus. Pese a que no han percibido cambio alguno en la lesión se realiza biopsia.

RESULTADOS: Microscópicamente encontramos una proliferación melanocítica marcada con un componente intradérmico profundo formado por melanocitos de pequeño tamaño y aspecto maduro. A nivel intraepidérmico presenta un componente de tecas de diverso tamaño y de distribución irregular que llegan a fusionarse. Algunas de ellas ocupan todo el espesor de la dermis. Estas tecas están formadas por células melanocíticas de mayor tamaño que presentan un contorno nuclear irregular.

Asimismo observamos una proliferación melanocítica basal lineal epidérmica y en dermis encontramos fibrosis, leve inflamación crónica, melanófagos y pigmento del tatuaje.

Solicitamos estudio inmunohistoquímico para PRAME que resulta negativo en las células melanocíticas más profundas y positivo en el componente intraepidérmico, confirmando la sospecha diagnóstica de melanoma in situ.

CONCLUSIONES: En el caso de lesiones melanocíticas sobre tatuajes, la utilización de PRAME, junto con otros biomarcadores melanocíticos (como SOX10 y MelanA), permite mejorar la precisión del diagnóstico, evitando diagnósticos erróneos de melanoma en casos de proliferaciones atípicas melanocíticas secundarias a tatuaje, las cuales encontramos con elevada frecuencia. Por otro lado nos facilita la identificación de melanomas en estadios tempranos, especialmente en este tipo de contextos histológicos en los que sabemos que no podemos valorar las proliferaciones melanocíticas como si se tratara de piel no tatuada.

En nuestro caso el PRAME nos ayuda a realizar el diagnóstico de melanoma in situ a la vez que confirma la presencia de un componente intradérmico benigno, permitiendo un diagnóstico precoz y la posterior escisión total de la lesión con márgenes de seguridad adecuados.

DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS ANEXIALES ECRINAS-APOCRINAS EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

Ortiz Gonzalez, Ana; Sánchez Espinosa, Alberto; Sánchez Gutiérrez, David; Capozzi, Claudia Alejandra; González Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Martínez Egea, Vanesa; Ramírez Olmos, Melania

Presentador: Ortiz González, Ana

HOSPITAL SANTA LUCIA-STA. MARÍA DEL ROSELL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias anexiales cutáneas son un grupo heterogéneo de lesiones que surgen de los anejos cutáneos y pueden tener diferenciación folicular, sebácea, apocrina o ecrina. Se ha aceptado su origen de células madres pluripotenciales en una línea foliculosebácea-apocrina y ecrina. Presentan una baja frecuencia de presentación, pudiendo plantear dificultades diagnósticas, tanto clínica como histopatológicamente. Es importante familiarizarse con este tipo de neoplasias ya que muchas de ellas forman parte de síndromes y el reconocimiento de la estirpe celular exacta permite marcar un buen pronóstico y tratamiento para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de este tipo de lesiones, su distribución por diagnóstico, edad, sexo y territorio anatómico, haciendo especial hincapié en las neoplasias malignas. Se realiza una búsqueda bibliográfica de los diagnósticos de neoplasias anexiales apocrinas y ecrinas en nuestra área de salud, entre los años 2010-2024.

RESULTADOS: Se han obtenido un total de 168 resultados; de entre los cuales encontramos 15 neoplasias malignas distribuidas entre porocarcinomas in situ (1), porocarcinomas infiltrantes (3) y carcinoma ductal ecrino escamoides (6). El resto de neoplasias benignas corresponden con hidrocistomas (50), poromas (30), siringomas (27, de los cuales 18 son siringomas ecrinos, 1 mixoide y 9 son condroides), espiadenoma (32), hidradenoma ecrino sólido-quístico (4), hamartoma angiomatoso ecrino (3) y adenoma ecrino (1). Respecto a la distribución por territorio anatómico, vemos que en 111 casos se localizaron en la cara, 12 en miembros inferiores, 6 en el cuello, 10 en miembros superiores y 7 en glúteo y genitales. En 9 casos no consta la localización. Dentro de los territorios faciales, la mayoría tienen una distribución periorcular (35), seguido de región frontal (18), mejilla (12), nasal (10), periciliar (9), cuero cabelludo (7), periauricular (3), peribucal (3) y temporal (2). Se ha observado un claro predominio de mujeres sobre hombres con 114 mujeres y 54 hombres. En el caso de las neoplasias malignas, más de la mitad ocurrieron en >70 años (10) y el resto presentaron 40-70 años.

CONCLUSIONES: A pesar de en gran número de subtipos histopatológicos de este tipo de lesiones, en todos ellos se puede identificar áreas de diferenciación ductal intratumoral (remarcable con CEA) que marca su estirpe glandular. Se localizan con mayor frecuencia en territorios como cara, tronco y extremidades, que es donde hay una mayor distribución anatómica de este tipo de glándulas. Los casos malignos tienen en común un borde infiltrativo con un comportamiento localmente agresivo. La rareza de estas neoplasias justifica que no haya una estadificación aceptada y en ocasiones sea difícil marcar la terapéutica de estos pacientes.

LINFOMA ANGIOENDOTELIOTRÓPICO (INTRAVASCULAR DE CÉLULAS B GRANDES). REPORTE DE UN CASO

Fernandez-Lomana Idiondo, Ena; Ramírez-Escudero Ugalde, Nicolás; Etxebarria Fernández, Izaskun; Sifre Ruiz, Anna; Alarcón Amaya, Vanessa; Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Esquina Rodríguez, Cristina; Orbe Narvaez, Gurutz
Presentador: Fernández-Lomana Idiondo, Ena

HOSPITAL UNIV. ARABA, 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Varón de 74 años con antecedentes de dislipemia, vitiligo y cardiopatía isquémica, que ingresa en Medicina Interna por astenia, febrícula e impotencia funcional progresiva de un mes de evolución. Deterioro multiorgánico progresivo durante el ingreso, con sospecha de posible proceso linfoproliferativo. Realizadas múltiples pruebas analíticas, radiológicas y biopsias (médula ósea y aparato digestivo) no se consigue confirmar la sospecha diagnóstica ni otra posible enfermedad. Al mes de ingreso aparecen por primera vez lesiones cutáneas que se biopsian, observándose la presencia de células linfoides atípicas en el interior de la luz de los vasos, hallazgo este, compatible con linfoma intravascular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente con lesiones telangiectásicas difusas en tronco y región proximal de extremidades con edema generalizado. Se toman biopsias de dos localizaciones: extremidad superior izquierda y extremidad inferior derecha. Se reciben dos biopsias punch cutáneas, a las que se realizan tinción convencional con H-E, así como técnicas de inmunohistoquímica.

RESULTADOS: Secciones de piel en las que se objetivan células grandes atípicas de aspecto linfóide ubicadas en la luz de pequeños vasos, tanto arteriales como venosos, de la dermis reticular y la hipodermis. Se trata de células grandes con cromatina nuclear vesicular, nucléolos diferenciados y mitosis frecuentes. Otras en cambio, presentan cromatina nuclear gruesa y núcleos irregulares o dentados. Junto a las células también aparecen trombos de fibrina, hemorragia y necrosis. En la dermis superficial las telangiectasias son prominentes. No se observa ubicación extravascular de las células tumorales en la muestra. Se realizan técnicas de inmunohistoquímica que resultan positivas para CD-20, CD-79a, MUM-1 y negativas para CD-3, emitiendo el diagnóstico de compatible con LINFOMA ANGIOENDOTELIOTRÓPICO (Intravascular de células B grandes).

CONCLUSIONES: El linfoma intravascular de células B grandes es una variante extraganglionar muy agresiva y poco habitual (menos del 1% de todos los linfomas), con compromiso exclusivo intraluminal de vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre (con especial predilección por los capilares). La clasificación actual de la OMS lo clasifica en 3 subtipos: clásico, subcutáneo y hemofagocítico, siendo el primero de ellos el más frecuente y el correspondiente al caso expuesto. La edad promedio de aparición son los 70 años, sin predilección por sexo y con una presentación clínica muy heterogénea, con predominio de fiebre o febrícula y de clínica neurológica como signo y síntomas más frecuentes. La piel puede verse afectada hasta en un 50% de los casos, siendo su estudio histológico la clave diagnóstica en numerosas ocasiones. En el caso clínico presentado, la adecuada orientación clínica junto con la confirmación histológica permitió el inicio temprano del tratamiento. Esto ha supuesto la consiguiente mejoría del paciente y un factor diferencial en su pronóstico, ya que esta entidad presenta un curso muy agresivo, una mortalidad muy elevada (supervivencia a los 3 años del 33%), asociada, en la mayoría de los casos, a un diagnóstico erróneo o tardío.

ENDOMETRIOSIS CUTÁNEA: UNA SERIE DE DIEZ CASOS

Moya Ordúñez, Luis Daniel; Areán Cuns, Carolina
Presentador: Moya Ordúñez, Luis Daniel

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La endometriosis cutánea es una variante rara de la endometriosis extrapélvica, que afecta al 0,5-1% de las mujeres con endometriosis de este tipo, que aparece o bien sobre cicatrices (70% de los casos) o bien de forma primaria (30%), y que se localiza fundamentalmente en la zona periumbilical.

MATERIAL Y MÉTODOS: A continuación se presentan 10 casos correspondientes a la totalidad de los casos diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años, cuyas características principales (edad, localización, presencia o no de cicatriz previa, presencia de o no de otros focos endometriósicos, exploración física y clínica, tratamiento recibido y recurrencia) quedan recogidas.

RESULTADOS: El 60% de los casos presentan antecedentes de cicatriz, el 90% de ellos localizados en la zona umbilical. Tan sólo el 40% de los casos presentaban un diagnóstico clínico sugestivo de endometriosis cutánea.

Aunque se han descrito casos de malignización de nódulos endometriósicos cutáneos, la importancia del diagnóstico de esta entidad radica en descartar lesiones malignas como el melanoma amelanótico, metástasis cutáneas de cáncer intraabdominal (nódulo de la hermana María José) o cáncer extraabdominal y tumores cutáneos como el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas. También pueden incluirse tumores benignos que incluyen granuloma piógeno, hemangioma y quistes (quiste dermoide o quiste de inclusión epidérmica). La endometriosis cicatricial puede tener una apariencia clínica similar a una cicatriz queloide o hipertrofica, y la endometriosis espontánea puede simular una hernia umbilical o un onfalocelo. Así, es fundamental el diagnóstico histopatológico (morfológico e inmunohistoquímico, dada la gran utilidad del CD10) para diferenciar la endometriosis cutánea de lesiones malignas, con un gran impacto psicológico también para las pacientes. Las glándulas endometriósicas pueden presentar cambios según la fase del ciclo menstrual que atraviese la mujer en el momento de la biopsia.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de endometriosis cutánea se puede realizar mediante ecografía, anamnesis o exploración, pero el diagnóstico definitivo es necesariamente histopatológico. La extirpación quirúrgica del tejido endometriósico exógeno es un tratamiento rápido que puede mejorar la calidad de vida, con una baja tasa de recurrencias. El aumento de la tasa de cesáreas ha amplificado las posibilidades de encontrar endometriosis cutánea, subrayando la importancia de una buena correlación clínico-patológica para el diagnóstico.

MOHS

López Overa, Sonia; Ramírez Blanquet, Ana; Velázquez Borja, Remedios
Presentador: López Overa, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La cirugía micrográfica de Mosh debe su nombre a su fundador, el Dr. Frederic E. Mosh (1910-2002) Esta técnica se utiliza principalmente para tratar cáncer de piel que no sean melanomas. Es una cirugía microscópica y controlada en todo momento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Comenzamos con la coordinación entre el equipo de Dermatología y el departamento de Anatomía Patológica. Esta técnica se realiza por etapas. Comenzamos por el marcaje geométrico del tumor, en sección de 1 cm aproximadamente. Una vez cortado el tejido en secciones se codifica por colores y se dibuja un mapa de la zona quirúrgica. En el laboratorio el técnico congela las piezas y las va cortando en congelación; seguidamente se tiñen con Hematoxilina-Eosina. El patólogo examina los cortes para ver si los bordes siguen afectados. Este trabajo se repite todas las veces necesarias hasta lograr que no queden células cancerosas.

RESULTADOS: La cirugía de Mohs es la estándar de oro para el tratamiento de muchos carcinomas de células basales (BCC) y carcinomas de células escamosas (SCC) El objetivo consiste en la extirpación del cáncer de piel y a su vez minimizar el daño al tejido sano circundante.

CONCLUSIONES: Esta técnica ofrece índices de recuperación superiores a otras opciones, logrando mejores tasas de curación y mayor preservación del tejido sano en comparación con las técnicas convencionales

ANGIOMA EN PENACHO: DIAGNÓSTICO E HISTOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUIMICO EN UN CASO CLÍNICO.

Moreno Iberico, Alejandra; Tristán Martín, Belén; Segovia Blázquez, Beatriz; Tur González, Raquel; Sánchez Vázquez, Laura; Martín López, María Del Rocio
Presentador: Moreno Ibérico, Alejandra

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES. AVILA. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El angioma en penacho es una proliferación vascular benigna inusual, más frecuente en niños, y que normalmente se localiza en el cuello, la parte superior del tronco y las extremidades. Clínicamente, se presenta como una lesión eritematoviolácea de crecimiento progresivo, e histológicamente se caracteriza por una proliferación de vasos capilares en dermis, que puede confundirse con otras patologías vasculares o neoplásicas como el hemangioendoteloma kaposiforme o el sarcoma de Kaposi. Su diagnóstico es fundamental para evitar tratamientos innecesarios o procedimientos invasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudió un caso de un paciente de 3 años con una lesión en fosa poplítea izquierda, lineal de 2-2.5 cm, algo elevada, eritematosa, de meses de evolución. Se realizó biopsia-punch con estudio histopatológico y tinciones complementarias (H&E, CD31, D2-40, WTI, GLUT1). La muestra fue evaluada con microscopía óptica y se llevó a cabo un análisis inmunohistoquímico para caracterización celular.

RESULTADOS: El examen histológico reveló una proliferación de capilares dispuestos en pequeños penachos en dermis, sin atipia citológica significativa ni mitosis atípicas. Presentan una apariencia típica de "bola de cañón". Suelen observarse hendiduras alrededor de los penachos capilares. Las células son ovaladas a fusocelulares y expresaron positividad para CD31, Factor VIII y WTI y negatividad para D2-40 y GLUT1, confirmando su origen vascular

CONCLUSIONES: El angioma en penacho es una entidad benigna que puede confundirse con lesiones vasculares agresivas como el sarcoma de Kaposi. Es importante recordar que pueden estar asociados con el fenómeno de Kasabach-Merritt. Su reconocimiento histopatológico, junto con la inmunohistoquímica, permite un diagnóstico certero y evita tratamientos innecesarios. La exéresis completa es curativa y no suelen recidivar. Su patogenia no se ha establecido; sin embargo, el aumento de los factores de crecimiento endotelial y vascular está implicado en su angiogénesis, lo que permite el desarrollo de lóbulos capilares. Los traumatismos pueden ser un factor contribuyente. Debe diferenciarse de otras afecciones, como el hemangioma congénito, el hemangioma infantil, las malformaciones vasculares, el granuloma piógeno y, en adultos, el hemangioendoteloma kaposiforme y el sarcoma de Kaposi

INFECCIÓN UNGUEAL POR SCOPULARIOPSIS SPP.: UN HONGO NO DERMATOFÍTICO A CONSIDERAR

Tito Condiri, Mary Isabel; Garrido Ruiz, María Concepción
Presentador: Tito Condiri, Mary Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Si bien los dermatofitos son los principales agentes etiológicos de la onicomicosis, diversos hongos no dermatofíticos también pueden afectar las uñas, como, Aspergillus spp., Fusarium spp. Acremonium spp. y Scopulariopsis spp, éste último responsable del 1 al 10 % de los casos no dermatofíticos. Este hongo saprófito se encuentra habitualmente en el suelo, el polvo, las plumas y ciertos insectos . Su relevancia clínica radica en su resistencia intrínseca a múltiples antifúngicos , lo que dificulta su manejo terapéutico y resalta la necesidad de un diagnóstico preciso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Una mujer de 59 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 y asma, presenta un cuadro de 3 años de evolución caracterizado por un engrosamiento hiperqueratósico y distrofia de la lámina ungueal del primer orjejo izquierdo. Al examen físico se evidencia onicodistrofia y leuconiquia. Se le solicita un examen directo micológico que resulta negativo, sin embargo el cultivo es positivo para el hongo Scopulariopsis spp. Se trata inicialmente con terbinafina vía oral , tras dos meses de tratamiento sin mejoría se solicita nuevamente un cultivo donde se aísla nuevamente Scopulariopsis spp. Al diagnosticarse una onicomicosis por un hongo no dermatofito se plantea realizar una avulsión ungueal y añadir nitrato de fenticonazol de forma tópica.

RESULTADOS: Se recibe en formol una lámina ungueal de 2 x 1,5 x 0,5 cm engrosada y de coloración amarillenta; tras su procesamiento por hidróxido de potasio, se incluye en su totalidad. El estudio histológico reveló fibras de queratina correspondientes a la placa ungueal donde se observan hifas delgadas que se ramifican en ángulo agudo y múltiples conidios grandes con una superficie reforzada. Dichos hallazgos son más evidentes con la tinción de PAS y Grocott. Asimismo se realizó un cultivo que resultó positivo para Scopulariopsis spp. En la consulta de control ,tres meses tras la avulsión, la paciente presenta una lámina ungueal de aspecto sano en el extremo proximal (crecimiento de 3mm), observándose en el borde distal leuconiquia lineal. Se mantiene el tratamiento con nitrato de fenticonazol de forma tópica , la paciente actualmente se encuentra en seguimiento.

CONCLUSIONES: Microscópicamente este organismo se caracteriza por hifas septadas hialinas , anéldas aisladas o en grupos las cuales extruyen conidios grandes, redondos y de superficie gruesa y rugosa . Aunque las características histopatológicas de Scopulariopsis spp no son altamente específicas y difíciles de visualizar en un corte de parafina, existen pocos casos documentados con imágenes histológicas. Es fundamental considerar este hongo en pacientes con onicomicosis refractaria al tratamiento, por lo cual el análisis micológico oportuno mediante cultivo y estudios moleculares, es crucial para verificar el diagnóstico e identificar el agente causal y así introducir una terapia adecuada.

GANGLIO LINFÁTICO CON MELANOSIS EXTENSA SIN EVIDENCIA DE MELANOMA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Moran Marfil, Javier; Ruz Portero, Sara; Fúnez Liébana, Rafael
Presentador: Morán Marfil, Javier

HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La melanosis ganglionar extensa es un hallazgo histológico raro caracterizado por la presencia en gran número de melanófagos cargados de pigmento en el parénquima ganglionar y/o sinusoides. Puede observarse en metástasis de melanoma, pero también en procesos reactivos sin neoplasia evidente, como el depósito pasivo de melanina desde una lesión melanocítica en regresión Distinguir entre una melanosis reactiva y una metástasis real puede ser complejo, especialmente cuando no se identifican células tumorales en la evaluación inicial. En estos casos, es fundamental examinar múltiples niveles histológicos e incluir técnicas inmunohistoquímicas que permitan diferenciar macrófagos de células neoplásicas

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 60 años con un nódulo axilar izquierdo y una masa en yeyuno, sospechoso de neoplasia. Se extirparon dos adenopatías axilares que en el estudio macroscópico presentaban una intensa coloración negruzca. El estudio histológico reveló dos ganglios linfáticos con abundantes células con citoplasma amplio y cargado de melanina, con núcleos redondos sin atipia, compatible con macrófagos, sin evidencia de células tumorales en la evaluación inicial con hematoxilina-eosina. Dado lo inusual del hallazgo, se realizó la inclusión total del ganglio y el examen de múltiples niveles histológicos. Se utilizó la técnica inmunohistoquímica SOX10, cuya tinción nuclear fue negativa en los macrófagos cargados de melanina, descartando la presencia de células neoplásicas y confirmando el diagnóstico de melanosis ganglionar reactiva.

RESULTADOS: Ante este hallazgo, el caso fue diagnosticado como ganglios linfáticos con intensa melanosis. Se incluyó una nota en la que se especificaba que se trata de una lesión reactiva no tumoral, pero se recomendaba una exploración clínica del paciente para descartar un melanoma como causa más frecuente, dada la cuantía del depósito de pigmento. Al examen físico posterior, se identificó una lesión pigmentada subungueal que había sido previamente tratada en atención primaria por sospecha de hematoema. Se biopsió la lesión restante, sin evidenciarse células tumorales. Tiempo después, el paciente fue sometido a resección intestinal para extirpación de la masa yeyunal. El estudio histológico confirmó la presencia de melanoma.

CONCLUSIONES: La melanosis ganglionar extensa sin evidencia de células tumorales es un hallazgo raro que puede simular una metástasis de melanoma. La evaluación meticulosa del ganglio mediante inclusión total, estudio de múltiples niveles e inmunohistoquímica con técnicas de tinción nuclear como SOX10, permitió descartar la presencia de células neoplásicas. La interpretación de técnicas con tinción citoplasmática como Melan-A fue problemática dado el intenso pigmento oscuro que presentaban las células de por sí. A pesar de ser una lesión reactiva, este caso subraya la importancia de considerar la melanosis ganglionar como posible marcador de melanoma oculto y resalta el valor de un abordaje diagnóstico exhaustivo en anatomía patológica.

Dermatopatología

1493

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA PRIMARIA AXILAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO.

González Peregrina, Sara María; Gómez Valcárcel, Juan; Pérez Bustamante, Oscar Edgardo; Cantero Campos, Miriam; Rueda Villafranca, Beatriz

Presentador: González Peregrina, Sara María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria primaria con afectación axilar es una variante infrecuente con pocos casos descritos en la literatura y que puede imitar a otras dermatosis más comunes. Describimos un nuevo caso de esta rara entidad, sus características clínicas e histológicas en un varón de 55 años que presenta una placa eritematodescarnativa de 3 cm en axila izquierda, de más de un año de evolución, sin respuesta a tratamiento médico con corticoides y antifúngicos tópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recibe punch de piel de 0,5 cm, se hemisecciona la muestra, se realiza el procesamiento del tejido en parafina, previa fijación en formol, y se realizan cortes seriados que se tiñen con Hematoxilina-Eosina.

RESULTADOS: El estudio histológico demostró una celularidad epitelial de citoplasma amplio, pálido y con nucléolo evidente (células de Paget) que afectaba de manera difusa a todo el espesor de la epidermis con extensión intraaxial. La celularidad tumoral fue positiva para GCDPF-15, CK7, CEA, GATA3, EMA y receptores de andrógenos, siendo negativa para Melan A y SOX-10.

El examen mamario reveló una consistencia mamaria normal, sin nódulos ni lesiones ni secreción por el pezón, con estudio radiológico (mamografía y PET-Tc) negativo. Los hallazgos fueron compatibles con enfermedad de Paget extramamaria primaria axilar.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Paget extramaria es una neoplasia primaria de piel rara, que ocurre en zonas cutáneas ricas en glándulas sudoríparas apocrinas y con mayor frecuencia en mujeres. El sitio más común es la vulva, seguido de la piel perineal, escroto y pene. Otros sitios más raros son la axila, las nalgas, los muslos, los párpados y el conducto auditivo externo. A menudo el diagnóstico clínico es erróneo al imitar otras dermatosis inflamatorias, implicando un retraso en el diagnóstico correcto y tratamiento, como en nuestro caso. Por tanto, ante toda lesión cutánea axilar que no responda a tratamiento médico, es imprescindible realizar estudio histológico para descartar enfermedad de Paget extramamaria, completándolo con estudio clínico para excluir afectación secundaria por una neoplasia subyacente mamaria.

Dermatopatología

1499

XANTOGRANULOMA JUVENIL EN VARÓN DE 36 AÑOS CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Moreno Ontalba, Alicia

Presentador: Moreno Ontalba, Alicia

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los xantogranulomas juveniles (XGJ) son neoplasias histiocitarias benignas, solitarias, localizadas en la dermis con predilección por cabeza y cuello, tronco superior y extremidades proximales. Son tumores infrecuentes y representan el 0,5 de los tumores pediátricos. Más del 70% surgen en el primer año de vida (20-35% son congénitos), con predilección en hombres, siendo su hallazgo en adultos muy raro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 36 años diagnosticado de neurofibromatosis tipo 1, con lesión en región temporal derecha de cuero cabelludo vista por AP, que ha crecido desde hace unos años, compatible con nevus intradérmico. Se realiza exéresis por CMA.

RESULTADOS: Se recibe elipse de piel, con lesión nodular, bien delimitada que mide 0,4 cm. Histológicamente, se visualiza neoplasia histiocitaria benigna en la dermis superficial compuesta por macrófagos, histiocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Touton. Las células presentan el siguiente inmunofenotipo: CD10 +, CD68 +, CD163 +, Factor XIII (positivo de predominio periférico), CD34 -, CD31 -, ERG -, CKAE1/AE3 -, CK5/6 -, EMA -, AML -, Desmina -, Caldesmon -, SOX10 -, S100 -, HMB45 -, ALK - y CD1a -. El índice proliferativo medido para ki67 es bajo. Se identifica hemosiderosis (depósito de hierro) teñida con tinción de Perls. No se identifica necrosis. Se identifican aisladas mitosis. El diagnóstico anatomopatológico es de xantogranuloma juvenil.

CONCLUSIONES: Los XGJ en adultos son muy raros, manifestándose solo en el 10%. Es interesante, la revisión realizada durante 30 años (1989 a 2019) en varios hospitales de EEUU, en la que se estudió a 525 pacientes: solo 143 pacientes (27,2%) eran mayores de 20 años, siendo la localización cabeza y cuellos la más prevalente 63 casos (41,2%).

Los mecanismos patogénicos son poco conocidos. Parece que puede haber alteraciones en la vía MAPK/ERK. También se han reportado mutaciones activadoras de NRAS, KRAS, MAP2K1 y CSF1R, así como fusiones en NTRK1 y BRAF.

El diagnóstico diferencial incluye la histiocitosis de células de Langerhans, histiocitosis ALK positiva, histiocitoma fibroso epitelioide o la enfermedad de Erdheim-Chester.

Salari B, Dehner LP. Juvenile and adult xanthogranuloma: A 30-year single-center experience and review of the disorder and its relationship to other histiocytoses. Ann Diagn Pathol. 2022 Jun;58:151940. doi: 10.1016/j.anndiagpath.2022.151940. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35378409.

Hernández-San Martín MJ, Vargas-Mora P, Arnanibar L. Juvenile Xanthogranuloma: An Entity With a Wide Clinical Spectrum. Actas Dermosifiliogr [Engl Ed]. 2020 Nov;111(9):725-733. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2020.07.004. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32721389.

Dermatopatología

1503

ÉMBOLOS INTRAVASCULARES OCACIONADOS POR POLÍMEROS LUBRICANTES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Luizaga Velasco, Paola Danitza; Luizaga.Pao@Hotmail.Com
Luizaga.Pao@Hotmail.Com, Luizaga.Pao@Hotmail.Com;
Hochman J, Sapir; Suárez Franck, Mauricio; Quer Pi-Sunyer,
Ariadna; Valdivieso Almeida, Lorena; Calvo Serrano, Esther;
Matute Molina, Karol
Presentador: Luizaga Velasco, Paola

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El uso extendido de procedimientos intervencionistas endovasculares requiere de dispositivos correctamente recubiertos de polímeros lubricantes que disminuyan la fricción vascular. En algunas ocasiones estos polímeros pueden embolizar (dependiendo de la zona de intervención, complejidad, y factores vasculares de base como la aterosclerosis) y causar una variedad de manifestaciones clínicas, en intervalos de tiempo variables. Cuando se presentan son por efecto directo intravascular con fenómenos de isquemia y hemorragia, o por efecto secundario debido a la reacción inflamatoria del huésped al material exógeno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos, correspondientes a un varón de 61 años y a una mujer de 80 años, con factores de riesgo cardiovascular y signos de insuficiencia vascular en extremidades inferiores. Tras realización de procedimientos endovasculares ambos presentaron lesiones maculares purpúricas que se iniciaron en la porción distal del pie comprometiendo planta, maléolos y, en el segundo caso, también extendiéndose hacia proximal (nivel infrarotuliano). Se decidió realización de una biopsia en ambos casos.

RESULTADOS: En ambos casos se estudió un punch cutáneo, en cuyas secciones histológicas teñidas con hematoxilina eosina (H-E) destacaba la presencia de un material amorfo, basófilo, laminado en el interior de vasos localizados a nivel dérmico, en algunos con muy discreto infiltrado inflamatorio, fenómenos de extravasación hemática y depósito de hemosiderina. Estos hallazgos eran similares en ambas biopsias. Dada la fácil visualización por hematoxilina no fue necesario la realización de técnicas adicionales. En el contexto clínico estos hallazgos eran compatibles con material extraño intravascular probablemente por polímeros de recubrimiento en ambos casos.

CONCLUSIONES: La identificación de estas partículas exógenas en el interior de los vasos resulta muy útil a la hora del diagnóstico, ya que en muchos casos dependiendo de la localización plantean diagnósticos diferenciales con un manejo terapéutico distinto. Dentro de las manifestaciones cutáneas clínicamente asemejan una vasculitis, púrpura, émbolos de colesterol entre otros, siendo la biopsia la opción adecuada dada la fácil accesibilidad y posible observación intravascular del material amorfo basófilo fácilmente identificable en la hematoxilina eosina, y en donde el manejo en estos casos es más bien estabilizador. Cuando estas se presentan en órganos internos su visualización puede ser más difícil, y pueden comportar complicaciones graves que sean más difíciles de tratar.

Dermatopatología

1505

ADENOCARCINOMA APOCRINO AXILAR: UN RETO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Hernandez Leon, Carmen Nieves; López Henríquez, Rocío; Villavicencio Sanchez, Pedro; De Andrés Del Rosario, Ana; Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves

Presentador: Hernández León, Carmen Nieves

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma apocrino axilar es una neoplasia de glándula sudorípara maligna poco frecuente que plantea un reto diagnóstico, tanto clínico como histológico. Se presenta en edades medias- avanzadas de la vida, en torno a la 7ª década, siendo las localizaciones preferentes la axila y el cuero cabelludo. Presentamos un caso de un paciente con este tumor anexial maligno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 79 años con antecedentes de carcinoma de células escamosas en dorso de mano izquierda, extirpado, con bordes libres, sin otros antecedentes de interés, que presenta papulo- nódulo rosado en axila derecha, con pequeño nódulo satélite, que se biopsia mediante punch, con la sospecha clínica de nódulo inflamatorio, letálide (sin primario conocido) o linfoma. Posteriormente se realiza estudio completo de la lesión.

RESULTADOS: En el estudio histológico se observa estructura cutánea que muestra afectación dérmica por proliferación tumoral epitelial que forma glándulas irregulares, ramificadas o con pequeñas papilas en su luz, revestidas por células cúbicas con escaso citoplasma y núcleo redondeado hiper cromático, con variaciones del tamaño. El estroma intermedio es fibrótico. Se realizan técnicas inmunohistoquímicas demostrándose positividad para CK7, CK19, GATA 3 y HER 2 con resultado 2 (dudosos) y FISH de HER2 no amplificado. Negatividad para CK20, CDX2, TTF1, NKX3 Y TRPS1, orientando el diagnóstico como afectación cutánea por adenocarcinoma y una nota indicando que debía valorarse la posibilidad de origen en vías biliares, estómago o mama. Se realizan varias pruebas diagnósticas, tales como TAC y endoscopia, no encontrándose tumor primario. Es por ello que se decide hacer extirpación de la lesión con márgenes y se amplía la batería inmunohistoquímica, sobre la lesión completa. En el estudio completo con hematoxilina-eosina, las glándulas presentan células eosinófilas de aspecto apocrino y esto junto a la positividad para CEA y receptores de andrógeno hacen el diagnóstico compatible con adenocarcinoma apocrino axilar.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma apocrino axilar es una neoplasia maligna infrecuente, que plantea diagnóstico diferencial morfológico con metástasis de adenocarcinomas de tubo digestivo y mamario. Pueden mostrar resultados similares con algunas de las técnicas inmunohistoquímicas que usualmente utilizamos para orientar el origen del tumor y esto puede llevarnos a diagnósticos erróneos. Es por ello necesario conocer estos tumores anexiales infrecuentes ya que algunos presentan marcadores más específicos, como es en este caso la positividad para receptores de andrógeno, que nos ayudan al diagnóstico.

CINCO LESIONES MELANOCÍTICAS DE SPITZ CON FUSIÓN DE ALK Y ROS-1.

Córdoba Iturrigagoitia, Alicia; Alvaraza Gigli, Laura; Fernandez De Los Reyes, Irene; De Lima Piña, Gina
Presentador: Córdoba Iturrigagoitia, Alicia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias melanocíticas de Spitz albergan con frecuencia reordenamientos cromosómicos que dan lugar a fusiones génicas recurrentes. Estas fusiones afectan a genes de receptores tirosin quinasa como ALK, ROS1, NTRK1, RET y MET, o genes como BRAF. Las lesiones melanocíticas de Spitz con fusiones de ALK y ROS1 son las mejor caracterizadas y estudiadas. Parece que la morfología puede ser predictiva de las alteraciones moleculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: En los 127 nevus de Spitz diagnosticados en los últimos 4 años, hemos observado 6 casos con fusiones de ALK y ROS1 (4,7 %).

RESULTADOS: Se trata de 2 mujeres y 4 hombres, con edades entre 6 y 41 años. Cinco de ellos corresponden a nevus de Spitz y un melanoma de Spitz. Las lesiones de Spitz con fusión de ALK presentan melanocitos fusiformes. En dos casos el crecimiento es polipoide. Un caso se acompaña de estroma desmoplásico, y un nevus es epiteliode con marcada atipia. El nevus de Spitz compuesto con fusión de ROS1 muestra una morfología fusiforme con gran hiperplasia epidérmica y marcada extensión anexial.

CONCLUSIONES: -En nuestros casos no hemos observado el patrón morfológico característico asociado a las fusiones de ALK y ROS1.
-Entre las lesiones con fusión de ALK hemos observado melanocitos fusiformes pero también epitelioides y estroma desmoplásico.
-En el único caso con fusión de ROS1, hemos observado una extensión masiva a través de los anejos.
- No podemos confirmar que la morfología sea predictiva de las fusiones de ALK y ROS1.

MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN EL MELANOMA: ANÁLISIS RESTROSPECTIVO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO.

Alvarado Cuenca, Rosa Irene; Aguirrezabal Marcotegui, Leire; Fernandez De La Prieta, Iria; Calvo Torio, Paula; Valentí Ponsa, Carla; Nogueira Gregorio, Alexandre; Cancho Galán, Goikoa; Cortina Ormaetxea, Aiala; Fernandez Ferrer, Sara
Presentador: Alvarado Cuenca, Rosa Irene

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El melanoma es una neoplasia maligna de origen melanocítico, caracterizada por su heterogeneidad morfológica y biológica, lo que dificulta su diagnóstico histopatológico (Elder, 2020). La inmunohistoquímica es una herramienta útil en la diferenciación de melanomas y lesiones melanocíticas benignas, empleando marcadores como SOX10, S100, Melan-A, HMB45, PRAME y p16 (Platz et al., 2021).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Basurto, evaluando los casos de melanoma diagnosticados durante el año 2024. Se seleccionaron 56 pacientes con confirmación histopatológica de melanoma. Las muestras fueron procesadas mediante técnicas histológicas estándar y evaluadas con un panel inmunohistoquímico conformado por: SOX10, S100, Melan-A, HMB45, PRAME y p16. La valoración inmunohistoquímica se realizó en la pieza quirúrgica evaluando el componente in situ e infiltrante según correspondiera. En tres casos se valora solo en el componente in situ, por el mínimo componente infiltrante encontrado. La interpretación de la expresión de los biomarcadores fue realizada de manera independiente por dos patólogos expertos, categorizando los resultados como positivos y negativos. Para evaluar diferencias significativas en la expresión de marcadores, el análisis estadístico incluyó el test exacto de Fisher para las variables categóricas y la prueba t de Student para las cuantitativas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS: Se observó una mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino (58,9%). La localización predominante fue en extremidades (44,6%), seguida del tronco (35,7%). En el análisis inmunohistoquímico, los marcadores con mayor positividad fueron SOX10 y S100, ambos con una expresión del 98,2%, seguidos del Melan-A (94,6%) y HMB45 (83,9%). El PRAME mostró positividad en el 68,5% de los casos, mientras que el p16 presentó pérdida de expresión en el 50,9% de las muestras. No se identifican diferencias estadísticamente significativas entre la negatividad del PRAME, el sexo o el índice de Breslow. La negatividad del PRAME se observó en el 31,5% de los casos, con mayor frecuencia en tumores localizados en el tronco (52,9%) y en aquellos con un índice de Breslow $< 0,8$ mm (50%). En cuanto a la expresión de p16, se detectó en el 50,9% de los casos con mayor prevalencia en hombres (64,3 %) y en melanomas localizados en las extremidades (46,4%). No se encontraron diferencias significativas en relación con el índice de Breslow ($< 0,8$ mm: 59,1% vs $> 0,8$ mm: 40,9%).

CONCLUSIONES: Los melanomas analizados presentaron un perfil inmunohistoquímico caracterizado por una alta expresión de SOX10, S100, Melan-A y HMB45, con una positividad moderada de PRAME y una poca expresión de p16. La negatividad de PRAME y la ausencia de expresión de p16 no mostraron asociación significativa con el sexo, la localización anatómica o el índice de Breslow. Estos hallazgos sugieren que, si bien PRAME y p16 pueden aportar información complementaria, su utilidad diagnóstica debe considerarse en conjunto con otros parámetros histopatológicos.

DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN DERMATOPATOLOGÍA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

García De Casasola Rodríguez, Gonzalo; Chao Crecente, Montserrat; Pinilla Pagnon, Ignacio; Gómez Márquez, María; Dimas Vasquez, Nicole; Nogales Moro, Adrián; Siso García, Isabel; Silvestre Torner, Nicolás; Martínez Pérez, Marcela; Barros Eyzaquurre, María Jesús

Presentador: García De Casasola Rodríguez, Gonzalo

S^oANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: las metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinomas metastásicos, ocurre aproximadamente entre un 1-12% de los casos. Los más frecuentes, son el cáncer de mama y melanoma. El adenocarcinoma colorrectal representa el 4.4% de las metástasis cutáneas. De estos la mayor parte dan metástasis regionales y suelen estar diagnosticados previamente en su lugar de origen. Presentamos el diagnóstico de una metástasis de adenocarcinoma colorrectal en piel del pliegue submamario izquierdo, como primer diagnóstico de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: mujer de 77 años que consulta por aparición de un nódulo violáceo, con zonas fluctuantes y base infiltrada en región submamaria izquierda con crecimiento progresivo de tres centímetros sin otros síntomas asociados. Inicialmente diagnosticado en atención primaria de posible quiste infectado, se trató de manera sintomática y con amoxicilina. Al no responder al tratamiento, se solicitó consulta con dermatología, con diagnóstico clínico de nódulo inflamatorio vs tumoral, vascularizado y se realiza una biopsia de la lesión y se envía a anatomía patológica para tipificación de esta.

RESULTADOS: la biopsia mostró una piel que, bajo una epidermis con discreta acantosis, en dermis reticular e hipodermis, mostraba una neoplasia epitelial infiltrante compuesta por glándulas irregulares, con ocasionales papilas y micropapilas, revestidas por un epitelio de núcleos abastoadonados, hiper cromáticos, con figuras de mitosis atípicas en estratos altos, y necrosis central. Al estar en región mamaria, se planteó el diagnóstico diferencial con una neoplasia primaria mamaria, tipo carcinoma papilar. Se pidieron marcadores inmunohistoquímicos mamarios como RE, RP, HER2, GATA3, TPRSI, p63, calponina y PAX8. Todos ellos fueron negativos. Tras esta primera, en un segundo tiempo se ampliaron marcadores pulmonares TTF1 y CK7, negativos, y colorrectales CK20, SATB2, intensamente positivos, y CDX2 parcialmente positivo. El diagnóstico fue de adenocarcinoma infiltrante, con perfil inmunohistoquímico y morfológico que orientaba como primera posibilidad a una metástasis de adenocarcinoma colorrectal. Ante este resultado se realizaron estudios de extensión con TC identificándose metástasis pulmonares y neoplasia en recto, y colonoscopia donde se vio y biopsió el tumor rectal. La biopsia endoscópica confirmó el adenocarcinoma rectal primario. Se realizó estudio inmunohistoquímico de inestabilidad de microsatélite con expresión conservada en MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2, estudio molecular de KRAS, positiva para KRAS G12D, y estudio de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPYD) que fue normal. Se realizó tratamiento quimioterápico en dos ciclos, con resultado de resolución completa de la lesión cutánea y resolución parcial de las lesiones pulmonares. Actualmente la paciente está recibiendo el tercer ciclo de quimioterapia

CONCLUSIONES: las metástasis cutáneas de carcinomas metastásicos no son infrecuentes, pero sí lo son las de adenocarcinomas colorrectales, más aún cuando la metástasis cutánea no es regional. Suelen predecir peor pronóstico al tratamiento, aunque en nuestro caso ha habido una respuesta parcial esperanzadora hasta el momento

A PROPÓSITO DEL CARCINOMA MUCINOSO DE PIEL.

Gonzalez Zuñiga, Ana María; Fernandez Seara, Pilar; Angel Resano, Miguel; Cordoba Iturriagaotia, Alicia; Ruiz Estigarribia, Liz; Gimenez Abadia, Victoria

Presentador: Gonzalez Zuñiga, Ana María

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma mucinoso de piel, es una neoplasia maligna que se origina de las glándulas sudoríparas y que tiene una incidencia muy baja, con típica localización periorbitaria. Para establecer un origen cutáneo primario del carcinoma mucinoso, es imprescindible descartar primero un origen metastásico. La inmunohistoquímica es una herramienta que ayuda a establecer el origen del carcinoma mucinoso. Sin embargo, puede verse limitada para diferenciarlo entre el carcinoma mucinoso de origen mamario y el carcinoma mucinoso de origen primario cutáneo; ya que estas dos entidades comparten expresión de marcadores de inmunohistoquímica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron 3 casos de pacientes mayores de 60 años entre el 2017 al 2024, los cuales presentaron lesiones en localizaciones atípicas (región axilar, región pública y en región vulvar) a las cuales se les realiza biopsia.

RESULTADOS: Histológicamente las 3 lesiones presentaban un estroma mucinoso abundante dentro del cual se encontraba una población de células que conformaban nidos sólidos y áreas con arquitectura cribiforme. Las lesiones presentaban atipia escasa y no se evidenció áreas de necrosis. En cada una de estas se realizó inmunohistoquímica para poder determinar el origen. Las lesiones mostraron expresión negativa para los siguientes marcadores inmunohistoquímicos: CK 20, SATB2, CDX2, NKX 3.1, PSA, TTF1, PAX8. Las 3 lesiones presentaron expresión positiva para Citoqueratina 7, Gata 3, estrógenos y progesterona. Marcadores que nos orientarían a que las lesiones son de origen cutáneo primario o metastásico de mama. A continuación, se realizaron marcadores inmunohistoquímicos para demostrar la existencia de un componente in situ, el cual puede ayudar a diferenciar si la lesión es de origen cutáneo primario o metastásico de mama. Solo en 1 de ellos se presentó expresión focal para p63, siendo este, diagnosticado de carcinoma mucinoso de origen cutáneo primario. En los otros dos, no se pudo indicar si su origen era primario cutáneo o de origen metastásico de mama.

CONCLUSIONES: El carcinoma mucinoso puede originarse de diferentes sitios como la mama, el pulmón, tracto gastrointestinal, próstata, ovario entre otros. Uno de los orígenes menos frecuentes es la piel. El p63, es un marcador de expresión mioepitelial que puede ayudarnos a determinar un origen cutáneo primario si tenemos una expresión positiva. Sin embargo, su expresión negativa no excluye que no sea primario cutáneo. Por lo anterior, al ser difícil la diferenciación inmunohistoquímica del carcinoma mucinoso cutáneo primario con un carcinoma mucinoso metastásico de mamá, es importante realizar un diagnóstico diferencial de tipo clínico radiológico y excluir la posibilidad de un origen metastático antes de dar un diagnóstico definitivo de Carcinoma mucinoso de origen cutáneo primario.

DERMATITIS

GRANULOMATOSA

INTERSTICIAL PARANEOPLÁSICA

Martínez Miguel, Jennifer; Martínez Miguel, Jennifer; Ruiz Quintero, Geraldinne; Pueyo Arias, Pablo; Oliver Ledesma, Marina; Irigoyen Miró, Gonzalo; Saiz López, Alberto; Barredo Santamaría, Inmaculada; Vidaurrazaga Olivares, Nerea; Orbea Sopeña, Ana; Saiz Ruiz De Loizaga, Marta
Presentador: Martínez Miguel, Jennifer

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La dermatitis granulomatosa intersticial es una dermatosis rara, clínicamente heterogénea, que clásicamente ha sido asociada a artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes. Sin embargo, recientemente se le ha asociado un carácter paraneoplásico, precediendo este diagnóstico al del proceso maligno.

Este caso trata de una mujer de 64 años que como antecedentes personales presenta una leishmaniasis cutánea en abril de 2023. En septiembre de 2023 comienza con cuadro de astenia progresiva, poliartralgias y picos febriles, junto con nódulos cutáneos eritematovioláceos a nivel de cuello, escote y pliegues axilares. Se realiza biopsia cutánea para estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reciben dos muestras en nuestro servicio, procesándose una para la realización de inmunofluorescencia directa y la otra para su fijación en formol e inclusión en parafina, que posteriormente se tiñen con Hematoxilina/Eosina para su evaluación morfológica. Tras una primera valoración, se solicitan técnicas de histoquímica (Giemsa) e inmunohistoquímica: CD1a, CD117 y CD68.

RESULTADOS: A la evaluación microscópica se identificó un infiltrado inflamatorio crónico de hábito histiocitario junto con escasos polimorfonucleares neutrófilos y ocasionales eosinófilos, afectando a dermis media, profunda e hipodermis. Presentaba una disposición de predominio intersticial con afectación perivascular y perianexial, con imágenes donde dicha celularidad se disponía a modo de empalizada alrededor de pequeños haces de colágeno.

Realizadas técnicas de inmunohistoquímica mostraban expresión para CD68 y negatividad para Cda.

Se realizó un diagnóstico descriptivo, considerando la posibilidad de una dermatitis granulomatosa intersticial en un contexto clínico adecuado.

Durante el estudio, la paciente presentó un emperoramiento clínico y se decidió realizar un TAC donde se diagnosticó una carcinomatosis peritoneal con primario desconocido. Se realizó BAG de peritoneo con resultado de carcinoma seroso de alto grado.

CONCLUSIONES: La dermatitis granulomatosa intersticial es una entidad con una forma de presentación variable desde nódulos firmes eritematosos hasta pápulas o cordones, generalmente asintomáticos. Histológicamente, puede presentar varios patrones y algunos estudios postulan que podría tratarse de un espectro o diferentes estadios de la entidad. El primer patrón, se asemejaría a un granuloma anular incompleto, con un infiltrado perivascular e intersticial neutrófilo, acompañado de histiocitos y linfocitos, que pueden formar granulomas en empalizada y presentar vasculitis leucocitoclástica. El segundo patrón se caracteriza por histiocitos que se organizan en empalizada alrededor de haces de colágeno degenerado.

Esta entidad ha mostrado una fuerte asociación a enfermedades autoinmunes y enfermedades del tejido conectivo. Desde su descripción, los casos de procesos malignos asociados a esta entidad ha ido en aumento. Si bien la mayoría de ellos se asocian a enfermedades hematológicas, se han descrito algunos casos asociados a carcinomas. Cabe destacar que estos últimos se asocian más al patrón con histiocitos en empalizada y preceden al diagnóstico de la neoplasia, como era nuestro caso.

Por lo tanto, podría ser recomendable que ante este diagnóstico y en ausencia de un contexto clínico de autoinmunidad, se realizara un estudio de extensión o una vigilancia activa, con el fin de diagnosticar precozmente un posible proceso neoplásico.

CARCINOMA

MUCINOSO

CUTÁNEO

PRIMARIO.

Ruz Portero, Sara; Morán Marfil, Javier
Presentador: Morán Marfil, Javier

HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE MÁLAGA (RONDA). 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma mucinoso cutáneo primario es una entidad extremadamente rara. es un carcinoma productor de mucina que deriva del epitelio de las glándulas ecrrinas. suele tener un crecimiento lento y asintomático. la localización más frecuente es en cabeza y cuello. clínicamente suelen parecer lesiones benignas como quiste epitelial, pilomatrixoma, lipoma, hemangioma, entre otros. LA EDAD DE PRESENTACIÓN ES EN TORNO A 65 AÑOS.

MATERIAL Y MÉTODOS: mujer de 47 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad. la paciente consultó a su médico de atención primaria por una lesión nodular SUBCUTÁNEA en cuero cabelludo asintomática de 2 cm, compatible con quiste epitelial. desde atención primaria fue derivada a cirugía general para su extirpación . se realizó exéresis de la lesión y se envió a anatomía patológica.

RESULTADOS: Macroscópicamente se recibieron dos muestras de tejido de consistencia blanda y aspecto mucinoso de 1,5 cm y 1 cm. en el estudio microscópico se observó UNA PROLIFERACIÓN DE células epiteliales monomorfas dispuestas en nidos y cordones flotando en lagos de mucina extracelular, separados por septos fibrosos. las mitosis eran escasas. las células neoplásicas expresaron positividad para ema, ck7, r. estrógenos, r. progesterona, e-cadherina y cea. fueron negativas para ck20, CDX2, ck5/6, cd56, cromogranina, sinaptofisina Y gcdpf-15. con el p63 se identificó un área de componente in situ. tras su estudio fue diagnosticado de carcinoma mucinoso primario cutáneo. se derivó a cirugía plástica para una resección completa con márgenes amplios y se le realizó un pet-tac. LA PACIENTE NO PRESENTÓ LESIONES EN OTRAS LOCALIZACIONES.

CONCLUSIONES: el carcinoma mucinoso cutáneo primario es una neoplasia muy rara Y PUEDE RESULTAR difícil distinguir su origen primario cutáneo de un carcinoma mucinoso metastásico de pulmón, mama o colon. fue descrita por primera vez por lennox ET AL en 1951. hasta la fecha se han publicado menos de 350 casos en la literatura. su diagnóstico es histológico Y ES MUY IMPORTANTE DESCARTAR ORIGEN EXTRACUTÁNEO. el tratamiento estándar es la cirugía con márgenes de al menos 1 cm o la cirugía de moh´s. el pronóstico suele ser bueno. tiene un 20% de recidiva local, siendo más frecuente cuando no se consiguen márgenes amplios y los QUE SE localizaN en párpados. el riesgo de metástasis tras su extirpación es un 6%, más frecuente en ganglios linfáticos regionales. algunos autores recomiendan tratamiento hormonal adyuvante con antiestrogénicos como tamoxifeno en casos con r. estrógenos positivo para reducir la recurrencia.

Dermatopatología

1575

PEQUEÑOS VASOS, GRANDES PROBLEMAS. FLEBITIS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Melguizo García, Verónica; Díez Fernández, Alba; Mota Pedroso, María Claudia; Rodríguez Moncada, Juan Sebastian; Rodríguez Peralto, José Luis

Presentador: Melguizo García, Verónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica caracterizada por la aparición de úlceras orales y genitales de manera recurrente, además de lesiones cutáneas, afectación ocular, artritis, e incluso, en menor frecuencia, síntomas del sistema nervioso central y gastrointestinal. Su etiología es desconocida y afecta por igual a ambos sexos. En ocasiones, el diagnóstico histológico de las lesiones cutáneas de esta patología pueden resultar un reto para el patólogo. Presentamos un caso de enfermedad de Behçet con afectación cutánea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 78 años en seguimiento por enfermedad de Behçet de 38 años de evolución en tratamiento actual con colchicina. Acude a consulta por aparición de una lesión nodular dolorosa en cara posterior de pierna derecha por lo que se realiza biopsia.

RESULTADOS: Macroscópicamente se recibe un punch cutáneo de 0,5 cm que se incluye en su totalidad. Microscópicamente presenta en las vénulas profundas necrosis fibrinoide de la pared vascular acompañada de abundante infiltrado linfocitario y neutrofílico y necrosis del lobulillo adiposo, con infiltrado neutrofílico e histiocitos espumosos. En las zonas más profundas se observa engrosamiento de los septos del lobulillo con necrosis en la periferia del mismo. Con la tinción histoquímica de orceína se advierte que los vasos afectados son venas, mientras que las arteriolas y las arterias están intactas. El diagnóstico histopatológico fue de venulitis profunda compatible con enfermedad de Behçet. Actualmente la paciente está en tratamiento con colchicina y prednisona con mejoría de las lesiones.

CONCLUSIONES: Las lesiones cutáneas nodulares que se observan en la enfermedad de Behçet son el eritema nodoso, flebitis y poliarteritis nodosa (PAN). En el eritema nodoso no se observa vasculitis. Las flebitis asociadas a enfermedad de Behçet solo afecta a vasos venosos, lo que lo diferencia de la PAN que sí presenta vasculitis arterial. En ocasiones puede resultar complicado distinguir en el tejido celular subcutáneo entre arteria y vena, las cuales se distinguen por la presencia o ausencia de lámina elástica interna que se observa como una capa de fibras elásticas onduladas y regulares entre la íntima y la capa medial de la pared del vaso arterial. Dicha lámina no está presente en la pared de los vasos venosos. Además las venas de las piernas suelen tener una capa muscular gruesa que se asemeja a la de las arterias por lo que puede complicar su identificación. Mediante la tinción de Orceína se pueden visualizar las fibras elásticas permitiendo la diferenciación entre vena y arteria, lo que facilita el diagnóstico de flebitis y venulitis. En conclusión, el uso de la tinción de Orceína en biopsias cutáneas nodulares facilita la identificación de flebitis y venulitis lo que permite un diagnóstico certero que contribuye a un adecuado tratamiento y manejo del paciente.

Dermatopatología

1597

MELANOMA METASTÁSICO CON RASGOS DE NEVUS AZUL: UN PITFALL EN EL DIAGNÓSTICO DERMATOPATOLÓGICO

Torrico Hatami, Sara; Aream Cuns, Carolina; Valles Blanco, Lara; Trascasa Caño, Alvaro; Rangel Mendoza, Yamileth

Presentador: Torrico Hatami, Sara

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Diagnosticar el melanoma metastásico de la piel puede ser un desafío, particularmente porque las metástasis pueden exhibir perfiles histopatológicos variados e inusuales comparados con melanoma primario. Una manifestación excepcionalmente rara es la de melanoma metastásico tipo nevus azul, que clínica e histopatológicamente imita un nevus azul. Los nevus azules también abarcan un amplio espectro histológico. La introducción de agentes quimioterapéuticos que tienen el potencial de desencadenar la regresión pueden producir cambios histológicos adicionales que producen desafíos para establecer el diagnóstico correcto

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 72 años diagnosticado en diciembre de 2022 de melanoma de extensión superficial asociado a nevus intradérmico en región retroauricular izquierdo, BRAF V600E mutado, Breslow 1.6 mm, índice Clark III, márgenes libres.

En febrero del 2023, se realiza ampliación de márgenes con BSGC, seguido de parotidectomía y vaciamiento funcional izquierdo, con resultado de metástasis ganglionar en región III (cadena yugular) (I/17) y V (triángulo posterior) (I/26) con un estudio patológico de pT2apN3a.

En junio del 2023, inicia adyuvancia con Pembrolizumab.

En enero del 2024 se objetiva tres pápulas nevrúscas de 2 mm de diámetro en miembro superior izquierdo sugestivos de metástasis. Se realiza biopsia de las tres lesiones.

RESULTADOS:

El resultado histopatológico de las tres biopsias mostraba una proliferación de melanocitos en dermis superficial, de morfología dendrítica con citoplasma pigmentado y núcleos con leve atipia, sin presencia de figuras de mitosis, que se disponen entre fibras de colágeno denso y se asocian a un leve infiltrado linfocitario perivascular con presencia de melanófagos. La epidermis no muestra alteraciones histológicas. No se observan cambios sugestivos de regresión tumoral. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para melan A, HMB45 y p16. Estos hallazgos son compatibles con metástasis de melanoma con rasgos de nevus azul.

CONCLUSIONES: A pesar de que la mayoría de los melanomas metastásicos son fácilmente discernibles por sus características histológicas (atipia, pleomorfismo, alto nivel de mitosis), el melanoma metastásico tipo nevus azul puede imitar histológicamente un nevus azul común con pleomorfismo mínimo o nulo. En estas situaciones, el escenario clínico suele ayudar a establecer el diagnóstico correcto. Una herramienta útil en casos difíciles de diagnosticar, es el estudio mediante hibridación fluorescente in situ. En nuestro caso, la aparición reciente de lesiones cutáneas en el brazo izquierdo en un paciente con melanoma retroauricular izquierdo, con antecedente de ganglios cervicales positivos, nos llevó a concluir que se trataba de lesiones metastásicas. Los patólogos deben ser conscientes de hallazgos histológicos sutiles asociados con metástasis de melanoma y buscar información clínica en casos sospechosos

REVISIÓN DE 5 CASOS DE PANICULITIS POCO FRECUENTES CON MORFOLOGÍA CARACTERÍSTICA.

Córdoba Iturriagaogitia, Alicia; Llanos Chavarri, María Concepción; Fernandez De Los Reyes, Irene; Alvarez Gigli, Laura; De Lima Piña, Gina

Presentador: Córdoba Iturriagaogitia, Alicia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las panciculitis comprenden un grupo de enfermedades inflamatorias heterogéneas que afectan a la grasa subcutánea. El estudio histopatológico es necesario para el diagnóstico específico de estos trastornos, ya que las diferentes panciculitis suelen mostrar el mismo aspecto clínico, que suele consistir en nódulos eritematosos en las extremidades inferiores. El estudio histopatológico de la panciculitis es difícil debido a la escasa correlación entre los hallazgos clínicos y patológicos y al aspecto microscópico cambiante a medida que evolucionan las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos 5 casos que corresponden a cuatro subtipos de panciculitis poco frecuente: (1) panciculitis pancreática, (2) panciculitis por reacción a inyección lipídica, (1) sarcoidosis subcutánea y (1) necrosis grasa del recién nacido. Hemos seleccionado estos cuatro subtipos porque todos ellos se acompañan de una morfología característica.

RESULTADOS: En 4 casos se trata de una panciculitis incluida en el grupo de la panciculitis traumática por reacción a inyección lipídica, que se caracteriza por la presencia de lipófagos con vacuolas de tamaño variable y una reacción inflamatoria moderada o escasa de histiocitos. Espacios quísticos llamados en queso suizo.

La peculiaridad de nuestro caso de la pancreatitis pancreática, es que nuestro paciente no presentaba clínica pancreática en el momento de la biopsia. La histología era similar a la observada en la pancreatitis aguda con necrosis grasa jabonosa con células fantasma.

En la necrosis grasa del recién nacido, se observa una necrosis grasa extensa. Los adipocitos muestran estructuras cristalinas dispuestas radialmente. Se acompaña de denso infiltrado inflamatorio.

En la sarcoidosis subcutánea, se observan agregados de granulomas no caseificantes, sin corona linfocitaria que ocupan el panículo. En general sin afectación dérmica.

CONCLUSIONES: Resulta muy necesario reconocer estas formas poco frecuentes de panciculitis.

Se caracterizan por cuadros morfológicos muy específicos que permiten realizar un diagnóstico, a diferencia del resto de las panciculitis.

En el caso de la panciculitis pancreática, el cuadro cutáneo puede anteceder a la clínica del trastorno pancreático, como en nuestro caso.

En la reacción por inyección lipídica, en ocasiones los pacientes ocultan el antecedente y resulta difícil confirmar la naturaleza exógena de los lípidos.

En la necrosis grasa del recién nacido, los rasgos histológicos característicos pueden hallarse de forma focal en la muestra.

La sarcoidosis subcutánea, puede ser considerada como posible diagnóstico histopatológico pero debe ser confirmada clínicamente.

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA. REPORTE DE UN CASO CON AFECTACIÓN FACIAL.

Rodríguez Moncada, Juan Sebastian; Rodríguez Peralto, Jose Luis; Díez Fernandez, Alba; Mota Pedrozo, María Claudia; Melguizo García, Verónica; García Aguilera, Ana Isabel

Presentador: Rodríguez Moncada, Juan Sebastian

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA CARLOS HAYA (HRUM) IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria es un adenocarcinoma raro, de crecimiento intraepitelial. La enfermedad de Paget fue descrita por primera vez por James Paget en 1874, y el primer caso de enfermedad extramamaria en el pene y el escroto por Crocker en 1889. Clínicamente presenta un espectro amplio simulando enfermedades inflamatorias. Se localizan con mayor frecuencia en tracto digestivo y zona genital, especialmente en mujeres entre la 5ª y 8ª década de la vida. El diagnóstico temprano mediante biopsia de las lesiones es el gold standard. Presentamos el caso excepcional de un hombre de 76 años con enfermedad de Paget extramamario con localización extremadamente rara en área facial izquierda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada, síndrome nefrótico de 13 años de evolución actualmente controlado, HIV positivo en seguimiento y buen control, que desde hace 2 años presenta una placa enrojecida en mejilla izquierda inicialmente de 2 cm de diámetro que ha progresado a la actualidad hasta los 10 cm de diámetro afectando al conducto auditivo externo. Se realizan biopsias de diferentes áreas representativas de la lesión para tipificación de la patología.

RESULTADOS: Se realizan 3 biopsias representativas de la lesión localizada en piel de mejilla izquierda, base del conducto auditivo externo y rama anterior del antehélix en las cuales se observa una proliferación queratinocítica atípica formando nidos localizados entre los queratinocitos epidérmicos normales, constituidos por queratinocitos atípicos de citoplasma amplio eosinófilo, con núcleos grandes y nucleólos evidentes. Con las técnicas inmunohistoquímicas, las células atípicas son positivas para CK7 y negativas para CK20 y P63. Finalmente se diagnostica de enfermedad de Paget extramamaria facial. Se realizan exámenes de extensión los cuales han resultado negativos. Analizando el contexto del paciente, se decide en comité realizar radioterapia con BT-HDR mediante molde 3D administrando en total 3600cGy divididos en 6 sesiones de 600cGy cada una. El paciente evoluciona sin complicaciones y con buena respuesta.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Paget es una entidad rara y compleja de fisiopatología aún desconocida, y su presentación fuera de la zona genital o anal es excepcional. La amplia heterogeneidad en su presentación clínica es una barrera para el diagnóstico temprano, habitualmente suele confundirse con la enfermedad de Bowen. El diagnóstico definitivo es histológico apoyado con técnicas inmunohistoquímicas. Presentamos un caso excepcional haciendo hincapié en la importancia del patrón histológico e inmunohistoquímico para distinguirlo de un carcinoma escamoso primario cutáneo. La enfermedad de Paget extramamaria primaria cuenta con buen pronóstico, su recidiva depende de la resección completa con márgenes libres posterior a su extirpación.

Dermatopatología

1800

MANIFESTACIONES DERMATOPATOLÓGICAS EN EL SÍNDROME VEXAS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Seijo Raposo, Jorge; Solórzano González, Mercedes; Queipo Gutiérrez, Francisco Javier; Escalona Canal, María Eugenia; Cepeda García, Elena; Rodríguez Méndez, Natalia; Rodríguez López, Antia; Azzouzi Ahmed, Rachid
Presentador: Seijo Raposo, Jorge

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El síndrome VEXAS (Vacuolas, Enzima E1, ligado al X, Autoinflamatorio y Somático), recientemente descrito y que afecta a adultos predominantemente del sexo masculino, deriva de mutaciones somáticas en el gen UBA1, cuyas manifestaciones clínicas engloban desde fiebres recurrentes, infiltrados pulmonares, trastornos hematológicos y reumatológicos como la policondritis hasta lesiones cutáneas, entre otras. Las dermatológicas son unas de las manifestaciones más frecuentes, y pueden ser el debut del síndrome previo al resto de síntomas sistémicos en más de la mitad de los casos. Entre ellas, clínicamente se presentan como lesiones tipo síndrome de Sweet, lesiones vasculíticas o incluso livedo racemosa. El pronóstico de esta patología no está establecido. A nivel histopatológico se ha descrito su correspondencia sobre todo con dermatosis neutrofílicas, pero se incluyen otros hallazgos más infrecuentes como paniculitis o leucocitoclasia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso con clínica de lesiones dishidrosiformes con componente purpúrico en ambas manos y otro caso con clínica de Síndrome de Sweet, adenopatías cervicales, macrocitosis y síndrome febril. Se remiten ambos casos como biopsias tipo punch, realizándose hemisección e inclusión total en parafina previa fijación en formaldehído. Posteriormente se realizan cortes a 5 micras y tinción con Hematoxilina-Eosina.

RESULTADOS: Las dos biopsias de piel fueron diagnosticadas en nuestro hospital de dermatosis neutrofílica uno y otro de hidradenitis ecrina neutrofílica, confirmandose posteriormente en ambos el síndrome VEXAS mediante estudio genético.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos permiten conocer y ampliar los hallazgos histopatológicos de las biopsias cutáneas de los pacientes afectos de Síndrome VEXAS y podrían contribuir a un diagnóstico precoz.

Dermatopatología

1541

TUMOR FIBROBLÁSTICO SUPERFICIAL CD34 POSITIVO

García Pastor, Elena María; Ramírez Sánchez, Carolina; Melguizo García, Verónica; Gallego Domínguez, Elena; Hierro Martín, María Isabel

Presentador: García Pastor, Elena María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroblástico superficial CD34-positivo (SCPFT) es un tumor mesenquimal poco común, de malignidad intermedia, descrito por primera vez en 2014 por Carter et al. Es de bajo grado y se presenta principalmente de forma superficial. Se había designado previamente como "sarcoma de bajo grado sin clasificación adicional", "histiocitoma fibroso maligno, bajo grado", o no correspondía a ninguna entidad conocida. Se describió recientemente como una nueva entidad en la 5ª edición de la clasificación de tumores de tejidos blandos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las principales características que distinguen al SCPFT son el marcado pleomorfismo, la baja tasa mitótica, la positividad difusa de CD34 y expresión focal frecuente de citoqueratina. Según varios estudios, un subconjunto alberga reordenamientos de PRDM10.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 52 años sin antecedentes de interés que acude al médico de familia por presentar tumoración de partes blandas compatible con lesión quística de aproximadamente 2 cm, en hemitórax derecho. Se extirpa por deseo del paciente.

RESULTADOS: Recibimos un fragmento cutáneo con elipse de piel de 3 x 2,8 cm, que al corte presentó nódulo dérmico compacto, relativamente circunscrito, que estaba a menos de 1 mm del margen de resección más cercano. El examen microscópico de la masa reveló una neoplasia de células fusiformes, dispuesta en fascículos, con citoplasma fibrilar a vítreo, granular eosinofílico, ubicada en la dermis profunda y el tejido subcutáneo. Las células neoplásicas tienen un marcado grado de pleomorfismo nuclear. La actividad mitótica es muy baja. No se observó ninguna figura mitótica atípica y no había necrosis. Se realizó estudio inmunohistoquímico y las células neoplásicas fueron difusa y fuertemente positivas para CD34 y factor XIII. Índice proliferativo Ki67 bajo. Mientras que S-100, CD68, caldesmon, CD1A, ERG y SOX10 fueron negativos. Se realizó el diagnóstico final de SCPFT.

CONCLUSIONES: Se presenta principalmente en varones de entre 20 y 40 años, como una masa superficial circunscrita indolora de crecimiento lento, generalmente <5 cm. La mayoría surgen en las extremidades inferiores, pudiendo presentarse en otras localizaciones. La incidencia es desconocida dada la rareza y el infradiagnóstico. Hay que hacer diagnóstico diferencial con sarcomas que ocurren superficialmente y sarcoma pleomórfico indiferenciado entre otros. El conocimiento de esta entidad es un factor clave para su diagnóstico correcto. Tiene una baja tasa de crecimiento y una baja incidencia de complicaciones locales. La escisión quirúrgica completa es el principal tratamiento y su pronóstico es excelente. Aunque se necesitan más estudios para definir el mejor enfoque de tratamiento y evitar la recurrencia. En general, este tumor tiene un riesgo muy bajo de recurrencia local y metástasis.

EXPRESIÓN DE ALK Y NKI/C3 EN EL TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: VARIANTE NO NEURAL.

Sanz Zorrilla, Alicia; Dávila Flores, Viviana Carolina; Jurado Rivera, Michelle Jordana; Sánchez Sánchez, Rafael
Presentador: Sanz Zorrilla, Alicia

HOSPITAL UNIV. REINA SOFIA. Sº ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: A diferencia del tumor de células granulares cutáneas y de partes blandas que es una neoplasia benigna con un claro origen neural, existe una variante no neural que pierde la expresión de S100 manteniendo la misma morfología pero con variaciones en la expresión de marcadores inmunohistoquímicos cuyo conocimiento es necesario para el diagnóstico de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un adolescente con una tumoración cutánea de 1,5 cm en borde cubital de muñeca izquierda no adherida a planos profundos de un año de evolución, se realizó estudio mediante microscopia óptica y técnicas de inmunohistoquímica utilizando un panel apropiado de anticuerpos para el caso en cuestión incluyeron: S100, SMA, NKI/C3, CD10, CD68, Ki67 y ALK entre otros. Se revisó el diagnóstico emitido y la bibliografía publicada sobre esta entidad a lo largo del tiempo.

RESULTADOS: Microscópicamente se trata de una proliferación celular, situada en la dermis superficial y profunda con patrón sólido y que se entremezcla entre los haces de colágeno de la dermis. Las células son grandes y de formas alargadas y fusiformes, el citoplasma de las células es muy abundante, tiene aspecto granular y eosinófilo. La actividad mitótica es de baja, lo que se correlacionó con el porcentaje de expresión de Ki67. No se evidencia invasión linfovascular. No se identifican focos de necrosis, aunque sí aislados grupos de celularidad inflamatoria crónica. Las células tumorales tienen positividad uniforme para NKI-C3 que es un antígeno lisosomal y podrían tener positividad para CD68. El conocimiento de estos hallazgos inmunohistoquímicos deben ser tomados como referencia para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

CONCLUSIONES: En referencia a la patogénesis del tumor, se ha descubierto que algunos casos pueden presentar fusiones genéticas que involucran al gen ALK, dicho descubrimiento se basó en el análisis genético de 5 casos de NNGCT de los cuales 3 casos presentaban fusión con ALK, ya sea por delección del cromosoma 2 o traslocación en el cromosoma 5, que se traducía en una expresión inmunohistoquímica de ALK débil-moderada. Entre los hallazgos más relevantes se ha determinado que las células de los NNGCT son negativas para las tinciones inmunohistoquímicas siguientes: proteína S100, SMA, desmina, Melana A, HMB45, CD34 o citoqueratina de amplio espectro, estos hallazgos apoyan la diferenciación no neural de la lesión.

MUTACIÓN NOVEL EN EL GEN LIPH EN FAMILIA CONSANGUÍNEA CON CABELLO LANOSO CON HIPOTRICOSIS AUTOSÓMICO RECESIVO

Campos Marmol, Maria Concepcion; Amat Calbet, Joana; Guilaibert Vidal, Antonio
Presentador: Campos Mármol, María Concepción

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cabello lanoso con hipotricosis es una alopecia congénita no sindrómica rara que se caracteriza por pelo escaso, frágil y muy rizado. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con esta entidad en el que el estudio genético reveló una variante patogénica no descrita

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 5 años con hipotricosis difusa. Hijo de padres consanguíneos (primos hermanos) naturales de Marruecos. Presentaba desde el nacimiento cabello escaso, frágil, de color claro y muy rizado. Sin alteraciones ungueales o dentarias. Destaca microcefalia. Hermano de 32 meses con clínica similar. Con la sospecha de displasia pilosa en posible contexto sindrómico se tomó muestra de 50 cabellos para su estudio

RESULTADOS: Se observaron tallos de distinto diámetro, con medulación variable, hipopigmentados, con tricorrexis nodosa y fracturas transversales incompletas, longitudinales y en tallo verde. No se observó arrosariamiento, torsiones ni nudos. La exploración física mostró desarrollos físico, motriz y lingüístico normales, excepto perímetro craneal en percentil 4. Hematimetría y bioquímica básica normales. Estudio de aminoácidos en sangre y de ácidos orgánicos en orina normales. Electrocardiograma y ecocardiograma normales. El estudio genético desveló la variante patogénica en homocigosis c.782_785del en LIPH, que genera un cambio en la pauta de lectura desde el codón 261 del exón 6 (Glu261Alafs*45). Esta mutación, no descrita hasta la fecha, confirmó el diagnóstico de cabello lanoso con hipotricosis autosómico recesivo 2 (ARWH2, ONIM #604379).

CONCLUSIONES: cabello lanoso es una displasia pilosa que conforma una entidad diagnóstica en sí misma o bien puede formar parte de un espectro sindrómico como en la enfermedad de Naxos o el síndrome de Carvajal, en los que asocia queratodermia palmoplantar y cardiomiopatía. El ARWH2 está causado por mutaciones en el gen LIPH (3q27.2) que codifica una fosfolipasa clave en la vía reguladora del desarrollo del cabello. Con penetrancia incompleta, se caracteriza por cabello escaso, fino y rizado, y alopecia corporal variable, sin otras alteraciones ectodérmicas ni asociaciones sistémicas. Las displasias pilosas pueden ser la presentación inicial de un síndrome congénito no sospechado. El patólogo debe familiarizarse con las anomalías estructurales del cabello y con sus principales asociaciones sindrómicas, con el objetivo de dirigir los estudios adicionales e indicar la derivación a la unidad de consejo genético

NEOPLASIA BLÁSTICA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Calvo Torio, Paula; Aguirrezabal Marcotegui, Leire; Fernández De La Prieta, Iria; Alvarado Cuenca, Rosa Irene; Gaafar , Ayman; Arbide Del Río, Nagore; Cancho Galán, Goikoana
Presentador: Calvo Torio, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides es una neoplasia hematológica infrecuente constituida por células inmaduras con diferenciación de células dendríticas plasmocitoides, que suele presentarse con afectación dérmica (60-90%), medular o ganglionar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos diagnosticados en un hospital terciario durante el periodo 2020-2024. Se revisan las preparaciones histológicas y valoración del estudio inmunohistoquímico correspondiente, y se realiza un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADOS: Caso clínico 1: Mujer de 78 años que en enero de 2020 presenta lesiones cutáneas purpúricas y nódulos subcutáneos generalizados en tronco y extremidades superiores, de aparición brusca, así como múltiples adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Se realiza en mayo biopsia-punch de una de las lesiones. En el estudio histológico la piel muestra una extensa infiltración dérmica difusa y monomorfa, que afecta al tejido celular subcutáneo y respeta dermis papilar y epidermis. La neoplasia está constituida por células de talla media y grande, con núcleos ovoides y vesiculosos, con numerosas imágenes de mitosis atípicas y extensas áreas de hemorragia antigua y reciente. La celularidad neoplásica muestra intensa positividad frente a CD123, CD4, CD56, CD45, CD43 y Bcl2 y positividad focal frente a TdT y CD2, con negatividad frente a marcadores de linfocitos B y T, melanocíticos, epiteliales y del sistema fagocítico-mononuclear. En el estudio de extensión muestra afectación de médula ósea, sangre periférica y ganglionar. Tras el diagnóstico recibe 6 ciclos de quimioterapia (CHOP). En febrero de 2021 ingresa en hematología por recaída precoz en forma de parapsias y alteración de los reflejos secundarias a masa intramedular. Fallece en abril de 2021.

Caso clínico 2: Mujer de 46 años que consulta en diciembre de 2024 por lesión cutánea en mama derecha de 3 meses de evolución. Muestra una placa heterocrómica violácea con base eritematosa de 3 cm, de consistencia fibroelástica. Se realiza biopsia-punch de la lesión que muestra una infiltración dérmica difusa de células de talla grande e intermedia, con escaso citoplasma y núcleo vesiculoso con nucléolos prominentes e imágenes de mitosis atípicas. La epidermis y la dermis papilar no están afectadas. La celularidad proliferante muestra una positividad difusa frente a CD123, CD4, CD56, CD7 y Bcl-2 y negatividad frente marcadores de linfocitos B y T, melanocíticos, epiteliales y del sistema fagocítico-mononuclear, con un índice proliferativo Ki-67 mayor del 90%. Tras el diagnóstico inicia tratamiento de primera línea con quimioterapia Hyper-CVAD, y actualmente se encuentra en seguimiento.

CONCLUSIONES: La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides es una neoplasia poco frecuente y muy agresiva que se puede presentar de forma diseminada con afectación cutánea múltiple, medular, ganglionar y/o neural, con un pronóstico pobre, índices de recaída elevados y tiempo de supervivencia inferior a un año; o bien de forma localizada a nivel cutáneo con curso menos agresivo. No obstante, la supervivencia global a los cinco años es inferior al 1% a pesar del tratamiento específico anti-CD123 y posterior trasplante alogénico.

LESIONES AMPOLLARES CON FINAL INESPERADO.

Ramos Rodríguez, Claudia Carolina; Jiménez Lara, Araceli; Pérez Jiménez, Montserrat; Carmona Rodríguez, Marcos; González López, Lucía; Romero Aguilera, Guillermo
Presentador: Ramos Rodríguez, Claudia Carolina

HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones ampollares anulares plantean el diagnóstico diferencial de dermatitis IgA lineal, tanto en niños como en adultos que toman medicación. Esta se caracteriza por ampollas subepidérmicas con infiltrado inflamatorio de neutrófilos y eosinófilos. Presentamos un caso con sospecha clínica e histología compatible pero en donde se descubrió algo más.

MATERIAL Y MÉTODOS: Femenina de 60 años, con antecedentes de melanoma estadio IB hace 1 año. Consulta por dos lesiones de una semana de evolución, la primera en codo izquierdo y en rodilla derecha. Refiere prurito leve. No lo relaciona con ningún desencadenante, no se han añadido fármacos nuevos. Al examen físico se identifican dos lesiones anulares de entre 3 y 4 cm con vesículas tensas en la periferia y centro con focal costra. Se realiza biopsia punch de 4 mm con sospecha de dermatitis IgA lineal .

RESULTADOS: En la biopsia se identificó epidermis una ampolla subepidérmica con neutrófilos y eosinófilos, sin embargo, no se detectaron depósitos de inmunocomplejos mediante inmunofluorescencia directa. Los anticuerpos Anti-Membrana Basal de Piel y Anti-Sustancia Intercelular de Piel Negativos. Hemograma normal, perfil renal y hepático normal, proteinograma normal. Posteriormente el PAS identificó hifas en superficie y se realizó un cultivo que identificó Microsporium canis. Se trató con corticoide tópico de mediana potencia con resolución casi completa en la visita un mes después y se añadió sertaconazol tópico e itraconazol oral con mejoría total.

CONCLUSIONES: La tiña ampollar no es una presentación poco común siendo bien conocida por los clínicos, y por lo contrario poco mencionada en la literatura. Los patólogos no estamos acostumbrados a recibir estas biopsias puesto que suelen diagnosticarse clínicamente o con ayuda de microbiología.

Por otro lado, las dermatitis ampollares subepidérmicas se clasifican según el infiltrado inflamatorio que contienen, mencionándose principalmente entidades inflamatorias, sin embargo, las dermatofitosis no deben salir del algoritmo diagnóstico, ya que imitan diversas entidades siendo adecuado pedir técnicas histoquímicas para descartarlas.

Dermatopatología 1705

BAJO LA SUPERFICIE: EL NEVUS AZUL SUBUNGUEAL, UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE.

Reyes Sanchez, Teresa; Azaña Gonzalez, Carlos; Gutierrez Melgarejo, Paola Andrea; Martín Estevez, Elena
Presentador: Reyes Sanchez, Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El término "nevus azul" determina a un grupo de lesiones cutáneas, caracterizadas por una proliferación dérmica de melanocitos, que se identifican en la clínica como nódulos de color azul a negro. En la mayoría de los casos, se presentan como una única lesión y son adquiridos, aunque también pueden ser congénitos y aparecen como lesiones múltiples. El nevus azul en todas sus variantes clínicas, rara vez afecta a la localización ungueal, esta representa entre el 1-5 % del total de nevus azules y esto dificulta el diagnóstico tanto clínico como histopatológico. Presentamos el caso de un nevus azul común en una localización inusual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 34 años, que como antecedentes personales de interés tiene presenta una Artritis Reumatoide en tratamiento con fármaco biológico. Historia actual: Refiere desde hace años, lesión en uña de tercer dedo de mano derecha, que ha cambiado de color en los últimos meses y ha presentado un crecimiento hacia la piel del pliegue cutáneo. Exploración: Pigmentación marrónácea lenticular anterior a margen ungueal distal y más extensa en pliegue proximal. Diagnóstico Clínico: nevus azul vs melanoma acral.

RESULTADOS: Macroscopia: Biopsia "Punch" Fragmento cutáneo de morfología cilíndrica 0,3 cm de longitud. Se incluye en su totalidad. Microscopia: Epidermis sin alteraciones. En dermis papilar y reticular se observa una proliferación de melanocitos, dispuestos en nidos o grupos. Los melanocitos presentan núcleos prominentes, abundante citoplasma con melanina, no se identifican atipias ni mitosis. El estroma que lo rodea es fibroelástico sin otras alteraciones. IHQ: HMB45 (+), SOX-10 (+)
Diagnóstico: Nevus azul común.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial entre nevus azul y melanoma puede resultar dificultoso, aunque en nuestro caso las características clinicopatológicas ayudan en el diagnóstico, la rareza de esta localización puede inducir a errores, ya que a nivel subungueal es más habitual el melanoma que el nevus azul. El nevus azul se caracteriza por una proliferación de melanocitos en la dermis profunda, con células uniformes y que carecen de atipia celular o mitosis, en contra posición con lo que vemos en un melanoma, con un marcado pleomorfismo celular, patrón infiltrativo y mitosis atípicas. Por tanto, concluimos que aunque la localización subungueal del nevus azul es muy infrecuente, tiene que ser tenida en cuenta para evitar diagnósticos erróneos que conlleven tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios para el paciente.

Dermatopatología 1695

CAMBIO DE CÉLULAS CLARAS DE LOS DUCTOS ECRINOS EN LA VECINDAD A UN NEVUS DISPLÁSICO DE CÉLULAS BALONIZADAS

Garzón Prieto, Belén; Ramos Mejido, Susana; Díaz Estrade, Beatriz; Meléndez Guerrero, Blas; Montero Mateos, Enrique; Millán Ortega, Irene; Molina Jiménez, Lucía
Presentador: Garzón Prieto, Belén

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia de células claras de los ductos ecrinos fue originalmente descrita por Izaki et al. como hamartoma eruptivo de células claras y más tarde renombrado como hiperplasia papilar de los ductos ecrinos. Clínicamente se manifiesta como pequeñas pápulas que pueden inflamarse con la exposición al calor. Inicialmente fue descrito sólo en mujeres y asociado a pacientes con diabetes. El hallazgo microscópico más relevante consiste en una hiperplasia de los ductos ecrinos dérmicos y su principal diagnóstico diferencial es el siringoma de células claras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón caucásico de 60 años con antecedente personal de psoriasis en placas con una lesión pigmentada en la espalda de 1,2 cm con sospecha clínica de nevus atípico. Se realiza biopsia escisional para estudio histológico, histoquímico e inmunohistoquímico.

RESULTADOS: El estudio histopatológico reveló un nevus displásico con presencia de células balonizadas. Como hallazgo incidental, se observó una proliferación de células claras de los ductos secretores ecrinos, los cuales, por otro lado, eran normales en número y localización, sin atipia citológica, mitosis ni actividad inflamatoria acompañante. Inicialmente, dichas células claras se consideraron una extensión de las células balonizadas al ovillo secretor, sin embargo, no mostraban la fina vesiculización, ni el pigmento granular característico de las mismas. Éstas resultaron positivas para PAS, siendo negativas para MelanA y PAS diastasa.

CONCLUSIONES: La presencia de células claras en el ducto secretor es un hallazgo excepcional. Su afectación concomitante en la porción excretora y en el acrosiringio puede manifestarse clínicamente como pequeñas lesiones papulares sensibles al calor, conocidas como hiperplasia papilar de células claras del ducto ecino. Además, este fenómeno ha sido descrito como un hallazgo incidental en la vecindad de carcinomas basocelulares, cilindromas y linfomas de células B y T, así como en patologías como la anhidrosis generalizada, la hiperhidrosis secundaria al uso prolongado de hexahidrato de aluminio, la enfermedad de Unverricht-Lundborg y la enfermedad de Fabry. La localización en la vecindad de un nevus de células balonizadas es un hallazgo tan inusual que plantea un reto en el diagnóstico diferencial. Entre las principales consideraciones se incluyen la posibilidad de una extensión del nevus de células balonizadas al ovillo secretor o la presencia de un melanoma de células balonizadas.

MELANOMA GÁSTRICO, ¿METÁSTASIS O PRIMARIO?

Benito Sanchez, Sonia; Garcia Perez, Marie Laure; Quina Sandoval, Romina Wendy; Parron Collar, Damaso; Del Olmo Morales, Miriam; Garrido Rodriguez, Enrique
Presentador: Benito Sanchez, Sonia

HOSPITAL UNI. DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de melanoma en localizaciones externas a la piel es uno de los más complejos que tenemos en nuestra especialidad. Hay quienes llaman a este tipo de tumor el "gran simulador", ya que puede imitar otras neoplasias y tiene una alta variabilidad de morfologías. Cuando nos encontramos ante un tumor diferente al habitual en la localización en la que nos hallamos, nunca está de más pensar en él.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nos encontramos ante un varón de 59 años que inicia estudio por el servicio de digestivo por cuadro de anemia y astenia intensa. Se realiza endoscopia digestiva alta. En la endoscopia observamos mucosa de fondos, cuerpo y antro de aspecto normal, siendo solo destacable una formación polipoidea eritematosa de unos 4 mm, de la que se toma biopsia para anatomía patológica.

RESULTADOS: En un primer vistazo en hematoxilina eosina, vemos glándulas fúndicas acompañadas de una proliferación epiteloide de crecimiento difuso y sólido, células ligeramente pleomórficas y eosinófilas, y con alguna mitosis presente. En una primera aproximación diagnóstica pedimos citoqueratinas, que al ser negativas nos descarta la posibilidad de que sea un carcinoma. Pedimos también marcadores neuroendocrinos, que también consideramos negativos. Curiosamente, también tenemos un CEA negativo, lo que nos indica que la neoplasia pudiese ser metastásica y no de origen gastrointestinal. Como tinciones positivas, nos encontramos con CD117, S100, MelanA, vimentina y HMB45. Comenzamos a pensar en un melanoma. Se propone a dermatología hacer una exploración exhaustiva del paciente, en el que encuentran dos lesiones en talón derecho y en hueso popliteo, que extirpan. El diagnóstico anatópatológico nos confirma nuestras sospechas previas en la biopsia del talón, encontrando una tumoración de células similares a las previas, compatible con melanoma infiltrante, con un Breslow de 2 mm. Al hacer la determinación de mutaciones BRAF (BRAF/NRAS FFPET Mutation Test (LSR), Roche), no encontramos mutación en dicho gen. En un TAC posterior para valorar la extensión de la enfermedad, encontramos un melanoma estadio IV con metástasis gástricas, pulmonares y cerebrales. Estas dos últimas fueron comprobadas con biopsias posteriores.

CONCLUSIONES: El carcinoma gástrico primario es un diagnóstico infrecuente, pudiendo diagnosticarlo sólo cuando un exhaustivo examen clínico al paciente se haya realizado y se haya descartado un melanoma cutáneo primario. Cuando hay afectación del tracto digestivo (siendo las más frecuentes la afectación gástrica y la esofágica), el melanoma suele estar extendido por otras partes del cuerpo, como es el caso de nuestro paciente. El trabajo en equipo con los demás especialistas es crucial para detectar este tipo de pacientes lo antes posible, para poder ofrecer el mejor manejo y tratamiento a estos.

CAMBIOS HISTOLÓGICOS OBSERVADOS EN CARCINOMA BASOCELULAR TRATADO CON VISMODEGIB: ANÁLISIS RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Salas Díaz, Daniela Alejandra; Ruiz , Verónica; Mozos , Anna; Fernández Figueras, Maite; Campos , María Concepción; García Herrera, Adriana; Toll , Agustí; Albergo González, Raquel
Presentador: Salas Díaz, Daniela Alejandra

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma basocelular (CBC) representa el 80% de los cánceres cutáneos no melanoma. Aproximadamente un 90% de los CBCs esporádicos tiene mutaciones en el gen PTCH1, que participa en la vía de señalización Hedgehog, promoviendo la proliferación celular. Aunque la mayoría de los CBCs son tratados con cirugía y presentan buena respuesta, un pequeño porcentaje progresa a enfermedad localmente avanzada (LA). En este contexto clínico (CBC-LA), la terapia con Vismodegib -inhibidor dela vía Hedgehog- ha demostrado tasas de respuesta del 60,3%. Existen pocos estudios que describan los cambios histopatológicos tras tratamiento con Vismodegib. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los cambios histopatológicos observados en biopsias de pacientes con CBC-LA pre y postratamiento con Vismodegib.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico que analizó biopsias pre y post-tratamiento de pacientes con CBC-LA, tratados con Vismodegib (período 2006-2022). Variables analizadas: subtipo histológico, presencia de diferenciación escamosa, infiltrado inflamatorio tipo "brisk" (infiltrado linfocitario continuo en la base del tumor) y de tumor budding (presencia de células tumorales aisladas o pequeños grupos, < de 5 células, en el frente invasivo tumoral). Los subtipos histológicos fueron clasificados como: indolentes (superficial y nodular) y agresivos (infiltrante, micronodular y basoesquamoso). La respuesta histológica fue considerada completa en ausencia de carcinoma postratamiento y parcial en presencia de tumor residual. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 28, utilizando las pruebas de Chi-cuadrado y McNemar, considerando significativo un valor de p<0,05.

RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes, con un total de 70 muestras (35 pre y 35 postratamiento). El 80% (56/70) de las muestras fueron biopsias parciales y el 20% (14/70) fueron biopsias-exéresis. El 77% (27/35) de las muestras pretratamiento correspondían a subtipos agresivos de CBC. Se identificó tumor budding en un 42,8% (15/35), diferenciación escamosa en un 31,4% (11/35) e inflamación tipo "brisk" en un 22,8% (8/35). Se observó un 37% (13/35) de respuestas histológicas completas. No se observó correlación estadísticamente significativa entre el patrón histológico previmodegib, ni la presencia de tumor budding ni de diferenciación escamosa con una mayor o menor respuesta al fármaco (Chi-cuadrado, p=0,1; p=0,1; p=0,99). La respuesta completa fue más frecuente en los subtipos agresivos (44%, 12/27) que en los indolentes (12,5%, 1/8). Tras el tratamiento con Vismodegib, tampoco se observó un cambio significativo hacia patrones histológicos más agresivos (McNemar, p=0,61), ni diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de tumor budding (p=0,28), infiltrado inflamatorio tipo brisk (p=1) o diferenciación escamosa (p=0,5).

CONCLUSIONES: El patrón histológico tumoral, la presencia de tumor budding y de diferenciación escamosa pretratamiento no predicen la respuesta a Vismodegib. Tras tratamiento, tampoco se detectaron cambios fenotípicos en tumores con respuesta parcial. Se requieren estudios adicionales con mayor número de casos, biopsias excisionales y consecutivas en diferentes momentos del seguimiento para validar estos hallazgos.

Dermatopatología

1809

CARCINOMA ENDOCRINO DE GLÁNDULA SUDORÍPARA PRODUCTOR DE MUCINA: EL POCO CONOCIDO PRECURSOR DEL CARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO CUTÁNEO

Oliver Ledesma, Marina; Pueyo Arias, Pablo; Ruiz Quintero, Geraldinne; Martínez Miguel, Jennifer; Rodríguez González, Juana María; Barredo Santamaría, Inmaculada
Presentador: Oliver Ledesma, Marina

HOSPITAL DE GALDAKAO (LABEAGA AUZOA 48960)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Carcinoma Endocrino de Glándula Sudorípara Productor de Mucina (CEGSPM) es un tumor cutáneo aneal que se presenta habitualmente en párpado, entre la sexta y séptima década de la vida, y presenta predominio femenino. Es un tumor poco frecuente, descrito por primera vez en 1997 e incluido como entidad propia en la Clasificación de Tumores Cutáneos de la Organización Mundial de la Salud en 2018. En este estudio se presenta un caso y se realiza una revisión de la literatura y últimos avances en el conocimiento de esta lesión. Se trata de un varón de 71 años, que presenta una lesión nodular de 0,4 cm en párpado inferior de tres años de evolución. Se realiza extirpación de la lesión por parte del Servicio de Oftalmología con sospecha de carcinoma basocelular.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra se recibe en nuestro servicio, se procesa y se obtienen bloques que se tiñen con Hematoxilina & Eosina para la evaluación morfológica. Tras una primera valoración, se solicitan las siguientes técnicas de inmunohistoquímica: Antígeno de Membrana Epitelial (EMA), citoqueratina 7 (CK7), citoqueratina 20 (CK20), receptores de estrógenos, receptores de progesterona, cromogranina, sinaptofisina, Enolasa Neuronal Específica (NSE), CD56, proteína asociada al insulino (INSM) y p63.

RESULTADOS: Microscópicamente se observa una lesión nodular en dermis, bien delimitada, con áreas de crecimiento quístico, cribiforme y focalmente papilar. Se identifican depósitos de mucina intra y extracelular. A nivel citológico, las células son de mediano tamaño y citoplasma basófilo, con núcleos de cromatina granular y leve anisocariosis, observándose aisladas figuras de mitosis. Los nódulos se encuentran parcialmente delimitados por células mioepiteliales. No se objetivan áreas de necrosis ni rasgos de atipia manifiesta. Respecto a las técnicas de inmunohistoquímica, la lesión presenta tinción positiva para CK7, EMA, receptores de estrógenos y progesterona, INSM y NSE; y tinción negativa para CK20, cromogranina, sinaptofisina y CD56. Con los hallazgos descritos, el diagnóstico final es de carcinoma endocrino de glándula sudorípara productor de mucina.

CONCLUSIONES: El CEGSPM es una lesión estrechamente relacionada con el carcinoma mucinoso primario cutáneo. Se trata de una neoplasia de bajo grado de malignidad que deriva de los conductos ecrinos de las glándulas sudoríparas. La expresión de marcadores neuroendocrinos es característica, siendo el marcador de mayor sensibilidad el INSM. Destaca su analogía con el carcinoma sólido papilar de mama, ya que comparten características histológicas y perfil inmunohistoquímico, por lo que se aconseja descartar mediante estudios de extensión que la lesión corresponda a una metástasis de un tumor primario de mama.

A pesar de no presentar un revestimiento completo de células mioepiteliales y de tener un patrón de crecimiento expansivo, el CEGSPM no se considera un carcinoma invasivo como tal, pero pueden hallarse en una misma lesión focos de carcinoma mucinoso primario cutáneo, de comportamiento más agresivo y peor pronóstico.

En cuanto a las características moleculares, todavía no se han identificado mutaciones genéticas en esta lesión y resultaría de interés continuar investigando qué tipo de alteraciones presenta con el fin de mejorar la comprensión de su patogénesis y plantear nuevas estrategias terapéuticas.

Dermatopatología

1661

ADENITIS SEBÁCEA NEUTRÓFÍLICA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Ramos Rodríguez, Claudia Carolina; Cortina De La Calle, María Pilar; Perez Jiménez, Montserrat; Jiménez Lara, Araceli; Pimentel Cussi, Juan José; Martínez Moltaivo, Laura; González López, Lucía María

Presentador: Ramos Rodríguez, Claudia Carolina

HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL. 5ª ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Descrito por Renfo en 1993 la adenitis sebácea neutrófica (ASN) es un trastorno de las glándulas sebáceas más conocida en la literatura veterinaria por afectar perros, con pocos reportes en humanos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos los dos únicos casos vistos en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Caso 1: Varón de 51 años, con antecedentes de esquizofrenia e hipo gamaglobulinemia, en tratamiento con risperidona, aripiprazol, litio, lamotrigina, biperideno, pregabalina, desvenlafaxina, clonazepam, mirtazapina.

Acude por presentar una placa eritematosa dolorosa al tacto de 2 cm en la mejilla derecha que se biopsia. El verano anterior presentó una placa eritematosa con pequeñas pústulas en la zona frontal derecha de 3 cm, que cursó 2 meses y curó después de recibir tratamiento con antibióticos, dejando escasa cicatriz.

Caso 2: Mujer de 40 años con antecedentes de asma y rinitis alérgica, presentó placas eritemato-edematosas bilaterales y pruriginosas en la cara y cuero cabelludo, horas después de la aplicación pericualar de toxina botulínica por motivos estéticos. A pesar de tratamiento con corticoides sistémicos, progresó al cuello, escote, espalda alta y zonas proximales de los brazos. Refirió leve odinofagia, pero no fiebre.

RESULTADOS: En los dos casos se realizó una biopsia punch de 4 mm que mostró necrosis de sebáceas e infiltrado inflamatorio neutrófilico de predominio intralobulillar. En ninguno se demostró VIRUS DE HERPES SIMPLE mediante inmunohistoquímica. No se observaron depósitos de mucina ni engrosamiento de la basal por medios histoquímicos.

En el segundo CASO se identificaron pitiriosporum sp. en los ostium foliculares.

CONCLUSIONES: La ASN es una entidad que afecta predominantemente a varones jóvenes.

Clinicamente se presenta como placas eritematosas algo circinadas con borde violáceo más sobrelevado, predominantemente en cabeza y cuello. En la histología se caracteriza por presentar un infiltrado inflamatorio de distribución perisebácea, con necrosis de sebocitos y exocitosis de células inflamatorias en el epitelio sebáceo, que según la evolución de la lesión varía desde neutrófilos a linfocitos, motivo por el cual algunos autores prefieren el término de adenitis sebácea.

La etiopatogenia es desconocida, si bien se han reportado casos asociados a fármacos, infección respiratoria, contacto con irritantes y foto-exposición. También se ha visto demodex sp, en lóbulos de glándulas sebáceas afectadas, pero no en el infundíbulo folicular.

Presentamos el caso por ser infrecuente y por su asociación a toxina botulínica en uno de ellos.

MIOINTIMOMA DE PENE

Pinedo Moraleda, Fernando; Hidalgo Morales, Adrián Quintín; Griffiths Acha, Joseph Simon; Jiménez Revilla, Celia; Florez Miranda, Jorge Israel; Rodríguez Molano, Erica Daniela; Torre Carrera, Covadonga

Presentador: Pinedo Moraleda, Fernando

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON - UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El miointimoma de pene es un tumor benigno raro, derivado de la capa íntima de los vasos del cuerpo cavernoso. Fue descrito por primera vez en el año 2000 por Fetsch et al, habiéndose referido hasta el momento menos de 30 casos. Se trata de una proliferación celular dentro de los vasos sanguíneos sin asociación con otras patologías sistémicas o malignas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 39 años con antecedentes familiares de Síndrome de Lynch, portador de la mutación familiar MSH2 exon 1 c187delG, pVal63 X. Intervenido quirúrgicamente en 2022 de sarcoma de alto grado de la pared abdominal E IIIa T2NxMxR0, con quimioterapia y radioterapia posteriores.

Acude a Urgencias de nuestro Centro por haberse notado un "bulto" indoloro en glande. Niega relaciones de riesgo.

A la exploración física se aprecia una lesión nodular en glande, cerca del surco coronal, de 5 mm. bastante bien definida, ovalada, de consistencia media, móvil. No se palpan adenopatías inguinales.

Se realiza biopsia mediante punch.

RESULTADOS: El examen microscópico demuestra una mucosa penéana revestida por epitelio escamoso sin alteraciones. En el cuerpo esponjoso se observa una proliferación fusocelular sin atipia citológica, separada por un estroma mixoide, en torno a las luces vasculares, a las que oblitera parcialmente. No se aprecian signos de malignidad ni datos en relación con su sarcoma previo.

Las células fusiformes muestran inmunoexpresión para vimentina, actina de músculo liso (IA4) y actina músculo específica (HHF35. El colágeno IV delinea las células fusiformes. Desmina y caldesmon son negativos (excepto en las fibras musculares de las paredes vasculares), así como S-100 y CKAE1/AE3. CD31, CD34 y Factor VIII son positivos únicamente en las células endoteliales residuales en la periferia. El índice de proliferación (Ki67) se encuentra en torno al 1%.

DIAGNÓSTICO: MIOINTIMOMA (TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO ANGIOCÉNTRICO).

CONCLUSIONES: El miointimoma de pene es un tumor benigno raro, derivado de la capa íntima de los vasos del cuerpo cavernoso. Fue descrito por primera vez en el año 2000 por Fetsch et al, habiéndose referido hasta el momento menos de 30 casos. Se trata de una proliferación celular dentro de los vasos sanguíneos sin asociación con otras patologías sistémicas o malignas.

Se manifiesta como un nódulo palpable en el glande o en la corona del pene, sin compromiso de la piel ni síntomas sistémicos. Puede presentarse a cualquier edad y generalmente es asintomático, salvo cambios ocasionales de coloración en la piel sobre el nódulo.

A nivel microscópico, se observa una proliferación fusocelular en un patrón estrellado dentro de una matriz fibromixoide que pueden formar nódulos intravasculares que ocupan su luz, sin atipias ni mitosis. La lesión es positiva para marcadores de miofibroblastos. El diagnóstico diferencial se establece con otros tumores tales como el tumor fibrohistiocítico plexiforme, el miofibroma, el leiomioma, el hemangioendoteloma epitelioide, tumores de la vaina nerviosa periférica o fascitis intravascular.

El tratamiento de elección es la biopsia excisional. Su evolución suele ser estable, sin tendencia a la recidiva tras la extirpación. Incluso, se han descrito casos de regresión espontánea después de una biopsia.

- Fetsch JF, Brinsko RW, Davis CJ Jr, Mostofi FK, Sesterhenn IA. A distinctive myointimal proliferation ('myointimoma') involving the corpus spongiosum of the glans penis: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 10 cases. Am J Surg Pathol. 2000; 24:1524-30.

NEVUS MELANOCÍTICO INTRADÉRMICO CON DIFERENCIACIÓN PERINEUROMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO INFRECUENTE.

Mora Díaz, Rodrigo; Rendón García, Rosa; Álvarez Muñoz, Alejandro Hernán; Machuca Aguado, Jesús De Beltrán; Lara Medina, Guillermo; Ríos Martín, Juan José

Presentador: Mora Díaz, Rodrigo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los nevus melanocíticos intradérmicos durante su evolución adquieren con frecuencia apariencia neuroide, en ocasiones formando estructuras similares a los corpúsculos de Meissner o a los cuerpos de Verocay, representando diferenciación hacia el nervio periférico. La diferenciación perineuromatosa es una variante histológica infrecuente poco descrita en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 13 años con lesión névica en el hombro.

RESULTADOS: El estudio histopatológico presentó en profundidad numerosas estructuras redondeadas de aspecto perineural, en un estroma escleroso, entremezcladas con melanocitos benignos. El estudio inmunohistoquímico, positivo para CD34, GLUT-1 y AME, confirmó la naturaleza perineural de estas estructuras. El diagnóstico fue "nevus melanocítico intradérmico con diferenciación perineural" (nevus melanocítico perineuromatoso).

CONCLUSIONES: Los nevus melanocíticos perineuromatosos son considerados una variante histológica rara de nevus neurotizado de carácter benigno. Plantean el diagnóstico diferencial con otras entidades, entre ellas perineuroma y neurofibroma (ambos carecen del componente melanocítico) y el melanoma desmoplásico (negativo para AME, CD34 y GLUT-1 y con expresión difusa para S100 y SOX 10).

CARCINOMA SEBÁCEO SOBRE NEVUS SEBÁCEO DE JADASSOHN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Colino Gallardo, Ana María; Rodríguez , Yuri; Barrios , Gabriela; Martínez , Ana Patricia; Perez , Pablo; Candia , Antonio; Domínguez , Purificación

Presentador: Colino , Ana María

HEALTH DIAGNOSTIC, GRUPO QUIRÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El nevus sebáceo de Jadassohn es un hamartoma que involucra la epidermis, las glándulas ecinicas ectópicas, las apocrinas y los folículos pilosos. Tradicionalmente, se ha relacionado con el desarrollo de diversas neoplasias cutáneas tanto benignas, siendo las más frecuentes, como neoplasias malignas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 45 años que acude a consulta para revisión de lesión pigmentada en cuero cabelludo de varios años de evolución, pero que recientemente ha sangrado. Tras observación se aprecia una lesión costrosa con signos de inflamación y se recomienda su extirpación preventiva. En el laboratorio se recibe un fragmento fusiforme de piel que mide 3 x 1,6 cm, en cuya superficie se observa una lesión sobreelevada de superficie irregular y bordes bien definidos que mide 0,6 x 0,5 cm.

RESULTADOS: Muestra de piel en la que se identifica una lesión hamartomatosa, con una mezcla de glándulas sebáceas maduras que conectan directamente con la epidermis y glándulas apocrinas ectópicas. Sobre esta lesión anteriormente descrita se observa una tumoración redondeada y sobreelevada, bien delimitada multilobulada, sin estroma desmoplásico alrededor. La tumoración es densamente celular formada por células grandes, con escaso citoplasma y núcleos grandes de bordes irregulares con uno o varios nucleolos prominentes y figuras de mitosis (hasta 9 mitosis por 10 campo de gran aumento) varias de ellas atípicas, incluso con imágenes tripolares. No se identifica empalizada periférica. Hay entremezclados frecuentes grupos y células sueltas de diferenciación sebácea (células de citoplasma amplio multivacuolado con núcleo redondo central y nucleolo prominente). No se han observado imágenes de invasión linfovascular o de infiltración perineural. La lesión no contacta con los márgenes laterales ni profundo. Con técnicas de inmunohistoquímica, el tumor expresa adipofilina en toda su longitud y el p53 es positivo difuso. El índice proliferativo es de 30% aproximadamente.

CONCLUSIONES: El caso presentado a un nevus sebáceo de Jadassohn con desarrollo de un carcinoma sebáceo. Durante la edad adulta, es común que se desarrollen neoplasias sobre un nevus sebáceo, siendo la mayoría benignas, como el tricoblastoma o el siringocistoadenoma papilífero, mientras que la incidencia de neoplasias malignas es menor del 5%. Este caso enfatiza la importancia del seguimiento clínico y la exéresis quirúrgica del nevus, recomendada especialmente después de la pubertad, debido al riesgo de transformación maligna.

PRESENTACIÓN INUSUAL DE LA ENFERMEDAD DE KIMURA

Valdenebro Cuadrado, Gabriel; Hernández Bustos, Helena; Taveras Espinal, Héctor Alan; Gil Belmonte, María Jesús; Kaip , Gisela Carolina

Presentador: Valdenebro Cuadrado, Gabriel

ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Kimura es un trastorno inflamatorio poco frecuente de origen desconocido, que se presenta con mayor frecuencia en personas de origen asiático con predominio masculino, aunque también se han reportado casos en otras poblaciones. Generalmente afecta la zona de la cabeza y el cuello, manifestándose en forma de nódulos o masas, y puede involucrar tejido subcutáneo, glándulas salivales y ganglios linfáticos. A nivel de análisis de laboratorio estos pacientes muestran eosinofilia en la sangre periférica y niveles elevados de IgE sérica. Los hallazgos morfológicos incluyen hiperplasia linfóide folicular con centros germinales prominentes, asociados a expansión de áreas interfolliculares por abundantes eosinófilos que a menudo forman microabscesos eosinofílicos. En los centros germinales es posible detectar depósitos de IgE. Los casos avanzados pueden mostrar distintos grados de fibrosis y proliferación vascular en zonas interfolliculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 60 años caucásico sin antecedentes de interés que acude por dolor en región frontal derecha asociado a tumoración blanda móvil de 4 años de evolución. Además se observan varias lesiones nodulares subcutáneas en pabellón auricular derecho y región retroauricular derecha que han ido apareciendo de manera progresiva en los últimos 5 años. Tras exéresis de la lesión principal, se envía a Anatomía Patológica para su estudio. Macroscópicamente se recibe una elipse cutánea sin alteraciones en su superficie 1,3 x 0,4 cm con una profundidad de hasta 1,1 cm.

RESULTADOS: Al microscopio se observó una sección de piel en la que se reconoce en dermis reticular y tejido celular subcutáneo numerosos folículos linfoides con centros germinales hiperplásicos y arquitectura conservada. A mayor aumento se identifican abundantes eosinófilos dispersos en la zona interfollicular formando focales microabscesos. Coexisten vasos sanguíneos de paredes gruesas y fibrosis prominente. La inmunohistoquímica mostró folículos linfoides bien definidos CD20 y BCL6 positivos con trama dendrítica preservada CD23 positiva. La zona interfollicular es positiva para CD3 y BCL2, estando negativa en los centros germinales. Presenta un Ki67 de características típicas, siendo elevado a nivel de los folículos linfoides. El CD34 resalta la proliferación vascular en áreas interfolliculares.

Posterior al diagnóstico de AP se confirman en la analítica niveles elevados de IgE en suero y eosinofilia en sangre periférica.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Kimura se trata de una entidad inflamatoria crónica rara, cuya causa exacta se desconoce. Este trastorno se manifiesta con la aparición de masas subcutáneas, principalmente en la zona de la cabeza y el cuello, acompañados de un aumento de eosinófilos en la sangre y niveles altos de IgE en suero. Los resultados del análisis histopatológico combinados con los síntomas y la serología del paciente fueron clave para confirmar el diagnóstico. Es una enfermedad benigna con un pronóstico excelente, sin embargo, su curso crónico y las posibles recurrencias requieren un manejo multidisciplinario, que puede incluir cirugía, corticosteroides o radioterapia. Además, aunque es más común en hombres jóvenes de ascendencia asiática, este caso demuestra la importancia de considerar la enfermedad de Kimura incluso en pacientes fuera del grupo étnico típico con el fin de conseguir un tratamiento y seguimiento adecuados.

Educación Médica

1456

NUEVAS FORMAS DE DOCENCIA EN EL ENTORNO ACADÉMICO UNIVERSITARIO. PROYECTO DE LAS REDES SOCIALES: LA ANATOMÍA PATOLÓGICA (AP) TAMBIÉN EXISTE

García García, Mar; Pérez García, Juan; Manero Montero, Mario; Larrosa Martínez, Diego; Vilorio Guzman, Reynaldo; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Cardiel García, María José; Muñoz Gonzalez, Guillermo; Ramirez Gasca, Teresa
Presentador: García García, Mar

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala E1)

INTRODUCCIÓN: La AP es una especialidad médica tan importante como desconocida para la población general. En nuestra Facultad, esta asignatura se imparte en el 5º semestre y es considerada por los alumnos como una materia difícil. En cursos previos, las encuestas de satisfacción de la docencia han puesto de manifiesto que los alumnos, después de superar la asignatura, siguen sin saber a qué se dedican los patólogos en su práctica clínica diaria. Por otro lado, las redes sociales han cambiado la forma en la que interactuamos los unos con los otros. Para la Generación Z, en la que se encuadran nuestros estudiantes, estos canales son su entorno natural, un elemento fundamental de su identidad, comunicación y percepción del mundo.

Así pues, en este trabajo nos hemos propuesto acercar la AP y el rol del patólogo en el diagnóstico de las enfermedades a los estudiantes de la asignatura del curso 24-25, así como a sus familiares y amigos mediante la creación y divulgación de contenido relacionado con la especialidad en redes sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los alumnos de la asignatura realizan dos semanas de prácticas. Durante la primera semana han recibido las instrucciones. Por grupos de 4 o 5 alumnos, se les ha pedido que crearan contenido explicando de qué trata la especialidad, el papel del patólogo en general y/o su rol en el diagnóstico de diversas enfermedades.

Han subido el contenido, en el formato escogido según preferencias (videos, hilos de X, comics...), a una de las cuentas específicamente creadas para ello (X: @alumnosAPunizar, Tik Tok: @apunizar, Instagram: @alumnosAPunizar), y que nombraran la publicación en @APenAragon (X y Tik Tok) o @AnatomiaPatologicaenAragon (Instagram).

Durante la segunda semana de prácticas ha tenido lugar la presentación del trabajo. Se les ha preguntado cuál fue su idea, cómo la desarrollaron, a quien hicieron difusión del trabajo y el feedback recibido. Por otro lado, para la evaluación del trabajo se elaboró una rúbrica concisa. Para obtener la puntuación máxima (0,5 puntos de la nota final de la asignatura), se han tenido en cuenta los siguientes ítems: contenido de la publicación (0'1 puntos), la exposición (0'1 puntos), la originalidad / creatividad (0'1 puntos), la difusión del trabajo / impacto (ejemplo likes/visualizaciones) (mínimo 50 para obtener 0'1 puntos), y la eficacia comunicativa (0'1 puntos).

RESULTADOS: Un total de 245 alumnos han participado en la actividad, con 65 historias. La red social más utilizada ha sido Instagram (64/65). Algunos de los trabajos publicados en X también se han subido a Tik Tok (5/64).

Todos los grupos participantes han obtenido la nota máxima. A pesar de que los últimos grupos han tenido más difícil encontrar vías no exploradas todavía por sus compañeros han conseguido mantener un excelente grado de creatividad y originalidad. El número de visualizaciones ha superado con creces el mínimo requerido. A destacar una de las publicaciones en Tik Tok que ha conseguido hasta la fecha más de 600 000 reproducciones.

CONCLUSIONES: La incorporación de las redes sociales como vehículo en el aprendizaje de nuestros alumnos ha resultado un modelo muy satisfactorio, a la vez que ha favorecido un aprendizaje participativo activo, el trabajo en equipo y el aumento en el conocimiento sobre nuestra especialidad en la sociedad. También se espera que en un futuro próximo aumente el número de alumnos que nos eligen para su formación como especialistas.

Educación Médica

1469

IMPLEMENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE ESTUDIOS MACROSCÓPICOS EN EL GRADO DE MEDICINA CON IMPRESIÓN TRIDIMENSIONAL Y MODELOS DE ALGINATO

Alcaraz Mateos, Eduardo; Salmeron Lopez, Candela; Miñarro Jimenez, Juan Francisco; Abellan Palazon, Angeles; Caballero Aleman, Fuensanta; Rosauero Romero, María De La Luz; Universidad Murcia , Delegacion Medicina; Poblet , Enrique
Presentador: Alcaraz Mateos, Eduardo

ANATOMIA PATOLOGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:20-18:25 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: Existen limitaciones en la enseñanza del estudio y disección macroscópica en el grado de medicina debido a numerosos factores como la ausencia de prácticas hospitalarias, la falta de disponibilidad y estandarización de los especímenes y la preservación de la seguridad en el manejo de los mismos. La finalidad del estudio fue diseñar mediante fabricación aditiva modelos anatómicos tridimensionales para su implementación en las prácticas de medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis de las piezas quirúrgicas y biopsias más adecuadas para su replicación desde un punto de vista docente, considerando su carácter neoplásico y se diseñaron prototipos que fueron digitalizados tridimensionalmente (EinScan Pro2X) y editados con Geomagic Wrap y SolidWorks. A continuación, se realizó la impresión 3D con filamento de plástico ABS en el equipo Stratasys F170, consiguiendo el molde para los distintos especímenes, empleando alginato (Orthoprint) para las réplicas, tras pruebas de color, textura y conservación. Tras la validación de las mismas, se planteó la incorporación a las prácticas de medicina, con tutoriales online complementarios.

RESULTADOS: Las piezas seleccionadas fueron: resección cutánea, tiroidectomía total neoplásica y polipectomía intestinal. Tras talleres piloto con 27 estudiantes de medicina, se incorporó al plan formativo del grado de medicina (curso 2023-2024), participando un total de 198 estudiantes de tercer curso. Debido a la buena acogida tanto por docentes como por estudiantes, se ha mantenido en el curso académico 2024-2025, (236 estudiantes).

CONCLUSIONES: Es posible producir réplicas de especímenes simulados con fabricación aditiva y modelos 3D de alginato para enseñar conocimientos y habilidades en disección macroscópica.

Ésto representa una alternativa a las muestras tisulares frescas o fijadas en formaldehído, evitando riesgos biológicos y toxicidades, respectivamente.

La metodología permite un aprendizaje estandarizado en macroscopia, preservando la integridad de las muestras reales y contribuyendo a la seguridad del paciente, al mismo tiempo que mejora la visibilidad de nuestra labor como patólogos.

Educación Médica

1452

PROYECTO PATÓLOGO POR UN DÍA: SIMULACIÓN “LOW COST” DEL PROCESO DE DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA Y TALLADO DE MUESTRAS

García García, Mar; Manero Montero, Mario; Pérez García, Juan; Vilorio Guzman, Reynaldo; Larrosa Martínez, Diego; Gonzales Sejas, Ariel; Torrecilla Idoipe, Nerea; Marta, Carlo Bruno; Ferrando Lamana, Lucia; Ramirez Gasca, Teresa

Presentador: García García, Mar

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:25-18:30 Sala 1-2)

INTRODUCCIÓN: En una era en la que se promueve el aprendizaje basado en competencias, la creación de escenarios simulados supone un buen entorno para ello. En el campo de la medicina, se fomenta el desarrollo de habilidades que sólo podrían ser practicadas con pacientes o muestras de pacientes, en un ambiente controlado y seguro.

Tras la recepción y registro de la muestra, la descripción macroscópica es el primer paso en el estudio de cualquier muestra remitida a un servicio de Anatomía Patológica. En este trabajo se presentan la estructura de un taller diseñado para estudiantes de medicina, con el fin de trabajar los conceptos más importantes en este paso del diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han construido 6 casos clínicos ficticios: Andrés Trozado Micoche tiene un nódulo tiroideo de posible naturaleza quística del que se realiza exéresis; Ester Colero García es una mujer con antecedentes familiares de cáncer de mama, a la que se le realiza una tumorectomía de mama derecha por lesión BIRADS 4; Lola Mento Mucho tiene una diabetes mellitus mal controlada, a la que se le realiza una amputación del dedo índice del pie derecho; Armando Bronca Segura es un varón con importante daño actínico y con una tumoración cutánea en vértex craneal que se reseca; Dolores Fuertes de Barriga es una mujer con antecedentes de LLC-B que presenta pancytopenia durante el seguimiento y se realiza biopsia de hueso medular; finalmente, Paco Mer Melo refiere debilidad en hombro y pérdida esporádica del campo visual derecho, del que se remite biopsia de la arteria temporal. Por otro lado, se han seleccionado 6 golosinas que han simulado las biopsias remitidas para estudio de cada uno de los pacientes.

Tras una introducción del tema con proyección de un video explicativo, se ha repartido uno de estos casos a cada uno de los alumnos asistentes al taller. En una hoja de trabajo diseñada para el taller, los alumnos, de forma individual, han realizado la descripción de la pieza y el tallado de la misma. Finalmente, han colocado uno de los cortes en un casete correctamente orientado.

La actividad ha sido valorada con una nota máxima de 0,25 puntos sobre el total de la asignatura (10 puntos), siguiendo una rúbrica concisa. Finalmente, los estudiantes han rellenado una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS: Un total de 249 estudiantes han realizado el taller, donde han aprendido y disfrutado del mismo. 245 de los participantes han obtenido la puntuación máxima. En una escala de 1 a 5, el formato del taller ha sido valorado con un 4 (10,8%) o un 5 (88,8%). En cuanto a la metodología utilizada, los estudiantes la valoran positivamente, con un 4 (10,8%) o un 5 (88%). Además, el grado de interacción entre el alumno y profesor también ha sido percibido como muy bueno (el 94% de los alumnos han otorgado una puntuación de 5). Finalmente, destacar que los alumnos han integrado los conceptos de forma adecuada y recomiendan seguir con este taller como parte de las prácticas de la asignatura.

CONCLUSIONES: El trabajo de un patólogo es un tanto desconocido entre los estudiantes del grado de Medicina, por lo que hemos introducido el proyecto patólogo por un día, que consta de varias actividades.

El taller de macros “low cost” ha resultado un entorno seguro y desenfadado en el que los estudiantes han aprendido uno de los pasos en el estudio de las muestras que se remiten a diario a nuestros servicios.

Educación Médica

1613

HERRAMIENTAS INTERACTIVAS EN LA DOCENCIA PREGRADO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Alfaro Cervello, Clara; Terrádez Mas, Liria; Giner Segura, Francisco; Mayordomo Aranda, Empar; Navarro Lucas, Rafael; Ferrández Izquierdo, Antonio; Monteagudo Castro, Carlos; Navarro Fós, Samuel

Presentador: Alfaro Cervelló, Clara

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA – INCLIVA. DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 11:10-11:35 Pantalla 6)

INTRODUCCIÓN: La asignatura Anatomía Patológica Especial incluye en nuestra programación clases teóricas, seminarios, prácticas microscópicas, prácticas clínicas y trabajos tutorizados. Presentamos nuestra experiencia en la aplicación de herramientas interactivas a los seminarios para la metodología de aula inversa.

La docencia en los seminarios persigue reforzar la correlación clínico-patológica y fomentar la interacción con el alumnado. Por tanto, puede ser especialmente útil aplicar un modelo de aula inversa. Para ello, el alumnado prepara el tema previamente mediante materiales de aprendizaje y autoevaluación elaborados por el profesorado. Después, en un seminario presencial participativo, es posible aplicar los conocimientos adquiridos y exponer dudas. Presentamos diversas herramientas interactivas útiles que hemos aplicado tanto para los materiales de preparación del seminario, como para dinamizar la docencia durante la clase.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la preparación de los seminarios con aula inversa creamos presentaciones interactivas con cuestionarios elaborados con H5P e integrados en Aula Virtual. El día del seminario se resolvieron las dudas sobre el tema y se impartió de forma interactiva, utilizando preguntas con casos clínicos y otras herramientas interactivas que permiten incorporar cuestionarios e imágenes de anatomía patológica, como Wooclap o Kahoot.

RESULTADOS: La encuesta de evaluación al alumnado participante en los seminarios de aula inversa mostró que el 87,5% de los estudiantes usó el material de preparación, y el 91,43% lo encontró útil. Además, el 75% consideró que participar en los seminarios de aula inversa le ayudaba a aprender. Finalmente, el 97,5% de los estudiantes se mostró satisfecho o muy satisfecho con la asignatura.

CONCLUSIONES: Las herramientas de aprendizaje interactivo están en constante evolución y permiten introducir actividades y materiales didácticos innovadores para mejorar la adquisición de competencias. Estas metodologías promueven el razonamiento y la asociación de conceptos. El alumnado está muy satisfecho con las actividades de innovación y con la docencia de la asignatura en general.

PROYECTO PATÓLOGO POR UN DÍA: SIMULACIÓN DE LA TÉCNICA DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) CON LA AYUDA DE FIONA®. RESULTADOS DE UN PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE (PIIDUZ_1 EMERGENTES ID 5217)

García García, Mar; García Fuertes, Sonia; Ponce Casas, Eduardo; Bermúdez Cameo, Rocio; Bengochea Martínez, Lourdes; Cabañuz Rocatallada, Clara; Del Agua Arias-Camisión, Celia; Franco Rubio, José Ignacio; Mejía Urbáez, Elaine; Felipe Berlinga, Francesc

Presentador: García García, Mar

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En una era en la que se promueve el aprendizaje basado en competencias, la creación de escenarios simulados supone un buen entorno, con eficacia demostrada en distintos campos. En concreto en el campo de la medicina, se fomenta el desarrollo de habilidades que sólo podrían ser practicadas con pacientes, en un ambiente controlado y seguro. La técnica de PAAF es una práctica clínica habitual en los servicios de Anatomía Patológica (AP). Se trata de un método de diagnóstico rápido, fiable y poco invasivo, asociado a baja incidencia de complicaciones. Es una prueba indicada en pacientes que presentan lesiones palpables. La punción se realiza con la utilización de una aguja muy fina acoplada a una jeringa que ayuda a aspirar la muestra celular. FIONA® es un modelo patentado que consiste en un maniquí antropomorfo conformado por cabeza y torso, por el que se distribuyen distintas lesiones palpables, sobreelevadas y cubiertas por parches que simulan la piel. Debajo de los parches existen unos depósitos que se pueden rellenar con distintos materiales o sustancias y que simulan el contenido de las lesiones.

Por otro lado, no siempre recibimos en los servicios de AP unas hojas de solicitud de estudio correctamente cumplimentadas, faltando en muchas ocasiones datos clínicos de relevancia para el diagnóstico del paciente. Otras veces, la grafía del médico solicitante es ilegible. Es por ello que en este taller se combina la cumplimentación de la hoja de petición de estudio anatomopatológico con la práctica de la técnica de PAAF, utilizando como base teórico-práctica 6 casos clínicos reales anonimizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: De forma previa al taller, se ha repartido una hoja de solicitud de estudio anatomopatológico por grupos de 2 a 3 estudiantes. En esta hoja se les ha indicado el caso clínico a trabajar y han tenido que cumplimentar la solicitud del estudio con los datos correspondientes a su paciente extraídos de un resumen de historia clínica.

Tras una explicación de la técnica de PAAF, todos los alumnos que han asistido al taller han podido practicar y realizar el procedimiento. Posteriormente, han trabajado el caso asignado, ahora como patólogos, revisando las preparaciones digitalizadas disponibles. También se les ha dado feed-back sobre la tarea de cumplimentación de la hoja de solicitud.

RESULTADOS: Entre los cursos 23-24 y 24-25, un total de 498 alumnos han realizado el taller. En una escala de 1 a 5, los alumnos consideran satisfactoriamente el formato global del mismo (99% de los alumnos responden 4 o 5 puntos). También se valora positivamente el grado de interacción entre alumno y profesor (99,6% de los alumnos responden 4 o 5 puntos), así como la representatividad de los casos seleccionados (97% de respuestas 4 o 5). Finalmente, el 99,6% recomiendan seguir con el taller como parte de las prácticas de la asignatura.

CONCLUSIONES: El trabajo de un patólogo es un tanto desconocido entre los estudiantes del grado de Medicina, por lo que hemos introducido el proyecto patólogo por un día, que consta de varias actividades. En este caso, los alumnos en la asignatura de "Procedimientos diagnósticos y terapéuticos Anatómo-Pathológicos", que se imparte en el 5º semestre del grado de Medicina, han tenido la oportunidad de trabajar con FIONA®, en un taller de PAAF creado específicamente para tal efecto. Además, han aprendido como realizar una buena cumplimentación de la hoja de petición del estudio.

PADLET: UNA HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA AGILIZAR LOS TRABAJOS TUTORIZADOS

Terradez Mas, Liria; Alfaro Cervello, Clara; Giner Segura, Francisco; Mayordomo Aranda, Empar; Navarro Lucas, Rafael; Ferrandez Izquierdo, Antonio; Monteagudo Castro, Carlos; Navarro Fós, Samuel

Presentador: Terradez Mas, Liria

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA Y DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los trabajos tutorizados se realizan en grupos pequeños y tienen una temática y formato variables, que permiten profundizar en temas concretos y facilitan la adquisición de competencias transversales. Presentamos un formato de trabajo tutorizado en el que utilizamos una herramienta interactiva para el seguimiento de su elaboración. De esta forma, se mantiene una comunicación constante entre alumnado y profesorado, además de estimular su participación de forma homogénea entre participantes de un mismo grupo y entre los diferentes grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS: En los trabajos tutorizados, el alumnado debía elaborar en grupo un caso anatómo-clínico sobre un tema adjudicado por el profesorado. Para la realización del trabajo, realizamos un seguimiento mediante la herramienta libre Padlet, que permite compartir contenido digital (texto, imágenes o enlaces), resolver dudas y corregir las aportaciones. Finalmente, cada grupo realizó una exposición oral en una sesión conjunta.

RESULTADOS: En los trabajos tutorizados, la herramienta Padlet proporcionó un espacio virtual interactivo y colaborativo. Todos los alumnos realizaron dos o más aportaciones. Estas incluían imágenes, texto o enlaces para elaborar el trabajo, así como preguntas concretas que respondía el profesorado.

La resolución de dudas a medida que se iba colgando el contenido ofreció la oportunidad de corregirlo de forma paralela a la elaboración de la exposición final, minimizando posibles errores y aportando al alumnado un feed-back inmediato.

CONCLUSIONES: Se trata de una herramienta útil que estimula la participación del alumnado y optimiza el trabajo en equipo. Las dudas se plantean y se resuelven de manera dinámica, y facilitan la tutorización de los trabajos, de forma que el contenido se va supervisando durante su desarrollo. También facilita la participación homogénea de todos los componentes del grupo.

INTRODUCCIÓN DE TIC EN LA DOCENCIA PRÁCTICA DE LA ASIGNATURA PDT ANATOMO-PATOLÓGICOS EN EL GRADO DE MEDICINA. RESULTADOS DE UN PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE (PIIDUZ_1 EMERGENTES ID 4638).

García García, Mar; Felipo Berlanga, Francesc; Gonzales Sejas, Ariel; Marta , Carlo Bruno; Del Agua , Celia; Mejía Urbaz, Elaine; Muñoz Gonzalez, Guillermo; Cardiel García, María Jose; Bengochea Martínez, Lourdes; Ramirez Gasca, Teresa; García García, Mar

Presentador: Felipo Berlanga, Francesc

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La patología digital es, a día de hoy, una práctica habitual en algunos hospitales del país, donde el microscopio óptico ha dejado paso a equipos informáticos que permiten la digitalización de preparaciones que pueden ser visualizadas desde cualquier ordenador. No sólo se utiliza en el trabajo de diagnóstico del día a día, también representa un buen sistema de consulta de casos entre profesionales que se encuentran a distancia. En el ámbito académico, dicha tecnología ha sido introducida en algunos centros de forma exitosa por lo que en este proyecto se ha planteado la posibilidad de implantar esta tecnología en la docencia práctica de nuestra asignatura. Con ello nos hemos propuesto:

- Impulsar y materializar un cambio en la educación de los alumnos del grado de Medicina, favoreciendo una educación digital
- Beneficiar el aprendizaje y la adquisición de competencias en la interpretación de las imágenes por parte del alumno de forma interactiva y dinámica
- Facilitar el trabajo y estudio del alumno dentro y fuera del aula, así como promover su interés y autonomía en el estudio de la materia
- Mejorar la interacción entre alumno y profesor en el aula, mostrar mayor cercanía que facilite la adquisición de conocimientos
- Reducir los costes de mantenimiento de las herramientas y materiales fungibles al mínimo para mejorar la sostenibilidad en línea con los ODS

MATERIAL Y MÉTODOS: Hasta el curso 23.24, el estudio microscópico de los casos que se trabajan en el laboratorio de prácticas durante la asignatura, se realizaba con microscopio óptico convencional. En una primera fase, se han seleccionado un total de 88 casos para su digitalización mediante el equipo de la casa Leica (modelo Aperio AT2), quedando guardados en un disco duro externo como archivos.svs. Estos casos han sido puestos a disposición del alumno mediante un enlace URL ubicado en el curso de Moodle de la asignatura. Las sesiones de prácticas se han estructurado de la siguiente manera:

- Introducción breve del tema.
- Se han trabajado entre 2 y 3 casos por práctica. Tras la introducción, se ha dejado tiempo para que los alumnos los estudiaran por su cuenta. Al final, se han puesto en común los hallazgos con resolución de dudas.

Al finalizar, los estudiantes han respondido a la encuesta de satisfacción.

RESULTADOS: La mayor parte de los alumnos valora positivamente o muy positivamente el formato de las prácticas y considera útil o muy útil la patología digital como herramienta docente y la consideran, incluso, superior al microscopio óptico. En cuanto a la facilidad de acceso a la descarga del programa, así como a las imágenes a trabajar desde el enlace proporcionado en el ADD, las respuestas han sido más dispares. Sólo el 44,4% de alumnos han contestado bien o muy bien a este punto. El 53,8% de los alumnos han descargado y echado un vistazo a los casos antes de la práctica.

CONCLUSIONES: Hemos equiparado la enseñanza de la materia a la de otras Universidades españolas en términos de educación digital.

Se ha facilitado el trabajo y estudio del alumno dentro y fuera del aula, incentivado el interés del alumnado por la materia impartida, favorecido una cercanía en la relación profesor-alumno durante las prácticas, así como un mayor grado de interacción y de proactividad del alumno en la resolución de los problemas planteados.

Se han reducido los costes de la docencia práctica, sobretudo en mantenimiento de los equipos.

La patología digital seguirá formando parte como metodología docente en cursos próximos.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LAS PRUEBAS SELECTIVAS DE MEDICINA (EXAMEN MIR) DE LA CONVOCATORIA 2024: LA IMPORTANCIA CRECIENTE DE NUESTRA ESPECIALIDAD

Pena Burgos, Eva Manuela; Martín Conejero, Antonio
Presentador: Pena Burgos, Eva Manuela

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Anatomía Patológica (AP) es una especialidad perteneciente al grupo de Servicios Centrales de los hospitales y es fundamental para el diagnóstico de muchos pacientes. Es una especialidad poco conocida para los estudiantes de medicina y no en todas las facultades de España se realiza una rotación para conocer el funcionamiento de un servicio de AP. El examen MIR es una prueba que ayuda a dar visibilidad a muchas especialidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional descriptivo enmarcado en el análisis del examen MIR realizado por una academia de preparación para dicho examen. Se han analizado todas las preguntas del examen MIR de la convocatoria 2024 (25 preguntas con imagen y 185 preguntas sin imagen) para evaluar la presencia de contenidos relacionados con la especialidad de AP.

RESULTADOS: La AP ha participado de forma directa e indirecta en 23 preguntas del examen (10,9%). 2 preguntas tenían imagen histológica y/o macroscópica, 5 preguntas se responden con la información de la AP proporcionada en el enunciado o en las respuestas, 3 preguntas hacen referencia al perfil molecular de diferentes tumores que se realiza en las biopsias, 4 preguntas aportan datos obtenidos en las biopsias para poder contestar y en 9 preguntas se menciona la realización de una biopsia en alguna de las opciones. La mayoría de las preguntas han sido de dificultad intermedia-alta (para un opositor MIR) y los temas han sido muy variados.

CONCLUSIONES: En los últimos 10 años ha habido un total de 16 preguntas relacionadas con la AP en los exámenes MIR, siendo los temas más preguntados la amiloidosis, los granulomas y la identificación macroscópica o histológica de un adenocarcinoma. En comparación con los años previos, se ha visto marcadamente incrementada la participación de la AP en el examen MIR, sobre todo en imágenes con pregunta asociada, lo que ayuda a dar visibilidad a nuestra especialidad y a recalcar la importancia que tiene en muchos procesos diagnósticos en los hospitales.

LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL EXAMEN MIR. UN ESTUDIO DE LAS IMÁGENES

Leiva Cepas, Fernando; Osuna Soto, Julio; Jurado Rivera, Michelle; Gálvez Medina, María José; Sánchez Ramírez, Inmaculada; Sanz Zorrilla, Alicia
Presentador: Osuna Soto, Julio

DPTO. CIENCIAS MORFOLÓGICAS Y SOCIOANITARIAS. FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA/SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El acceso a la formación médica especializada en España se realiza a través de un examen tipo test (MIR) de ámbito nacional y multidisciplinar. La Anatomía Patológica (AP) como especialidad médica, también. El objetivo de este trabajo es analizar las preguntas directamente relacionadas con la especialidad de Patología, evaluando su peso en el examen MIR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Métodos: Se han analizado preguntas de los exámenes publicados oficialmente por el Ministerio de Sanidad en los últimos 15 años (2010-2025). Se han agrupado por año, según estén asociadas a una imagen o no. Se han calculado índices de dificultad y discriminación. Se han analizado según valores de índices y se han agrupado por año, bloques y tipos de pregunta.

RESULTADOS: Se han realizado 25 preguntas con imágenes (2015-2025) y 31 sin imágenes. Las preguntas con imágenes han tratado sobre nefropatología, inflamación crónica, aparato digestivo y miscelánea. Las preguntas sin imágenes son más variadas y oscilan entre patología molecular y patología general. En el periodo analizado se han anulado dos preguntas. Las preguntas del examen no están agrupadas por bloques, y algunas de ellas se utilizan como preguntas de reserva.

CONCLUSIONES: La Anatomía Patológica es una especialidad cuya representación en el examen MIR varía anualmente. No existen bloques completos de preguntas en Anatomía Patológica. La introducción de imágenes en el examen ha mantenido estable el número de preguntas, sin embargo están relacionadas con su papel a nivel de un caso clínico y en la mayoría de las ocasiones el detalle morfológico no es relevante.

UPDATED ANALYSIS OF THE SPANISH PROSPECTIVE CENTRAL LUNG CANCER BIOMARKER TESTING REGISTRY (LUNGPATH): 9 YEARS OF REAL-WORLD BIOMARKER TESTING AND POSITIVITY RATES IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER.

Martin Lopez, Javier; Carcedo Rodriguez, David; García , J. Francisco; Arranz , Sara; Tonic , Ivana; Salas Antón, Clara
Presentador: Martin Lopez, Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERROS.º
ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:54-19:06 Sala E1)

INTRODUCCIÓN: The incorporation of biomarker into oncology has transformed cancer treatment, and currently non-small cell lung cancer (NSCLC) presents the greatest number of identified therapeutic targets. LungPath is a Spanish biomarker testing registry for lung cancer, for which a previous analysis of samples from March 2018 to January 2019 has been published in 2021. We aimed to update and extend the previously conducted analysis of the LungPath database to describe and quantify the testing and positivity rates of current essential biomarkers in NSCLC.

MATERIAL Y MÉTODOS: A retrospective observational study was conducted, including biomarker determinations of all types of NSCLC samples (determined by any method) from 61 Spanish hospitals between March 2018 and October 2023. Only adenocarcinoma and NSCLC not-otherwise-specified (NSCLC-NOS) histologies were included in the statistical analysis. The testing rate and the positivity rate for the current essential biomarkers in NSCLC (EGFR, ALK, ROS1, PD-L1, BRAF, KRAS, MET, RET or NTRK1) were calculated and evolution of the testing rate over time was also analysed. Frequencies and percentages of these study variables were obtained.

RESULTADOS: 12,709 NSCLC samples were finally analysed, the most common of which were biopsies (68.1%). The selected histologies (adenocarcinoma and NSCLC-NOS) represent 76,1% of the total lung cancer samples recorded in the LungPath database. Over the 9 years analysed, EGFR (86.0%) and ALK (84.2%) remain the most commonly tested biomarkers overall, followed by ROS1 (72.0%) and PD-L1 (70.7%). Other biomarkers with newer targeted therapies, such as MET, RET or KRAS, have lower but increasing testing rates. The positivity rates obtained for the current essential biomarkers were consistent with the previous analysis of LungPath database and the figures reported in the literature.

CONCLUSIONES: With 9 years of analysis, this study represents the largest real-world data evidence of biomarker determinations in Spain. Our results show that although testing rates for classic biomarkers are high, growth in the routine determination for new biomarkers remains slow, although testing rates are expected to increase in the coming years with the widespread adoption of next-generation sequencing (NGS) methods.

GTISP: UN PASO AL FRENTE EN LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Hernández León, Laura; Sanz Monte, Carolina; Muñoz Mármol, Ana María; Rodríguez Vila, Ana Isabel; Martín Cespedes, Montserrat; García Gimeno, Laura; Carrato Moñino, Cristina; Mate Sanz, José Luis; Fernández Ruiz, Pedro Luis
Presentador: Hernández León, Laura

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, BARCELONA)

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:20-18:25 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes durante su atención médica y la reducción del riesgo de causarles daño hasta un mínimo aceptable. Las incidencias que pueden comprometer la seguridad del paciente (ISP) en un servicio de Anatomía Patológica (AP) suelen estar relacionadas con la identificación de las muestras o su extravío. Los errores de identificación de muestras, bloques y preparaciones posibilitan el cruce de información entre pacientes. Aunque los sistemas que garantizan la trazabilidad minimizan drásticamente este tipo de incidencias, siguen produciéndose ISP.

La detección de las ISP precisa una rápida investigación para valorar adecuadamente los riesgos y facilitar su resolución. En nuestro servicio se consideró oportuno responsabilizar, desde el Comité de Calidad, a un grupo de trabajo que gestionase las ISP (grupo de trabajo de incidencias de seguridad del paciente (GTISP)). Presentamos nuestra experiencia en el año 2024 y los beneficios derivados de esta forma de trabajar.

MATERIAL Y MÉTODOS: El GTISP recoge de manera consecutiva todas las incidencias en un documento Excel. En el registro de incidencias se detalla la descripción de la misma y las acciones realizadas para su resolución. Se recogen otros datos relevantes como: identificación del origen de la incidencia, sus causas, y una valoración de su gravedad en cuanto a su repercusión en la seguridad del paciente. Durante la valoración de cada incidencia, se evalúa si pueden darse en otros puntos del proceso para actuar en consecuencia. En este trabajo se presenta el análisis correspondiente al año 2024 y su comparativa con el año 2023.

RESULTADOS: Las ISP comunicadas en 2024 fueron 49, de las cuales 15 se originaron en el Laboratorio General, 11 en Sala de Tallado, 9 fueron contaminaciones tisulares y 9 procedían de otros servicios solicitantes. En menor proporción, se detectaron 4 en Recepción de Muestras y 1 en el Laboratorio de Inmunohistoquímica.

Tras analizar estas incidencias, se abrieron los informes de calidad pertinentes para su seguimiento, acciones correctoras y control de su eficacia. las causas mas frecuentes fueron: no utilizar correctamente el sistema de trazabilidad o no usarlo por avería, limpiar puntualmente por lotes en lugar de caso a caso y limpieza no adecuada del material.

Se realizaron acciones formativas puntuales con los técnicos enfatizando en las acciones arriesgadas, los puntos críticos y las posibles repercusiones. La información derivada de estas incidencias tiene un gran valor a la hora de la evaluación de los riesgos.

Se compararon los datos obtenidos del año 2023 con los del año 2024, objetivándose una disminución del 21% en el número de ISP. Se confirmó una mayor disminución en las ISP originadas en el Laboratorio General (de un 45% a un 30%), fuera del servicio (de un 23% a un 18%) y en el Laboratorio de Inmunohistoquímica (de un 5% a un 2%).

CONCLUSIONES: La creación del GTISP tiene como finalidad una gestión rápida y eficaz en la resolución de las ISP a la vez que aporta información valiosa para la gestión de la calidad. El tratamiento focalizado de las ISP tiene numerosas ventajas: 1) Se evitan errores en la resolución de las ISP que pueden perpetuar una identificación incorrecta. 2) Permite un análisis más rápido y profesionalizado de las ISP. 3) Facilita la mejora continua con estrategias de formación, rediseño de puestos de trabajo y formas de trabajar. 4) Aporta información relevante en la evaluación de riesgos.

TEST MOLECULAR PARA RESOLVER PROBLEMAS DE IDENTIDAD DE MUESTRAS

Sanz Monte, Carolina; Hernández León, Laura; Marginet Flinch, Ruth; Pérez Cano, María; Martínez Rodríguez, Rocío; Urbizu Serrano, Aintzane; Arnaldo Ors, Laura; Carrato Moñino, Cristina; Muñoz Mármol, Ana María; Mate Sanz, Jose Luis
Presentador: Sanz Monte, Carolina

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:25-18:30 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Los sistemas de trazabilidad en Anatomía Patológica (AP) garantizan la identificación de las muestras durante todo el proceso, de forma que la identidad en los distintos soportes (recipiente, bloque, preparación) está asegurada. La utilización inadecuada de esos sistemas o sus fallos, pueden producir cruces en la identificación entre muestras de diferentes pacientes. Estas graves incidencias suelen detectarse por falta de correlación clínico-patológica en el momento del diagnóstico. No obstante, si los datos clínicos son coherentes con la histología del caso, pueden pasar inadvertidos. En algunos casos, el error cruzado en la identificación se produce antes de llegar a los servicios de AP por un incorrecto etiquetado o confusión de la identidad entre dos pacientes en el momento de formalizar la solicitud. En estos casos puede ser muy difícil resolver el error, aunque exista la sospecha.
En otras ocasiones, se obtienen datos discrepantes o sorprendentes en determinaciones moleculares que plantean la duda de un cruce de muestras en un laboratorio con trazabilidad manual como es el de patología molecular.
Hace más de 15 años que nuestro servicio implementó un test simple y ágil basado en el análisis de microsatélites polimórficos que nos permite asignar con garantías la propiedad de una muestra dudosa a un paciente concreto. Desde entonces venimos realizando regularmente estas técnicas para resolver este tipo de incidencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: El test se basa en dos amplificaciones múltiplex de 6 microsatélites (D1S199, D1S509, D1S2734, D19S112, D19S412, D19S596), resolución del producto de PCR en un analizador genómico (SeqStudio, ThermoFisher) y posterior análisis de fragmentos con el software GeneMapper6. El presente trabajo se recoge el análisis de los casos analizados durante el año 2024.

RESULTADOS: Durante el año 2024 se consideró necesario realizar este test en 3 casos con sospecha de cruce, que representa el 0,0005 % de las muestras procesadas en el servicio (unas 60.000 muestras/año).
En los tres casos se verificó que la identidad de las muestras era incorrecta. En dos de los casos, se había contaminado el bloque tisular con muestras de otro paciente, generando dudas interpretativas. En el tercer caso, dos muestras en fresco de distintos pacientes, fueron procesadas conjuntamente como si perteneciesen al mismo paciente. En los tres casos se realizó el test comparando con biopsias previas de los pacientes, estableciendo finalmente la identidad correcta de las muestras.
Por otro lado, se realizó el test en 11 casos donde los resultados de patología molecular nos plantearon dudas al obtener resultados discrepantes con muestras previas, no encontrando ningún caso mal asignado.

CONCLUSIONES: El test de microsatélites ha contribuido a la resolución de conflictos en las muestras que afectan a la seguridad del paciente, así como evidenciar los puntos donde se producen cruces de identidad que no dependen del sistema de trazabilidad. Ello permite iniciar medidas correctivas para minimizar este tipo de incidencias.
La disponibilidad de estas técnicas permite garantizar la identidad de las muestras sin la necesidad de volver a biopsiar al paciente, evitando las molestias y los costes derivados.
Por último, a nivel de laboratorio de patología molecular, donde el trabajo es muy manual y sin sistemas de trazabilidad transversal, el test representa una herramienta adicional de control y mejora de la seguridad del paciente.

VERIFICACIÓN DEL LÍMITE DE DETECCIÓN DEL PANEL DE NGS ONCOMINE PRECISION ASSAY EN TEJIDO PARAFINADO Y BIOPSIA LÍQUIDA

Mozos Rocafort, Ana; González Vidal, Allan; Gutiérrez Montalbán, Raquel; Catusas Cols, Lluís; Cabanas Lladó, Mariona; Mozos Rocafort, Anna
Presentador: González Vidal, Allan

HOSPITAL DE SANT PAU

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 11:10-11:35 Pantalla 7)

INTRODUCCIÓN: Ante la implementación del panel de NGS Oncomine Precision Assay (OPA) y su posterior acreditación bajo la norma ISO 15189, se plantea verificar el límite de detección de la técnica, porcentaje de frecuencia alélica de la variante (% VAF), para muestras de tejido parafinado y también en plasma sanguíneo. Para ello, se estudian casos del control de calidad externo de EMQN con resultados y frecuencia alélica previamente conocidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron tres casos del control de calidad externo Lung Cancer (NSCLC) Tissue Common Biomarkers de EMQN, dos de ellos con alteraciones conocidas y uno de ellos con resultado no mutado. También se seleccionaron un caso no mutado y uno con alteración del programa Circulating Free DNA (cfDNA) Testing in Lung Cancer de EMQN previamente genotipados en nuestro laboratorio y con resultados satisfactorios en la ronda correspondiente del control de calidad.
Se realizó la extracción de DNA y RNA del tejido, o bien cfTNA en el caso del plasma sanguíneo de las muestras seleccionadas, empleando el kit de extracción comercial Ion Torrent™ Genexus™ FFPE DNA/RNA Purification Kit o Ion Torrent™ Genexus™ Cell-Free Total Nucleic Acid Purification respectivamente, de forma automatizada, utilizando el equipo Genexus Purification System (GPI) de Thermo Fisher Scientific.
Para verificar el límite de detección del 3% para el panel de OPA en tejido se procedió a diluir el DNA y RNA de los controles con mutación y VAF validada por EMQN mediante ddPCR, con el DNA y RNA del control no mutado. Las diluciones se prepararon para obtener un resultado teórico aproximado de entre 3% ±1 de VAF. Asimismo, para verificar el límite de detección del 0.3% para el panel de OPA en plasma sanguíneo se diluyó el cfTNA del control con mutación y VAF validada por EMQN con el cfTNA del control no mutado, preparando las diluciones para obtener un resultado teórico aproximado de entre 0.3% ±0.1 de VAF.
Posteriormente, las muestras fueron analizadas mediante el panel de Oncomine Precision Assay en el equipo Genexus™ Integrated Sequencer. El análisis bioinformático se realizó con el software Ion Torrent Genexus 6.8.11.

RESULTADOS: Se observa que el panel OPA en tejido permite detectar alteraciones en un rango de VAF de entre el 3% ±1 con parámetros de cobertura satisfactorios, y en consecuencia establecer el límite de detección de la técnica en el 3% de VAF. En la técnica OPA para plasma, se detectan alteraciones en un rango de VAF del 0.3% ±0.1, cumpliendo los requisitos de calidad establecidos (molecular tags y cobertura total), lo cual permite establecer el límite de detección de la técnica en el 0.3% de VAF.

CONCLUSIONES: Este procedimiento permite verificar el límite de detección en el ensayo de NGS Oncomine Precision Assay. En el caso de las muestras de tejido, el límite de detección se establece en el 3% de VAF, mientras que, para las muestras de plasma sanguíneo, dicho límite se define en un 0.3% de VAF. Estos valores aseguran la sensibilidad del ensayo, permitiendo la detección confiable de variantes genéticas en tejido y plasma.

PROGRAMA DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE INCIDENCIAS RELACIONADAS CON TAREAS DE TSAPYC EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Lafuente Mainar, Ana Belen; Chico Rodríguez, María Milagros; García García, Mar; Pedrero González, Noelia; Barra Borao, Verónica; Floria Truc, Lidia; Ramírez Gasca, Teresa
Presentador: Lafuente Mainar, Ana Belen

HOSPITAL C. UNIV. LOZANO BLESA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Nuestro servicio está acreditado de acuerdo a la norma UNE-EN ISO 15189, que asegura que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, minimiza riesgos en la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica. Una de las herramientas de las que disponemos para evitar desviaciones son el registro y control de incidencias. En 2023 se abrieron un total de 1297 incidencias. Un alto porcentaje de las mismas se corresponden con errores directamente relacionados con procedimientos que se realizan desde que se registra la muestra hasta que salen los cortes de HE para su estudio inicial. Con el objetivo de disminuir el número de este tipo de incidencias en las fases pre analítica y analítica, hemos creado un grupo de trabajo integrado por médicos y TSAPyC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los objetivos principales del grupo de trabajo han sido revisar las incidencias abiertas durante el mes previo y aportar una retroalimentación entre médicos y personal técnico para tratar de evitar repetir los mismos errores en el futuro. La revisión del número y tipo de incidencias se ha realizado a través del programa Patwin. Dentro de cada categoría, se han enumerado y planteado posibles soluciones acordes a las causas. Después de cada reunión se ha elaborado un acta. Finalmente, para conocer la percepción de los TSAPyC de la utilidad de estas reuniones hemos utilizado una encuesta anónima.

RESULTADOS: Durante el año 2024, se han abierto 1179 incidencias. La mayor parte (676), son incidencias de la fase pre analítica. De ellas, el 89.2% son errores derivados del servicio solicitante siendo el servicio de endoscopias digestivas el que mayor número genera (48.6%). Otras 359, han sido incidencias relacionadas con el procesamiento. En este caso la mayor parte corresponden a deficiencias de los cortes en microtomía (30.63%), errores en la fijación/procesamiento de muestras (8.91%) y presencia de contaminantes en cualquier fase del proceso (6.4%). En menor medida, también se han detectado incidencias en la sección de macroscopia al no solicitarse correctamente las técnicas asociadas a algunos protocolos. Además de presentar la relación de incidencias detectadas, se han seleccionado ejemplos visuales mediante preparaciones digitalizadas para presentar en las reuniones. Como resultado de ellas se han prestado soluciones a algunas de las incidencias detectadas con el objetivo común de mejorar procedimientos de trabajo y evitar errores que supongan la pérdida de calidad y un diagnóstico deficitario al paciente. Del mismo modo, en cuanto a las incidencias derivadas del servicio de endoscopias, hemos analizado los motivos y hablado con dicho servicio con el fin de disminuir las mismas.

CONCLUSIONES: El grupo de trabajo ha conseguido un ambiente receptivo proporcionando una disminución sustancial de la cantidad de incidencias que dependen directamente del trabajo de los TSAPyC en este servicio. Del mismo modo, también hemos logrado reducir significativamente los errores del servicio de endoscopias digestivas, tras analizar los motivos más frecuentes y hablar con dicho servicio. Algunas dificultades que han impedido mejores resultados son el alto recambio de personal por distintas causas, así como la poca o ninguna experiencia previa en algunos casos. También hemos tenido cambios de equipos en las áreas de actuación. Finalmente, el feedback de las reuniones es percibido de forma muy positiva, en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los TSAPyC participantes.

IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA Y METODOLOGÍA LEAN PARA MEJORAR EL FLUJO DE TRABAJO Y LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Moreno León, Dolores; Aragón Fernandez, Lourdes; Guerrero Campos, Mónica; Soldevila Cases, Rosa; Matias-Guiu Guia, Francisco Javier
Presentador: Moreno León, Dolores

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Servicio de anatomía patológica creada en 1975 con 42.000 estudios anuales, más de 190.000 bloques de parafina y de 275.000 hematoxilinas/eosinas. Tiene una gran variabilidad de bloques a procesar durante la semana, entre 400-1400 bloques diarios, dificultando la entrega del trabajo. Aprovechando la reforma integral del servicio buscamos implementar tecnología que facilite el flujo continuo, la trazabilidad, el trabajar en pequeños lotes y la máxima tecnificación, evitar el acúmulo de más de 3000 bloques diarios en los meses de más trabajo, así como la sensación de estrés de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron flujos de trabajo de los departamentos de microscopia y histología, se diseñaron los flujos nuevos de trabajo con metodología LEAN y se trabajó la gestión del cambio con los profesionales de esas áreas. Se instalaron equipos con tecnología que nos podía facilitar el flujo continuo, un procesador diurno rápido, dos hacedores de bloques de parafina y dos cortadoras automáticas de corte micrométrico. Gestionamos el cambio con visión global, desarrollo de equipo y comunicación, a la vez que participación y formación de los profesionales.

RESULTADOS: La nueva tecnología implementada favoreció un flujo continuo de trabajo. En los primeros meses se consiguió procesar el 68% de biopsias en procesador diurno, el 89% en paraform® que permitió hacer los bloques automatizados, y se cortaron una media 70% de las biopsias en microtomía automatizada. Se confirmó una ausencia de acúmulos de bloques desde su implementación, sin demora diagnóstica y disminución de sensación estrés laboral.

CONCLUSIONES: La automatización de procesos, la gestión del cambio y la metodología LEAN permiten mejorar el flujo de trabajo, estandarizar procesos y favorecer la trazabilidad y la seguridad del paciente. Además, la gestión del cambio libera a los técnicos para realizar tareas de mayor valor añadido, reduciendo el estrés y optimizando la eficiencia del servicio.

Gestión y Calidad

1794

REGISTRO GRÁFICO DEL PROCESO PREANALÍTICO DE APERTURA/MANIPULACIÓN DE MUESTRAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA (HCU LOZANO BLESA)

Larrosa Martínez, Diego; Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Sanz Allos, Carlos; Ramírez Gasca, Teresa; Felipe Berlanga, Francesc; Morillo Lamiel, Elsa; Rico Bujeda, Paula; Marta, Carlo Bruno
Presentador: Larrosa Martínez, Diego

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Con motivo de la ocurrencia de una no conformidad, relacionada con la discrepancia en la recepción de una muestra quirúrgica, cuya desaparición en tránsito, puso de manifiesto la necesidad de establecer un protocolo más riguroso y trazable en la recepción y manipulación de las muestras de nuestro servicio. Se planteó optimizar y documentar, mediante medios audiovisuales, la apertura de la muestra y manipulación inicial del material recibido (medición, pesaje, apertura e identificación de márgenes quirúrgicos) en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCULB).

MATERIAL Y MÉTODOS: Cuando se reciben las muestras para su diagnóstico, se realiza una comprobación de los datos clínicos y piezas remitidas, todo esto con la finalidad de garantizar la concordancia entre ellas. Para evitar discrepancias entre los descrito que se remite e identificar posibles errores en dicho proceso, implementamos un registro audiovisual de lo remitido mediante la puesta en marcha de un sistema de grabación en el área de apertura de piezas, permitiendo ver así el campo de trabajo durante todo el procedimiento, para de esta manera obtener un registro diario que respaldaba la actuación de patólogos, residentes y TEAPyCs.

RESULTADOS: Se instaló una cámara web que diariamente, al iniciar el proceso de apertura, se pone en marcha registrando la comprobación de datos en la solicitud, coincidencia entre el número de muestras y datos de identificación, apertura de botes/envases con manipulación inicial que incluye medir y pesar, preparación para su adecuada fijación e identificación de márgenes quirúrgicos. Durante el proceso se registra sólo la zona de trabajo, respetando la imagen del personal responsable de esta tarea.

Este registro gráfico se planteó en conjunto con el servicio de informática del HCULB, los que serían responsables de conservarlo durante dos meses, para luego pasado este tiempo proceder a su eliminación, siempre y cuando se haya producido el cierre del diagnóstico. De esta manera, en caso de producirse algún error o discordancia entre lo referido por el servicio emisor de la muestra y lo que se diagnóstica en Anatomía Patológica, siempre se podrá recurrir a la visualización del material audiovisual con la finalidad de identificar la fuente de la discordancia.

Tras la instauración de este proyecto, en un lapso de 306 días, se han conseguido un total de 393 videos con una duración total de 37 horas 28 minutos y un tamaño total de 22,5 Gb, por ahora vigentes dada la capacidad de almacenamiento disponible. Con una media de aproximadamente 1,8 videos/día desde que se inició y un tamaño y duración media de 57,2 Mb y 22 minutos. En una ocasión, se detectó una discordancia entre la asignación de una muestra a un informe y gracias a la disponibilidad de los videos, la revisión permitió identificar el error y corregir la muestra.

CONCLUSIONES: La implementación de esta medida ha demostrado ser una herramienta eficaz para garantizar la trazabilidad y la seguridad en el manejo de muestras quirúrgicas. Este sistema, de bajo coste (cámara web), permite documentar el proceso de recepción, manipulación inicial y preparación de muestras, lo que avala la correcta ejecución de los protocolos y minimiza el riesgo de errores. Ha demostrado la capacidad de resolver discrepancias y contribuir a la mejora de la calidad diagnóstica y la seguridad del paciente.

Gestión y Calidad

1905

CONSENSO EN LA NOMENCLATURA SNOMED EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA, ¿LA UNIÓN HACE LA FUERZA?

Pijuan Andujar, Lara; Pijuan Andujar, Lara; Robles, Claudia; Toll Salillas, Laia; Gibert Vigués, Oriol; Matrero Ferrer, Alexandra; Mancebo Marco, Eva; Bruni, Laia; Peremiquel-Trillas, Paula; Serra Riba, Marta; Dinarès Fernandez, Maria Carme
Presentador: Pijuan Andujar, Lara

HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE, L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La codificación estructurada de las citologías cervicales mediante códigos SNOMED facilita la gestión clínica, el control de calidad y la investigación en el cribado del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, el uso de códigos diferentes para lesiones similares, tanto a nivel intra como interhospitalario, representa un desafío para su explotación. Este estudio analiza la experiencia de una comunidad autónoma en la implementación de un sistema unificado de codificación estructurada.

MATERIAL Y MÉTODOS: La revisión de los algoritmos clínicos permitió identificar 16 códigos SNOMED de citología como críticos para la práctica clínica en el cribado del cáncer de cérvix.

Para crear la lista consensuada, se revisaron 173 códigos SNOMED utilizados en muestras citológicas con localización topográfica en el cérvix de 15 hospitales de una comunidad autónoma entre 2018 y 2022. Una primera selección se basó en su frecuencia de uso, relevancia clínica y la necesidad de descripciones completas.

Se convocó a representantes de los diferentes hospitales de la comunidad para consensuar los códigos SNOMED seleccionados y se difundió la iniciativa en el XIII Congreso local de Citopatología con el objetivo de lograr el compromiso de los profesionales.

RESULTADOS: Se creó una lista consensuada de 16 códigos, se difundió entre los profesionales y se logró su integración en los protocolos de cribado.

Se observaron limitaciones, como la ausencia de reglas universales para el uso de códigos SNOMED y la necesidad de códigos específicos para determinados contextos, por ejemplo, resultados positivos de VPH no 16/18.

Al año de su implementación, se evidenció una homogeneización en los códigos SNOMED utilizados.

CONCLUSIONES: Los resultados preliminares sugieren una mejora en la calidad del registro de citologías.

Este trabajo refuerza el valor de los datos estructurados en la codificación clínica y su potencial para optimizar los sistemas de salud.

Es fundamental involucrar a los especialistas en el proceso de consenso y realizar revisiones periódicas de los códigos utilizados.

ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Villalba Fernández, Ana Isabel; Villalba Fernandez, Ana Isabel; Perez Ballesteros, Beatriz; Soriano Tristancho, Maria Isabel; Mosteiro Auchel, Manuela
Presentador: Villalba Fernandez, Ana Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Anatomía Patológica difiere de otras especialidades médicas de laboratorio en que emite un diagnóstico de la enfermedad y ofrece además datos que se asocian al pronóstico y a la respuesta a determinados tratamientos. Es por tanto una especialidad compleja en la que intervienen un examen macroscópico y microscópico del espécimen y los resultados de toda una serie de pruebas analíticas complementarias (inmunoquímica, determinaciones moleculares, etc). Todo este proceso, que engloba una fase preanalítica, una fase analítica y una fase postanalítica, debe estar perfectamente controlado para asegurar la calidad del diagnóstico final y la seguridad de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Seguir los pasos pautados por la ACSA. El proceso consta de cuatro fases: solicitud de la certificación por la unidad y apertura del proyecto; designación de las personas responsables de cada área; autoevaluación del proceso aportando evidencias y áreas de mejora; evaluación por parte de los acreditadores en el cual elabora un informe donde indica las áreas de mejora y emite el certificado una vez subsanado los errores.

RESULTADOS: Obtención del certificado de calidad y seguimiento del plan de mejora durante los siguientes dos años.

CONCLUSIONES: La acreditación aumenta la reputación y la calidad diagnóstica de los servicios de Anatomía Patológica, asegurando que hacemos bien nuestro trabajo y que los resultados son los esperados, garantizando un diagnóstico eficaz mediante un proceso analítico preciso.

CONCORDANCIA INTER OBSERVADOR EN CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS Y RESULTADOS

Cazorla Jimenez, Alicia; Cornejo Ladrero, Jose Ignacio; Suárez Gauthier, Ana; López Sánchez, Almudena; Herencia Bellido, Carmen Maria; Barrera Antonioli, Emilia; Rojo Todo, Federico
Presentador: Cazorla Jiménez, Alicia

HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres en España y un diagnóstico temprano y preciso es crucial. La reproducibilidad diagnóstica es esencial en la patología mamaria, ya que la concordancia inter observador asegura un tratamiento personalizado y evita tratamientos inadecuados. La variabilidad diagnóstica subraya la necesidad de estándares claros en la interpretación de muestras. La acreditación según la norma ENAC 15189 reconoce la competencia técnica de los laboratorios clínicos, estableciendo requisitos específicos de gestión de calidad, competencia técnica y mejora continua. Implementar ENAC 15189 en laboratorios de patología mamaria garantiza procesos diagnósticos de alta calidad, mejorando la fiabilidad de los resultados y la seguridad del paciente.

El objetivo del estudio es efectuar un procedimiento de comparación inter observador (CIO) en el diagnóstico histológico y de biomarcadores en patología mamaria, dentro de la implementación en Calidad de la Unidad de mama para acreditarla con la norma 15189 de ENAC.

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2024 se implantó el procedimiento de CIO en biopsias diagnósticas de mama. Semestralmente, se revisa el 5% de las BAG/BAV de mama de forma anonimizada por los tres patólogos de la Unidad de mama. Se evalúan la categoría diagnóstica según la clasificación de Ellis (B1 a B5), Score de Nottingham (de 3 a 9), grado de diferenciación (1-3), expresión de receptores de estrógenos (- menor de 1%, + ER low y + mayor de 10%), receptores de progesterona (- menor de 1% y + mayor de 1%), tasa de proliferación con Ki67 (menor o mayor del 20%) y expresión de HER2 por IHC Herceptest (negativo 0, negativo+1, equivoco +2 y positivo +3).

Tras comparar los resultados globales, se obtiene el porcentaje de casos discordantes bruto (nº discordantes/total x100) y el Coeficiente de correlación intraclase (CCIC). En el Score de Nottingham, se consideró como discordancia grave cuando cambia el grado de diferenciación. En HER2 se considera leves las discordancias de negativo+1 vs equivoco +2 y graves el resto. Posteriormente, se redacta un informe de conclusiones y se toman medidas correctivas.

RESULTADOS: Se evaluó la concordancia inter observador en 72 muestras anuales, con los siguientes resultados:

- Categoría diagnóstica de Ellis: 93% de concordancia, CCIC de 0,993.
- Score de Nottingham: 54,5% de concordancia, discordancia leve (27,3%) y grave (18,2%), CCIC de 0,948.
- Grado de diferenciación: 81,8% de concordancia, CCIC de 0,901.
- Expresión de RE y RP: 97,7% de concordancia, CCIC de 0,979 y 0,962 respectivamente.
- Tasa de proliferación con Ki67: 84,1% de concordancia, CCIC de 0,853.
- Expresión de HER2 por IHC: 72,7% de concordancia global; 86,3% considerando solo discrepancias graves, CCIC de 0,945.

En la categoría diagnóstica de Ellis, expresión de RRHH y tasa de proliferación se observó buena concordancia bruta y un CCIC alto. El grado de diferenciación y Score de Nottingham muestran una concordancia adecuada pero mejorable, con CCIC algo menor. La expresión de HER2 por IHC, con una concordancia inferior al 80%, indica la necesidad de acciones correctivas, a pesar de un CCIC alto.

CONCLUSIONES: El análisis de la concordancia inter observador es crucial para asegurar la precisión diagnóstica y ayuda a identificar puntos débiles en el proceso diagnóstico. Calcular el porcentaje bruto de discordancia es una medida sencilla que refleja mejor las implicaciones clínicas que coeficientes estadísticos más complejos.

Gestión y Calidad2063

VALIDACIÓN DE LA SUSTITUCIÓN DEL FORMOL POR ALCOHOL AL 50% EN EL PROCESAMIENTO DE TEJIDOS HISTOLÓGICOS CON EL COBOT SMART CONNECT: EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE EMISIONES DE FORMALDEHÍDO Y LA CALIDAD

Moreno León, Dolores; Guerrero Campos, Mónica; Aragón Fernández, Lourdes; Blanca Fernández, Yolanda
Presentador: Moreno León, Dolores

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El formol es uno de los fijadores más utilizados en el procesamiento de tejidos histológicos debido a su capacidad para preservar la estructura celular. Sin embargo, su alta volatilidad y su clasificación como carcinógeno de categoría 1B (según la IARC) lo convierten en una sustancia peligrosa para los profesionales de laboratorio, siendo potencialmente perjudicial para la salud a largo plazo. En nuestro hospital, se utiliza el sistema SMART CONNECT (SARA), un cobot que integra los equipos X120 y A120 de Sakura. SARA dispone de una cámara donde se cargan los racks de muestras que tradicionalmente contienen formol. Para reducir la exposición al formaldehído sin comprometer la calidad de las muestras, hemos sustituido el formol por alcohol al 50%. El objetivo de este estudio es validar si esta sustitución afecta la calidad de las muestras y contribuir a la reducción de las emisiones de formaldehído, proponiendo este cambio como protocolo definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se empleó el sistema SARA, que integra los equipos X120 y A120 de Sakura, para procesar muestras histológicas. En lugar de formol, se utilizó alcohol al 50%, ya que las muestras ya entraban fijadas antes de ser procesadas. El protocolo habitual del sistema se mantuvo, con la estimación de puerta abierta durante 3 minutos en cada ciclo de carga y descarga de muestras, 12 veces al día. Aunque no se realizaron mediciones directas de las emisiones de formaldehído, se estimó de manera aproximada el volumen de formol evaporado mediante el cálculo del volumen utilizado, la tasa de evaporación y el tiempo de exposición durante la apertura de la puerta.

RESULTADOS: Durante el período de monitoreo, que abarcó desde la implementación el 24 de enero hasta la fecha, se procesaron un total de 9,484 en el X120. No se observaron alteraciones en la calidad de las muestras histológicas procesadas con alcohol al 50%, lo que sugiere que la sustitución no afectó el procesamiento de los tejidos. En cuanto a la seguridad, la sustitución del formol, por alcohol al 50% representa una mejora significativa en la seguridad laboral. Se estimó que las emisiones de formaldehído, basadas en el volumen de la sala de trabajo de 28,8 m² y la cantidad de formol utilizado, podrían generar una concentración aproximada de 6 ppm, lo que excede los límites de exposición ocupacional (VLA de 0,75 ppm y VCLP de 2,0 ppm). Sin embargo no se tuvo en cuenta los índices de caudales de renovación del aire de la sala, con los que los datos pueden estar magnificados.

CONCLUSIONES: La sustitución del formol por alcohol al 50% en el sistema SARA ha demostrado ser efectiva en la reducción de las emisiones de formaldehído sin comprometer la calidad de las muestras procesadas y mejora la seguridad en el ambiente laboral al reducir la exposición de los profesionales a sustancias peligrosas. No se observaron artefactos ni alteraciones en las muestras procesadas. Aunque las estimaciones de emisiones de formaldehído superan los límites de exposición ocupacional, es cierto que no se tuvo en cuenta la renovación del aire de la sala con los que los datos pueden verse modificados en una medición del ambiente. Este cambio se ha implementado de manera definitiva. Se recomienda enviar estos resultados a Sakura para su consideración y posible adopción en otros centros.

Gestión y Calidad2072

PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL USO DEL CLON ZR451 DEL ANTICUERPO ANTI-CLAUDINA 18.2 FRENTE AL 43-14A

Daoud, Mehdi; Moreno Avalos, Elba; Rigmany, Andreea; Secadas Díaz, Víctor; Del Carmen Martínez, Sofía; Cagigal Cobo, María Luisa; Mayorga Fernández, Marta M
Presentador: Daoud, Mehdi

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La validación es un proceso complejo que permite, ante un cambio de reactivo o de equipo, tener pruebas de que el producto cumple con sus especificaciones, es seguro y reproducible.

La verificación, afectada por la automatización, consiste en evaluar el desempeño del método demostrando que cumple con los requisitos para el uso previsto.

Las normas internacionales de calidad, como la ISO 15189, requieren asegurar que los ensayos tienen un desempeño adecuado. Por ello es necesario validar y optimizar la utilización de nuevos anticuerpos, verificando el cumplimiento de estándares y especificaciones para ser utilizados en el diagnóstico y como biomarcadores. Los reactivos comerciales son validados por el fabricante, pero cada laboratorio debe validar/verificar la aplicación correcta de estos métodos, previos a su uso bajo las condiciones propias, generando evidencias objetivas para confirmar su utilización adecuada.

El objetivo del presente trabajo es plantear un protocolo de validación/verificación del uso del clon ZR451 de Zeta Corporation del anticuerpo anticlaudina 18.2 frente al 43-14A de Roche, antes de ser utilizado como diana terapéutica, garantizando su correcta tinción.

Según el Colegio Americano de Patólogos (CAP) es necesario para la validación inicial de un anticuerpo, lograr un 90% de concordancia y estudiarlo en un mínimo de 20 muestras de tejido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 20 muestras de tejido de tumores gástricos y gastroesofágicos. Se utilizaron 3 muestras como control interno (mucosa normal, metaplasia y displásica). Se elaboró un TMA (tissue microarray) y sobre él se realizaron tinciones de Hematoxilina-Eosina, pan-CK (CK A1/A3, OMNIS Agilent), CLDN18.2: 43-14A (VENTANA Roche) y ZR451 (OMNIS Agilent). La valoración se realizó, tras digitalizar las imágenes, por tres patólogos expertos. Se consideraron positivos los casos con tinción de membrana moderada e intensa superior al 75%. También se recogieron los porcentajes de células tumorales con tinción intensa de membrana.

RESULTADOS: Del total de casos incluidos en el TMA, sólo uno fue no valorable. La tinción en los controles fue acorde con lo descrito en la bibliografía. De las 22 muestras valoradas se observó el mismo resultado en 20 (concordancia de 90,9%). 9 tumores fueron positivos con el anticuerpo 43-14A, de los cuales 7 fueron positivos con el clon ZR451. No hubo casos en el que el clon ZR451 fuese positivo y el clon 43-14A fuese negativo. Se observó que en los casos positivos y los negativos, el porcentaje de células tumorales teñidas con el clon 43-14A era siempre igual o superior al clon ZR451 de forma significativa (p<0.05).

La intensidad de la tinción con el clon 43-14A es igual o mayor que con el ZR451.

CONCLUSIONES: El clon 43-14A es más sensible para la sobreexpresión de la CLDN18.2 que el clon ZR451. El clon 43-14A muestra mayor porcentaje de positividad e intensidad en la tinción que el ZR451, tanto en casos positivos como negativos, aunque la concordancia es aceptable. Por tanto, consideramos validada y verificada la utilización del clon ZR451 en los tumores gástricos. Consideramos necesario un entrenamiento que ayude a valorar aquellos casos límites y si fuera necesario realizar la tinción con otro anticuerpo.

VALIDACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PANEL DE NGS ONCOMINE PRECISION ASSAY (OPA) EN PLASMA SANGUÍNEO CON CFTNA (ADN/RNA TUMORAL LIBRE CIRCULANTE) BAJO LA NORMA ISO 15189

Mozos Rocafort, Ana; González Vidal, Allan; Catasús Cols, Lluís; Gutiérrez Montalbán, Raquel; Cabanas Lladó, Mariona; Mozos Rocafort, Anna

Presentador: González Vidal, Allan

HOSPITAL DE SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Ante la implementación del análisis de biomarcadores en pacientes metastásicos a partir de plasma sanguíneo y su posterior acreditación bajo la norma ISO 15189, nos planteamos validar la concentración mínima requerida de cFTNA en relación con la cobertura media mediante el panel Oncomine Precision Assay de Thermo Fisher Scientific. Para ello, previamente evaluamos la sensibilidad, especificidad y exactitud utilizando material de control del programa de calidad internacional Circulating Free DNA (cfDNA) Testing in Lung Cancer de EMQN, materiales de referencia comerciales y casos clínicos documentados en la práctica diaria, fundamentalmente adenocarcinomas de colon y pulmón

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron los controles comerciales Multiplex cDNA Reference Standard HDB44 de Horizon Discovery, AcroMetrix Multi-Analyte A y tres casos del módulo Circulating Free DNA (cfDNA) Testing in Lung Cancer 2024 de EMQN para evaluar la sensibilidad, especificidad y exactitud. Se seleccionaron también doce casos previamente genotipados en tejido con plasma sanguíneo contemporáneo para comprobar la concordancia entre resultados. Finalmente, para comprobar la concentración mínima requerida del cFTNA para obtener resultados valorables, se correlacionó los datos de concentración con la cobertura media obtenida en el análisis de ciento cuarenta y siete casos de práctica diaria.

Se realizó la extracción de cFTNA a partir de 8 mL de plasma en los casos clínicos y de un volumen final de 8 mL obtenido del concentrado de los controles comerciales y controles de calidad de EMQN. Para ello, se empleó el kit de extracción comercial Ion Torrent® Genexus™ Cell-Free Total Nucleic Acid Purification, de forma automatizada, utilizando el equipo Genexus Purification System (GPI) de Thermo Fisher Scientific.

Posteriormente, las muestras fueron analizadas mediante el panel Oncomine Precision Assay en el equipo Genexus™ Integrated Sequencer. El análisis bioinformático se realizó con el software Ion Torrent Genexus 6.8.1.1.

RESULTADOS: En el análisis de las alteraciones de los casos de referencia estudiados se obtiene una sensibilidad el 92%, una especificidad del 100% y una exactitud del 92,6%.

En los doce casos de práctica clínica se observa una concordancia del 94% en cuanto a las alteraciones previamente genotipadas por NGS en tejido tumoral.

Al comparar los valores de cobertura media con la concentración de partida en los 147 casos se observa una correlación positiva, es decir, a mayor concentración, mayor cobertura media.

Se observa que a concentraciones de cFTNA mayores de 0,6 ng/µL, un 90% de los casos presentan una cobertura media mayor a 1000x, siendo por lo tanto casos adecuados para su valoración. Por el contrario, a concentraciones menores de 0,6 ng/µL, solo un 17% de los casos son valorables al presentar valores de cobertura media mayores a 1000x.

CONCLUSIONES: Estos resultados indican que el ensayo de cFTNA totalmente automatizado de Genexus es sensible, específico y preciso para el análisis de muestras de biopsia líquida. Además, muestra una alta concordancia con los resultados obtenidos en biopsias de tejido emparejadas. No obstante, para garantizar resultados óptimos, es necesario realizar una validación que determine la concentración mínima requerida.

Esto convierte al ensayo en una herramienta no invasiva útil en el diagnóstico de medicina de precisión, especialmente cuando no es posible obtener una muestra de tejido adecuada o se requiere una evaluación actualizada del proceso oncológico

VALIDACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE CONTROLES POSITIVOS DE INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL CONTEXTO DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 15189

Ferre Figa, Malena; Vazquez Del Olmo, Tania; Martínez Montoya, Daniel; Mozos Rocafort, Anna

Presentador: Ferré Figa, Malena

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La técnica inmunohistoquímica se ha consolidado como una herramienta esencial en el diagnóstico anatomopatológico de rutina. El aumento de las solicitudes por parte de los patólogos, junto con la amplia variedad de anticuerpos disponibles, ha llevado a la adaptación de la rutina de trabajo para optimizar la precisión y eficiencia de los resultados. Es crucial que cada técnica cuente con un control positivo (expresión y/o pérdida) en el mismo portaobjetos que garantice la fiabilidad de los resultados obtenidos. Con el objetivo de optimizar la eficiencia del proceso, actualmente contamos con un inventario de controles positivos cortados y adecuadamente preservados en nevera, lo que facilita la agilización de las pruebas. La acreditación bajo la norma ISO 15189 nos motivó a validar la estabilidad a lo largo del tiempo de estos controles cortados. Para ello, realizamos tinciones inmunohistoquímicas utilizando diversos anticuerpos en diferentes intervalos de tiempo, con el fin de evaluar su fiabilidad y eficacia en condiciones de almacenamiento prolongado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Siguiendo las recomendaciones de la SEAP y la evidencia de diversas publicaciones sobre la validez de los controles en inmunohistoquímica, se consideraron adecuados para su uso los cortes de controles que se agotaban en menos de 15 días debido a su frecuente uso (amígdala y apéndice, usados como control en nuestro laboratorio para 81 anticuerpos de rutina), por lo que no fue necesario validarlos. Por otro lado, para los controles de uso menos frecuente, se procedió a realizar una validación exhaustiva para cada anticuerpo. Para ello, se prepararon siete cortes de cada control, los cuales fueron etiquetados con las fechas de tinción correspondientes: 0 días, 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses y 6 meses. Estos cortes se almacenaron, previo a su inmunotinción, en nevera a una temperatura constante de entre 4 y 8°C, controlada por sensores de temperatura calibrados por proveedores acreditados bajo la norma ISO 17025, para garantizar la estabilidad durante todo el proceso.

Cada corte fue teñido en la fecha indicada y posteriormente evaluado por la patóloga encargada de la sección de inmunohistoquímica. En total, se validaron 23 anticuerpos en diferentes intervalos de tiempo, realizando 184 tinciones inmunohistoquímicas.

RESULTADOS: Los anticuerpos evaluados no mostraron diferencias en la inmunotinción entre los días 0 y 6 en el 91,3% de los 23 anticuerpos analizados. Sin embargo, en 2 de ellos se observó una disminución en la intensidad de la inmunotinción a partir de los 4 y 5 meses, respectivamente, lo que representa un 8,7% del total de anticuerpos evaluados.

CONCLUSIONES: Estos resultados sugieren que, bajo condiciones de conservación adecuadas, la estabilidad de la mayoría de los controles puede mantenerse hasta seis meses desde su corte. Sin embargo, en la práctica, los controles cortados no suelen tener una duración tan prolongada, ya que se agotan antes. Los datos obtenidos son útiles para optimizar la rutina diaria, permitiendo la planificación de un stock de controles para momentos críticos (picos de trabajo estacionales, vacaciones, etc.) mejorando así la eficiencia del servicio.

MEJORA DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DIAGNÓSTICA Y DE LA EFICIENCIA EN EL LABORATORIO EN LAS BIOPSIAS DIAGNÓSTICAS DE MAMA. PROYECTO BIRADS DE LA FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ

Herencia Bellido, Carmen María; Cazorla , Alicia; Suárez , Ana; Cornejo , Jose Ignacio; De Luca , Virginia; Galeano , Carlos; Alonso , Marta; Cordonés , Juan Jose; Pérez; Sandra; Rojo , Federico
Presentador: Herencia , Carmen María

HU FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el primero en frecuencia en mujeres en países occidentales. El diagnóstico morfológico permite reducir el tiempo de decisión de tratamiento y optimizar la planificación quirúrgica. Por otro lado, el desarrollo de un LIS (Laboratory information system) en diagnóstico clínico permite englobar en la historia clínica electrónica, el procesamiento de muestras y el informe correspondiente. El objetivo de nuestro trabajo es la implantación del circuito en el diagnóstico de cáncer de mama denominado Mama BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) entre los servicios de radiodiagnóstico y anatomía patológica del hospital Fundación Jiménez Díaz (FJD) para acortar los tiempos de respuesta (TR) en BAG de mama con sospecha de carcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se generó una la prestación BI-RADS en el LIS (ATLAS/DBSoft) de FJD. El Los radiólogos activan el circuito BI-RADS en aquellas mama con alta sospecha de carcinoma invasivo. Mientras que los tejidos mamarios con baja sospecha son codificadas con la prestación BAG mama. Las biopsias BI-RADS y BAG mama son clasificadas y procesadas en anatomía patológica como urgentes. La codificación BI-RADS genera 2 hematoxilina-eosina (HE) y 9 cortes sin tñer. En las BAG mama sólo se genera 1 HE. Los bloques BI-RADS no hay que localizarlos de nuevo, preservación óptima de la muestra, realización del panel de biomarcadores (ER, PR, Ki67, CK19, E-caderhina, CK5/6 y Herceptest) inmediatamente a su petición y facilita la monitorización de resultados. Los tiempos de respuesta técnico (TRT) y diagnóstico (TRD) se obtuvieron desde nuestro LIS. Considerando TRT el tiempo transcurrido desde la recepción de la biopsia hasta la validación de las técnicas en el LIS y, TRD como el tiempo transcurrido desde la recepción de la biopsia hasta la validación del informe con el perfil de biomarcadores completo. La comparativa del TRT y TRD medio en función de la categoría diagnóstica de las biopsias se realizó según la clasificación de Ellis.

RESULTADOS: Se recibieron un total 1388 peticiones de BAG de mama durante 2024. El 75% (1043) eran BAG mama no BIRADS y sólo un 25% (345) BIRADS. Los resultados muestra que las BAG mama no BIRADS, fueron benignas (BI-B2) en 64,6% de los casos, el 14,1% tenían lesiones B3 de pronóstico incierto el 14,1% y el 21,3% fueron carcinomas invasivos/in situ u otros tumores malignos (B4-B5B). En cuanto a los BI-RADS, menos del 10% fueron diagnosticadas como benignas (BI-B2), el 6,4% tenían lesiones B3 de pronóstico incierto y el 87,3% fueron carcinomas invasivos/in situ u otros tumores malignos (B4-B5B). Con respecto al TRT medio en la realización del panel de mama, en las biopsias BAG mama no BI-RADS fue de 2,37 días mientras que en biopsias BI-RADS fue 2,06 días. El ratio TRT BAG mama vs BI-RADS es 0,86 indica que la codificación BI-RADS disminuye el TRT. En consonancia, obtuvimos un TRD medio mayor en las BAG mama (6,4 días) que en biopsias BI-RADS (4,9 días).

CONCLUSIONES: El circuito mama BIRADS permite acortar el tiempo de diagnóstico en 1,5 días, mediante la priorización de aquellos casos de alta sospecha clínica desde origen, la automatización en la solicitud de los marcadores adicionales y la optimización de los consumos en el laboratorio en las biopsias de bajo riesgo.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA EN NUESTRO HOSPITAL. 8 AÑOS DE LA ISO 15189.

Martino Gonzalez, María; Lopez Matanza, Camino; Mazorra Horts, Remigio
Presentador: Martino González, María

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La ISO 15189 en la citología ginecológica de un hospital es una herramienta fundamental para realizar un trabajo de calidad. Exponemos nuestros resultados de los indicadores de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos y comparamos los indicadores de calidad entre los años 2016 y 2023 en nuestro hospital.

RESULTADOS: Los indicadores de calidad desde 2016 al 2023 son los siguientes:

AÑO	Nº muestras	ASCUS	ASCUSHPV+	ASC-H	LSIL
HSIL	AGC	INSATISFACTORIAS	CE	ADC	ENDOCERVICAL
ADC OTROS					
2016	11801	60	33	15	142
67	9	167	3	3	0
2017	15182	263	122	25	195
120	23	88	3	7	2
2018	16447	219	108	20	183
115	24	44	7	5	1
2019	17135	67	127	25	282
115	25	59	9	8	2
2020	10873	137	111	32	180
89	16	35	7	0	7
2021	16845	185	133	64	278
121	15	87	6	4	7
2022	17339	245	187	47	308
95	11	42	2	3	6
2023	16132	269	182	47	383
93	16	46	2	2	5

CONCLUSIONES: Destaca un ascenso del número de muestras del 2016 al resto de años debido a una adquisición de las muestras ginecológicas de otras áreas de la comunidad. Desde el 2017, se mantiene el número de muestras salvo en el año 2020 que hay un descenso significativo debido al COVID19. Destaca un descenso mayor de la mitad de las muestras insatisfactorias y aumento de los ASCUS con la incorporación de la citología líquida a mediados del 2017. Destaca sobre todo los años 2017 y 2018 dado el RATIO ASCUS/ASCUS HPV+ son los mayores. Es resto de años se mantiene entre el 1,2 y 1,3 dado que la mayor parte de los ASCUS son HPV positivos. Hay un aumento en el 2023 dado que se cambia el método de detección de HPV pasando de detectar 35 genotipos a 14 . La RATIO ASCUS/LSIL se mantiene en el rango normal. El porcentaje mayor de muestras con lesión es en el 2020 dado a la pandemia y al mayor muestreo a pacientes con clínica dado el confinamiento. Se detecta también en ese año un mayor número de muestras con lesiones de alto grado sin biopsia por lo que se informa de la necesidad de comunicar los resultados y se determina enviar carta a los responsables del resultado de las lesiones de alto grado. Destaca un ascenso en los últimos dos años de las lesiones de bajo grado.

"CARACTERIZACIÓN ESPACIAL Y FUNCIONAL DE CÉLULAS CITOTÓXICAS EN EL LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO MEDIANTE INMUNOFLOURESCENCIA MÚLTIPLE"

Solorzano Rendon, Jose Luis; Menéndez García, Victoria; De Rosa Torres, Maria; Vazquez , Eva; Mejias , Luis Daniel; Diaz , Eva; Martin Lara, Tania; García-Cosío Piqueras, Monica; Climent Esteller, Finá; De Andrea , Carlos; García , Juan Fernando
Presentador: Solórzano Rendón, José Luis

HOSPITAL MD ANDERSON MADRID, ESPAÑA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:18-18:30 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: El linfoma de Hodgkin clásico (cHL) presenta un microambiente tumoral (TME) inmunológicamente alterado, con deficiencia en respuesta inmune adaptativa mediada por linfocitos T CD4+. La función innata de las células citotóxicas CD8+ y natural killer (NK) en la eliminación tumoral es controvertida. Estudios previos han mostrado resultados contradictorios respecto a su contribución a la supervivencia, lo que sugiere que no solo la cantidad, sino también su estado funcional y localización dentro del TME, pueden influir en la progresión tumoral. En este estudio, mediante inmunofluorescencia múltiple (mIF), caracterizamos la distribución espacial y el estado de activación de las células citotóxicas en cHL, con el objetivo de comprender mejor su impacto en la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 140 muestras tumorales organizadas en microarrays tisulares (TMA), utilizando mIF para la identificación y caracterización funcional de células CD8+ y NK. Se aplicaron dos paneles específicos:
· Panel CD8+: CD30, CD8, granzima B (GZB), LAG3, CD137, PD-L1.
· Panel NK: CD30, GZB, CD137, PD-L1, NKG2A.
Estos marcadores permitieron diferenciar poblaciones citotóxicas en función de su estado de activación (maduras vs. inmaduras) y su posible agotamiento inmunológico. Se realizó un análisis espacial para evaluar la relación entre la distribución de estas células y la actividad tumoral.

RESULTADOS: Las células CD8+ y NK mostraron patrones de distribución distintos en el TME de cHL. Las células CD8+ maduras y activadas (GZB+/CD137+) se acumularon preferentemente en regiones tumorales activas y se asociaron con una mejor supervivencia. En contraste, las células CD8+ inmunosupresoras (PD-L1+/LAG3+) se localizaron en zonas periféricas del tumor y se correlacionaron con un peor pronóstico. En cuanto a las células NK, se observó subpoblaciones con características de agotamiento (PD-L1+), lo que podría explicar la resistencia inmunológica en ciertos casos de cHL. Por otro lado, las células de Hodgkin/Reed-Sternberg (HRS) que co-expresaban PD-L1 y CD137 se asociaban a peor pronóstico.

CONCLUSIONES: El análisis mediante mIF revela que la distribución espacial y el estado funcional de las células citotóxicas en el TME de cHL influyen en la evolución de la enfermedad. La presencia incrementada de células CD8+ y NK activadas en zonas tumorales activas en pacientes respondedores sugiere un impacto positivo en la respuesta antitumoral, mientras que la expansión de poblaciones inmunosupresoras se asocia con menor supervivencia. Estos hallazgos subrayan la importancia de la caracterización funcional y espacial de las células citotóxicas para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a potenciar la respuesta inmune en cHL.

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN NGS A PARTIR DE TEJIDO EN PARAFINA DE LINFOMAS. UTILIDAD COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO, VALOR PRONÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Molés Caparrós, Silvia Joana; Veliz Domínguez, Alejandra Sofía; Cadavid Fernandez, Natalia; Tenelanda Santillan, Angie Gabriela; Reguero Callejas, Maria Eugenia; Caniego Casas, Tamara; Santon Roldan, Almudena; Piris Villaespesa, Miguel; García-Cosío Piqueras, Mónica
Presentador: Molés Caparrós, Silvia Joana

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: La incorporación del estudio de Next-Generation Sequencing (NGS) representa un avance en el diagnóstico y manejo de los linfomas y síndromes linfoproliferativos, como está siendo reflejado en las distintas guías de actualización de los mismos. Este enfoque innovador permite analizar el perfil genético de cada paciente de manera detallada, ofreciendo información clave para diagnóstico preciso, personalizar el tratamiento e identificación de marcadores susceptibles de ser seguidos para el estudio en biopsia líquida de enfermedad mínima residual (EMR) y, en definitiva, mejorar los resultados clínicos. Durante el año 2024 se ha implementado en nuestro Servicio, en colaboración con el Servicio de Hematología, la técnica de NGS en patología linfoides.

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2024 se han analizado 44 muestras correspondientes a 40 pacientes de tejido en parafina, 29 correspondientes a linfomas B, 10 correspondientes a linfomas T, 4 linfomas de Hodgkin y 1 sarcoma mieloides. El panel de NGS linfoides utilizado es el desarrollado por el consorcio internacional Liverpool Lymphoid Network, financiado por ThermoFisher Scientific y basado en la tecnología de amplicones, que contiene 60 genes relevantes para la patología linfoides, tanto B como T. Paralelamente el Servicio de Hematología ha analizado 44 muestras líquidas. Previamente, se realizó una validación con muestras precaracterizadas tanto internas como externas.

RESULTADOS: De las 44 muestras, en 2 de ellas la técnica falló por baja profundidad. Del resto se han encontrado mutaciones en el 74% de los casos. En el 50% de las muestras se han identificado mutaciones con utilidad pronóstica, en el 47% pronóstica y en el 21% para selección de terapia dirigida. En 7 casos ha favorecido establecer un diagnóstico diferencial entre dos entidades: en 3 de ellos se confirmó linfoma de la zona marginal frente a otros linfoproliferativos B de bajo grado, en 1 caso se confirmó LBDCG frente a linfoma de Burkitt y en 3 casos se ha confirmado linfoma de Hodgkin frente a linfoma T periférico. En dos pacientes de síndrome de Richter se ha valorado la evolución clonal entre biopsias secuenciales, comprobándose en uno de ellos. En los 3 casos en los que se ha hecho estudio en parafina y muestra líquida del mismo paciente, se ha podido comprobar la misma mutación en 2 de ellos.

CONCLUSIONES: La NGS de linfomas es una herramienta útil para identificar biomarcadores diagnósticos y pronósticos, así como mutaciones relacionadas con resistencia a terapia dirigida, impactando en la decisión terapéutica y en el seguimiento de pacientes. La colaboración entre los Servicios de Anatomía Patológica y Hematología, tan necesaria en el enfoque de la medicina multidisciplinar, en nuestro hospital ha favorecido la implementación de NGS de linfomas, siendo una opción a considerar como estrategia de implementación en otros centros.

PROYECTO MISREAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS NO DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA IDIOPÁTICA BASADO EN HALLAZGOS HISTOLÓGICOS SUGESTIVOS

Rodríguez García, Carmen; Rangel Pastor, Ángeles; Gómez De Manuel, Leticia; Todolí Parra, José Antonio; Andreu Lapiedra, Rafael; Mayordomo Aranda, Empar; Rausell Fontestad, Nuria; Castellvi Vives, Josep
Presentador: Rodríguez García, Carmen

HOSPITAL LA FE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21,18:30:18:42 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática (ECMI) es una enfermedad infrecuente, caracterizada por una proliferación anormal de las células del ganglio linfático, dando lugar a linfadenopatía. Su patogenia está relacionada con una hiperproducción de citoquinas proinflamatorias, destacando la interleucina 6 (IL-6). Para su diagnóstico, es necesario cumplir con los dos criterios mayores: la afectación de dos o más estaciones ganglionares y un grado 2/3 de plasmocitosis o regresión folicular en los ganglios afectados. Además, se requieren al menos dos criterios menores y, es fundamental excluir infecciones, neoplasias y procesos autoinmunes. Los criterios morfológicos que caracterizan esta entidad han sido revisados y publicados por el grupo español de hematopatología de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), incorporando un nuevo sistema de gradación. La ECMI puede asociarse con un riesgo mayor de enfermedades autoinmunes y neoplasias hematológicas debido a la disfunción inmunológica, por lo que es imprescindible un diagnóstico adecuado para un correcto manejo clínico de los pacientes. El tratamiento puede incluir corticoides, inmunosupresores, anticuerpos monoclonales dirigidos contra IL-6, y en algunos casos, quimioterapia o exéresis quirúrgica de los ganglios

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico retrospectivo con el objetivo de identificar posibles casos no diagnosticados de ECMI mediante la revisión de biopsias ganglionares en los últimos 10 años en dos centros de referencia, se realizó una búsqueda en el sistema de información de los centros participantes, utilizando palabras clave asociadas a los criterios histológicos de ECMI (castleman, plasmocitosis, centros regresivos, e hiperplasia folicular). Los criterios de exclusión fueron biopsias tipo B&G, así como condiciones concomitantes que excluyen el diagnóstico de ECMI, tales como infecciones, neoplasias y enfermedades autoinmunes. Se revisaron las biopsias aplicando la gradación histológica propuesta por la SEAP, así como la historia clínica y evolución de estos pacientes

RESULTADOS: En el centro A, se identificaron 39 casos que presentaban alguna de las palabras clave en el diagnóstico, de los cuales Se identificaron 2 casos que cumplían los criterios histológicos y solo uno de ellos cumplía también con los criterios clínicos necesarios para el diagnóstico de ECMI. En el centro B, se identificaron 27 casos cuyo diagnóstico incluía alguno de los criterios de búsqueda, pero ninguno de ellos cumplió con los criterios morfológicos y clínicos diagnósticos de ecmi

CONCLUSIONES: La enfermedad de Castleman cuenta con criterios histológicos bien definidos que, si no se aplican adecuadamente, pueden llevar a omitir el diagnóstico y el tratamiento de algunos pacientes. por ello, En los informes de anatomía patológica, se debe reportar la presencia de hallazgos sugestivos de ECMI sólo cuando estemos seguros de que pueda tratarse de dicha entidad. Además, es necesario correlacionar los hallazgos morfológicos con los criterios clínicos en un comité multidisciplinar para garantizar un diagnóstico correcto. De este modo, se reafirma que la calidad del informe de anatomía patológica no solo determina un diagnóstico preciso, sino también el tratamiento y pronóstico de los pacientes. Proponemos la implementación de un check list de criterios morfológicos para su inclusión en la microscopia, con el fin de homogeneizar los criterios y aportar mayor seguridad al diagnóstico.

MICOSIS FUNGOIDE EN ESTADIOS INICIALES: BÚSQUEDA DE BIOMARCADORES ASOCIADOS A PROGRESIÓN

Rebollo González, Marcos; Gargallo Moneva, Vanessa; Torre Castro, Juan; Manso , Rebeca; Herencia , Carmen; Torres Navarro, Ignacio; Ortiz Romero, Pablo L; Climent , Fina; Rodríguez Peralto, José Luis; Rodríguez Pinilla, Socorro María; Rodríguez , Marta
Presentador: Rebollo González, Marcos

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (IIS-FJD, UAM), MADRID, ESPAÑA.

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22,17:50-17:55 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: La micosis fungoide (MF) es el tipo más común de linfoma cutáneo de células T (LCCT). El estadio clínico es el principal factor pronóstico, subclasificándose los pacientes en estadios iniciales (lesiones mancha-placa) y avanzados (eritrodermia, lesiones tumorales, afectación extracutánea). Hasta la fecha no hay criterios clínico-patológicos ni moleculares que permitan identificar a aquellos pacientes que van a progresar a estadios más avanzados de la enfermedad. El objetivo es identificar marcadores moleculares que permitan identificar a los pacientes con MF en estadios iniciales que progresarán a estadios avanzados en el transcurso de 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio se han utilizado dos series independientes de pacientes, una de 85 pacientes (33 que progresaron y 52 que no progresaron) y otra de 49 pacientes (17 progresión, 32 no progresión). Se ha analizado la expresión génica de la muestra diagnóstica (material fijado en formol e incluido en parafina, FFPE) de todos ellos mediante la tecnología nCounter de NanoString. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el software GraphPad Prism 9 e IBM SPSS Statistics 27, y la deconvolución de los datos de expresión con el fin de analizar la composición celular del microambiente mediante las plataformas CIBERSORTx, Morpheus y BigOmics Analytics. Una tercera serie independiente de 29 pacientes (12 progresión y 17 no progresión) fue utilizada para validación de genes específicos mediante inmunohistoquímica.

RESULTADOS: Los pacientes que progresan y los que se mantienen estables muestran un perfil de expresión génico diferencial. Los pacientes que no progresan se caracterizan por una sobre-representación de las vías de señalización de las citoquinas IL-4 e IL-13, además de un aumento en la activación de la transcripción. En cambio, los pacientes que progresan se caracterizan por un aumento en la co-estimulación por CD28 y sistema inmune innato. El microambiente de la MF que no progresa se caracteriza por un predominio de macrófagos M1, células T reguladoras y dendríticas activadas, sugiriendo un entorno inmunológico que limita el crecimiento tumoral y controla la inflamación, reduciendo así la probabilidad de progresión. En cambio, el microambiente de los pacientes que progresan se caracteriza por la presencia de células de fenotipo centro germinal colaborador ("T_{fh}") y una firma citotóxica, debida principalmente a la presencia de células T CD8, NK activadas y neutrófilos, sugiriendo un entorno de inflamación crónica. Los genes principalmente sobreexpresados en los pacientes que progresaron fueron CD30, CXCL13 y CCR4 con un p-valor menor a 0,01, y CD3G, CD3D, CD274, FCGR3 y BIRC3 con un p-valor menor a 0,05. En los pacientes que no progresan se observa la sobreexpresión de FCGR3 con un p-valor menor a 0,05. Estos genes fueron validados en una serie independiente de pacientes (49 pacientes) con la misma tecnología nCounter de NanoString y en una tercera serie los genes CD30 y CXCL13 utilizando técnicas de inmunohistoquímica.

CONCLUSIONES: Describimos una firma molecular que predice la transformación/progresión de pacientes con MF en estadio inicial a los 5 años del diagnóstico.

TUMOR DE CÉLULAS RETICULARES FIBROBLÁSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Forero Leon, Claudia Lorena; Aparicio Terres, Claudia; Exposito Vega, María; Masip Bonet, Albert; Martínez Gimbert, Nestor; Goyda Kovtunenka, Elena; Nebot Muro, Laura
Presentador: Forero Leon, Claudia Lorena

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:55-18:00 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: El tumor de células reticulares fibroblástico (TCRF) es una neoplasia extremadamente rara derivada del estroma de los tejidos linfoides y se clasifica dentro de las neoplasias de células dendríticas foliculares según la OMS. Representa menos del 1% de las neoplasias de tejidos blandos y ganglionares, con solo 24 casos descritos en la literatura. La afectación ganglionar es la forma más común, aunque se han reportado casos en bazo, tejidos blandos e hígado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 61 años, exfumadora y sin antecedentes relevantes, que presentó una masa antero cervical izquierda de un año de evolución. Las pruebas de imagen revelaron una lesión de 42 mm en el lóbulo tiroideo izquierdo, una lesión quística posterocaudal de 26 mm y múltiples adenopatías, sugiriendo un proceso inflamatorio sin descartar malignidad. La biopsia con aguja gruesa (BAG) tiroidea mostró fibrosis severa con atrofia e infiltrado inflamatorio mixto rico en células plasmáticas, sugestivo de tiroiditis de Riedel. La punción-aspiración con aguja fina (PAF) de la adenopatía evidenció una proliferación linfoidal atípica. Se realizó exéresis de la adenopatía y biopsia tiroidea para completar el estudio.

RESULTADOS: La muestra tiroidea mostró fragmentos de tejido conectivo con extensa fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario, con algunas células IgG4+, sin evidencia de parénquima tiroideo. El ganglio linfático presentó una arquitectura mayoritariamente preservada, con una proliferación celular atípica a nivel interfolicular de células grandes con núcleos pleomórficos, núcleos evidentes y citoplasma amplio eosinófilo, con mitosis y apoptosis. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para vimentina, CK CAM 5.2, CK 8-18, EMA y CD10, y negatividad para CD20, CD3, CD5, CD79a, BCL2, BCL6, CD23, CD68, S100, CD1a, CD163, lisozima, factor VIII, MPO, CD15, CD30, ALK, CD21, CD45, CK 34BetaE12, actina de músculo liso, desmina, CD57, TIA1, CK7, CK20, TTF1, tiroglobulina, PAX8, GATA3, CDX2 y MUM1. El índice de proliferación Ki67 fue del 25%. La negatividad para TTF1, PAX8 y otros marcadores epiteliales hizo menos probable un carcinoma metastásico. En ausencia de una neoplasia epitelial primaria clínicamente identificable, se concluyó que el hallazgo era más compatible con un TCRF. A los 10 meses del diagnóstico, la paciente se encuentra asintomática. El PET-TAC de control mostró una masa levemente captante laterocervical izquierda compatible con lesión ya conocida, sin evidenciarse adenopatías ni lesiones a distancia. Actualmente, la paciente se encuentra pendiente de completar tratamiento con cirugía y radioterapia local.

CONCLUSIONES: El TCRF afecta principalmente ganglios cervicales. Su diagnóstico diferencial incluye sarcoma de células dendríticas foliculares, sarcoma de células dendríticas interdigitadas y carcinoma metastásico. La negatividad para CD21 y CD35 lo diferencia del sarcoma de células dendríticas foliculares, y la ausencia de S100 del sarcoma de células dendríticas interdigitadas. El reto diagnóstico principal es diferenciarlo del carcinoma metastásico, ya que dos tercios de los casos expresan citoqueratina. La negatividad para TTF1 y PAX8 ayuda a excluir un origen tiroideo primario. Debido a su baja incidencia, el tratamiento y pronóstico permanecen inciertos. Un estudio reportó una supervivencia del 85,7% a dos años en enfermedad localizada, mientras que todos los casos con enfermedad diseminada fallecieron en ese periodo.

DIFFERENCES IN GENE-EXPRESSION PROFILING OF PRIMARY CUTANEOUS CD4+ SMALL/MEDIUM T-CELL LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDER AND ANGIOIMMUNOBLASTIC T-CELL LYMPHOMA

Frutos Díaz-Alejo, Jesús; Rodríguez Moreno, Marta; Rebollo González, Marcos; Moreno Delgado, María; Manso Alonso, Rebeca; Morillo Giles, Daniel; Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Herencia Bellido, Carmen; Torre Castro, Juan; Rodríguez Pinilla, Socorro María
Presentador: Frutos Díaz-Alejo, Jesús

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 3)

INTRODUCCIÓN: Primary cutaneous CD4+ small/medium T-cell lymphoproliferative disorder (pcSMTLPD) and angioimmunoblastic T cell lymphoma (AITL) are two completely different entities with despair clinical outcomes. pcSMTLPD patients have an excellent prognosis and indolent clinical course. On the other side, AITL cases show bad outcomes, representing a very aggressive malignancy. Nevertheless, neoplastic cells of both pathologies are defined by the expression of T follicular helper (TFH) phenotype markers. TFH cells are a specialized subset of CD4-positive T cells that help B cells produce antibody against foreign pathogens. This phenomena takes place in the germinal center of lymphoid follicles. Nevertheless, pcSMTLPD are characterized by the presence of clusters of B cells with absence of proper germinal centers. Moreover, neoplastic pcSMTLPD T-cells are supposed not to involve lymph nodes or recirculate in peripheral blood. The aim of this study was to identify molecular pathways which could help us understand how pcSMTLPD is developed and how TFH phenotype is acquired by its neoplastic cells.

MATERIAL Y MÉTODOS: We analysed the gene expression profile (GEP) data from 114 samples (67 AITLs and 47 pcSMTLPD) with different bioinformatic tools. GEP experiments were performed using nCounter Technology with a Custom nCounter CodeSet Probe. Panel including 208 genes. Real Time Quantitative PCR (RT-qPCR) was performed in order to validate the results obtained for some genes of interest in an independent validation cohort composed by 22 pcSMTLPDs and 26 AITLs.

RESULTADOS: Analysis of NanoString Technology assay revealed 134 differentially expressed genes. CCL13 appeared as one of the most important overexpressed genes in pcSMTLPD. MTA3 and HDAC3 showed a significant higher expression in this class as well. RT-qPCR validation in the independent validation cohort replicated these results. ssGSEA analysis between both groups revealed significant differences in 36 pathways activation. We can highlight overactivation of signaling by TGF- β and Wnt/ β -catenin pathway and downregulation of IL6-JAK-STAT3 signaling axis in pcSMTLPD. MTA3 expression was negatively coregulated with IL6-JAK-STAT3 signaling axis, while is positively coregulated with the activation of Wnt/ β -Catenin pathway. HDAC3 was also found to be positively coregulated with Wnt/ β -Catenin pathway and signaling by TGF- β . Finally, cell deconvolution from GEP data with CIBERSORTx software showed statistical differences regarding different subpopulations between both pathologies. The most relevant finding was the greater presence of Dendritic Cells in pcSMTLPD, which could be specifically Langerhans Cells due to significant overexpression of CD1A marker.

CONCLUSIONES: Based on these data we propose that Naive T cells causing pcSMTLPD could be guided from the bone marrow and thymus due the expression of CCL13 in response to an antigen and extravasate to the skin. After overexpressing HDAC3 and MTA3, and interact with CD1A-positive cells and B cells, they could transform into mature T cells with a TFH-like phenotype. This data should be validated in an in vivo model.

Hematopatología 2092

LINFOMAS
TFH:
CARACTERÍSTICAS
MORFOLÓGICAS, INMUNOHISTOQUÍMICAS Y
MOLECULARES EN UNA SERIE DE 50 CASOS

Molina Álvarez, Paz; Andrea; García Coscolluela, Andrea; Ara Mancebo, Xavier; Vazquez De Las Heras, Ivonne; Lopez Segura, David; Terre Bartomeu, Cristina; Fernandez Rodríguez, Concepción; Colomo Saperas, Luis; Amanda Lome, Carmen
Presentador: Molina Álvarez, Andrea

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 4)

INTRODUCCIÓN: El linfoma T angioinmunoblástico (AITL) es un subtipo poco frecuente de linfoma T, que representa el 1-2% de los linfomas no-Hodgkin. Estudios de expresión génica han permitido su clasificación dentro de los linfomas derivados de células T-helper foliculares (TFH). En la última clasificación de la ICC (2022) y la WHO (2022), se agruparon tres entidades bajo el término de linfomas-TFH (TFHL): Linfoma TFH tipo AITL (nTFHL-AI), linfoma TFH de tipo folicular (nTFHL-F) y Linfoma TFH tipo NOS (nTFHL-NOS).

El diagnóstico de nTFHL-AI se basa en hallazgos clínicos, histológicos e inmunofenotípicos, incluyendo la expresión de marcadores T (CD2, CD3, CD5) y TFH (CD10, CXCL13, PD-1, ICOS, BCL6), así como clonalidad T. El virus de Epstein-Barr (VEB) se detecta en células B del microambiente tumoral en una proporción variable de casos. A nivel molecular, se han identificado mutaciones en TET2, DNMT3A, IDH2, RHOA y reordenamientos del receptor de células T (TCR).

Este estudio busca caracterizar los TFHL en nuestra población, evaluando su perfil inmunofenotípico y molecular, con énfasis en la clonalidad del TCR e IgH y la mutación RHOA p.G17V.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se recopilaron 50 casos de TFHL diagnosticados en nuestro centro durante el periodo 2014-2024. Las biopsias fueron procesadas mediante fijación en formalina e inclusión en parafina. Se estudiaron mediante inmunohistoquímica (IHQ) utilizando un panel estándar de marcadores B, T y TFH, además de EBER ISH. Se evaluó la clonalidad TCR gamma/beta y el reordenamiento completo de IgH mediante PCR, siguiendo el protocolo BIOMED-2. La mutación p.G17V en el gen RHOA se analizó mediante PCR alelospecífica en tiempo real.

RESULTADOS: De los 50 casos estudiados, 42 correspondieron a nTFHL-AI, 4 a nTFHL-F y 4 a nTFHL-NOS. En el estudio IHQ, 26/50 casos (52%) mostraron un incremento significativo en la expresión de marcadores B (>25%). Paralelamente, el análisis de IgH evidenció clonalidad en el 26% (13/50) de los casos, y de ellos, el 77% (10/13) presentaban una expresión de marcadores B superior al 25%, mientras que el 23% (3/13) se encontraban por debajo de este umbral. La detección del VEB mostró una prevalencia del 68% (26/38) en nTFHL-AI, mientras que en nTFHL-F se identificó en 1/2 y en nTFHL-NOS en 4/4 de los casos.

La clonalidad T fue detectada en 45/50 casos. La coexistencia de clonalidad T y B se observó en el 22% (11/50). Entre estos casos con clonalidad mixta, el 64% (7/11) fueron positivos para VEB. En cuanto a la mutación en el gen RHOA, se detectó en el 62% (21/34) de los casos analizados.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados confirman la heterogeneidad morfológica, IHQ y molecular de los TFHL, destacando la complejidad de su clasificación y diagnóstico. El hallazgo de una población B superior al 25% en un porcentaje significativo de casos, junto con la detección de clonalidad B en un subgrupo de ellos, es relativamente frecuente y no excluye el diagnóstico de linfoma TFH. La detección de la mutación RHOA en el 62% de los casos concuerda con los datos reportados en la literatura, reafirmando su papel como un evento genético característico en estos linfomas. Nuestros hallazgos también refuerzan la estrecha asociación entre los linfomas TFH y la presencia del VEB. La relación entre este y clonalidad B plantea interrogantes sobre su posible impacto en la evolución tumoral y la respuesta al tratamiento, destacando la necesidad de estudios adicionales al respecto.

Hematopatología 2096

PITFALLS
DIAGNÓSTICAS:
SARCOMA
MIELOIDE
CON POSITIVIDAD PARA
QUERATINAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Goncalves Villarreal, Katherine; García Miranda, Iker; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Bravo Blanco, David; Ramirez Feliz, Máximo Leonardo; Mosteiro Gonzalez, Lorena
Presentador: Goncalves Villarreal, Katherine

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de una mujer de 61 años, sin hábitos tóxicos, que consultó por ciatalgia. Durante el estudio, se identificó una masa en la pelvis, que se extendía a tejidos blandos de cadera y glúteo derechos, con múltiples lesiones óseas esqueléticas. El diagnóstico inicial fue desafiante debido a la morfología y al perfil inmunohistoquímico atípico, por lo que se requirió la realización de varias biopsias y de apoyo inmunohistoquímico para establecer el diagnóstico definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una biopsia con aguja gruesa de la masa ilíaca derecha, la cual mostró una tumoración de patrón difuso, en sábanas, compuesta por células atípicas, monótonas, caracterizadas por núcleos de pequeño tamaño con nucleolo prominente y citoplasma eosinófilo. Se observaron frecuentes figuras de mitosis, apoptosis y necrosis. Se realizó una amplia batería de inmunohistoquímica (IHQ), que reveló positividad para citoqueratinas AE1/AE3 (patrón en dot), CD10 intenso y difuso con CD99 y CD56 (débil y focal). Se descartaron entidades como el cordoma y algunos sarcomas como osteosarcoma y sarcomas de células redondas, pequeñas y azules, plasmocitoma y melanoma. Posterior a esto, la muestra se agotó sin llegar a un diagnóstico definitivo, clasificándose el caso como tumor maligno indiferenciado, por lo que se realizó radioterapia antiálgica en lesión principal, además de una segunda biopsia de un implante glúteo, para intentar filiar origen.

RESULTADOS: La segunda biopsia presentó una proliferación neoplásica difusa compuesta por células pequeñas con núcleos redondeados e hiper cromáticos, algunos con nucleolo prominente, citoplasma claro o eosinófilo y apoptosis abundante, acompañada de necrosis en un 50% del material remitido. En el nuevo panel IHQ se anexaron múltiples marcadores linfoides y mieloides, a pesar de no existir sospecha clínica sobre esta etiología. Siendo tumoración positiva para CD45, CD43, CD34 y ERG. Tras el diagnóstico anatomopatológico de neoplasia hematolinfóide blástica con perfil inmunohistoquímico sugestivo de sarcoma mielóide, se realizó el estudio de médula ósea, que reveló un 10,4% de blastos y un 30% de células blásticas en sangre periférica y un inmunofenotipo que mostró un 32,5% de blastos mieloides indiferenciados, que fueron positivos para CD34, HLA-DR, CD45, CD117, CD13 y CD33, con negatividad para marcadores linfoides. En los estudios moleculares y citogenéticos se identificó una mutación en NFI, sin alteraciones en FLT3, NPM1 o CBF, además de un cariotipo complejo.

CONCLUSIONES: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica del sarcoma mielóide, especialmente cuando no se aprecian síntomas clínicos orientativos y existen características poco comunes en la inmunohistoquímica, como presentar positividad para citoqueratinas. Además, este destaca la importancia de mantener un amplio diagnóstico diferencial en los casos complejos y de un enfoque multidisciplinario que permita apoyarse en distintos métodos para establecer con certeza un diagnóstico definitivo. El caso de nuestra paciente, es curioso ya que se trata de una leucemia mielóide aguda, que debuta como sarcoma mielóide. Según la bibliografía consultada, se ha estipulado que la presencia de sobreexpresión de ERG está ligada a un mal pronóstico. Actualmente, la paciente presenta progresión de la enfermedad y afectación esplénica, por lo que se tomó un enfoque paliativo que concluyó con su fallecimiento.

LINFOMA DE CAVIDADES VHH8 Y VEB NEGATIVO: DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE 3 CASOS

Martínez Martínez, Javier; Baixeras, Núria; Zanca, Alba; Asensio, Antoni; González, Eva; Cortés, Montse; Blázquez, Irene; Azcárate, Juan; Bosch, Jan; Climent, Fina

Presentador: Martínez, Javier

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLLVITGE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Tanto la International Consensus Classification (ICC) como la World Health Organization (WHO) han reconocido recientemente una nueva entidad de Linfoma Difuso de Célula B Grande que recibe el nombre de Linfoma de Cavidades VHH8 (Virus Herpes Humano 8) y VEB (Virus Epstein-Barr) Negativo, y Linfoma de Célula B Grande Asociado a sobrecarga de fluidos, respectivamente.

Aparece exclusivamente en cavidades y no debe presentar infección por VHH8 ni por VEB (según ICC). Aportamos datos clínicos, patológicos e información sobre las alteraciones moleculares y genéticas de 3 casos diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos los cuadros clínicos y las características citológicas de tres derrames pericárdicos diagnosticados entre 2023 y 2024. Se estudiaron preparaciones citológicas, bloques celulares e inmunohistoquímica. Se realizó Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) para BCL2, BCL6 y MYC, así como Next Generation Sequencing (NGS).

RESULTADOS: Los casos correspondían a dos hombres y una mujer de procedencia caucásica de más de 70 años de edad con un derrame pericárdico grave. En la citología se identificaron células blásticas atípicas con positividad para CD20, PAX5, CD79a, BCL6, BCL2, CD10, MUM1 y C-MYC, y negatividad para CD3, VHH8 y VEB. Estos hallazgos y la implicación de cavidades sin masas son las características necesarias para el diagnóstico de este linfoma. En los tres casos se decidió realizar vigilancia sin tratamiento quimioterápico.

El caso 1 (hombre, 76 años) presentó reordenamiento de BCL2 y BCL6, y no de MYC. En el estudio de NGS se identificaron mutaciones patogénicas en ARID1A (VAF 41%), NOTCH2 (VAF 42%), FBXW7 (VAF 89%), PIM1 (VAF 45%), PRDM1 (VAF 73%) y MEF2B (VAF 40%). Al cabo de 7 meses recidivó con un derrame en la cavidad pleural donde las características citológicas fueron similares a las del derrame pericárdico previo, excepto por la negatividad para CD20. Se realizó análisis molecular del reordenamiento del gen IGH y se confirmó el mismo pico monoclonal en la región FR2 en ambos derrames. Se le realizó pleurodesis y, 15 meses después, permanece asintomático.

El caso 2 (hombre, 74 años) presentó reordenamiento de BCL2 y no de BCL6 ni MYC. El estudio NGS demostró mutaciones patogénicas en MYD88 (23%), NOTCH1 (31%), PRDM1 (28%) y CARD11 (36%). Aparte, se realizó una ventana pericárdica y la biopsia de pericardio mostraba infiltración (0,4 mm). A los 8 meses progresó con diseminación nodal y extranodal requiriendo tratamiento quimioterápico. Finalmente, el paciente falleció a causa de la enfermedad.

El caso 3 (mujer, 89 años) no presentó ningún reordenamiento en el estudio de FISH. En el estudio de NGS se identificaron mutaciones patogénicas en IRF4 (VAF 35%), PRDM1 (VAF 56%) y SOK1 (VAF 7%). Tras 11 meses de seguimiento se encuentra sin tratamiento y permanece asintomática.

CONCLUSIONES: La descripción de nuestros casos aporta datos sobre la heterogeneidad inmunohistoquímica, genética y molecular de este subtipo de linfoma y la dificultad en el manejo clínico.

Son necesarias series con un mayor número de casos para un conocimiento más preciso de la entidad.

FIBROSIS RETROPERITONEAL AGUDA.

Castillo Pereira, Alex Alberto; Vives Beltrán, Ivo; Lázaro Ventura, María Ángeles; Chacón Hernández, Gina Natalia; Mayordomo Aranda, Empar; Abel Espinosa, Faisal Amin

Presentador: Castillo Pereira, Alex Alberto

HOSPITAL COMARCAL DE VINARÒS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad infrecuente, que se produce por procesos inflamatorios y depósitos de tejido fibrótico que rodea la aorta abdominal y las arterias ilíacas, y se extiende a retroperitoneo. Entre las diversas causas conocidas se encuentran el uso de ciertos fármacos, infecciones, enfermedades autoinmunes, neoplasias e idiopáticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años con antecedentes de tabaquismo, que consultó por un cuadro clínico de seis meses de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, asociado a aumento de perímetro abdominal y de miembros inferiores. En la exploración física presentaba crepitantes bibasales y edema bilateral de miembros. La auscultación cardíaca fue normal. En el ECG se objetivaron bajos voltajes en derivaciones de miembros y en la radiografía de tórax un índice cardiotorácico aumentado y derrame pleural bilateral. Ante la sospecha inicial de insuficiencia cardíaca, se le realizó un ecocardiograma transtorácico donde se informa de derrame pericárdico grave, homogéneo, de 41mm diámetro máximo, con colapso diastólico de cavidades derechas. Se le realizó pericardiocentesis donde se obtuvieron 3000ml de líquido pericárdico que al estudio citológico presentaba macrófagos y células mesoteliales reactivas.

Posteriormente se decide realizar un TAC toracoabdominopélvico, que informó de la presencia de fibrosis retroperitoneal difusa aguda con periaortitis de toda la aorta torácica, abdominal hasta bifurcación y extensión retroperitoneal con obstrucción uretral bilateral, por lo que se decide realización de BAG.

RESULTADOS: En la BAG se identificó tejido graso con disposición lobulillar con mínima presencia de fibrosis paucicelular. Además, entre los lóbulos de adipocitos destacaba la presencia de esteatonecrosis y acúmulos de infiltrados inflamatorios mixtos con histiocitos espumosos, linfocitos, escasas células plasmáticas, polimorfonucleares y aisladas células de Touton. No se identificaron granulomas.

El estudio inmunohistoquímico no mostró expresión nuclear de beta-catenina ni predominio de IgG4 sobre IgG. Los histiocitos fueron CD163(+), S-100(-), CD1a(-).

No se observó sobreexpresión nuclear de BRAF y el resultado del FISH de MDM2: no amplificado.

Se realizó determinación de mutación del BRAF. Resultado: mutado.

CONCLUSIONES: Finalmente se concluyó que, en el contexto clínico del paciente, las pruebas radiológicas, histológicas y los estudios moleculares eran compatibles con la Enfermedad de Erdheim-Chester (ECD).

La ECD es una histiocitosis poco frecuente de células no Langerhans. Los pacientes suelen estar entre la 5ª y la 7ª década de la vida, y tiene predominio en hombres. La enfermedad puede afectar a cualquier tejido, y cuando se produce fibrosis perinefrica, debida a la infiltración de grasa, conduce a la aparición de "riñones peludos", mientras que la fibrosis retroperitoneal puede encerrar la aorta descendente. Desde el punto de vista histológico, la ECD se caracteriza por infiltrados de histiocitos espumosos, cargados de lípidos y núcleos pequeños. Las células gigantes de Touton multinucleadas son frecuentes. Por IHC, las células neoplásicas son CD68(+), CD168(+), CD1a(-), langerina (-), S-100 (-). A menudo es necesaria la confirmación de la alteración de la mitogen-activated protein kinase (MAPK) para establecer un diagnóstico definitivo. El anticuerpo BRAF p.V600E específico de la mutación puede identificar los casos que presentan esta alteración.

Hematopatología 2221

SARCOMA MIELOIDE GÁSTRICO CON DIFERENCIACIÓN ERITROIDE

Cidoncha Perez, Esther María; Bejarano Jurado, Carmen; Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth
Presentador: Cidoncha Pérez, Esther María

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE BADAJOZ. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma mielóide es una masa tumoral extramedular poco frecuente compuesta de blastos mieloides (con o sin maduración) que se encuentra con más frecuencia en la piel, tejidos blandos, ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal, huesos o región de cabeza y cuello de pacientes con leucemia mielóide aguda y pacientes sometidos a un trasplante alogénico de células madre. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y de la afectación de la médula ósea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de sexo masculino de 62 años con dolor abdominal en epigastrio y melenas de una semana de evolución. En TAC abdomino-pélvico se describe tumoración sólida de contorno lobulado dependiente de pared gástrica (fundus y curvatura mayor) de aproximadamente 10 x 12,5 x 13 cm, sin adenopatías de tamaño patológico. En la EDA se describe una masa que ocupa casi la totalidad de la curvatura mayor con zonas ulceradas extremadamente friable de la cual se toman biopsias para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS: La evaluación histológica de las biopsias endoscópicas de la masa gástrica demostró agregados submucosos densos, compuestos de células de tamaño intermedio con escaso citoplasma, contornos nucleares lobulados y cromatina fina y dispersa con nucléolos discretos y numerosas figuras de mitosis. Las características histopatológicas plantean como diagnósticos diferenciales linfomas y neoplasias con diferenciación histiocítica/dendrítica entre otros. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad heterogénea para CD45 y extensa para CD43 y CD71, siendo negativo para CKAE1/AE3, S100, CD20, PAX5, CD3, CD4, CD5, CD10, CD56, CD163, CD61, MPO, CD123, Tdt, ciclina D1, CD117 y CD34. Se realizó estudio mediante secuenciación de nueva generación que reveló mutaciones en los genes TET2, BRAF, PIK3CA, ID3 y ALK y ganancia de número de copias del gen FASLG. Se evaluó sangre periférica y médula ósea, descartando neoplasias mieloides.

CONCLUSIONES: El sarcoma mielóide aislado de novo con médula ósea morfológicamente normal es poco frecuente y se presenta en aproximadamente el 1 % de los pacientes con leucemia mielóide aguda. Debe distinguirse de los blastos mieloides que infiltran cualquier sitio del cuerpo en pacientes con una neoplasia mielóide sistémica y también debe distinguirse de la hematopoyesis extramedular. Se recomienda realizar una evaluación diagnóstica completa, que incluya inmunofenotipificación por citometría de flujo, citogenética convencional y análisis moleculares en pacientes con sarcoma mielóide de novo, necesaria para el pronóstico y las terapias dirigidas.

Hematopatología 2218

EXPRESIÓN DE SOX11 Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS DEL EPSTEIN BARR EN EL LINFOMA DE BURKITT

Onieva Carbajo, Ricard; Rama Sánchez, Laura; Escudero Larrá, Laura; Blázquez Mañá, Carmen María; Asensi Puig, Adrià; González Giraldo, Daniela; Vázquez Luque, José Antonio; Ramos Guijo, María Del Carmen; Soler Campos, Alfons; Papaleo, Natalia
Presentador: Onieva Carbajo, Ricard

PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ PARC TAULÍ I3PT. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. SABADELL, ESPANYA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: SOX11 (SRV-related HMG-box gene 11) es un factor de transcripción que se sobreexpresa principalmente en el linfoma del manto donde se ha sugerido que se correlaciona con supervivencia. Se ha descrito que entre el 25 y el 50% de los linfomas de Burkitt (LB) expresan SOX11. Se ha observado que la positividad para el Virus del Epstein Barr (VEB) en los LB parece ser mutuamente excluyente con la expresión de SOX11, pudiendo estar implicado este último en la patogénesis del linfoma. No obstante, el posible rol de SOX11 en LB aún se desconoce. En este trabajo se ha estudiado la expresión del VEB y del SOX11 de los casos diagnosticados de LB en nuestro centro, correlacionando los resultados con las características clínico-patológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los casos diagnosticados de LB en nuestro centro entre los años 2000 y 2024, con material histológico viable. Se estudió la expresión nuclear de SOX11 (clon MRQ-58, Cell Marque) mediante inmunohistoquímica y su relación con el resultado del VEB mediante hibridación in situ cromogénica (CISH). Asimismo, se han recolectado los datos clínico-patológicos relevantes de los pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 LB, 11 hombres y 4 mujeres con edad media de 40 años (rango 3-86); 33% eran nodales y 66% extranodales. Todos los casos expresaban CD10 y eran negativos para BCL2 y LMO2; con positividad variable para MYC, siendo positivo en 9 (60%) de los casos. Cinco (33%) casos expresaban SOX11 con edades entre los 5 y los 86 años y el 80% eran hombres. Los casos negativos para SOX11 tenían entre 3 y 76 años, con un 70% de hombres. Tres de los 15 LB fallecieron: 2 eran positivos para SOX11 (uno refractario al tratamiento quimioterápico convencional y otro fallecido al momento del diagnóstico) y 1 caso era doble negativo para SOX11 y VEB (fallecido al diagnóstico). Ningún caso fue doblemente positivo para SOX11 y VEB.

CONCLUSIONES: SOX11 se encuentra expresado en algunos casos de LB, siendo su expresión mutuamente excluyente con la positividad para el VEB. Los casos SOX11 positivos parecen ser más agresivos. Sin embargo, no se han observado diferencias epidemiológicas significativas entre los pacientes con LB SOX11 positivo y negativo. Estos resultados deben interpretarse con cautela debido al tamaño limitado de la muestra. Se requieren más estudios para comprender mejor las implicaciones y patogenia del SOX11 en LB.

PREVALENCIA DEL REORDENAMIENTO DE DUSP22 EN LINFOMA T ANAPLÁSICO

Jiménez Velasco, Javier; Montes Moreno, Santiago

Presentador: Jiménez Velasco, José Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El reordenamiento DUSP22, situado en 6p25.3, se asocia a linfoma T anaplásico, ocurriendo en un 20-25% de casos de linfoma T anaplásico cutáneos y en un 25-30% de casos de linfoma T anaplásico sistémico/ganglionar. En ambos casos, existen cambios histopatológicos que pueden orientar hacia la presencia de dicho reordenamiento. Los casos diagnosticados de Linfoma T anaplásico primario cutáneo presentan un patrón bifásico con epidermotropismo de células pequeñas atípicas, mientras que los sistémicos se caracterizan por abundantes células "hallmark" junto con ocasionales células "en donut".

MATERIAL Y MÉTODOS: Llevamos a cabo un estudio descriptivo mediante una búsqueda en el archivo histórico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), en un periodo que comprende desde abril de 2014 hasta diciembre de 2024, de aquellos casos de Linfoma T anaplásico cuyo estudio genético incluyese el reordenamiento DUSP22. Dicho estudio se realizó mediante técnica de FISH en interfase sobre tejido desparafinado con las sondas de DNA-FISH de Leica Vitro IRF4/DUSP22 (6p.25). Se revisó el patrón morfológico en los casos primarios cutáneos. Se estudió la expresión de MUM1 y marcadores citotóxicos. En estos últimos, se consideró resultado negativo si tan solo había expresión de un marcador o si ninguno se expresaba, y resultado positivo cuando había expresión de dos o más marcadores citotóxicos.

RESULTADOS: Se examinaron un total de 26 biopsias, de las cuales 11 fueron biopsias ganglionares, 12 biopsias cutáneas y 3 biopsias extraganglionares. Estas últimas eran de origen amigdalar, intestinal y mesentérico. Los casos fueron diagnosticados de Linfoma T anaplásico sistémico (16) y Linfoma T anaplásico primario cutáneo (10). Dos de los casos sistémicos tuvieron una presentación secundariamente cutánea. Se detectó la traslocación DUSP22 en 6 casos: 3/16 (19%) con diagnóstico de Linfoma T anaplásico ALK-negativo y 3/10 (30%) con diagnóstico de Linfoma T anaplásico primario cutáneo. Los tres casos de Linfoma T anaplásico ALK-negativo de origen extraganglionar fueron negativos para el reordenamiento. Los tres casos de Linfoma T anaplásico primario cutáneo DUSP22-reordenado mostraron un patrón bifásico. En cuanto al estudio de expresión de marcadores, se estudió MUM1 en 11 casos, 4 cutáneos y 7 sistémicos. Todos ellos fueron positivos, siendo que 5 tenían DUSP22 reordenado y 6 tenían DUSP22 no reordenado. De los 21 casos con estudio de marcadores citotóxicos, se obtuvieron 9 resultados positivos, todos ellos DUSP22 no reordenado. De los 12 casos negativos, 6 tenían el DUSP22 reordenado y 6 tenían el DUSP22 no reordenado.

CONCLUSIONES: La prevalencia del reordenamiento de DUSP22 en los casos de Linfoma T anaplásico ALK-negativo sistémico fue del 19%, mientras que en los casos de Linfoma T anaplásico primario cutáneo fue del 30%. En estos últimos, la detección de dicho reordenamiento es importante de cara a hacer el diagnóstico diferencial con la Micosis Fungoide con transformación a células grandes. El patrón bifásico se encontró exclusivamente en los casos de Linfoma T anaplásico primario cutáneo DUSP22 reordenado. La expresión de marcadores citotóxicos fue negativa en todos los casos con reordenamiento de DUSP22; sin embargo, el 50% de estos casos negativos no mostraban el reordenamiento, lo que sugiere que ante la negatividad de marcadores citotóxicos debe realizarse el FISH para el reordenamiento de DUSP22.

PRESENTACIÓN CUTÁNEA COMO ÚNICO SÍNTOMA DE UN LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS B CON DOBLE REORDENAMIENTO DE KMT2A EN UN NIÑO DE DIECINUEVE MESES.

Espadaler Fabregó, Ignasi; Restrepo Arango, Sara; Scévola Metralle, Sofía; Di Muro, María Antonietta; Ferré Figa, Malena; Pratorcane Canela, Marta; Gutiérrez Montalbán, Raquel; Cabanas Lladó, Mariona; Mozos Rocafort, Anna

Presentador: Espadaler Fabregó, Ignasi

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma linfoblástico de células B (B-LBL) es una neoplasia agresiva de células linfoides inmaduras de estirpe B que forma parte del mismo espectro patológico que la leucemia linfoblástica aguda de células B (B-ALL). Por definición y a diferencia de ésta, el linfoma afecta de forma primaria a ganglios o territorios extranodales. Normalmente se presenta de forma asintomática y cursa con <25% de blastos en médula ósea y sangre periférica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso inusual de B-LBL con afectación únicamente cutánea y doble reordenamiento de KMT2A detectado mediante NGS y confirmado mediante FISH. Se trata de un niño de diecinueve meses, sin antecedentes médicos ni familiares de interés, que presenta una tumoración indolora en eminencia hipotenar derecha de un mes de evolución, que se biopsia.

RESULTADOS: La biopsia cutánea muestra una infiltración dermo-hipodérmica difusa por una celularidad linfóide monótona y atípica, con núcleos de tamaño pequeño e intermedio, discretamente irregulares, ausencia de nucleólo y ocasionales figuras de mitosis. El estudio inmunohistoquímico muestra una población linfóide B con expresión intensa y difusa de CD19, CD79a y PAX5, con coexpresión aberrante de CD7 y negatividad para CD20. Los marcadores de inmadurez TdT, CD34, CD117 y CD10 resultan negativos, mientras que CD99 muestra una positividad débil y heterogénea, con un índice de proliferación (Ki-67) del 80%. El estudio del reordenamiento de la cadena pesada de las inmunoglobulinas muestra un patrón biclonal, mientras que el estudio mediante panel de NGS ha demostrado dos reordenamientos de KMT2A, t(11;19) y t(6;11), que han sido confirmados mediante FISH con sonda break-apart, y que corrobora el diagnóstico de linfoma linfoblástico B con reordenamiento de KMT2A. Tras el diagnóstico, se le practica un aspirado de médula ósea, que no evidencia elementos atípicos, y PET-TAC que muestra hipermetabolismo en la lesión de la mano, junto con hipermetabolismo de diversas adenopatías cervicales y axilares. Estos hallazgos son compatibles con un estadio I-II de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Los reordenamientos de KMT2A están presentes en un 2% de todos los LBL-ALL pediátricos y se asocian con la aparición de la enfermedad a una edad más temprana y representan un factor de mal pronóstico. Sin embargo, la presencia de un doble reordenamiento de KMT2A no se ha descrito previamente en la literatura.

KMT2A es una histona H3 lisina 4 (H3K4) metiltransferasa que se encuentra localizada en el brazo largo del cromosoma 11q23.3. Su función principal es la regulación epigenética de la iniciación y elongación de la transcripción mediante la metilación de H3K4 en las regiones promotoras de los genes objetivo. En las leucemias se han descrito múltiples "socios genéticos" de KMT2A. En nuestro caso identificamos dos genes de fusión diferentes asociados a KMT2A. El gen MLLT3 está ampliamente descrito en la patogénia de la LBL-ALL, y ZNF91, que no se había identificado previamente.

La afectación cutánea en el B-LBL pediátrico es común, observándose en un 23% de los pacientes, y con mayor frecuencia en los tumores con reordenamiento de KMT2A. Además, igual que en nuestro caso, los B-LBL con reordenamiento de KMT2A presentan comúnmente pérdida de la expresión de marcadores de inmadurez, como TdT y CD10.

LINFOMA FOLICULAR DE TIPO DUODENAL SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Benavides De La Fuente, Cristian; Carrasco Fernández, Daniel; García Domínguez, Francisco; Atienza Cuevas, Lidia; Pérez Requena, José

Presentador: Benavides De La Fuente, Cristian

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma folicular de tipo duodenal (LFTD) es una variante de linfoma folicular, de bajo grado histológico y curso clínico asintomático e indolente, con perfil genético reminiscente al de la neoplasia folicular in situ de células B y restringido al tracto gastroduodenal, principalmente en la segunda porción duodenal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se expone el caso de una mujer de 78 años que en 2020 presenta síntomas de dispepsia, anemia ferropénica con test de sangre oculta en heces positivo por adenoma colónico de gran tamaño y déficit de vitamina B12, sometida a endoscopia oral, donde se identifica pangastritis y duodenitis erosiva con eritema y edema de vellosidades, efectuándose toma de biopsias.

RESULTADOS: El estudio histopatológico muestra infiltración de la lámina propia de la mucosa duodenal por una proliferación constituida por folículos de células linfoides pequeñas que expresan inmunotinción positiva para marcadores de células B (CD20 y CD79a) con fenotipo centro-germinal (CD10 y Bcl6), así como de Bcl2, con un índice proliferativo (Ki67) del 5%, que se extienden además por fuera de dichos folículos. Destaca la presencia de mallas de células dendríticas foliculares (CD21 y CD23) restringida a la periferia de los folículos. Tras decidirse seguimiento, en el control endoscópico posterior en 2021 se objetiva mucosa duodenal de aspecto normal, cuya biopsia muestra asimismo infiltración de la mucosa por las mismas células linfomatosas, así como en la siguiente evaluación en 2022, donde muestra, desde rodilla duodenal hasta segunda porción del mismo, una mucosa irregular en empedrado con frecuentes acúmulos granulares blanquecinos sobre su superficie, decidiéndose entonces tratamiento con rituximab, que tras 4 ciclos obtiene una respuesta completa. La última biopsia, realizada en 2023, no muestra signos de infiltración neoplásica.

CONCLUSIONES: El LFTD supone el 4% de todos los linfomas gastrointestinales, identificándose en una de cada 3.000 – 7.000 gastroduodenoscopias. Dado su excelente pronóstico, la actitud terapéutica que se adopta es una conducta de vigilancia y seguimiento, pues no se han identificado datos que demuestren, en los casos asintomáticos, un beneficio de tratamiento. A pesar de ello, en series pequeñas y reporte de casos, la radioterapia, rituximab en monoterapia, quimioterapia y claritromicina se han postulado como tratamientos efectivos.

IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DEL GEN TP53 EN LOS LINFOMAS T ANGIOINMUNOBLÁSTICOS.

Rodríguez Moreno, Marta; Rebollo González, Marcos; Frutos Díaz-Alejo, Jesús; Manso Alonso, Rebeca; Morillo Giles, Daniel; Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Rodríguez Pinilla, Socorro María

Presentador: Rodríguez Moreno, Marta

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas periféricos de células T (PTCL) son tumores agresivos, poco frecuentes, con un pronóstico desfavorable, y con una supervivencia global en torno al 30% después de 5 años. Dentro de éstos, en el mundo occidental, predominan los linfomas primarios de células T ganglionares (linfomas nodales de células T), siendo el linfoma angioinmunoblástico de células T (LTAI) el más representado. El LTAI es un linfoma morfológicamente caracterizado por la expansión de linfocitos T que expresan marcadores de células T foliculares (CD4+, BCL6, CD10, PD-1, CXCL13, CXCR5, ICOS), plasmáticas, eosinófilos, proliferación de vénulas de endotelio alto, histiocitos, aumento de células dendríticas foliculares (CD23+, CD21+), y expansión variable de células B grandes activadas CD30/EBV +/- Se piensa que el LTAI se desarrolla por etapas, con mutaciones de TET2 y DNMT3A que surgen en los progenitores hematopoyéticos e inducen la hematopoyesis clonal (CH), seguidas de eventos secundarios como las mutaciones de RHOA e IDH2 que impulsan la transformación maligna de las células TFH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo, constituido por dos series independientes de pacientes. Una serie consta de 93 casos de LTAI, y otra serie de validación de 49 casos de LTAI. En la primera serie se llevó a cabo un estudio de expresión génica diferencial de la muestra diagnóstica (material fijado en formol e incluido en parafina, FFPE) mediante la tecnología nCounter de NanoString. Además, en ambas series se realizaron estudios de inmunohistoquímica (IHC) de genes específicos. Los análisis estadísticos se realizaron mediante código de R (R-4.4.3), e IBM SPSS Statistics v27.

RESULTADOS: Un análisis de correlación mostró una relación positiva y estadísticamente significativa entre el gen TP53 y varios marcadores citotóxicos (NKG7, GZMA y PRFI). Asimismo, el estudio reveló correlaciones positivas y estadísticamente significativas de TP53 con los genes LMP1 y LMP2 (virus de Epstein-Barr, VEB), CD30, Ki-67, y PD-1. Se encontró una relación estadísticamente significativa de TP53 con la presencia de mutaciones múltiples en el gen TET2. Teniendo en cuenta los datos de expresión de TP53, el estudio reveló asociaciones positivas y significativas con marcadores de IHC tales como VEB, PD-1, CD30, BCL6, BCL2, Ki-67, CXCL13, CD20, y PRFI (con un p-valor menor a 0.05). Realizando análisis de correlaciones de CD30 y VEB con distintos marcadores, también se encontraron asociaciones directas con TP53, Ki-67, PD-1, CD20, PRFI, y TIAI (con un p-valor menor a 0.05). Siguiendo las indicaciones del estudio, se llevó a cabo un análisis univariado y multivariado mediante un modelo de regresión logística, con el fin de identificar posibles factores. El análisis univariado arrojó como factores de un mayor riesgo al gen TP53, al gen CD30, y a VEB (con un p-valor menor a 0.05). Sin embargo, en el análisis multivariado no se mantuvo la significación de estas variables. Los resultados de un análisis univariado del modelo de riesgos proporcionales de Cox revelaron que tanto TP53 como CD30 son factores de peor pronóstico (p-value<0.05). En el modelo multivariante, dichas variables fueron no significativas. Estos mismos resultados se validaron en una serie independiente de 49 pacientes adicionales con LTAI.

CONCLUSIONES: En resumen, se describe en pacientes con LTAI una asociación directa del gen TP53 con una firma molecular citotóxica de mal pronóstico, diversos marcadores biológicos, y un mayor riesgo asociado a dicho tumor.

SERIE DE LINFOMAS/LEUCEMIAS LINFOBLÁSTICAS B EN NUESTRO CENTRO DURANTE 10 AÑOS Y PRESENTACIÓN DE 5 CASOS DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO B

Granados Pacheco, Francisco; Afonso Martín, Juan Luis; Bueno Ortiz, Pablo Miguel; Camacho García, María Del Carmen

Presentador: Granados Pacheco, Francisco

CHU INSULAR MATERNO INFANTIL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma/leucemia linfoblástico de células B suele presentarse de manera más frecuente en niños y en su forma leucémica; mientras el linfoma/leucemia linfoblástico T suele hacerlo en forma de masa mediastínica. La OMS recomienda reservar el término "linfoma linfoblástico" para los casos que no presentan afectación en médula ósea ni en sangre periférica. Si estudiamos la proporción linfoblástica B y T desde este punto de vista el 90% suelen ser de células T, siendo únicamente el 10% de los linfomas linfoblásticos de linfocitos B. Presentamos 5 casos de linfoma linfoblástico B recogidos a lo largo de 15 años y recogemos nuestra estadística de linfomas/leucemias linfoblásticas B en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han recogido los casos diagnosticados como leucemia/linfoma linfoblástico B de los últimos 10, recogiendo de cada uno su edad, sexo, si se trata de leucemia o linfoma y los marcadores que expresaban al diagnóstico. Además, se han revisado los 5 casos catalogados como linfomas linfoblásticos B.

RESULTADOS: Durante los últimos 10 años, se han recogido 22 casos de leucemia/linfoma linfoblástico B. Con una distribución por sexo de 59% hombres (13) y 41% mujeres (9); siendo la edad del 58% inferior a 15 años (10), el 0% entre 15 y 30 años (0), el 28% entre 31 y 80 años (6) y el 14% superior a 80 años (3).

El 91% de los casos fueron leucemias (20) frente al 9% de linfomas (2).

Al estudiar el inmunofenotipo, todos son positivos para marcadores B (PAX5 y/o CD79), CD10 y TdT, reconociéndose una positividad variable para CD34 y CD20 en los 21 casos estudiados (de uno de ellos no se dispone el CD20): 10 casos CD34+/CD20-; 4 casos CD34-/CD20+; 4 casos CD34-/CD20- y 3 casos CD34+/CD20+.

A los 2 casos de linfoma linfoblástico B aquí presentes se añadieron 3 casos más diagnosticados en los 5 años anteriores: todos ellos de edades inferiores a 15 años, con una distribución por sexos predominantemente masculina (80%) y siendo 3 de ellos CD34+/CD20- y 2 CD34-/CD20+.

De ellos, cuatro de los casos debutaron como masas óseas y uno como afectación cutánea (evidenciándose masas óseas y renales al estudio). Este último sufrió una rápida transformación a leucemia mieloblástica aguda, falleciendo a los pocos meses. El resto de casos, tras tratamiento inicial, no sufrieron recaídas y se encuentran libres de enfermedad.

CONCLUSIONES: El linfoma/leucemia linfoblástico B es una entidad infrecuente que debemos conocer, la coexpresión de marcadores B y TdT hacen posible el diagnóstico. Los marcadores de CD34 y CD20 se expresan de forma variable, aunque lo hacen de forma complementaria en un 66% de nuestros casos, siendo más frecuente encontrar un fenotipo CD34+/CD20-.

LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA DE CÉLULAS T EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE NEOPLASIAS SÓLIDAS: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO.

Lucero Salaverry, María Miguel; Bayo Juanas, Paula; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Hernández Valles, Alicia; Ortiz Muñoz, Macarena De Los Ángeles; Gutiérrez Pérez, Oliver; Liébana Vilela, Marta; Torres Nieto, María Ángeles

Presentador: Lucero Salaverry, María Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La leucemia prolinfocítica de células T (T-PLL) es una neoplasia de células T maduras, agresiva y poco frecuente. Se caracteriza por una linfocitosis, anemia, trombocitopenia y hepatoesplenomegalia. Su patogénesis está relacionada con la sobreexpresión de TCLA y alteraciones en el gen ATM, como mutaciones o deleciones. Representa aproximadamente el 2 % de todas las leucemias de células T maduras y se distingue por la proliferación de linfocitos atípicos. Los criterios diagnósticos estandarizados del Grupo de Estudio Internacional de T-PLL (TPLL-IG) incluyen:

-Criterios mayores: recuento $>5 \times 10^9/L$ de células con fenotipo T-PLL, clonalidad de células T y anomalías en 14q32 o expresión de TCLA/B o MTCPI.

-Criterios menores: anomalías cromosómicas adicionales y afectación de órganos específicos.

El reconocimiento temprano de esta entidad es crucial para establecer estrategias terapéuticas adecuadas y mejorar el pronóstico del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente varón de 75 años con antecedentes de carcinoma de colon diagnosticado en 2001 y melanoma en mejilla en 2017.

El paciente consultó por la aparición de reacciones ecematosas generalizadas en el tronco, la cara interna de los brazos y las ingles, acompañadas de adenopatías cervicales y axilares.

El análisis sanguíneo reveló leucocitosis, anemia y trombocitopenia.

Ante estos hallazgos, se realizó una biopsia ecoguiada de la adenopatía axilar para su estudio histopatológico e inmunofenotípico.

RESULTADOS: El análisis microscópico de la biopsia axilar reveló tejido linfoidal con un infiltrado difuso compuesto por células linfoides de pequeño-mediano tamaño, con membranas ligeramente irregulares y mitosis ocasionales.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CD3, CD5, CD2, CD4 y CD7, siendo negativos granzima B, TdT, CD8, CD10 y CD30. Los marcadores B fueron todos negativos.

La citometría de flujo reportó un 80 % de linfocitos T maduros, de tamaño pequeño a mediano, con expresión de CD3, CD7, CD4 y CD5, y sin expresión de CD34 ni CD8.

El estudio molecular, realizado mediante panel NGS para síndromes linfoproliferativos, identificó reordenamientos clonales en los loci TCRA, TCRB y TCRG, así como mutaciones en los genes STAT5B y JK3.

Con estos hallazgos, se cumplían dos criterios mayores y un criterio menor de los establecidos por el Grupo de Estudio Internacional de T-PLL (TPLL-IG). Se confirmó el diagnóstico de leucemia prolinfocítica de células T (T-PLL).

El paciente falleció poco tiempo después, sin llegar a recibir tratamiento dirigido.

CONCLUSIONES: La leucemia prolinfocítica de células T (T-PLL) es una neoplasia rara y agresiva. El análisis inmunofenotípico y molecular es la clave para un diagnóstico preciso. La estandarización de los criterios diagnósticos ha mejorado su identificación y el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces.

Este caso destaca que, independientemente de los antecedentes oncológicos del paciente, siempre existe la posibilidad de desarrollar nuevas neoplasias. Por ello, es fundamental realizar biopsias en lesiones de nueva aparición para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN GANGLIOS LINFÁTICOS: ROL EN EL SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNITARIA INDUCIDO POR EL SARCOMA DE KAPOSI

Galeano Paniagua, Laura Andrea; Puglia Santos, Víctor Carlos; Fernández Romero, Cristina; Medina Medina, María Del Carmen; Hinojosa Jury, Mariana Lis; Alemany Monraval, Pilar; Navarro Conde, Pedro; San Juan Jiménez, Josefa; Chaachou Charradi, Anas; Jiménez Sánchez, Ana Isabel
Presentador: Galeano Paniagua, Laura Andrea

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLÍRIA VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia endotelial inducida por el virus herpes humano 8 (VHH-8), cuyo desarrollo ocurre en diferentes entornos clínico-epidemiológicos. Se manifiesta principalmente como lesiones cutáneas, mucosas, en ganglios linfáticos y en órganos viscerales. Se reconocen cuatro formas clínicas del sarcoma de Kaposi: la clásica, la africana endémica, la asociada al SIDA y la iatrogénica. Además, uno de los fenómenos clínicos más relevantes en pacientes con VIH/SIDA, tras iniciar el tratamiento antirretroviral, es el síndrome de reconstitución inmunitaria inducido por el sarcoma de Kaposi (IRIS-KS, por sus siglas en inglés), que se aborda en este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente masculino de 35 años, originario de Brasil, que acudió al servicio de urgencias con fiebre, lesiones cutáneas progresivas y pérdida de 5 kg en el último mes. Durante la exploración, se observaron placas y nódulos eritemato-violáceos asintomáticos, localizados en el tronco y en los miembros superiores e inferiores, así como linfadenopatía cervical palpable. Los análisis de sangre mostraron pancitopenia y el estudio ecográfico reveló esplenomegalia. Se realizaron estudios serológicos, que confirmaron una infección por VIH no diagnosticada previamente, junto con biopsias de piel, médula ósea y ganglio linfático. Asimismo, se llevaron a cabo técnicas inmunohistoquímicas frente a CD31, CD34, VHH-8, CD138 y cadenas ligeras kappa y lambda.

RESULTADOS: El estudio histológico del ganglio linfático mostró una proliferación vascular atípica, localizada predominantemente a nivel sinusoidal, compuesta por una celularidad fusiforme con extravasación hemática. El análisis inmunohistoquímico reveló positividad para CD31, CD34 y VHH-8. La lesión también presentó plasmocitosis acompañante (CD138 positiva), con un aspecto maduro y policlonal (sin restricción de cadenas ligeras kappa y lambda). Con base en estos hallazgos, el diagnóstico final fue de sarcoma de Kaposi diseminado, observándose lesiones similares en la piel y en la médula ósea, lo que llevó a la iniciación del tratamiento antirretroviral. Un mes después, el paciente fue ingresado debido al deterioro de su estado general y al empeoramiento de las lesiones cutáneas, acompañado de anasarca. En la tomografía computarizada (TAC) se observaron opacidades pulmonares, con resultados negativos para causas sépticas. Finalmente, se diagnosticó IRIS-KS y el paciente falleció debido a un fracaso multiorgánico.

CONCLUSIONES: El diagnóstico temprano del IRIS-KS es fundamental para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos. Sin embargo, es una entidad a menudo olvidada hoy en día, por lo que es crucial tenerla en cuenta. Las intervenciones tempranas permiten iniciar un tratamiento adecuado que controle tanto el sarcoma de Kaposi como la respuesta inflamatoria. Las biopsias ganglionares son esenciales para un diagnóstico preciso, ya que permiten diferenciarlo de otras condiciones que pueden simular una exacerbación del SK, como infecciones oportunistas o recaídas de linfomas.

UN LINFOMA INESPERADO: LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Astilleros Blanco De Córdova, Laura; Revilla Sánchez, Enrique; Veras Lista, Mariña; Rodríguez Izquierdo, Antonia
Presentador: Astilleros Blanco De Córdova, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso clínico de una mujer de 53 años, natural de Ecuador, que acude a urgencias por dolor e inflamación de la hemicara derecha, junto con un crecimiento progresivo de una masa en la región geniana derecha. Se realizó un TAC craneal que evidenció una extensa tumoración nasal derecha con amplia invasión ósea y destrucción maxilar que condicionaba una importante invasión orbitaria con destrucción del tabique nasal y leve infiltración contralateral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las pruebas de imagen planteaban como posibilidades diagnósticas un melanoma o un proceso linfoproliferativo, realizándose finalmente una biopsia quirúrgica de la masa. No obstante, dicha muestra permitió un diagnóstico preliminar de proceso linfoproliferativo CD4+, requiriendo una segunda biopsia para adecuada filiación diagnóstica.

RESULTADOS: El estudio microscópico de la 2ª muestra se correspondía con un fragmento de tejido fibromuscular con una extensa infiltración por una proliferación neoplásica de hábito linfoides de crecimiento difuso. La celularidad era de tamaño mediano-grande, con leve citoplasma eosinófilo, núcleos de contorno convoluto y hendido, cromatina fina y ocasional nucleolo. Se identificaron mitosis y apoptosis salpicadas, sin necrosis. Dicha población se entremezclaba con algunas estructuras vasculares de pequeño calibre con endotelios reactivos. Las células linfoides atípicas expresaban marcadores T (CD2, CD3 y CD5+) mostrando pérdida de CD7 y positividad difusa para CD4. Además, expresaban CD28, GATA3, con tinción débil de ICOS. Por el contrario, resultaron negativas para CD20, PAX5, CD56, granzyma, perforina, TdT, PDL1, CXCL13, CD10, BCL6, T-bet y EBER. No se observaba expresión de CD21 ni CD23 y el índice proliferativo (MIB1) fue del 85%. El caso fue comentado en el comité interdisciplinario, descartando tras anamnesis y exploración física la afectación secundaria de un linfoma cutáneo. Asimismo, tras una primera prueba serológica para HTLV1 inmunorreactiva se solicitó una segunda determinación que resultó positiva. Con todos los datos en conjunto, los hallazgos fueron encuadrables un linfoma de células T del adulto. El estudio de extensión de médula ósea no demostró infiltración de la misma. La paciente fue tratada con quimioterapia y posteriormente con trasplante alogénico, alcanzando respuesta completa y estabilidad clínica.

CONCLUSIONES: La leucemia-linfoma de células T (ATLL) del adulto es un proceso linfoproliferativo endémico de algunas regiones del mundo (América del Sur, Japón, África intertropical). Está intrínsecamente asociado al HTLV1 y su aparición es de una latencia larga (>20 años) desde la primoinfección. Microscópicamente, muestra una histología muy variable, dificultando su diagnóstico, aunque las células suelen describirse con núcleos lobulados otorgando forma de flor. En el estudio inmunohistoquímico, son linfomas T que suelen perder la expresión de CD7 y ser positivos para CD4. Muestran variabilidad en cuanto a marcadores Tfh y son negativos para marcadores citotóxicos. Frecuentemente expresan CD25, CCR4 y FOXP3. Con todo ello, ante linfomas T CD4+ con 1 o ningún marcador Tfh, antes de plantearse un linfoma T periférico es importante realizar el diagnóstico diferencial con una afectación secundaria por una micosis fungoide o un ATLL. En ambos casos se puede observar expresión de CD25, siendo importante para ello la adecuada orientación del caso y plantearse estudio de HTLV1 en un apropiado contexto clínico.

“LINFOMAS MALT EXTRANODALES: NO SIEMPRE ES EL ESTÓMAGO”

Rodriguez Gilabert, Carolina; Tito Condori, Mary Isabel; Revilla Sánchez, Enrique
Presentador: Rodriguez Gilabert, Carolina

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) constituyen entre un 5 y un 8% de los linfomas de células B. La localización ocular representa el 13% de estos. Se diagnostican entre los 50 y 70 años, presentándose con ptosis, exoftalmos, oftalmoplejía y metamorfopsias. Su presentación en tino es extremadamente rara, si bien son más frecuentes en mujeres de mediana edad (media 61 años), población asiática y asociados a enfermedades autoinmunes sistémicas. La presentación de este como masa quística es habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos de dos mujeres, ambas de 61 años con los siguientes antecedentes e historias clínicas:
CASO 1: Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide y Linfoma B difuso de células grandes en 2022, con respuesta completa a quimioterapia. Acude por proptosis del ojo derecho con limitación para la infraelevación. Observándose una masa sobre el reborde orbitario inferior, que mide 2.5 x 0.9 cm (por tomografía) y se encuentra en contacto con la pared lateral derecha del globo ocular.
CASO 2: Lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido que es derivada para cirugía desde otro centro por un hallazgo incidental radiológico de masa quística mediastínica sospechosa de timoma quístico.

RESULTADOS: CASO 1: La biopsia muestra tejido conectivo y muscular estriado infiltrado por una proliferación linfoide de crecimiento difuso con folículos linfoides secundarios polarizados y expansión de la zona marginal. Los linfocitos atípicos tienen aspecto monocitoide, infiltran estructuras nerviosas, son fenotipo B (CD20+, PAX5+), coexpresan MNDA, BCL2 y son negativos para CD5, CD23, CD10, BCL6, ciclina D1 e IgD. Los centros germinales son positivos para CD10 y BCL6. El índice proliferativo es del 20%. CASO 2: Se observa una lesión quística con epitelio escamoso rodeada de un denso infiltrado linfoide con folículos linfoides secundarios polarizados y macrófagos con cuerpos tingibles. La zona marginal esta expandida, constituida por células monocitoides y centrocíticas que producen lesión linfopitelial - del epitelio quístico y los corpúsculos de Hassal residuales- con frecuentes imágenes de colonización de los folículos. La población es de estirpe B (CD20 y PAX5+), coexpresa BCL2, y negativa para CD5, CD23, CD10, BCL6, MNDA, Ciclina D1, Tbet, IgD, IgM e IgA. CD21 y 23 destacan la colonización folicular. El índice proliferativo es del 10%. La PCR fue positiva para reordenamiento monoclonal de IgH.
Ambas biopsias se diagnosticaron de linfoma B de zona marginal extranodal asociado a mucosa (MALT).

CONCLUSIONES: - Los linfomas de la zona marginal extranodal asociados a mucosas extra gástricos son infrecuentes y suelen estar asociados a procesos inflamatorios crónicos, infecciones, autoinmunidad (entre ellos el síndrome de Sjögren), etc.
- Presentamos estos dos casos para recalcar la importancia de evaluar la morfología y el fenotipo de los infiltrados linfoides en pacientes con Síndrome de Sjögren y otras enfermedades autoinmunes.
- La localización ocular es infrecuente. La tímica es excepcional, descrita en la última actualización de la WHO con menos de 100 casos descritos en la literatura.

PROCESO LINFOPROLIFERATIVO B CD20 NEGATIVO POST-TRASPLANTE RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Astilleros Blanco De Córdova, Laura; Tito Condori, Mary Isabel; Rodriguez Gilabert, Carolina
Presentador: Astilleros Blanco De Córdova, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una paciente mujer de 22 años ingresada en urgencias por dolor y aumento de volumen a nivel del epigastrio y flanco izquierdo, asociado a pérdida de 4 kg en 1 mes, así como sensación distérmica vespertina. Como antecedente médico destacable, desarrolló una enfermedad renal crónica ERC secundaria a nefronoptosis, tras lo cual requirió un trasplante renal de donante vivo 10 años antes, estando en mantenimiento con tratamiento inmunosupresor con tacrólimus y micofenolato. En la analítica se objetivó anemia y las pruebas de imagen demostraron la presencia de múltiples adenopatías supra e infradiaphragmáticas, engrosamiento pleural izquierdo, de estómago y colon transversal/omento mayor; todo ello con incremento patológico del metabolismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ante la sospecha de un síndrome linfoproliferativo como primera posibilidad se realiza una exéresis quirúrgica de una adenopatía cervical izquierda.

RESULTADOS: En el estudio microscópico de la muestra se observó una proliferación neoplásica de hábito linfoide con patrón de crecimiento difuso. Las células eran de tamaño grande, citoplasma eosinófilo, núcleos ovoides de cromatina clara y nucléolo pequeño. Se identificaron mitosis y apoptosis, sin apreciarse necrosis. En el estudio inmunohistoquímico la celularidad era de fenotipo B (PAX5, OCT2, CD79a+), coexpresando CD10, BCL6, MUM1, LMO2 y BCL2. Resultó negativa para CD20, CD138, CD30 y ALK y no se demostró infección por el virus de Epstein-Barr (EBV) tras estudio por hibridación. Se completó con estudio molecular de FISH de BCL2, BCL6 y c-MYC, siendo negativos. Con todo ello, el diagnóstico emitido fue de linfoma B difuso de célula grande (LBDCG), fenotipo centro germinal, EBV y CD20 negativo en contexto post-trasplante renal. En el estudio de extensión no se demostró infiltración de la médula ósea. Tras dicho diagnóstico la paciente comenzó tratamiento con esquema CHOP y seguimiento estrecho.

CONCLUSIONES: En la nueva clasificación de la WHO de tumores hematológicos, los procesos linfoproliferativos post-trasplante han sufrido cambios en la nomenclatura. Para su denominación, es necesario indicar el proceso linfoproliferativo desde el punto de vista histológico, la situación de inmunosupresión/inmunodeficiencia y la presencia o no de infección por virus relacionados (EBV/ HHV8). Aunque la mayoría están asociados a la infección por EBV, existen casos que no se demuestra la presencia de este virus, como ocurrió en nuestro caso, desconociéndose la causa etiológica. Asimismo, destacar en nuestro caso la negatividad para CD20, puesto que la paciente no había recibido rituximab previamente. Con ello, planteaba el diagnóstico diferencial con las variantes de un LBDCG CD20- negativo como un linfoma B de célula grande ALK+ o un linfoma plasmablastico. Estos procesos fueron descartados por los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos. Así, los LBDCG CD20- negativos, en ausencia de tratamiento con rituximab y que no muestran características de las variantes ya descritas, son procesos linfoproliferativos infrecuentes y de comportamiento agresivo, que por sus características no tienen un esquema de tratamiento establecido y que pueden plantear un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

Hematopatología

2395

LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE: PITS FALLS A TENER EN CONSIDERACIÓN.

Suarez Sanchez, Maria Dolores; Ariza Estepa, Esperanza Macarena; Medina Pérez, Manuel
Presentador: Suárez Sánchez, María Dolores

HOSPITAL UNIVERSITARIO COMARCAL DE LA MERCED (OSUNA, SEVILLA).

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) NOS es un linfoma constituido por células B de tamaño mediano a grande con un patrón de crecimiento difuso. Se trata de una entidad morfológica y molecularmente heterogénea que no cumple los criterios diagnósticos de neoplasias específicas de linfoma de células B grandes. La mayoría de los pacientes presentan enfermedad ganglionar, aunque hasta un 40% se presentan extraganglionares al momento del diagnóstico (como el tracto gastrointestinal). El pronóstico de los subtipos morfológicos de LDCBG-NOS sigue siendo incierto, aunque variantes inmunoblásticas o anaplásicas se asocian con una menor supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 40 años acude por adenopatía laterocervical con aumento progresivo de tamaño de 6 meses de evolución, con otra de nueva aparición en el lado contralateral, y dolor en hipocondrio izquierdo. Presenta además astenia y sudor de predominio nocturno, sin otra sintomatología. Se realiza estudio PET que revela un foco de hipercaptación localizado en la región posterior derecha del cavum (7x4 mm), conglomerados adenopáticos hipermetabólicos en las regiones laterocervicales bilaterales (niveles IB, IIA, IIB, III y IV) (<2,5 cm), región axilar derecha (<1 cm); a nivel infradiaphragmático, se observan focos de hipercaptación en conglomerados adenopáticos en las regiones del ligamento gastrohepático y peripáncreáticos (<2,5 cm), y en la pared del antro estomacal (30x26 mm). Todos ellos sospechosos de malignidad, correspondiente, de confirmarse que se tratase de un proceso linfoproliferativo, en un estadio IV. Se procede a exéresis del conglomerado laterocervical, y biopsia de médula ósea.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico se identifican ganglios linfáticos, el de mayor de ellos de 5 cm. En el estudio histopatológico se observa un borramiento difuso de toda la arquitectura ganglionar, con una población celular de tamaño grande con un inmunofenotipo B CD20+/CD19+, CD79a+/CD138-, CD10-/bcl-6+/MUM1+, bcl-2+/c-myc-, con índice proliferativo (Ki-67) estimado del 65%. Entremezcladas, se identifican una población celular en alto proporción, con núcleo grande y nucleolo evidente, con marcada atipia, que presentan una inmunoposición para CD30+, no así para ALK-, EBER-, CD5-, CD15-. En el estudio realizado mediante FISH, no se observa reordenamiento del Gen Myc. Con estos hallazgos concordantes con un Linfoma B difuso de célula grande, de fenotipo no centrogerminal, CD30-positivo. La médula ósea no presenta infiltración.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial de las neoplasias linfoides pueden llegar a suponer un reto, ya que a veces se tratan de muestras de pequeño tamaño, y muy heterogéneas, y tienen distinto tratamiento y pronóstico. El principal diagnóstico diferencial planteable sería un Linfoma anaplásico de células grandes ALK negativo y Linfoma B difuso de célula grande variante anaplásica, o incluso un linfoma de Hodgkin clásico con crecimiento sincitial o carcinoma indiferenciado, dependiendo del patrón morfológico. La expresión de CD30 en un linfoma B difuso de células grande aparece entorno un 14%, debiendo tener en consideración la variante anaplásica.

Hematopatología

2396

PAPEL DE LA HEMATOPOYESIS CLONAL EN LINFOMAS T TFH DE TIPO ANGIOINMUNOBLÁSTICO: ASOCIACIÓN CON SEGUNDAS NEOPLASIAS

Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Frutos Díaz-Alejo, Jesús; Manso Alonso, Rebeca; Rebollo González, Marcos; Moreno Delgado, María; Torre Castro, Juan; Morillo, Daniel; Pavia Pascual, Lucía; Castaño Bonilla, Tamara; Rodríguez Pinilla, Socorro María
Presentador: Díaz De La Pinta, Francisco Javier

FUNDACION JIMENEZ DIAZ.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas T constituyen un grupo heterogéneo de entidades, en general de mal pronóstico, clasificados según el órgano donde inicialmente se manifiesten. Así, en nuestro medio los más frecuentes son los linfomas ganglionares y entre estos aquellos que presentan un fenotipo de linfocito T colaborador con la célula B (FTC), siendo de todos ellos el más frecuente y característico el linfoma T angioinmunoblástico (LTAI). Morfológicamente son heterogéneos, caracterizados por la expansión de células dendríticas foliculares, proliferación vascular, presencia de blastos (EBV-positivos y/ negativos), plasmáticas, linfocitos T citotóxicos y eosinófilos. Etiopatogénicamente se postula que derivan de células hematopoyéticas pluripotenciales con mutaciones somáticas frecuentemente en los genes TET2 y DNMT3A (tipo CHIP) que se transmiten a toda la progenie. Esto quiere decir, que todos los componentes del llamado microambiente tumoral del LTAI las presentan. Las células T con dichas mutaciones sufren alteraciones añadidas tras llegar al centro germinal e interactuar con la célula B dando lugar al LTAI. Estos datos explicarían la existencia de expansiones clonales B/ linfomas B, procesos mieloproliferativos/mielodisplásicos o de segundos linfomas T en estos pacientes. Si bien, la presencia de CHIP también ha sido relacionada con arterioesclerosis e incluso con el incremento en el desarrollo de algunos tumores sólidos. Este proyecto pretende estudiar la incidencia de segundas neoplasias en pacientes con LTAI y establecer si existe una relación o no con la presencia de CHIP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recopilación de pacientes diagnosticados de LTAI en el intervalo 2015-2025. Revisión de todas las historias clínicas y todas sus biopsias (morfología e inmunohistoquímica).

Revisión de muestras pareadas (nodales y extranodales) en 31 pacientes. Secuenciación masiva dirigida con un panel customizado (NGS).

RESULTADOS: Se diagnosticaron 59 pacientes con LTAI (25 – 93 años; mediana 71 años).

-Se observó la existencia de linfomas B en 11/31 pacientes (35 %); 3 al diagnóstico y 8 durante la progresión de la enfermedad. Nueve de ellos fueron EBV positivos (81.8%). Se vieron expansiones clonales de células plasmáticas en 9/31 (21%). Cuatro de los 31 pacientes (13%) sufrieron recidiva/progresión del linfoma T con cambio morfológico y fenotípico.

-Trece de los 59 pacientes (22 %) fueron diagnosticados de tumores sólidos sincrónicos/metacrónicos y 7 de estos 13 (53.8%) presentaban más de un tumor sólido diferente. Dos pacientes desarrollaron leucemia mieloide aguda.

-Se realizó estudio de NGS en al menos 1 muestra de 48/59 LTAI y se estudiaron muestras pareadas de 20 pacientes. Se observó la presencia de mutaciones CHIP (TET2 y/ DNMT3A) en 38/48 (79.16%) muestras; y mutación de RHOA en 24/48 (50%). Se observó un perfil mutacional compartido en 19/20 muestras con presencia de mutaciones sobreañadidas en 3 casos, asociados con desarrollo de linfomas B EBV+. Hasta 9 de los 11 (81.8%) de los pacientes con tumores sólidos presentaban mutaciones CHIP en el perfil mutacional de su LTAI. Además, en uno de los casos esta mutación CHIP fue encontrada en el microambiente del propio tumor sólido.

CONCLUSIONES: -El peculiar microambiente y etiopatogénesis molecular de los LTAI dan lugar a un amplio espectro de hallazgos histopatológicos. Ilustración de casos más representativos.

-Los pacientes con LTAI y mutaciones CHIP presentan un mayor riesgo de sufrir segundas neoplasias tanto hematológicas como sólidas.

Hematopatología 2412

LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE - EBV POSITIVO: PITFALLS.

Suarez Sanchez, María Dolores; Ariza Estepa, Esperanza Macarena; Medina Pérez, Manuel
Presentador: Suárez Sánchez, María Dolores

HOSPITAL UNIVERSITARIO COMARCAL DE LA MERCED (OSUNA, SEVILLA).

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) positivo para el virus de Epstein-Barr (VEB) es un linfoma en el que la mayoría de las células neoplásicas albergan el VEB. Los pacientes afectados no presentan antecedentes de linfoma ni inmunodeficiencia/desregulación inmunitaria subyacente (excepto inmunosenescencia). Se ha sugerido que la inmunosenescencia desempeña un papel en el desarrollo de LDCBG VEB+ en pacientes mayores. En la mayoría de los pacientes, el ADN del VEB es detectable en suero/sangre.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 70 años con febrícula de más de 1 mes de evolución no intermitente, malestar general, adenopatías en región cervical, tos seca, disnea, afectación del estado general, junto con edema facial y reacción urticariforme, que en el estudio inmunodiagnóstico infeccioso presenta Ac IgM positivo para VEB, además de anemia y LDH y PCR elevadas. Se realizan pruebas de imagen revelando múltiples adenopatías múltiples en todos los compartimentos, tanto torácicas como abdominales y esplenomegalia, sugestivos de síndrome linfoproliferativo. Se procede a exéresis ganglionar región axilar derecha.

RESULTADOS: El estudio macroscópico se identifica un ganglio linfático de 3.5x2.5x1.5 cm. En el estudio histopatológico el ganglio linfático presenta borramiento de su arquitectura debido a una proliferación difusa de células linfoides de tamaño mediano y grande, de hábito centroblástico e inmunoblástico CD20+/CD5-, CD43+, CD30+/CD15-, CD43+, CD10-/bcl-6-/MUM1+, EBER+/LMP1+, bcl2(+) /c-myc+[45%] e índice proliferativo (Ki-67) estimado en casi el 100%. Realizado estudio FISH del gen IGH, se detecta un patrón monoclonal, no encontrándose reordenamiento del gen MYC. Se trata de un Linfoma b de célula grande asociado al VEB.

CONCLUSIONES: Las características histológicas abarcan un amplio espectro, inmunoblásticas similares a HRS, del linfoma de Hodgkin, y con predominio linfocítico en un fondo reactivo semejantes a un linfoma de células B grandes rico en células T/histiocitos. Además se deben descartar otras entidades como desórdenes linfoproliferativos B en pacientes con inmunodeficiencia, como la granulomatosis linfomatoide o la úlcera mucocutánea EBV+, prestando atención a historia clínica. O incluso distinguirlas de hiperplasias reactivas y la mononucleosis infecciosa, siendo útil la identificación de reordenamientos monoclonales de los genes IG.

Hematopatología 2416

LINFOMA INTRAVASCULAR: UNA SERIE DE CASOS SOBRE UN ASESINO SILENCIOSO

Galindo Guzmán, Huáscar; Arias Duart, Marina; Salcedo Armijos, Mónica Alexandra; Ardaya López, Bruno Bernardo; Borreguero Gallego, David Francisco; Menarguez Palanca, Francisco Javier; Menarguez Palanca, Francisco Javier; Díaz Crespo, Francisco Javier
Presentador: Galindo Guzmán, Huáscar

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma intravascular es un linfoma no Hodgkin extranodal muy raro y de pronóstico pobre, cuyo diagnóstico se considera un reto debido a su presentación clínica. La mayor parte de los casos descritos corresponden a linfomas B pero también están descritos linfomas T. La incidencia se calcula en aproximadamente 0.09 casos por millón de habitantes. Con el presente estudio buscamos presentar una revisión clínico-patológica de esta entidad en 9 pacientes diagnosticados en nuestro hospital durante los 20 últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados como linfoma intravascular por biopsia o estudio necrópsico en los últimos 20 años (2024-2004). Se encontraron a 9 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y se revisaron los datos clínicos, biopsias realizadas, estudios de inmunohistoquímica y los estudios de biología molecular realizados.

RESULTADOS: Se identificaron 9 pacientes de los cuales 67 % fueron varones y 33 % mujeres. 78% de los pacientes identificados fueron diagnosticados en vivo mediante biopsia y un 22 % en estudio necropsico. El 78 % cursaron clínicamente con fiebre de origen desconocido (FOD) y el 22 % presentaron lesiones cutáneas. Histológicamente, se identificó en todos ellos una infiltración intravascular por linfocitos grandes de núcleo vesicular y nucléolo prominente con patrón de crecimiento discohesivo. El 11 % de los casos presentó morfología anaplásica, otro 11 % tuvo morfología inmunoblástica y el 78 % fueron de morfología convencional. El 78 % (todos con FOD) fueron clasificados como subtipo clásico y el 22 % restante se clasificó como subtipo cutáneo.

En el perfil inmunohistoquímico, el 78 % fueron positivos para marcadores PAN-B (CD20, CD79a) y el 22 % mostró fenotipo T (CD30+, ALK-). de los casos con estirpe B, el 40% eran CD5+ y 60 % eran CD5-. De este mismo grupo, 43% mostraron un fenotipo centrogeminal y 57% un fenotipo no centrogeminal. Se realizaron estudios moleculares de clonalidad IGH y TCR en 44% de todos los pacientes, encontrándose clonalidad en 22% de ellos. Durante el seguimiento, del total de pacientes pacientes que se diagnosticó en vivo todos recibieron en tratamiento correspondiente pero un 72% falleció por complicaciones atribuibles a la enfermedad y el 28% restante continúan vivos al día de hoy.

CONCLUSIONES: El linfoma intravascular es un linfoma agresivo y de distribución exclusivamente intravascular. Afecta a pacientes con una mediana de 70 años y sin predominio por sexo, en su mayoría B. La presentación clínica más frecuente fue FOD y la piel fue el órgano más frecuente implicado, acorde a lo descrito en la literatura. Dada su rareza y su naturaleza clínica incierta, esta es una entidad cuyo proceso diagnóstico se considera complejo y requiere una muy buena integración entre patólogos, hematólogos, dermatólogos e internistas.

CARCINOMA TÍMICO CON CARACTERÍSTICAS DE CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Lopez Gil, Elena Patricia; Pérez Rodríguez, Álvaro; De Uribe Viloria, Marta; Obregón Martínez, Estibaliz; García Lagarto, Elena; Oyarzún Bahamonde, Elda; Viqueira Rodríguez, Isabel; Álvarez-Piñones Sanz, María; Fuentes Martín, Álvaro; Di Tommaso, Luca
Presentador: López Gil, Elena Patricia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma tímico con características de carcinoma adenoide quístico (CTAD) es una rara entidad con menos de 10 casos reportados en la literatura. Afecta a pacientes adultos con ligera predilección por el sexo masculino (media de 68,5 años; relación H:M = 3:1). Esta entidad fue descrita por primera vez en 2007 por el Dr. Di Tommaso y el Dr. Rosai, en conjunto con otros autores, en un trabajo original en el que presentaron una serie de 4 de estos tumores. Destaca que la mayoría de los pacientes con CTAD tienen un curso clínico indolente y rara vez presentan metástasis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 67 años sin antecedentes de interés derivada al Servicio de Cirugía Torácica de nuestro hospital por hallazgo radiológico incidental de una masa mediastínica anterior y nódulos pulmonares derechos para su estudio. Se realiza PET-TAC donde se visualiza masa de partes blandas situada en región mediastínica anterior, ametabólica y con unas dimensiones aproximadas de 7,4 x 6,1 cm. Tras comité multidisciplinar se decide exéresis de la lesión y se remite pieza quirúrgica al servicio de Anatomía Patológica para estudio.

RESULTADOS: Al estudio macroscópico de la pieza quirúrgica se observa una tumoración de superficie adiposa que mide 7 x 6 cm con una solución de continuidad de 0,4 cm. Se realizan secciones seriadas identificándose una tumoración quística con contenido marronáceo en su interior y nódulos sólidos de pequeño tamaño situados en la pared interna del quiste.

Histológicamente se observa una lesión quística que presenta nidos sólidos con áreas cribriformes compuestos por células basaloideas. En el estroma de estos nidos celulares observamos acumulo de material de aspecto mucoso que no mostró tinción con PAS. La celularidad tumoral presentaba una atipia leve-moderada sin identificarse un aumento significativo del número de mitosis. Otro hallazgo identificado fue la presencia de áreas de hemorragia acompañadas de numerosos hemosidergófagos. Se observaron restos tímicos peritumorales.

El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CKAE1/AE3, CK7, CK19, CK5/6, CD5 (focal), P63 y P40. Por el contrario, fue negativa para TTF-1, Sinaptofisina, GATA3, C-KIT y NUT. El índice de proliferación celular (Ki67) fue del 7%.

Con la sospecha diagnóstica de CTAD, y presentándose de nuevo en comité, se consideró necesario estudiar las lesiones pulmonares. Tras resección quirúrgica, estas lesiones fueron diagnosticadas en nuestro servicio de hamartoma pulmonar y carcinoma tumorlet.

Dada la excepcionalidad del caso, se decidió solicitar una segunda opinión al Dr. Luca Di Tommaso del Humanitas Research Hospital, patólogo que describió por primera vez la entidad junto al Dr. Rosai, confirmando la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES: Los CTAD son una entidad extremadamente rara, siendo muy pocos los casos reportados a día de hoy. El conocimiento de las características histológicas, así como el inmunofenotipo que presenta esta tumoración es esencial para un adecuado diagnóstico. Para un diagnóstico definitivo, es necesario descartar que se trate de metástasis de otras localizaciones, tales como la glándula salival, la mama o el pulmón.

Debido a la baja incidencia que presenta esta entidad, y en algunos casos el temor al diagnóstico de lo desconocido, nos encontramos seguramente frente a una entidad infradiagnosticada. Nuestro caso pasa a formar parte de la reducida colección existente de CTAD reportados a nivel mundial, deseando que sean más los casos que se reporten a partir de ahora.

UN LINFOMA QUE JUEGA AL ESCONDITE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA B INTRAVASCULAR

Shalygina, Svetlana; Martínez Gauffin, Lucía; Troncoso Hernández, Evelyn; Menor Vila, Víctor; Chilito Martínez, Paola Andrea; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Gayá García-Manso, Ignacio; Ruiz-Escribano Menchén, Lourdes; García Sevilla, Raquel; Castaño Pérez, María Dolores; Losa García, José Luis
Presentador: Shalygina, Svetlana

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma intravascular (LIV) es una entidad extremadamente rara y agresiva dentro del grupo de los linfomas no Hodgkin de células B, caracterizada por la proliferación clonal de células linfoides malignas confinadas principalmente a la luz de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre sin formación de masas tumorales evidentes. Su presentación clínica es altamente variable e inespecífica, lo que convierte su diagnóstico en un verdadero reto. Debido a su naturaleza evasiva, el LIV suele diagnosticarse post mortem, lo que resalta la importancia del reconocimiento anatomopatológico en pacientes vivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 66 años, que ingresó por un cuadro subagudo de disnea progresiva, astenia intensa y episodios de desorientación y bradipsiquia. Durante su evolución, presentó deterioro del nivel de conciencia con crisis comiciales, lo que motivó su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ante este cuadro clínico, los estudios iniciales se orientaron a una posible patología cerebrovascular o autoinmune. La RM cerebral mostró áreas inespecíficas de hipersial en sustancia blanca, sin evidencia clara de isquemia o lesiones expansivas. El estudio del líquido cefalorraquídeo fue anodino.

Desde el punto de vista respiratorio, la TC torácica reveló un patrón intersticial difuso con engrosamiento septal y opacidades en vidrio deslustrado, planteando la sospecha de neumonía intersticial aguda, daño alveolar difuso o afectación vascular pulmonar.

Ante la falta de un diagnóstico concluyente y el empeoramiento clínico, se realizaron biopsias pulmonares por videotoracoscopia asistida, con la sospecha diferencial de neumonía organizada, enfermedad intersticial o una posible microangiopatía trombótica.

RESULTADOS: El estudio histológico de las biopsias pulmonares reveló la presencia de células linfoides atípicas de gran tamaño confinadas a la luz de vasos de pequeño y mediano calibre. La inmunohistoquímica confirmó la estirpe B de la neoplasia, con positividad para CD20, CD79a, BCL-2 y MUM-1, mientras que CD10, CD5 y marcadores de células T fueron negativos. La médula ósea no mostró evidencia de infiltración tumoral.

A pesar del pronóstico desfavorable de esta patología, nuestra paciente ha recibido un tratamiento adecuado y ha mostrado una buena respuesta. El PET-TAC reveló una respuesta metabólica completa, con resolución de las lesiones en el SNC y pulmones.

CONCLUSIONES: El LIV es una neoplasia hematológica que, debido a su localización intravascular, genera manifestaciones clínicas inespecíficas. Su afectación más frecuente es a nivel neurológico, cutáneo y hematológico, aunque puede comprometer múltiples órganos. En nuestro caso, la combinación de síntomas neurológicos y respiratorios sin hallazgos concluyentes en neuroimagen o LCR llevó a considerar entidades como enfermedades autoinmunes, vasculitis o microangiopatías trombóticas. Sin embargo, la afectación pulmonar y la ausencia de una causa identificable dirigieron la sospecha hacia procesos linfoproliferativos, siendo la biopsia pulmonar clave para alcanzar el diagnóstico. Este caso subraya la importancia del estudio anatomopatológico para descenar un diagnóstico que, de otro modo, pasaría desapercibido.

LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE TESTÍCULO. REVISIÓN DE TRECE CASOS CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FENOTÍPICAS Y MOLECULARES.

García Perez, Marie Laure; Marielauregarcia@Gmail.Com
Marielauregarcia@Gmail.Com, Marielauregarcia@Gmail.Com;
Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Manso Alonso, Rebeca; Benito Sánchez, Sonia

Presentador: García Pérez, Marie Laure

HOSPITAL UNIV. DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas difusos de células grandes B de sitios inmunes privilegiados comprenden los linfomas con origen primario en el sistema nervioso central, vitreoretinales y los originados en el testículo (T-LBCC). Todos ellos comparten características clinicopatológicas y moleculares particulares. Se asemejan a los linfomas B difusos sistémicos activados, ya que con frecuencia presentan mutación del gen MYD88, la cual activa la vía NFkB confiriendo ventaja de supervivencia a los linfocitos B y asociándose a un peor pronóstico.

T-LBGL constituye menos del 5% de todos los tumores malignos en esta localización y 1-2% de todos los linfomas no Hodgkin, sin embargo, son la variedad tumoral testicular más frecuente en pacientes mayores de 60 años.

Recientemente se ha estudiado el papel que juega el microambiente tumoral en este tipo de neoplasias, y el rol que desempeñan las mutaciones de ciertas vías de señalización que favorecen el escape de las células neoplásicas al control inmunológico lo cual permitiría plantear la posibilidad de utilizar estrategias terapéuticas novedosas en este grupo de linfomas de células grandes B.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de casos de T-LBCC entre 2004-2024.

Revisión clínica, morfológica e inmunohistoquímica.

FISH break-apart de los genes BCL2, BCLY6 y MYC.

PCR dirigida para mutación L256P del gen MYD88.

Panel de secuenciación masiva con panel customizado (NGS).

RESULTADOS: -Se recopilan 13 casos varones (edades 55-75 años; promedio 66).

-Afectación testicular exclusiva al diagnóstico en 9/13 casos.

- Cuatro pacientes con afectaciones extratesticulares: uno presentó compromiso de SNC al diagnóstico, dos de Médula ósea y un caso con masa retroperitoneal.

-Doce de 13 casos mostraron fenotipo no-centro germinal (92%).
- Se realizó FISH en 3/13 de los casos, mostrando los 3 reordenamiento de BCL-6 (BCL6-T) con ausencia de reordenamiento de BCL2 ni de MYC.

-Un caso con mutación de MYD88 (L256P) de tres casos realizados (33%). Se realizó NGS en un caso con mutaciones de ARID1A y TP53.

-Todos los pacientes recibieron R-CHOPx6 + RT en el testículo no afecto y 6 pacientes recibieron quimioterapia Intratecal. 8/13 alcanzaron remisión completa y 5 presentaron recaída o progresión de la enfermedad bajo tratamiento con afectación de SNC en tres de ellos, falleciendo todos ellos a causa de la enfermedad. Otros 3 pacientes fallecieron por patologías no relacionadas.

CONCLUSIONES: -T-LBCC es una entidad dentro de los linfomas B agresivos con características clínicas y moleculares particulares. La mayoría de los casos presentan fenotipo activado. Nuestros datos refuerzan MYD88 como evento mutacional frecuente en estos linfomas, así como BCL6-T como reordenamiento más común, a diferencia de los de fenotipo centro germinal.

-Aunque los pacientes suelen alcanzar remisión completa con los esquemas terapéuticos actuales, nuestros datos ilustran la recidiva como un fenómeno frecuente asociado a peor pronóstico.

SARCOMA HISTIOCÍTICO: ESTUDIO DE UN CASO EXCEPCIONAL

García García Alcañiz, Helena; Quintero Niño, Zulma; Cremades Mira, Antonio; Lluch García, Rafael
Presentador: García Alcañiz, Helena

UNIVERSITAT POMPEU FABRA- AUTÒNOMA DE BARCELONA. BECARIA DE LA BECA DE INVESTIGACIÓN HORACIO OLIVA EN EL HOSPITAL DE LA RIBERA, ALZIRA (VALENCIA).

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma histiocítico es un tumor maligno infrecuente de etiología desconocida con características morfológicas e inmunofenotípicas de tipo histiocito maduro. Puede presentarse de novo o asociado a una neoplasia hematológica previa (tipo linfoma folicular de bajo grado) o a tumor de células germinales. Se presenta en una población de amplio rango de edad, siendo más típico en adultos varones de 50 años. La clínica de presentación es variada: desde síntomas sistémicos inespecíficos hasta hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, obstrucción intestinal, erupción cutánea y pancytopenia. El pronóstico es variable siendo usualmente malo y con curso rápidamente progresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 65 años, exfumador, diabético, hipertenso, dislipémico, síndrome de apnea obstructiva del sueño y fibrilación auricular. Acude a urgencias con astenia, pérdida de peso y dolor generalizado de dos meses de evolución.

RESULTADOS: El TAC toraco-abdominal no mostró hallazgos significativos, diagnosticándose como polimialgia reumática e iniciando tratamiento con metilprednisolona sin mejoría. Durante el ingreso presentó anemia, trombopenia y aumento LDH. El PET-TAC mostró aumento de actividad metabólica en ambos testes, lesiones cutáneas y captación heterogénea de médula ósea, dirigiendo el diagnóstico a proceso infiltrativo. La ecografía testicular reveló un teste izquierdo hipoecoico pseudonodular, siendo el derecho de aspecto similar en su mitad inferior. La biopsia de médula ósea reveló ausencia de celularidad hematopoyética reemplazada por una proliferación celular neoplásica monomorfa con necrosis focal. El perfil inmunohistoquímico de celularidad neoplásica mostró positividad para CD68 y CD123 y negatividad para marcadores de células Langerhans y dendríticas (CD21, CD23, CD35), demostrando diferenciación linfóide e histiocítica diagnóstica de sarcoma histiocítico. Se realizó una orquiectomía izquierda cuya histopatología demostró infiltración de parénquima testicular por una proliferación difusa celular polimorfa de núcleos grandes vesiculares-ovoides con nucléolos prominentes, células de citoplasma abundante multinucleadas, eosinófilos y necrosis. La histología y la inmunohistoquímica mostraron el mismo perfil que el de la biopsia medular. En el estudio molecular NGS no se identificaron mutaciones pronósticas. Finalmente, se biopsiaron las lesiones cutáneas, resultando en metástasis al tener las mismas características histológicas e inmunohistoquímicas que la biopsia testicular.

CONCLUSIONES: Existe escasa literatura al respecto. Ülker et al. (2018) enfatizan la importancia del diagnóstico diferencial y la complejidad de manejar grandes masas testiculares. Egan et al. (2020) describen dos subgrupos moleculares distintos al identificar un gran número de alteraciones genéticas en las vías RAS/RAF/MAPK que podrían influir en las estrategias de tratamiento. Aunque la quimioterapia es el enfoque estándar, se requiere un abordaje multidisciplinario y un tratamiento basado en el perfil molecular para guiar terapias personalizadas y mejorar el pronóstico de los pacientes debido a las altas tasas de recurrencia. En nuestro caso, no se encontraron alteraciones en las vías RAS/RAF/MAPK, sugiriendo estar involucrados otros factores o rasgos genéticos en la patogénesis tumoral. En conclusión, el SH es un tumor raro y agresivo, siendo un reto su diagnóstico. Este caso resalta la necesidad de la correlación clínica, anatomopatológica y molecular en pro de un tratamiento personalizado y mejor pronóstico.

PAPEL DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA DE LOS GENES TCRBETA Y TCRGAMMA EN LINFOMAS CUTÁNEOS DE CÉLULAS T

Manso Alonso, Rebeca; Torre Castro, Juan; Morales Gallego, Miriam; Díaz De La Pinta, Francisco Javier; Rebollo González, Marcos; Frutos Díaz-Alejo, Jesús; Rodríguez Moreno, Marta; Moreno Delgado, María; Rodríguez Pinilla, Socorro María
Presentador: Manso Alonso, Rebeca

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas T cutáneos (LCTC) representan un grupo heterogéneo de Linfomas no-Hodgkin, cuyos grupos más frecuentes son la Micosis Fungoide (MF) y los procesos linfoproliferativos CD30 positivos (PL-CD30), que incluyen la Papulosis Linfomatoide (PL) y los Linfomas Anaplásicos de Célula Grandes (LACG). Hoy día se sabe que ambas neoplasias pueden estar presentes en un mismo paciente, y su coexistencia no empeora el pronóstico. La expresión de CD30 es frecuente en las células grandes de la MF en transformación (MF-T), y este fenómeno si se asocia con progresión y muerte por enfermedad. El diagnóstico diferencial de estos dos fenómenos es difícil en la práctica clínica y probablemente imposible para el patólogo. El objetivo de este trabajo es establecer si el uso de secuenciación masiva de los genes TCRBETA/TCRGAMMA podría ayudar a diferenciar estos dos fenómenos biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó estudio de NGS a partir de ADN genómico y dos paneles diferentes (LymphoTrack TRG/MiSeq (Invivoscribe) y Oncomine™ TCR Beta-SR/lon Torrent (ThermoFisher)) en una serie de 10 pacientes, compuesta por 5 pacientes con MF-T (21 muestras) y 5 pacientes con algún proceso CD30-positivo (LACG/PL) asociados a MF (14 muestras). En todos los casos las células grandes expresaban CD30. Se dispone de los datos clínicos y se conoce evolución de todos los pacientes estudiados.

RESULTADOS: Observamos que todos los pacientes de la serie mostraron reordenamiento clonal del gen TCRGAMMA, siendo los clonotipos más frecuentes Vg4 y Vg8 en pacientes con MF-T y Vg2 en pacientes con LACG/PL. Por su parte, el reordenamiento del gen TCRBETA se encontró en todos los pacientes de MF-T (clonotipos frecuentes V5 y V11), sin embargo, solo en dos pacientes LACG/PL (clonotipos frecuentes V11 y V20). El estudio reveló un patrón homogéneo en muestras sucesivas, y que el número de lecturas aumentaba a medida que la enfermedad se agravaba en los pacientes con MF-T; mientras que en los pacientes LACG/PL se observaron clones distintos en diferentes lesiones, y no se mostró un claro aumento en el número de lecturas. Estos datos sugieren un incremento de la clona tumoral en pacientes con MF que sufren transformación, mientras que lo que postulan los datos en los pacientes con MF y LACG/PL es un origen común de ambos procesos con evolución divergente de la clona CD30.

CONCLUSIONES: El estudio de secuenciación de los genes TCR mediante NGS amplía el conocimiento sobre el desarrollo de MF y procesos CD30 positivos y nos aporta información para utilizar en la práctica clínica. Estos datos deben ser validados en una serie más amplia de pacientes.

LINFOMA FOLICULAR CON AUSENCIA DE REORDENAMIENTO DE BCL2 Y POSITIVIDAD A CD23: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CON AFECTACIÓN GANGLIONAR INGUINAL.

Bosch Princep, Ramon; Nebot Muro, Laura; Mata Cano, Daniel; Rizo Barrios, Antonio; N.S. Dardeek, Hashem; Tomás Arasa, Bárbara; Ortín Font, Xavier; Giménez Pérez, María Teresa; López Pablo, Carlos
Presentador: Bosch Princep, Ramon

HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas foliculares (LF) son un grupo heterogéneo de neoplasias de células B del centrogerminal, con una proporción variable de centrocitos y centroblastos o células transformadas grandes, que presentan un patrón de crecimiento folicular, al menos de forma focal. En 2009 se describió un subtipo de LF ganglionar caracterizado por presentarse como lesiones nodulares grandes localizadas predominantemente en la región inguinal, con una histología con un predominio de patrón difuso de crecimiento tumoral, una expresión inmunohistoquímica de CD23 en células tumorales así como la ausencia en el estudio FISH de reordenamiento del BCL2. Presentamos 4 casos de LF con ausencia de reordenamiento de BCL2 y positividad a CD23 (LF BCL2R- CD23+).

MATERIAL Y MÉTODOS: En el LIS de los Servicios de Anatomía Patológica de los Hospitales Verge de la Cinta de Tortosa y Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, se identificaron los LF diagnosticados entre 2020 y febrero de 2025, y de estos se seleccionaron los que en la descripción microscópica y/o en el diagnóstico anatomopatológico se constató la ausencia de reordenamiento de BCL2 y la expresión de CD23 en las células tumorales.

RESULTADOS: Se identificaron 4 casos que cumplían criterios de LF BCL2R- CD23+, todos ellos de bajo grado (1-2). Se trataba de dos hombres y dos mujeres con una edad media de 61 años (entre 43 y 70 a). La duración de los síntomas antes del diagnóstico varió entre 2 meses y 1 año. Al diagnóstico, dos casos presentaban únicamente adenopatías inguinales, otro caso además tenía una adenopatía iliaca mientras que el caso restante se encontraba ya en un estadio IIIA. Este último paciente es el que había tenido un tiempo más largo de demora hasta el diagnóstico definitivo (1 año). Las adenopatías mostraban unos diámetros mayores de entre 30 y 60 mm. Des de un punto de vista anatomopatológico, destacaba una ausencia de inmunotinción de BCL2 y de reordenamiento BCL2 por FISH y un patrón de crecimiento tumoral y difuso sin de malla dendrítica. Todos expresaban CD23 en la celularidad proliferante, aunque uno de los casos presentaba aproximadamente una tinción heterogénea con células tumorales negativas a CD23. La presencia de pequeños folículos tumorales (microfolículos) se observó en todos los casos. Dos casos tenían biopsias previas, una biopsia con aguja gruesa y una biopsia excisional de una adenopatía, ambas diagnosticadas de cambios reactivos. Dos de los casos mostraban angioinvasión de la pared de vasos hiliares, sin necrosis de los mismos. Los dos pacientes que ya completaron el tratamiento alcanzaron una respuesta completa tras el tratamiento y siguen sin recaídas después de 1 y 2 años de seguimiento respectivamente (este último el paciente en estadio IIIA). Los otros dos todavía están en fases iniciales de su tratamiento.

CONCLUSIONES: Los LF BCL2R- CD23+ en nuestro medio muestran las características descritas en la bibliografía. La dificultad diagnóstica radica en que la negatividad tanto inmunohistoquímica como por reordenamiento del BCL2 hace difícil el diagnóstico en las biopsias por aguja y en las adenopatías con artefactos quirúrgicos y o técnicos. La presencia de áreas difusas CD10+/BCL6+, con formación de microfolículos y expresión de CD23 en linfocitos proliferantes deben hacernos pensar en esta entidad.

Hematopatología

1454

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SINDROMES MIELODISPLASICOS EN UN HOSPITAL DE 170 CAMAS

Argente Del Castillo Martínez, María Elena

Presentador: Argente Del Castillo Martínez, María Elena

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias mielodisplásicas (SMD) son neoplasias clonales de las células madre hematopoyéticas, caracterizadas por las citopenias y la displasia; clínicamente cursan con hematopoyesis ineficaz y un riesgo aumentado de transformación a leucemia mieloide aguda (LAM) (WHO Hematolymphoid 5TH ED). Se diferencian dos grandes grupos en función de si muestran alteraciones genéticas o morfológicas definitorias. Entre las alteraciones genéticas más comunes se incluyen ASXL1, TET2, RUNX1, NRAS, SF3B1, SRSF2 o P53. En cuanto a las alteraciones morfológicas se distinguen la hipoplásica, con exceso de blastos y con blastos reducidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en biopsia de médula ósea como neoplasia mielodisplásica (o síndrome mielodisplásico) en los últimos 3 años en un hospital de 170 camas, evaluando la prevalencia de alteraciones histioquímicas en p53 y las alteraciones genéticas observadas con Next-Generation Sequencing (NGS).

RESULTADOS: Se identifican 7 casos con diagnóstico histológico de síndrome mielodisplásico; en 6 de ellos se realiza estudio molecular (5 con NGS, 1 con FISH por limitaciones del servicio de Hematología en ese momento; el séptimo caso fue desestimado de estudio por comorbilidades del paciente). A todos ellos se realizó estudio inmunohistoquímico de P53, observando una prevalencia del 28%. De los 6 casos con estudio genético, solamente 1 no obtuvo resultados patológicos siendo finalmente diagnosticado por Hematología como SMD hipoplásico vs displasia unilínea. Los resultados de los 5 casos restantes fueron los siguientes: 1-Mutación TET2. 2-Mutación SF3B1 (estudio FISH). 3-MUTACION TET 2+DEL 13Q. 4-CAR|OTIPO COMPLEJO [Se detecta la variante patogénica missense c.536A>T; p.(His179Leu) en el gen TP53 con una VAF de 48% - Se detecta la variante probablemente patogénica nonsense c.2384G>A; p.(Trp795*) en el gen DNMT3A (NM_175629.2) con una VAF de 45%. Se detecta la variante probablemente patogénica frameshift c.1022_1023dup; p.(Arg342Serfs*4) en el gen TP53.] 5-MUTACION AXLI+SRSF2+STBP1. Se observa que la mutación más prevalente en nuestro medio es TET2, seguida de mutaciones en TP53. La positividad inmunohistoquímica de p53 en coincide con los casos con cariotipo complejo, que en NGS dirigida presenta dos mutaciones en el gen TP53, así como con un caso con afectación de TET2.

CONCLUSIONES: La prevalencia de las mutaciones en el área de salud es similar a las descritas en la literatura, si bien se debe tener en cuenta la limitación de la casuística debida al tamaño del hospital. La incorporación en los últimos años de la tecnología de NGS ha permitido determinar perfiles diagnósticos para los pacientes con neoplasias mielodisplásicas que se traducen en nuevas terapias y tratamientos. Queda también patente la necesidad de determinar de manera sistemática p53 por inmunohistoquímica ya que su positividad es claramente orientativa de mal pronóstico. Como en tantas otras ocasiones, el diagnóstico en hematopatología es un trabajo conjunto entre los servicios de Anatomía Patológica, Hematología e Inmunología.

Hematopatología

1497

HIPERPLASIA LINFOIDE ATÍPICA CON REORDENAMIENTO CLONAL DEL GEN TCR Y PRESENCIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS

González Peregrina, Sara María; Rueda Villafranca, Beatriz; Cantero Campos, Miriam; Pérez Bustamante, Oscar Edgardo

Presentador: González Peregrina, Sara María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Varón de 62 años que acude a consulta por erupción cutánea de 3 días de evolución, consistente en pápulas violáceas asintomáticas en polo cefálico, tórax y miembros superiores, en ausencia de síntomas sistémicos. Se toma biopsia punch de una las lesiones en el hombro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se hemisecciona la biopsia, se realiza el procesamiento del tejido con posterior fijación en parafina y se realizan cortes seriados que se tiñen con Hematoxilina-Eosina.

RESULTADOS: La biopsia mostró intenso infiltrado linfohistiocitario perivascular superficial, perianexial y en dermis media CD3+, CD20+, CD4+, CD8+, y CD68+ con numerosas células plasmáticas CD38+. Ante el epidermotropismo del infiltrado inflamatorio, se realizaron técnicas moleculares obteniendo reordenamiento clonal del gen TCR. Con los antecedentes de sífilis del paciente recogidos en la historia, se realizó determinación inmunohistoquímica para *Treponema pallidum* que puso de manifiesto la presencia de espiroquetas en epidermis y dermis.

CONCLUSIONES: El denso infiltrado linfocitario con epidermotropismo de la biopsia, la rápida aparición de las lesiones y el reordenamiento clonal del gen TCR puede orientar en primer lugar a proceso linfoproliferativo. Sin embargo, la presencia de plasmáticas y los antecedentes del paciente recogidos en la historia clínica de chancro sífilítico tratado hacía varios años, hizo sospechar de la posibilidad de sífilis secundaria confirmada posteriormente con las técnicas inmunohistoquímicas para *Treponema*.

HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR EN GANGLIO LINFÁTICO AXILAR: UNA ENTIDAD BENIGNA POCO FRECUENTE

García García, Mar; Vilorio Guzman, Reynaldo; Pérez García, Juan; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Larrosa Martínez, Diego; Cardiel García, María José; Mejía Urbáez, Elaine; Cabañuz Rocatalada, Clara; García García, Mar; Manero Montero, Mario
Presentador: Vilorio Guzman, Reynaldo

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La hematopoyesis extramedular es un fenómeno que se ha asociado con distintas patologías como pueden ser el cáncer o una hematopoyesis ineficaz. Lugares frecuentes de aparición en la edad adulta incluyen el hígado y el bazo y, con mucha menor frecuencia, los ganglios linfáticos. En esta última localización puede plantear el diagnóstico diferencial con una metástasis ganglionar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 82 años con antecedentes de cáncer de mama (1991), por el cual se sometió a una mastectomía derecha. La paciente ha seguido controles periódicos. En la última ecografía mamaria de control se identifica una adenopatía axilar derecha patológica de 18 mm con Bedi 5 sospechosa de metástasis.

RESULTADOS: La biopsia de ganglio linfático puso de manifiesto la presencia de tejido ganglionar en el que llamaba la atención la presencia de celularidad de talla grande y núcleos multilobulados correspondientes a megacariocitos. Además, mediante estudio inmunohistoquímico se identificaron también progenitores de la serie roja y blanca. Por contra, no se observó celularidad epitelial de procedencia extraganglionar sugestiva de metástasis. Tras revisión del curso clínico se constató que la paciente tenía otros antecedentes de interés, como un melanoma y una policitemia vera diagnosticada en 2009 y por la que había manifestado una esplenomegalia progresiva en los últimos meses. Así, tras el resultado de la biopsia ganglionar se le realiza también una biopsia de médula ósea que puso de manifiesto una progresión de su neoplasia mieloproliferativa crónica a una mielofibrosis.

CONCLUSIONES: La hematopoyesis extramedular es un proceso poco común en la edad adulta y se ha visto en relación al cáncer, planteando un diagnóstico diferencial con una metástasis de carcinoma. En la literatura, se han señalado numerosos factores que pueden derivar en una hematopoyesis extramedular. En el contexto de un cáncer como es nuestro caso, se ha descrito que la presencia de niveles anormalmente altos de factores de crecimiento hematopoyéticos puede ser responsable de la misma. También puede aparecer hematopoyesis extramedular en el contexto de una disminución de la capacidad hematopoyética de la médula ósea como sucede en procesos primarios como la mielofibrosis idiopática o en determinados síndromes linfoproliferativos, así como en procesos metastásicos masivos de médula ósea que desplazan la hematopoyesis normal. Finalmente, el atrapamiento de progenitores hematopoyéticos en el bazo es otro de los mecanismos descritos. Como se ha visto, su presentación en ganglios linfáticos puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con una metástasis. A pesar de que en nuestro caso fuera esa la sospecha inicial, la reevaluación con progresión de su enfermedad mieloproliferativa creemos explica mejor los hallazgos observados.

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES (ALK+). A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Luizaga Velasco, Luis Antonio; Calderon Romero, Alejandra Jose; Riera Bello, Melissa Alejandra; Gonzalez Minguez, Clarisa; Ferrer Cassado, Carme; Robles Montoro, Anabel; Tarroch Sarasa, Xavier
Presentador: Luizaga Luizaga, Luis Antonio

HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA DE TERRASA. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma anaplásico de células grandes ALK positivo (LACC-ALK+) es un linfoma No-Hodgkin poco frecuente (5%) más común en jóvenes con ligero predominio del sexo masculino. No presenta un agente patogénico claro aunque está asociado a la translocación t(2;5)(p23;q35) cuyo producto final ALK es reconocido por estudio inmunohistoquímico; característica positividad intensa para CD30 y variable positividad para marcadores T (CD2, CD3, CD4, CD5) y citotóxicos (TIA-1, granzima y perforina). La mayoría de casos presentan sintoma B con una afectación ganglionar avanzada (estadio III, Ann Arbor) y con menor frecuencia extra-ganglionar (piel, hueso, partes blandas)(estadio IV, Ann Arbor). La supervivencia a los 5 años con quimioterapia es del 70%. Se presenta los casos por la baja frecuencia de presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio retrospectivo de LACC-ALK+ en nuestro hospital entre los años 2020-2025. También revisión de la historia clínica, pruebas de laboratorio, estudio radiológico, histológico e inmunohistoquímico.

RESULTADOS: Dos varones; edad 36 y 61 años; motivo de consulta tumoración inguinal y adenopatía laterocervical con febrículas; estudio radiológico (PET-TAC) masa inguinal izquierda de 10x8x5 cm, con múltiples adenopatías inguinales e ilíacas y múltiples adenopatías supra-diafragmáticas; estadio de Ann Arbor III ambos. El estudio histológico mostró una población difusa de células linfoides de mediano y gran tamaño, alguna célula tipo "herradura". Las biopsias de médula ósea no estaban afectadas. Inmunohistoquímica del primer paciente: positividad con CD30 (intensa y difusa), marcadores T (CD5, CD4 y focal CD8), granzima B, MUM-1 y Ki67 del 90-95%. Negativas con CD20, CD79a, CD3, CD7, CD2, EMA, PDI, CD10. Inmunohistoquímica del segundo paciente: positividad con CD30 (intensa y difusa), CD2 focal, MUM-1 y Ki67 del 90%. Negativas con CD20, CD79a, CD3, CD5, EMA, PDI, CD10. Hibridación in situ del virus de Epstein Barr negativo en ambos.

CONCLUSIONES: El LACC-ALK+ es un linfoma No-Hodgkin poco frecuente; muestra una gran variabilidad en la expresión de marcadores T; su expresión difusa e intensa de CD30 es muy características y la positividad para ALK-1 diagnóstica. Es obligado realizar el estudio de extensión para descartar un estadio avanzado (IV, Ann Arbor) de la enfermedad por posible afectación extra-ganglionar.

APLICACIÓN DE LA DETECCION DE LA MUTACION MYD88L265P MEDIANTE PCR ALELO-ESPECIFICA EN LINFOMAS B.

Montes Moreno, Santiago; Arribas Gutierrez, Patricia; Avendaño Pomares, Aitana; Secadas Díaz, Victor
Presentador: Sanchez Magdaleno, Lucia

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La mutación somática MYD88L265P se ha descrito asociada con fenotipos de linfoma B, incluyendo Linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) y linfoma B linfoplasmático (LLP). Otras neoplasias linfoides pueden mostrar características morfológicas y fenotípicas similares a estas entidades, por lo que la determinación de esta alteración puede tener utilidad en el diagnóstico diferencial. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de la mutación MYD88L265P en una serie de 448 biopsias de linfoproliferativo B estudiados en rutina clínica en la Unidad de Linfomas de Valdecilla.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan los casos en nuestra serie de diagnóstico molecular clínico en el periodo comprendido entre 2013 y 2025. La técnica molecular consiste en un ensayo de PCR a tiempo real, alelo específica, para la detección de la mutación MYD88L265P, a partir de ADN genómico extraído de muestras de tejido FFIP, validada para uso clínico en nuestro laboratorio. Se analizaron 448 biopsias con diagnóstico histopatológico de Linfoma B difuso de célula grande (LBDCG, 159 casos), Linfoma B linfoplasmático (LLP, 200 casos), Gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI de tipo IgM, 22 casos), linfoma B de la zona marginal (LZM, 63 casos), linfoma de células del manto (LCM, 10 casos), Linfocitosis B monoclonal de tipo LLC-B/linfoma B linfocítico de célula pequeña/LLC-B (5 casos), linfoma B folicular (LF, 8 casos), Mieloma múltiple (MM, 9 casos).

RESULTADOS: La mutación MYD88L265P se detectó en el 33% (19/58) de los casos de LBDCG NOS, el 55% de los casos de LBDCG del sistema nervioso central (11/20), el 54% de los casos de LBDCG de tipo pierna (20/37), el 72% de los casos de LBDCG testicular (8/11). Teniendo en cuenta la localización del LBDCG, se identificó en el 48% de los casos con biopsias extraganglionares (49/101) y el 32% de los casos con biopsias de ganglio linfático (9/28). otras localizaciones extraganglionares con alta prevalencia de la mutación fueron la mama (2/5, 40%), la glándula adrenal (100%, 1/1), el hueso y partes blandas (5/8, 62%) y el territorio orofaringeo/laringeo (50%, 1/2). Los casos de linfoma B linfoplasmático presentaron la mutación en el 75% globalmente (149/200), siendo más prevalente en los casos de LLP de tipo IgM/EW (80%, 126/158) que en los casos de LLP de tipo no-IgM (IgA/IgG, no secretor, 38%, 8/21). En los casos de GMSI de tipo IgM, la mutación se detectó en el 33% de los casos (7/22). Un caso de LZM esplénico fue positivo (4%, 1/25), así como un caso de LZM de tipo MALT (1/18, 5%). Ningún caso de los 17 LZM ganglionar fue positivo. En dos casos de LCM se detectó la mutación, siendo en uno de ellos atribuible a un componente de GMSI de tipo IgM concurrente. Otro caso de GMSI de tipo IgM concurrente con LBM de tipo LLC fue también positivo. La mutación no se detectó en ningún caso de mieloma múltiple.

CONCLUSIONES: La detección de la mutación de MYD88L265P es útil para el diagnóstico diferencial del linfoma B linfoplasmático con linfoma B de la zona marginal y mieloma múltiple. La detección en casos de GMSI de tipo IgM es menor que en los casos de LLP de tipo IgM/EW posiblemente por tratarse de casos sin infiltración de médula ósea morfológicamente significativa.

La prevalencia de la mutación de MYD88L265P en LBDCG extraganglionares es mayor a la de los LBDCG ganglionares y no se limita a territorios inmunoprivilegiados como el testículo o el SNC.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA IDIOPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UN RETO DIAGNÓSTICO

Mora Díaz, Rodrigo; Montaña Ramírez, Ana María; López Prieto, Ana; Alfonso Rosa, Carmen María; Lara Medina, Guillermo; Gutiérrez Domingo, Álvaro
Presentador: Mora Díaz, Rodrigo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) se describe por primera vez en 1978, clasificándose en subgrupos según etiología: asociada a herpesvirus 8 (HHV8), asociada a síndrome POEMS o idiopática. Clínicamente se caracteriza por un cuadro poliadenopático, hepatoesplenomegalia, alteraciones renales y analíticas, tal que hipergammaglobulinemia y elevación de la proteína C reactiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los casos diagnosticados como Enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática (ECMI) por el servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro entre los años 2014 y 2024. Para el estudio se han seleccionado únicamente muestras de extirpación ganglionar, excluyéndose las biopsias con aguja.

RESULTADOS: Se identifican, en un primer momento, 9 casos de ECMI de los cuales se desestiman 2 al completar el estudio clínico al tratarse de pacientes HIV- HHV8 asociado. De los 7 casos a estudio 4 son varones y 3 mujeres, siendo la mediana de edad de 59 años. Todos ellos cumplen los criterios mayores de diagnóstico histopatológico propuestos por la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Al estudio histopatológico se observa que un 57,1% (4 casos) corresponden al subtipo plasmácico, un 28,6% (2 casos) al hialino-vascular y un 14,3% (1 caso) presenta patrón mixto. De la totalidad de casos, 6 (85,7%) han recibido tratamiento con anti-IL6 Siltuximab. La única paciente sin tratamiento muere 42 días después del diagnóstico. Del grupo de pacientes tratados solo uno muere (16,7% de los tratados) oscilando el número de ciclos de tratamiento recibidos por los pacientes de la cohorte entre 6 y 52. En tres casos se suspende el tratamiento por mala tolerancia, presentando dos de ellos diagnóstico histopatológico subtipo hialino-vascular. Además, un paciente no muestra respuesta tras 4 ciclos de tratamiento objetivándose al reestudio histológico una progresión a linfoma folicular de bajo grado.

CONCLUSIONES: La ECMI es una entidad rara, generalmente infradiagnosticada por su variabilidad morfológica y su presentación clínica heterogénea. Pese a su etiología incierta, el tratamiento con anti-IL 6 Siltuximab y la búsqueda de unos criterios de consenso diagnósticos histopatológicos han contribuido a una mayor precisión diagnóstica y por ende, a la mejora del pronóstico.

Hematopatología 1670

LEUCEMIA DE LINAJE AMBIGUO T/MIELOIDE: ESTUDIO DE UN CASO CON PRESENTACIÓN POCO COMÚN Y FINAL INESPERADO

Fuente Díaz, Cristina; Colado Varela, Enrique; Moro García, Marco Antonio; Blanco Lorenzo, Verónica; Higuera Mora, Eduardo; Jiménez Lara, Araceli; Arias Fernández, Tamara; Riera Velasco, Jose Ramón
Presentador: Fuente Díaz, Cristina

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las leucemias agudas con linaje mixto son poco comunes, siendo necesario para su diagnóstico la demostración de la presencia de una celularidad con un inmunofenotipo mixto o la presencia de dos linajes diferenciados con inmunofenotipos diferentes. Actualmente, en las neoplasias mieloides, los estudios moleculares son herramientas diagnósticas de gran importancia y necesarias para la toma de decisiones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso de un niño de 5 años que es llevado al hospital por la presencia de adenopatías cervicales y supraclaviculares palpables. Como única clínica acompañante se refiere que ha tenido semanas antes un cuadro de fiebre autolimitado durante unos días.

RESULTADOS: Se realiza biopsia incisional de un ganglio linfático supraclavicular que muestra una alteración total de la arquitectura habitual, siendo sustituida por una proliferación neoplásica linfóide difusa con focal patrón "en cielo estrellado". La celularidad proliferante muestra un tamaño mediano, con núcleos que presentan una cromatina fina y pequeño nucleolo central, de aspecto blástico. Destacan las frecuentes figuras de mitosis y apoptosis. En relación a las áreas representadas del hilio ganglionar, se aprecia una celularidad morfológicamente diferente, con citoplasmas amplios eosinófilos granulares variables, núcleos redondos o arriñonados lateralizados y focales formas granulocíticas más maduras. Esta celularidad se identifica a su vez en el interior de las luces de los vasos. La celularidad linfoblástica muestra positividad difusa para CD45, CD43, CD3, CD7, CD99 y TdT, con positividad más heterogénea para CD34. La celularidad mioleide inmadura muestra un inmunofenotipo diferente con positividad para CD33, CD15 y mieloperoxidasa, así como negatividad para CD14, CD34, CD117 y TdT. Por citometría de flujo se analizan muestras de ganglio linfático y médula ósea: en ganglio se detecta una población neoplásica predominante compatible con un perfil de leucemia linfoblástica T y una población minoritaria de precursores de línea mixta T/mieloide. En médula ósea se detecta una expansión de precursores aberrantes diferenciados de línea T y monocítica, así como una población de precursores de fenotipo mixto T/mieloide. Estos hallazgos en conjunto apoyan que se trate de una leucemia aguda de linaje ambiguo T/mieloide. Se realiza estudio molecular mediante el microarray CytoScan 750K (ThermoFisher), detectando el gen de fusión FIP1L1:PDGFRA, así como delección bialélica de CDKN2A/B, delecciones en 7p14.1 y 7q34.

CONCLUSIONES: Inmunofenotípicamente se trata de una leucemia con un linaje mixto T/mieloide, identificando en estudios posteriores un reordenamiento de PDGFRA, por lo que la clasificación más adecuada es de una crisis blástica de fenotipo mixto de una neoplasia linfóide/mieloide con reordenamiento de PDGFRA. Este tipo de neoplasias se presentan típicamente en pacientes adultos y con eosinofilia. Este caso destaca por su rareza: la presentación en edad pediátrica con afectación de ganglios linfáticos, la ausencia de eosinofilia y la detección de una crisis blástica con un linaje ambiguo linfoblástico T/mieloide. Comprender la patogénesis y el desarrollo de estas neoplasias, así como su diagnóstico y clasificación, suponen un gran reto diagnóstico que requiere la integración de la totalidad de datos clínicos, moleculares e inmunofenotípicos.

Hematopatología 1692

METÁSTASIS SOLITARIA ESPLÉNICA INTRAPARENQUIMATOSA SIMULANDO RADIOLOGICAMENTE LESIÓN BENIGNA

González Peregrina, Sara María; Cantero Campos, Miriam; González Sánchez, Juan Francisco; Preda , Ovidiu; Pérez Bustamante, Oscar Edgardo
Presentador: González Peregrina, Sara María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las metástasis esplénicas representan menos del 1% de todas las metástasis. Los tumores sólidos que con mayor frecuencia metastatizan bajo son los carcinomas mamaros, pulmonares, colorrectales, ováricos y el melanoma. Las metástasis solitarias intraparenquimatosas esplénicas son muy raras y dentro de estas, los nódulos únicos son excepcionales. En el caso de tumores ginecológicos, los de ovario comprenden la mayor parte de las metástasis esplénicas solitarias, siendo el adenocarcinoma seroso el de mayor incidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de una paciente de 53 años que en el contexto de seguimiento de carcinoma seroso de ovario tratado con quimioterapia, en remisión completa, presenta una lesión solitaria en bazo, de lento crecimiento, que en un primer momento es tratada de modo conservador por sus características radiológicas de benignidad. Realizamos una revisión de las biopsias de bazo diagnosticadas en la Unidad Provincial intercentros de Anatomía Patológica de Granada desde el año 2016 hasta el año 2025.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 393 biopsias de bazo de las cuales 42 correspondieron a lesiones tumorales malignas siendo 22 lesiones neoplásicas linfoproliferativas, 10 lesiones capsulares/implantes y 10 lesiones intraparenquimatosas, siendo sólo una de ellas solitaria e intraparenquimatosas. Presentamos el caso de una mujer de 53 años con antecedente personal de carcinoma seroso de ovario de alto grado, estadio IIIC, diagnosticado en 2020, en remisión completa desde mayo de 2021 (habiéndose tratado con quimioterapia neoadyuvante y posterior citorreducción e HIPEC), en cuyo seguimiento en pruebas de imagen se objetiva, 26 meses después, una lesión asintomática en bazo de 9 mm, hipocaptante en TC, en relación a posible hemangioma, que se trata de modo conservador. Ante el aumento progresivo de su tamaño (siendo de 21,6 mm en diciembre de 2024) y tras captación en PET, se decide la realización de esplenectomía total y posterior envío de la muestra a anatomía patológica. Se recibió una pieza de esplenectomía de 9,5 x 5,5 cm, marcada con seda en polo superior, con cápsula lisa parduzca. Al corte seriado se observó una lesión de 1,9 x 1,7 cm de coloración blanquecina y consistencia blanda, que distaba menos de 0,1 cm de cápsula esplénica. Se incluyó la lesión en totalidad para su procesamiento en parafina, previa fijación en formol, y su estudio en Hematoxilina-eosina. En el estudio histológico se observó una lesión encapsulada, bien delimitada, compatible con metástasis de carcinoma seroso de origen ovárico. La células tumorales fueron positivas para PAX8, WT1, p53 (tinción nuclear fuerte y difusa en > 80% de las células), CK7, RE, PR (focalmente) y Ki67 38%. Ante estos resultados se cita a paciente en consulta de Oncología y se programa inicio de quimioterapia adyuvante.

CONCLUSIONES: Las metástasis esplénicas son poco frecuentes y las solitarias intraparenquimatosas son excepcionales. El carcinoma de ovario se asocia generalmente a propagación peritoneal con afectación multiorgánica. Una metástasis intraparenquimatosas esplénica única es muy rara, considerándose su diseminación por vía hematogénica. Los tumores epiteliales ováricos son responsables la mayoría de las metástasis solitarias de origen ginecológico siendo el carcinoma seroso de alto grado el más frecuente. Ante la sospecha de recurrencia única en bazo por tumor ovárico, se debe considerar la realización de esplenectomía y posterior inicio de quimioterapia, teniendo buen pronóstico.

Hematopatología

1709

TRANSFORMACIÓN NODULAR ANGIOMATOIDE ESCLEROSANTE EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA.

Rodríguez Atanes, Omayra; Abdulkader Sande, Sámer; Durán Cameselle, Andrea; González Álvarez, Ibán; Prieto Suárez, Marta; Ojio Izcue, M. Elena; Blanco Lobato, Patricia; Sánchez Abuín, Alberto; Iglesias Rodríguez, M. Begoña

Presentador: Rodríguez Atanes, Omayra

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La TNAS/SANT es una rara lesión vascular benigna, primaria del SALE, que afecta preferentemente a adultos, siendo excepcional en edad pediátrica. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, apareciendo como un hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otras causas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 4 años, que en un estudio ecográfico por enuresis, mostró lo que parecía una lesión suprarrenal izquierda sugestiva de neuroblastoma. En el TAC tóraco-abdomino-pélvico con contraste, se ve una masa sólida de 4 cm en hilio esplénico, bien delimitada, así como adenopatías hiliares bilaterales, que plantea los siguientes diagnósticos diferenciales: SANT, hamartoma, pseudotumor inflamatorio, linfoma.

En el PEC-TAC de cuerpo entero con FDG-F18, se observa una masa en la zona hilar del bazo, sin plano de clivaje con este, con leve hipercaptación patológica respecto a la actividad esplénica fisiológica.

RESULTADOS: La esplenectomía, muestra un bazo de 9 x 6,5 x 5 cm y 126 gramos.

En el área perihiliar, hay una tumoración redondeada, sobrelevada. Al corte mide 3,8 x 3,8, x 3,5 cm, es bien delimitada, de consistencia densa, constituida por múltiples áreas irregulares o redondeadas, rojizas, rodeadas de un tejido rasposo, blanquecino. El parénquima esplénico conservado no muestra alteraciones.

Microscópicamente, la lesión está rodeada parcialmente por una pared fibrosa de grosor variable. Tiene un patrón de nódulos y acúmulos irregulares de vasos agrupados, muchos elongados, otros dilatados, tapizados por células endoteliales abollonadas, con células ovoides o fusiformes entremezcladas. Hay un salpicado linfocitario con eosinófilos y abundantes eritrocitos.

Rodeando los nódulos hay bandas y áreas estoriformes fibroescleróticas, con focos de collagenización, focal cambio mixoide y un salpicado inflamatorio de linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos e histiocitos.

No se observa atipia nuclear significativa, mitosis o necrosis.

Con inmunohistoquímica, las áreas nodulares están formadas por capilares CD31+/CD34+/CD8-, venas CD31+/CD34-/CD8-, y sinusoides CD31+/CD8+/CD34-.

Hay positividad para Actina de músculo liso en las áreas nodulares y el estroma adyacente. Hay focal positividad para IgG, con una proporción de células positivas para IgG4, pero sin alcanzar un umbral significativo.

Las tinciones para VEB fueron negativas, al igual que ALK, CD30, CD20, CD3 y AE1-AE3.

CONCLUSIONES: La transformación nodular angiomatoide esclerosante (SANT), es una lesión vascular benigna, rara, de etiología desconocida, originada en una pulpa roja esplénica desorganizada.

Tiene una imagen macroscópica distintiva, multinodular, estando estos nódulos angiomatoides formados microscópicamente por tres tipos de vasos, con perfiles inmunohistoquímicos diversos, que incluyen capilares (CD31+, CD34+, CD8-), sinusoides (CD8+, CD31+, CD34-), y venas (CD31+, CD34-, CD8-). Los nódulos están rodeados por bandas concéntricas de fibras de colágeno, existiendo un estroma fibroso a esclerótico, inflamado, entre ellos.

En la población adulta, la mayoría de los casos se presentan como un hallazgo incidental en pruebas de imagen, mientras que en la población pediátrica (con menos de 20 casos documentados), suele cursar con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos y retraso ponderal.

Los estudios de imagen no muestran hallazgos específicos, siendo el diagnóstico, histopatológico, y el tratamiento quirúrgico.

Hematopatología

1738

HIPERPLASIA TÍMICA TIPO SIALOADENITIS LINFOEPITELIAL: UNA MASA POCO COMÚN DEL MEDIASTINO ANTERIOR.

Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Martín Fraguero, Luz; Izquierdo Chamorro, Angela María; Cerdán López, Sara; Erazo Alarcón, Shirley; Perez Faccaro, Analía; Martín López, Javier; Salas Antón, Clara; Martín Poza, Silvia; Martín Fraguero, Luz

Presentador: Ruiz Becerra, Jaime Esteban

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia tímica tipo sialoadenitis linfoepitelial (HT tipo SALE) es una forma poco frecuente de hiperplasia tímica, descrita en el año 2012 y que se ha relacionado con enfermedades autoinmunes. El diagnóstico de ésta entidad es un reto por la baja frecuencia, la semejanza morfológica con otras entidades, especialmente linfoma. Para su diagnóstico es imprescindible el estudio anatomo-patológico pues las técnicas de imagen no permiten distinguirla de otras masas mediastínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 58 años con antecedentes de miopericarditis aguda en el 2012 y 2014, que consulta por un dolor torácico atípico de varios meses de evolución. Refiere además poliartralgias, colon irritable, ansiedad y migraña. Se realiza TC y PET de tórax, identificándose una masa lobulada en el mediastino anterior con SUV de 3,2, que podría corresponder a un timoma o un conglomerado adenopático. Se decide extirpación quirúrgica de la misma.

RESULTADOS: Resección marginal de masa lobulada que mide 8 x 6 x 6 centímetros. Es encapsulada, de bordes bien definidos y constituida por formaciones nodulares sólido-quísticas, sin calcificaciones. Histológicamente consiste en una proliferación de células epiteliales que se fusionan formando nidos y bandas en las que se encuentran abundantes corpúsculos de Hassal. Hay un estroma linfoido prominente con folículos linfoides hiperplásicos con centros germinales reactivos, que al estudio IHQ son CD20+, CD10+ y BCL6+, resultando negativos para BCL2, TdT, CD5, ciclinaD1, MUM1 y MND. El índice proliferativo en los centros germinales con Ki67 es del 90%. Las áreas interfoliculares contienen linfocitos T (CD3+ y CD5+) y abundantes células plasmáticas CD138+, polipáticas. Con CD23 no se ha visto expansión de células dendríticas. Focalmente el epitelio está permeado por los linfocitos con formación de lesiones linfoepiteliales. En el centro de los nódulos se forman quistes están ocupados material coloide y cristales de colesterol, revestidos por un epitelio aplanado simple. Con estudio molecular el reordenamiento del gen IgH mostró un patrón policlonal. El diagnóstico final fue de hiperplasia tímica tipo sialadenitis linfoepitelial.

CONCLUSIONES: La HT tipo SALE se describió por primera vez en el 2012. Es una entidad benigna, poco frecuente, cuyo principal diagnóstico diferencial es el linfoma MALT del timo. Ambas entidades comparten características: suelen presentarse a partir de la quinta década de la vida, pueden ser asintomáticas o debutar con dolor torácico. Morfológicamente en ambas se observan áreas sólido-quísticas, expansión del tejido linfoido con centros germinales reactivos, infiltrados plasmocíticos interfoliculares y lesiones linfoepiteliales. Como rasgos diferenciales de la HT tipo SALE se destaca la proliferación de células epiteliales, con abundantes corpúsculos de Hassal y la ausencia de expansión de células dendríticas ni de la zona marginal por células B monocitoides. Con técnicas complementarias no se observa expresión inmunohistoquímica de MND por las células B, las células plasmáticas interfoliculares son policlonales y el estudio molecular de reordenamiento del gen IgH presenta un patrón policlonal. Estudios relacionan esta entidad con enfermedades autoinmunes, principalmente lupus (11%) y artritis reumatoide (8%), asociación que aumenta en caso de pacientes de sexo femenino. Se ha descrito además asociación de HT tipo LEA con linfomas MALT, de desarrollo sincrónico o metacrónico, por lo que se recomienda realizar un seguimiento estrecho.

Hematopatología

1978

ALTERACIONES MOLECULARES EN EL LINFOMA CUTÁNEO CENTROFOLICULAR: UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

Vidal Robau, Núria; Combalia Escudero, Andrea; Nadeu, Ferran; López, Cristina; Estrach Panella, María Teresa; Mozas, Pablo; Campo, Elías; García, Adriana; Alberó, Robert
Presentador: Vidal Robau, Núria

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma cutáneo primario centrofolicular (LPCPF) es un linfoma cutáneo indolente, poco frecuente, con buena respuesta al tratamiento local. Su diagnóstico diferencial con la afectación cutánea secundaria por un linfoma folicular sistémico (LCSF), que requiere tratamiento sistémico y tiene peor pronóstico, sigue siendo un reto. No existen marcadores histológicos o moleculares fiables para distinguirlos, lo que hace necesario el estudio de extensión, con riesgo de falsos negativos. Aunque las alteraciones genéticas del linfoma folicular sistémico están bien estudiadas, las mutaciones específicas del LPCPF son poco conocidas, por lo que su caracterización molecular podría facilitar el diagnóstico diferencial y manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de las características clínico-patológicas y perfil mutacional mediante un panel de NGS que incluye 120 genes específicos de la patogénesis del linfoma folicular. La cohorte está formada por 27 muestras de LPCPF (24 pacientes) y 13 muestras de LCSF (10 pacientes), incluyendo dos tumores sincrónicos en un paciente (LPCPF) y muestras secuenciales de cuatro pacientes (2 LPCPF, 2 LCSF). El análisis del reordenamiento de BCL2 se ha realizado mediante FISH y la clonalidad mediante NGS.

RESULTADOS: No hemos encontrado diferencias morfológicas significativas ni en el índice proliferativo (Ki-67) entre ambos tipos de linfoma. Los LPCPF presentan una menor positividad para CD10 y BCL2, con ausencia de reordenamiento de BCL2 (un caso), en comparación con los LCSF. Los LCSF presentan mutaciones recurrentes en genes reguladores de la cromatina (CREBBP (90%), KMT2D (90%), EP300 (30%), EZH2 (20%)) con un perfil mutacional similar al compararlo con una cohorte de 50 casos de linfomas foliculares sistémicos analizados con el mismo panel. Por su parte, los LPCPF muestran mutaciones recurrentes en CREBBP (36%) y genes de señalización celular y apoptosis (IRF8 (28%), TNFRSF14 (28%), FAS (20%), PTPRD (20%)). Destaca STAT6 como uno de los principales genes diferencialmente mutados (24% de LPCPF vs el 0% de LCSF). Clínicamente, los LPCPF presentan una mayor frecuencia en áreas fotoexpuestas y mayor recurrencia local. Notablemente, el análisis de clonalidad de los genes de las inmunoglobulinas ha mostrado que los tumores sincrónicos y secuenciales derivaban de una misma célula de origen (célula B con class-switch). Sin embargo, tanto los LPCPF sincrónicos como secuenciales presentan una elevada tasa de diversificación mutacional, acompañada de patrones histológicos distintos, en comparación con los tumores secuenciales de LCSF que muestran mayor estabilidad genética e histológica. A nivel histológico, los tumores sincrónicos y las muestras longitudinales de un caso exhibieron diferencias en la morfología celular, el patrón de infiltración, el inmunofenotipo (BCL2, CD23) y el índice proliferativo (Ki67). En el caso restante, las muestras longitudinales mostraron diferencias en la morfología celular y en la expresión inmunohistoquímica de BCL2 (CD23 no fue valorable en una de ellas).

CONCLUSIONES: Presentamos la mayor cohorte publicada de LPCPF con datos moleculares y clínico-patológicos. El estudio mutacional de genes específicos podría mejorar el diagnóstico diferencial entre el LPCPF y el LCSF. El estudio de tumores secuenciales y sincrónicos describe una evolución diferencial entre ambas entidades. Los LCSF tienden a mantener su perfil original en las recaídas, mientras que los LPCPF en un mismo paciente presentan características genéticas e histológicas diferentes.

Hematopatología

1780

ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE INMUNOGLOBULINAS MONOCLONALES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE UNA SERIE DE 12 CASOS. MÁS ALLÁ DE LA AFECTACIÓN RENAL.

Rodríguez Martínez, Paula; Hernández Gallego, Alba; Tapia Melendo, Gustavo; Hernández León, Laura; Castillo Gandia, Ana; García Gómez, Javier; Da Silva, Iara; Abril Sabater, Laura; Sanz Monte, Carolina; Mate Sanz, José Luis
Presentador: Rodríguez Martínez, Paula

HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por depósito de inmunoglobulinas monoclonales (EDIM) es una patología infrecuente asociada a discrasia de células plasmáticas u otros procesos linfoproliferativos (PLP) productores de paraproteínas. Se caracteriza por depósito monoclonal, no amiloide, de cadenas ligeras (CL), pesadas o ambas, que afecta a diversos órganos, siendo el riñón el más comúnmente comprometido. Sin embargo, debido a su naturaleza sistémica, el depósito puede afectar otros órganos, ampliando el espectro clínico. Reportamos las características clínico-patológicas de una serie de 12 casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de 12 casos diagnosticados histológicamente de EDIM con afectación renal (8 de riñón nativo y 1 trasplantado) y extrarrenal (2 de pulmón; 1 de partes blandas), diagnosticados en nuestro centro entre 2013 y 2024. Se evaluó la distribución por sexo, edad, asociación con PLP y presentación clínica. Se determinó la presencia de paraproteínas en suero y/u orina y se hizo aspirado de médula ósea.

Se realizó estudio histológico convencional que se complementó; en biopsias renales, con tinciones histoquímicas (PAS, plata-meténamina y tricrómico de Masson); y en todas las biopsias, con tinción de rojo Congo. Se realizó estudio de inmunofluorescencia (IF) directa en tejido congelado y/o en parafina (digestión con pronasa), en todos los casos en función de la disponibilidad, y estudio de microscopía electrónica en 8 casos. Se tipificaron infiltrados linfoplasmocitarios (ILP) en 3 casos mediante inmunohistoquímica, hibridación in situ y biología molecular.

RESULTADOS: La edad media fue de 66 años (48-77) con una ratio mujer/hombre 3:1. El 75% de los casos estaban asociados PLP, 8 a mieloma múltiple (89%) y 1 a linfoma MALT (11%). Del 25% (3/12) restante, 2 pacientes presentaron procesos autoinmunes coexistentes (anemia hemolítica autoinmune; seropositividad para ANA, anticoagulante lúpico y antifosfolípido), sin paraproteinemia asociada. La afectación renal fue la más frecuente (75%), seguida por pulmón (17%) y partes blandas (8%). La CL predominante fue kappa, tanto a nivel analítico como histológico (11/12, 92%). La técnica de pronasa permitió estudio de IF en parafina en los 3 casos de depósito extrarrenal. Se identificó depósito amiloide concomitante en 2 casos: a nivel vascular renal, asociado a depósito monoclonal de CL lambda; y a nivel pulmonar, asociado a linfoma MALT. Se demostró reordenamiento clonal del gen IGH y del IGH en ILP en partes blandas y pulmón, respectivamente. Ningún caso mostró mutaciones del gen MYD88. La mortalidad fue del 25%, con una media de supervivencia de 1 año y 10 meses. El 17% está en remisión completa con una media de seguimiento de 3 años y 2 meses.

CONCLUSIONES: La EDIM es una enfermedad sistémica muy infrecuente, y más aún la afectación extrarrenal. Pese a las limitaciones de la muestra, observamos predominancia en mujeres, a diferencia de la literatura anglosajona. Además, identificamos 2 casos sin paraproteinemia, ambos en pacientes con procesos autoinmunes coexistentes. La IF en parafina fue una herramienta clave en el diagnóstico de la EDIM, sobre todo a nivel extrarrenal, donde no se suele disponer de tejido congelado. Se debe contemplar este diagnóstico en cualquier órgano que se identifique depósito no congénico que recuerde al amiloide, y tipificar ILP acompañante si la muestra lo permite, sobretudo en pacientes con paraproteinemia.

LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Perera Gordo, Enzo; González Hernández, Lidia; Vega Vega, Alma Damaris; Expósito Remedios, Irene; Mayorga Ortiz, Lina Paola
Presentador: Perera Gordo, Enzo

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA
DOCTOR NEGRIN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La leucemia/linfoma de células T del adulto (LLCTA) es una neoplasia linfóide agresiva de estirpe T, secundaria a infección por un retrovirus denominado virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1). Se trata de una infección endémica en algunas regiones, como el sudoeste de Japón, América Central y del Sur, África central, Oriente Medio, Australia y Rumanía. Debido a los movimientos migratorios, se observan casos también en América del Norte y Europa, fundamentalmente en Francia y Reino Unido, produciéndose por tanto un incremento de la incidencia de LLCTA en regiones no endémicas.

La presentación clínica es muy variable, pudiendo presentar desde un curso clínico indolente hasta cuadros con linfadenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas y óseas.

En este trabajo presentamos dos casos de la entidad diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestros casos comprenden dos pacientes naturales de Mauritania. El primero atañe a un hombre de 41 años en estudio por sospecha de síndrome linfoproliferativo. Se recibe una biopsia de adenopatía en región inguinal izquierda.

En el segundo caso, una mujer de 47 años presenta clínica de un mes de duración consistente en odinofagia intensa y fiebre acompañada además de pérdida de unos 4-5kg de peso. A la exploración se evidencia gran hipertrofia adenoamigdalal con exudado blanquecino en amígdala derecha. Se recibe biopsia de cávum y amígdala derecha en fresco.

RESULTADOS: Las lesiones consistían en una proliferación compuesta por linfocitos de tamaño mediano/grande, y algunas células grandes, que mostraban pleomorfismo nuclear. Las células presentaban un inmunofenotipo T CD4+ CD8-, con expresión de CD25 en ambos casos, y negatividad de los marcadores asociados a fenotipo citotóxico. El estudio por citometría de flujo y la positividad en ambos casos de HTLV-1 por serología apoyaron el diagnóstico de leucemia/linfoma de células T del adulto.

CONCLUSIONES: Si bien la LLCTT es una entidad con una baja prevalencia, el previsible incremento de su incidencia asociada a los movimientos migratorios y su agresividad hace necesario conocer esta entidad y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de linfoma T cutáneo y otras neoplasias linfoides de células T.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN NUESTRO HOSPITAL.

Carrillo Pohl, Marcos José; Muñoz Fernández, María De Los Angeles; Fula Cobos, Carolina; Marmol Fábrega, María Ángeles; De León García-Rico, Lucía; Hernández Suárez, Eduardo Lissandro; Diego Hernández, Cristina; Gómez Iglesias, Patricia; Boiza Sánchez, Macarena; Meizoso Latova, Telma
Presentador: Carrillo Pohl, Marcos José

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF), también conocida como linfadenitis necrotizante histiocítica, es una entidad poco habitual, benigna y autolimitada, caracterizada por linfadenopatías necrotizantes regionales subagudas y fiebre de origen desconocido. Es más frecuente en mujeres y en adultos jóvenes, aunque se han descrito casos pediátricos. Descrita por primera vez en Asia en 1972. Al ser autolimitada, su tratamiento es sintomático, con mínimo porcentaje de recaída.

El único método eficaz para llegar al diagnóstico es a través de criterios morfológicos, mediante una biopsia escisional de la adenopatía, debido a que la aspiración con aguja fina no suele ser diagnóstica.

Histiológicamente, se observa una afectación parcial o completa del parénquima del ganglio linfático con presencia de áreas pálidas irregulares, compuestas por histiocitos, células dendríticas plasmocitoides, material granular eosinofílico y abundantes restos de cariorexis, que a menudo rodean una zona central de necrosis. Se describen tres etapas según su histología: proliferativa (proliferación de células dendríticas plasmocitoides, inmunoblastos e histiocitos), necrotizante (áreas de necrosis con restos de cariorexis) y xantomatosa (predominio de histiocitos espumosos). Las técnicas inmunohistoquímicas ayudan en caso de duda o material poco representativo, donde no se aprecia correctamente la morfología, ya que los histiocitos de EKF son positivos para lisozima, mieloperoxidasa, CD68, CD163 y CD4. Los linfocitos de la lesión son mayoritariamente T con predominio de CD8, con escasos linfocitos B.

A pesar del creciente conocimiento sobre esta entidad, la etiología y la patogénesis siguen siendo desconocidas, suponiendo su diagnóstico diferencial un reto en relación con otras causas de adenopatías.

MATERIAL Y MÉTODOS: A raíz de un caso reciente en el hospital (noviembre 2024), se elabora un estudio descriptivo para valorar el perfil de los pacientes diagnosticados con EKF en nuestro medio. Para seleccionar estos casos, se realiza una búsqueda con el programa que empleamos en nuestro Servicio, usando como palabra clave "Kikuchi", obteniendo 8 casos diagnosticados desde el año 1995 hasta el año 2024. Se han valorado los parámetros de edad, sexo, localización de la lesión, clínica y tratamiento, según datos incluidos en la Historia Clínica de dichos pacientes.

RESULTADOS: De los casos obtenidos, 7 (el 87,5% de los pacientes) son mujeres de entre 19-25 años, y el paciente restante es un varón de 8 años. En 6 pacientes (75% de los casos) las adenopatías sintomáticas se localizan a nivel cervical; en los otros 2 pacientes no está consignada la localización de las mimas en los informes. La clínica es común en el 100% de los casos: adenopatías dolorosas con fiebre de larga evolución. En el 50% de los casos, los pacientes presentaron sintomatología acompañante como sudoración profusa, malestar general o mialgias. El 100% de los pacientes mejora con tratamiento sintomático y no presentan recaídas registradas a día de hoy.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados concuerdan con los descritos en la literatura, con un claro predominio de la EKF en mujeres jóvenes, que presentan adenopatías cervicales dolorosas y fiebre de larga duración, de resolución espontánea tras tratamiento sintomático.

La EKF supone un reto para muchos clínicos y patólogos, que no están familiarizados con la misma, pudiendo llevar a confusión con otras causas de linfadenopatías benignas como infecciones o enfermedades autoinmunes, o malignas como linfomas.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS EN LINFADENITIS DE PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 14 CASOS

Petrino , María Mercedes; Díaz Castro, Vivian Yoana Carolina; Andrade Restrepo, Jerónimo; Olmedilla Arregui, Gabriel; García Fernández, Eugenia
Presentador: Petrino , María Mercedes

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son un grupo heterogéneo de trastornos ocasionados por defectos del desarrollo o función del sistema inmunológico. Se han descrito en estos pacientes una amplia variedad de lesiones linfoides que incluyen desde hiperplasias foliculares reactivas hasta trastornos linfoproliferativos y linfomas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda retrospectiva en la base de datos del servicio de anatomía patológica de nuestro centro, identificando las biopsias ganglionares de pacientes con diagnóstico previo de alguna inmunodeficiencia primaria, en el periodo comprendido entre los años 2015 y 2025. Se revisaron las preparaciones histológicas, histoquímicas, inmunohistoquímicas (IHQ), los estudios moleculares y la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS: Como resultado de la búsqueda se identificaron 14 pacientes con diagnóstico de IDP, 50% (n=7) de sexo femenino, con edades comprendidas entre 1 y 60 años, con un 60% (n=8) > 16 años. En las biopsias de los dos pacientes con síndrome de fosfoinositida 3-quinasa delta activada, se observó una hiperplasia folicular florida, con atenuación de los mantos, folículoislis y positividad IHQ para citomegalovirus (CMV) y virus Epstein Barr (VEB). En el paciente con síndrome de Chediak-Higashi, se identificó una marcada histiocitosis, expansión del área interfolicular a expensas de linfocitos T CD8+, algunos atípicos, y aisladas imágenes de hemofagocitosis. De los seis pacientes con inmunodeficiencia variable común (IVC), tres presentaron hiperplasia folicular con centros germinales de contornos irregulares; uno mostró expansión del área T interfolicular; cuatro tenían granulomas (en dos de ellos necrotizantes) y en cinco de los casos en los folículos y extendiéndose hacia el manto, se observaron linfocitos positivos frente a IgM e IgD, sin positividad frente a IgG ni IgA. Todos los casos de IVC mostraron ausencia o marcada disminución del número de células plasmáticas interfoliculares, negatividad para CMV y VEB, sin detectarse microorganismos con técnicas de PAS, plata-metenamina y Ziehl-Neelsen. En el paciente con síndrome de Di George se observó hiperplasia folicular con centros germinales mal definidos, positividad en los folículos con MUM1 e IgA y aisladas células positivas para VEB. Los dos casos de síndrome linfoproliferativo autoinmune mostraron expansión del área T interfolicular a expensas de inofitos T CD4 y CD8 negativos, uno de ellos con necrosis de patrón geográfico. El paciente con Síndrome de Kabuki tenía expansión del área T interfolicular, centros germinales mal definidos y disminución de células plasmáticas IgG e IgA, con distribución anómala de IgM en la zona interfolicular. El paciente con enfermedad granulomatosa crónica mostró un patrón de linfadenitis granulomatosa necrotizante, sin detectarse microorganismos con técnicas de Job-Fite, Ziehl-Neelsen, PAS y plata-metenamina.

CONCLUSIONES: Los hallazgos histopatológicos en adenopatías de pacientes con IDP incluyen una amplia variedad de cambios y patrones, algunos de ellos inespecíficos, siendo necesario hacer el diagnóstico diferencial con entidades reactivas y trastornos linfoproliferativos. Se requieren estudios adicionales, con mayor número de casos, para mejor caracterizar estas entidades a nivel histopatológico.

ANGIOMA DE CÉLULAS LITORALES ESPLÉNICO

Castro Maldonado, Adriana Valentina; Carrasco Fernandez, Daniel; Vidal Aguirre, Steffi Verónica; Moreno Martínez, Miguel; García Domínguez, Francisco; Muriel Cueto, Pedro Jesús; Perez Requena, Jose; Altienda Cuevas, Lidia
Presentador: Castro Maldonado, Adriana Valentina

HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Esta neoplasia benigna vascular exclusiva del bazo fue descrita por primera vez por Falk et al. en 1991 y hasta el día de hoy se han publicado aproximadamente 250 casos. Suele ser un hallazgo incidental en adultos (media de 55 años sin predilección por ningún sexo) que presentan clínica digestiva inespecífica y/o derivada del hiperesplenismo secundario (anemia y/o trombopenia), pero hasta en dos terceras partes puede asociarse con neoplasias malignas hematológicas o epiteliales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro caso corresponde a una mujer de 67 años con hipertensión arterial y apendicectomizada como antecedentes de interés que es estudiada por Digestivo al presentar pirosis, dolor y molestias inespecíficas en ambos flancos abdominales. Tras la realización de pruebas de imagen se objetiva leve esplenomegalia con varias lesiones de aspecto inespecífico y analítica anodina. Tras valoración por comité multidisciplinar se decide realizar esplenectomía diagnóstica.

RESULTADOS: Se recibió pieza de esplenectomía de 15 x 12 x 4 cm parduzco-violácea de superficie abollonada que tras corte en serie se observaron varias áreas mal delimitadas, de aspecto esponjoso y sin cambios en la coloración respecto al parénquima adyacente. Se incluyeron cortes representativos que tras procesado histológico y tinción con hematoxilina-eosina corresponden con parénquima esplénico se apreciaron focos constituidos por canales vasculares de calibres variables y anastomosados entre si con ocasionales proyecciones papilares tapizados por células endoteliales sin atipias de hábito "macrofágico". Dichas células mostraron inmunotinción positiva para FVIII, CD31 y CD68, siendo negativas para CD34 y CD8. Ante estos hallazgos se emitió el diagnóstico de angioma de células litorales esplénico.

CONCLUSIONES: Entre las entidades vasculares esplénicas encontramos el hamartoma esplénico y el hemangioma como principales diagnósticos diferenciales. La primera entidad recuerda a la pulpa roja desorganizada cuyas células endoteliales son CD8 positivas y CD68 negativas como perfil inmunohistoquímico, y la segunda son vasos tipo capilares dilatados tapizados por endotelio CD34 positivas y CD8 y CD68 negativas. El tratamiento del angioma de células litorales consiste en la esplenectomía con su posterior seguimiento y estudio en busca del posible cáncer metacrónico, añadiendo la inmunoprolifaxis de los pacientes esplenectomizados. En nuestro caso, tras la esplenectomía, la paciente presentó mejoría de su clínica digestiva sin observarse en los estudios ninguna neoplasia asociada en los 8 meses posteriores a su diagnóstico.

MIELOMA MULTIPLE ¿O ALGO MAS?

Salazar Nicolas, Alejandro; Ortuño Moreno, Maria Isabel; Ruiz Garcia, Gema; Segado Martinez, Marta; Conde Ferreiros, Marta; Aguiar Losada, Begoña; Sanchez Lazcano, Maria; Cerezo Aguirre, Clara; Ezkurra Altuna, Ander; Garmendia Irizar, Maddi; Ruiz Diaz, Maria Trinidad
Presentador: Salazar Nicolas, Alejandro

HOSPITAL UNIV. DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Gaucher es causada por la ausencia o mal funcionamiento de la enzima glucocerebrosidasa en los lisosomas celulares, lo que produce una acumulación de glucocerebrosidos en el citoplasma de macrófagos aumentando su tamaño llamadas células De Gaucher. Es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, con una mayor tasa en población judía Askenazi. Se han descrito multitud de mutaciones siendo la más frecuente N370S y presenta una prevalencia global 1:100000. Clínicamente se diferencian tres tipos :
Tipo 1: fenotipo de progresión lenta, no neuropático. De asintomática a enfermedad visceral (esplenomegalia) y ósea (lesiones líticas, deformaciones óseas y dolor óseo).
Tipo 2: neuropático agudo, en edad infantil.
Tipo 3: neuropático crónico, juvenil y del adulto. Tanto el tipo 2 y 3 se consideran de fenotipo letal precoz.
Se acompaña de anemia y trombocitopenias moderadas. Su diagnóstico se realiza por aspirado y biopsia de médula ósea donde se observan unos histiocitos de gran tamaño, con citoplasmas fibrilares, eosinófilos y estriado de aspecto "en papel arrugado" y por la actividad de la glucocerebrosidasa (gold standar). Su tratamiento consistía en esplenectomía o trasplante hepático pero actualmente consiste en terapia de reemplazo enzimático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 75 años seguida en neurología por diagnóstico previo de demencia que muestra analíticamente un pico monoclonal IgG (4220) tipo Lambda y trombocitopenia leve (115000); en la exploración física se palpaba el polo de bazo no doloroso y a nivel radiológico se observan dos lesiones líticas en calota. Ante la sospecha clínica de gammapatía monoclonal, se realiza un aspirado y biopsia de medula ósea.

RESULTADOS: Se recibe un fragmento cilíndrico de médula ósea de 1,7 cm levemente hiper celular para la edad de la paciente, con el tejido hematopoyético con presencia de las tres estirpes celulares, desplazado por unos grupos intersticiales de células plasmáticas, de pequeño tamaño, de núcleo excéntrico y citoplasma amplio, que suponen el 17% de la población celular y son positivas para CD138 y que muestran restricción para cadenas Kappa. Además, se identifica una segunda población celular de gran tamaño, con citoplasmas amplios, de aspecto "apergaminado", y de núcleo hiper cromático y desplazado a la periferia. Estas células son positivas para CD68 y con una tinción de Perls y PAS positivo. Ante estos hallazgos, el diagnóstico de la biopsia de medula ósea fue de hallazgos histopatológicos que sugieren enfermedad de Gaucher asociada a hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos consistentes de neoplasia de células plasmáticas Lambda+. Posteriormente se realizó el estudio enzimático y genético, confirmandose una concentración elevada de glucosfingosina y a nivel cromosómico dos alteraciones del gen GBA: c.475C>T p.(Arg159Trp) y c.1226A>G p.(Asn409Ser) o también designadas como R120W y N370S respectivamente consideradas como clase patológica 1.

CONCLUSIONES: - La enfermedad de Gaucher es la enfermedad lisosomal mas frecuente.
- Presenta una variabilidad clínica desde un paciente asintomático a síntomas graves o mortales.
- El aspirado y la biopsia de medula ósea presenta una citología que nos orienta a su diagnóstico.
- GOLD STANDARD: cuantificación actividad enzimática.
- Se asocia a otras alteraciones hematológicas o neoplasias.
- En la actualidad existe un tratamiento de sustitución enzimática.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VHH8.

Carrillo Cobarro, María; Silva Carmona, Mary Yohanna; Aran González, Miguel; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; De Burgos González, Saúl; Conde Ferreiros, Marta; Sánchez Perales, Zuliy Faby Elvita; Ezkurra Altuna, Ander; Segúes Merino, Nerea Miren; Ruiz Diaz, Irune
Presentador: Carrillo Cobarro, María

HOSPITAL DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) describe un grupo heterogéneo de trastornos linfoproliferativos asociados a síntomas sistémicos, ocurre en pacientes con inmunodeficiencia o disregulación del sistema inmune. La ECM se subclasifica en idiopática y asociada al herpes virus tipo 8 (HHV-8). El mecanismo patogénico fundamental es debido a una hiperproducción de interleuquina 6 (IL6). El HHV-8 codifica una IL6 viral, homóloga a la humana, contribuyendo a un aumento de los niveles de IL6. Es un trastorno poco frecuente, puede presentar progresión clínica rápida y ser potencialmente mortal. Reconocer las características histológicas distintivas de esta entidad son útiles para un diagnóstico y tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón senegalés de 43 años, con hepatopatía crónica por VHC, VIH negativo presenta fiebre e insuficiencia respiratoria. En la analítica destaca bicitopenia y aumento de reactantes de fase aguda, con evolución a fracaso multiorgánico. En la TC presenta condensaciones pulmonares bilaterales, adenopatías aumentadas de tamaño supra e infradiaphragmáticas y esplenomegalia. Se sospecha síndrome linfoproliferativo y se realiza biopsia de médula ósea y escisión de ganglio linfático

RESULTADOS: En el ganglio linfático se observó expansión de la zona interfollicular por células plasmáticas y proliferación vascular, en la zona cortical los folículos linfoides presentaban centros germinales de aspecto involutivo con expansión de células dendríticas, además de borramiento entre la zona del manto y el área interfollicular en donde se reconocen algunas células de aspecto inmunoblástico. En el estudio inmunohistoquímico las células tipo inmunoblástico muestran restricción de cadenas ligeras Lambda y a su vez expresan el antígeno nuclear latente HHV8 + (LANA 1). El cilindro de médula ósea muestra hiper celularidad para la edad de carácter reactivo con escasas células positivas para HHV8+.

CONCLUSIONES: La ECM está en su mayoría asociado a pacientes VIH +, los pacientes VIH- suelen proceder de áreas endémicas como es nuestro caso, por lo que se debe sospechar ante un cuadro clínico de síntomas sistémicos y linfadenopatías regionales. El subconjunto de ECM secundario a infección por el HHV8, presenta características comunes al resto de entidades que se dirigen histológicamente hacia el espectro de variante mixta/plasmática, con una característica histológica distintiva que lo diferencia del resto; la difusa delimitación entre la zona del manto del folículo linfóide y el estroma interfollicular. Los linfocitos plasmablasticos/ inmunoblásticos infectados viralmente, presentan un marcado tropismo por esta área, distribuyéndose alrededor de la zona del manto, presentando además expresión monotípica de cadenas ligeras Lambda. Aunque se puede demostrar la presencia de células infectadas por el VHH8 en médula ósea, es necesario la biopsia de escisión ganglionar para realizar el diagnóstico de ECM.

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN DE LOCALIZACIÓN EXTRANODAL: SERIE DE 4 CASOS

Vidal Aguirre, Steffi Veronica; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Carrasco Fernandez, Daniel; Moreno Martínez, Miguel; García Domínguez, Francisco; Baez Rivas, Marina; Muriel Cueto, Pedro Jesus; Baez Perea, Jose Maria; Palomo Gonzalez, Maria Jesus

Presentador: Vidal Aguirre, Steffi Veronica

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rosai-Dorfman es una histiocitosis que se caracteriza por el acúmulo de histiocitos de gran tamaño en localización ganglionar ó extraganglionar. La localización extranodal corresponde a cerca del 50% de los casos, siendo las más frecuentes: cavidad nasal, senos paranasales, glándula salival, piel, tejidos blandos, tracto respiratorio superior, hueso y sistema nervioso central; siendo menos frecuente en otros órganos individuales. Presentamos cuatro casos localizados en piel, meninges, riñón y pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe serie de cuatro casos de enfermedad de Rosai-Dorfman extraganglionar en distintas localizaciones, en relación con sexo, edad, tamaño y diagnóstico clínico de presunción.

RESULTADOS: Las secciones histológicas de las distintas lesiones correspondieron a proliferaciones de células de hábito histiocitario de talla grande con abundante citoplasma eosinófilo y núcleos redondos vesiculosos con hendiduras y nucleólos prominentes, con presencia de emperipolesis de linfocitos y células plasmáticas; que se acompaña de un infiltrado linfoplasmocitario. Todas ellas expresaron inmunotinción positiva difusa para proteína S-100, CD68 y ciclina D-1 y negativa para CD1a y un bajo índice IgG4/IgG. La edad de los pacientes oscilaba entre 43 y 61 años, con una media de 54.2 años. Dos fueron mujeres y dos hombres. En todos los casos la lesión era única, de morfología lobulada ó multilobulada y su tamaño oscilaba entre 1 y 1.4 cm, con una media de 1.2 cm. Los diagnósticos clínicos de presunción variaban según la localización de las lesiones: la lesión de piel se remitió como quiste epidérmico, la lesión parietal izquierda (meninges) como meningioma, la pieza de nefroureterectomía como sospecha de carcinoma uterolial y la pieza de lobectomía pulmonar como "masa pulmonar sin filiación".

CONCLUSIONES: La enfermedad de Rosai Dorfman extranodal es una histiocitosis benigna, radicando el interés de nuestra serie en la baja frecuencia de la entidad. Según la bibliografía, la localización más frecuente es en piel en el 10% de los casos, seguida del sistema nervioso central, en duramadre, en un 5%, siendo muy infrecuente en riñón, en un 4% de los casos, y en pulmón en un 3%. Suele aparecer en la quinta década de vida, con predilección del sexo masculino sobre el femenino, a excepción de la forma cutánea que es más frecuente en mujeres. Al ser una neoplasia de origen histiocitario el diagnóstico diferencial histopatológico se plantearía con una histiocitosis de células de Langerhans, una enfermedad de Erdheim-Chester y, como suele estar acompañada por una cantidad importante de células plasmáticas, con una enfermedad relacionada con IgG4. Además estos diagnósticos, dependiendo del sitio afecto, se plantearán otros diagnósticos diferenciales histopatológicos: en piel, por ejemplo debemos tener en mente el xantogranuloma juvenil; en el sistema nervioso central procesos inflamatorios reactivos e infecciosos, en el riñón linfoma y los procesos infecciosos; y finalmente en pulmón las lesiones inflamatorias con características fibroxantomatosas. Generalmente tiene un pronóstico bueno y se resuelve espontáneamente; en caso de recidiva o persistencia se ha visto que ayuda el tratamiento con corticoides, inmunomoduladores y entre los tratamientos más modernos los inhibidores de la MAPK1. En sitios como pulmón, riñón (como es en nuestros casos) e hígado, el pronóstico es adverso, conduciendo a la muerte hasta el 10% de los casos.

ESPECTROMETRÍA DE MASAS EN AMILOIDOSIS: MÁS ALLÁ DEL ROJO CONGO. EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL.

Pombo Otero, Jorge; Calamia , Valentina; Ruiz Romero, Cristina; Blanco García, Francisco; Hermida Romero, Teresa; Barco Díaz, Diego; Cepeda García, Elena; Concha López, Ángel

Presentador: Pombo Otero, Jorge

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Actualmente y de un tiempo a esta parte, la Espectrometría de masas se ha convertido en la técnica "gold standard" para diagnosticar el subtipo de Amiloidosis y también para diagnosticar los casos dudosos. En nuestro centro se está utilizando desde el año 2021 de forma rutinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa la casuística de nuestro Hospital de todas las biopsias en las que se demuestra el depósito de material amiloide (o en los que éste es dudoso) en el período comprendido entre 2021-2024. Para ello, se ha elaborado un protocolo de actuación con la Unidad de Proteionómica y se ha redactado un protocolo diagnóstico para trasladar dicha información a los servicios clínicos.

RESULTADOS: Mediante la Espectrometría de masas, se han estudiado 100 biopsias de diferentes órganos (tanto de nuestro centro como de biopsias recibidas de otros centros), en las que se sospechaba o se había confirmado el depósito de material amiloide. En 55 casos se diagnosticó Amiloidosis AL, en 28 casos Amiloidosis TTR, en 7 casos Amiloidosis AA, en 4 casos depósitos simultáneos de AL y TTR y en 6 casos se descartó la presencia de Amiloide.

CONCLUSIONES: La Espectrometría de Masas es el método "gold estándar" para el diagnóstico del subtipo de Amiloide y para los casos en que el depósito de Amiloide sea dudoso. Es especialmente útil para diagnosticar casos en los que el depósito de amiloide es muy escaso y nos ha permitido diagnosticar casos con depósito de más de un subtipo de Amiloide (sobre todos de cadenas ligeras y de TTR). Prácticamente ha reemplazado a las técnicas de Inmunoquímica e Inmunofluorescencia en el abordaje de esta enfermedad.

Hematopatología

1969

PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

Laguna Macarrilla, David; Núñez Sánchez, Irene; Sureda Alberti, Ignacio; Rovira Aguilo, María Concepción; Romano , Daniela Soledad; Flores García, Adriana Teresita; Ramos Asensio, Rafael Félix; Antón Valenti, Ester

Presentador: Laguna Macarrilla, David

HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad relacionada con IgG4 (ER-G4) es una condición fibroinflamatoria con afectación multiorgánica (típicamente glándula salival, lacrimal, páncreas o adenopática, entre otras). Histológicamente se caracteriza por un infiltrado linfoplasmocitario rico en IgG4, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. La presentación pericárdica inicial, si bien existen algunos casos reportados, es una manifestación extremadamente infrecuente. En este estudio presentamos dos casos con pericarditis como manifestación inicial de una ER-G4.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión tanto en el sistema de información del laboratorio ("LIS") como en la historia clínica, recopilándose dos casos con pericarditis como presentación clínica inicial de una ER-IgG4. Además, se han recogido variables que incluyen el sexo, edad, manifestaciones clínicas, pruebas de imagen, rasgos histológicos e inmunohistoquímicos observados, así como evolución clínica.

RESULTADOS: Los casos recopilados se produjeron en dos pacientes de 61 y 66 años respectivamente (mujer y hombre), que acudieron al centro hospitalario con clínica de pericarditis constrictiva. El paciente varón presentaba además una técnica de Mantoux positiva, por lo que clínicamente se orientó como una posible pericarditis tuberculosa. Tras las pruebas de imagen pertinentes, se realizó en ambos casos una pericardiectomía terapéutica. Histológicamente se observó un engrosamiento pericárdico secundario a una fibrosis muy densa con patrón estoriforme, abundante infiltrado de predominio linfoplasmocitario con eosinófilos y en uno de los casos imágenes de flebitis obliterante. Con técnicas de inmunohistoquímica las células plasmáticas no mostraron clonalidad y expresaron en su mayoría IgG4. En ambas biopsias la relación IgG4:IgG era mayor del 40%, llegando a identificarse áreas de más de 100 células plasmáticas IgG4 positivas /CGA en un caso y áreas de >70/CGA en el otro. En la biopsia del paciente con sospecha de pericarditis tuberculosa no se identificaron granulomas ni otros signos de infección, por lo que ante estos hallazgos se realizó un estudio de IgG4 sérica que resultó elevada y comenzó terapia inmunosupresora. El tiempo de evolución es de 4 años y no ha presentado nueva sintomatología. La paciente mujer evolucionó negativamente en el postoperatorio y fue éxitus 3 días después, sin que fuese posible instaurar tratamiento ni estudiar niveles de IgG4 séricos.

CONCLUSIONES: La Enfermedad relacionada con IgG4 puede manifestarse clínicamente de múltiples formas, incluyendo la pericarditis constrictiva. La expresión de IgG4 por las células plasmáticas puede darse en múltiples contextos clínicos. Los hallazgos histopatológicos, en conjunto con los clinicoradiológicos y serológicos son clave para el diagnóstico y el manejo adecuado de estos pacientes, así como para evitar diagnósticos erróneos como pericarditis idiopática, infecciosa, autoinmune o neoplásica.

Hematopatología

1741

LEUCEMIA DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES: LA SIMULADORA DE CELIAQUÍA REFRACTARIA A DIETA QUE TIENE TRATAMIENTO.

Segado Martínez, Marta; Ruiz Macia, José Antonio; Salazar Nicolás, Alejandro

Presentador: Segado Martínez, Marta

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE, MURCIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La leucemia de linfocitos grandes granulares (LGG) puede simular una celiarquía refractaria a dieta exenta de gluten (CRD), pero es curable. Esta enfermedad se define como un aumento de células T citotóxicas con morfología linfocítica y granular, mono u oligoclonales, presentes en sangre periférica. La LGG se ha asociado frecuentemente a patologías autoinmunes, y existen aún muy pocos casos descritos en la literatura, que exponen su relación con la CRD. El caso que se presenta trata de una mujer con clínica digestiva florida y bicitopenia severa, a la que se diagnostica una LGG a partir de una biopsia de médula ósea. Considerando la posibilidad de que la leucemia estuviera afectando al duodeno, se propone la biopsia y el estudio del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 71 años que ingresó por un cuadro de astenia, vómitos persistentes y pérdida de 10 kilogramos de peso en seis meses. En la analítica se observó pancitopenia. Además, el estudio de autoinmunidad reveló positividad para anticuerpos antinucleares (Hep-2) y anti-tiglobulina. Se decidió realizar un aspirado y biopsia de la médula ósea. En el aspirado se observó una médula hipocelular, con las series granulopoyética y megacariocítica descendidas, así como neutropenia y trombopenia. En la biopsia, se identificó un infiltrado intersticial y sinusoidal de linfocitos T (CD8+ y CD4-), así como algunas células CD57+ y CD56-, compatible con leucemia de linfocitos grandes granulares. En ese momento, se sugirió realizar biopsia duodenal. Esta mostró atrofia vellositaria y un infiltrado linfoides situado en el corion superficial y profundo e invadiendo el epitelio criptico y de superficie, el cual fue positivo con inmunohistoquímica para CD3, CD8, y TIA-1, así como negativo para CD5 y CD56. Estos hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos fueron compatibles con LGG. Sobre esta biopsia se realizaron estudios moleculares concluyentes para reordenamiento monoclonal de TCRbeta. La citometría de flujo mostró una población linfoides CD3 y CD8+, con pérdida de CD5.

RESULTADOS: La patología malabsortiva asociada al aumento intraepitelial de linfocitos T con reordenamiento molecular, presenta el diagnóstico diferencial entre la enfermedad celíaca refractaria a dieta tipo dos (CRDII) y la leucemia de linfocitos grandes granulares. Sin embargo, la RCDII es CD57- y nuestro caso era CD57+. Otro diagnóstico diferencial que nos planteó el caso fue con la enfermedad linfoproliferativa crónica de células NK, pero ésta es positiva para CD56, y nuestro caso fue negativo tanto a nivel de la biopsia como de la citometría. Por otro lado, es necesario hacer la distinción con neoplasias agresivas de células NK o T citotóxicas, las cuales suelen presentar una infiltración más destructiva del tejido y presentar un comportamiento menos indolente que nuestro caso. Por todo ello, se realizó un diagnóstico final de leucemia de linfocitos grandes granulares. La paciente fue tratada con ciclofosfamida y prednisona y en cuestión de 24 horas dobló el número de plaquetas.

CONCLUSIONES: La LGG puede infiltrar la mucosa del intestino delgado y simular una CRD. La importancia de este caso radica en que se trata de una forma tratable de la misma, así como en la escasez de literatura que existe todavía al respecto. Su identificación mediante el estudio exhaustivo de la biopsia duodenal, inmunohistoquímica, reordenamiento de TCR y citometría de flujo, podría suponer un cambio radical en la perspectiva de la enfermedad, ya que presentan buena respuesta a la quimioterapia.

ESTUDIO MORFOLÓGICO DE UN LIGAMENTO CRUZADO DE LA RODILLA EN UN SUJETO DEL NEOLÍTICO ANTIGUO

Martin Small, Gustavo Adolfo; Santana, Jonathan; Rodríguez Martínez, Paula; Sayós Ortega, Esther; Martín Franco, Adriá; González Núñez, Ángela; Herrero Otal, María; Henríquez Valido, Pedro; Martínez Sevilla, Francisco; Fernández Ruiz, Pedro
Presentador: Martin Small, Gustavo

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:25-18:30 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: En algunas ocasiones se encuentran en yacimientos arqueológicos restos humanos con preservación parcial de partes blandas. Presentamos un caso de preservación parcial de un ligamento cruzado en una tibia de un sujeto del periodo Neolítico de más de 7000 años de antigüedad hallado en una cueva donde también se documentó la cestería y sandalias de esparto más antiguas del sur de Europa.

MATERIAL Y MÉTODOS: El material de estudio es una tibia derecha de un sujeto adulto femenino de edad indeterminada hallado en la Cueva de los Murciélagos (Albuñol, Granada), atribuido al Neolítico antiguo (c. 5217-5036 cal a.C.) y que presentaba tejido blando remanente compatible con restos del ligamento cruzado anterior (LCA). Se hizo una toma de tejido del ligamento cruzado en proximidad a la inserción tibial. La muestra fue posteriormente rehidratada en solución de Sandison durante 30 minutos, fijada en formol y procesadas de forma rutinaria para histología convencional y electrónica, esta última mediante fijación en glutaraldehído, inclusión en resina epoxy, cortes semifinos y ultrafinos.

RESULTADOS: La microscopía óptica sobre tinción de hematoxilina-eosina de la muestra del LCA reveló una estructura fibrilar paralela con presencia esporádica de espacios anucleados. En otras áreas dominaba un tejido de aspecto fibrocartilaginoso con numerosos núcleos fácilmente identificables por su buena preservación y que se interpretaron como condrocitos de áreas próximas a la inserción tibial. La microscopía electrónica reveló la presencia de fibras dispuestas en paralelo con estrías transversales que corresponden a fibrillas colágenas compactadas las cuales se observó la presencia de una estructura fusiforme rodeada de membrana con refuerzo electrodensó granular que podría corresponder a heterocromatina, sugiriendo ser los restos del núcleo de un fibroblasto.

CONCLUSIONES: Las condiciones medioambientales y el microambiente generado dentro de la Cueva de los Murciélagos favorecieron un proceso de momificación espontánea y parcial adecuadas para la preservación del tejido óseo y tendinoso durante al menos 7000 años, pudiendo observarse la morfología y estructura tanto macroscópicamente como microscópicamente, llegando al detalle de identificar núcleos en muestras del LCA. Las técnicas histopatológicas habituales pueden aplicarse con éxito en muestras de partes blandas momificadas de miles de años de antigüedad tras un breve proceso de rehidratación en soluciones adecuadas.

RECORDANDO A JAMES PAGET

Benito Sanchez, Sonia; García Perez, Marie Laure; Quina Sandoval, Romina Wendy; Del Olmo Morales, Miriam; Garrido Rodríguez, Enrique; Parron Collar, Damaso
Presentador: Benito Sanchez, Sonia

HOSPITAL UNI. DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Vivimos la época más apasionante de la humanidad. Sin embargo, los mayores conocimientos sobre nuestro presente y nuestro pasado nos provocan el menor interés por la historia que nos precede. Dijo Newton que la ciencia avanza "... subidos a hombros de gigantes".

James Paget fue uno de esos gigantes del que sólo se recuerda su nombre, ya que ocho enfermedades lo llevan. Una obra y una vida como la suya solo pueden pertenecer a un hombre excepcional.

Nuestro objetivo es promover el interés por nuestra historia como médicos y poner de manifiesto la relevancia de la Anatomía Patológica en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos artículos publicados por James Paget donde se describen el resultado de sus estudios. En particular su contribución sobre la que él llamó "enfermedad de la areola mamaria como precursor del Cáncer de la Glándula Mamaria", que hoy llamamos Enfermedad de Paget.

Examinando fotografías de cortes histológicos de la época, así como sus descripciones acerca de la patología que nos ataña, podemos comprobar cómo Paget comenzó a sospechar el posible origen neoplásico de este proceso.

Posteriormente, otros autores contribuyeron a la descripción histológica de estas lesiones, así como aportaron novedades para caracterizarlas mejor a nivel clínico y anatomopatológico.

RESULTADOS: Paget nació en 1814 y comenzó sus estudios de Medicina con 20 años de edad. Un año después hizo su primer descubrimiento en un cadáver al detectar unas "diminutas manchas blancas" en sus músculos, que analizó con el único microscopio que existía en la universidad. Apenas 200 aumentos y una pésima calidad óptica fueron suficientes para descubrir el parásito más tarde llamado *Trichinella spiralis*. Así inició una brillante carrera.

En 1874, con 60 años, publicó un artículo titulado "On Disease of the Mammary Areola Preceding Cancer of the Mammary Gland" en la revista *St Bartholomew's Hospital Reports*. Con tan solo 15 casos fue capaz de relacionar los hallazgos epidemiológicos, clínicos y macroscópicos en una entidad nosológica que llevaría su nombre. La histopatología de las lesiones del pezón y del cáncer subsecuente fue descrita posteriormente por Henry Butlin, cirujano que sustituyó a James Paget tras su retirada de la medicina.

Paget enseñó anatomía y fisiología, editó libros, preparó artículos para la *Enciclopedia Penny* y el *Diccionario Biográfico*. Tradujo artículos al italiano, holandés, alemán y francés. Fue considerado un excelente cirujano e insistió en la importancia de la herencia y el ambiente en las enfermedades, la importancia de la limpieza en la cirugía.

CONCLUSIONES: James Paget vivió una época repleta de figuras inolvidables, lo cual le permitió ser amigo de Charles Darwin, vivió los descubrimientos de Koch, el desarrollo de la teoría de la patología celular de Virchow y el avance tecnológico de la microscopía y la óptica de la mano de Ernst Abbe. Estas influencias le permitieron ser un excelente orador, poliglota, admirador por su técnica quirúrgica, observador y trabajador incansable hasta su muerte en Londres a la edad de 85 años, dejando atrás un legado inapreciable, y mantener su nombre en las enfermedades que descubrió es el merecido recuerdo a un gigante.

PATÓLOGOS E HISTÓLOGOS BECADOS POR LA JUNTA DE AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS DE CAJAL (1907-1934)

García Gomez, Enrique

Presentador: García Gómez, Enrique

HOSPITAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Junta de Ampliación de Estudios (JAE) fue una institución dedicada a promover el espíritu científico e investigador de licenciados jóvenes españoles, en todas las ramas de especialidades de ciencias y humanidades. Fue presidida por Santiago Ramón y Cajal, cuyo prestigio poco después de obtener el Premio Nobel, contribuyó a su constitución en 1907. Contaba con la secretaría ejecutiva de José Castillejo, y tuvo gran impacto en la formación de generaciones de universitarios, otorgando becas para cursar estudios en centros avanzados de Europa y EEUU. La junta tenía estrecha vinculación con la Institución Libre de Enseñanza (ILE), siendo Giner de los Ríos, su director, estrecho colaborador y amigo de José Castillejo. Los modelos pedagógicos de la ILE inspiraron los objetivos de la JAE y durante el primer tercio del siglo XX la Universidad española consiguió una época de esplendor que se ha denominado: "la Edad de Plata de la cultura española"

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado las memorias anuales de la JAE, los volúmenes de correspondencia de Cajal y de José Castillejo y las obras conmemorativas del centenario de la JAE. En ellas se ha seleccionado las figuras de histólogos y patólogos que obtuvieron becas de la JAE, con referencia a los países, y centros donde se desplazaron y los Profesores que los acogieron. Sobre estos becarios se ha estudiado su trayectoria médica posterior a su vuelta a España.

RESULTADOS: El análisis de la información estudiada ha revelado que patólogos e histólogos receptores de becas de la JAE, prácticamente sin excepción, continuaron con trayectorias científicas de gran relevancia obteniendo cátedras y jefaturas de servicio hospitalarias. La mayoría de estos nombres continúan siendo hoy en día conocidos como figuras de referencia en los orígenes de la Patología española. Por orden cronológico estos becados fueron: Jerónimo Megías Fernández, Gonzalo Rodríguez Lafora, Jorge Martínez Tello, Luis Calandre e Ibáñez, Tomás Garmendia y Landa, Alfredo Martínez García Argüelles, Alejandro Otero Fernández, José Miguel Sacristán Gutiérrez, Juan Varela Gil, Pío del Río Ortega, Luis Rodríguez Illera, Felipe Jiménez Asúa, Luis Bartual Vicens, Luis G. Guílera Molas, Miguel Prados Such, Domingo Espinós Giner, Julio García Sánchez Lucas, Antonio Llombart Rodríguez, Isaac Costero Tudanca, Manuel Pérez Lista, Enrique Oliva Priego, y Juan Manuel Ortiz Picón. Gran parte de los discípulos de la escuela histológica de Cajal y del laboratorio de Histología Normal Patológica fueron beneficiarios de estas becas. Este laboratorio fundado por la JAE y dirigido primero por Achúcarro y después por Río Ortega fue el origen, junto con el propio laboratorio de Cajal, del conjunto de integrantes de la Escuela histológica Española, que evolucionó a la Patología asistencial hospitalaria y a la fundación de la SEAP.

CONCLUSIONES: El impacto de la JAE tuvo enorme beneficio en la sociedad española de inicios del siglo XX. Nuestro campo de la Anatomía Patológica, no fue una excepción. Las becas aportadas por la JAE, la presencia de jóvenes histólogos y patólogos en los centros europeos más avanzados del momento, consiguieron darles una formación científica de excelencia. Ese aprendizaje resultó el germen para encauzar y continuar los niveles de investigación iniciados por Cajal y fundar la Anatomía Patológica moderna que continua hasta nuestros días.

EUROPEAN SOCIETY OF PATHOLOGY THE VII TH EUROPEAN CONGRESS IN VALENCIA ,1979

Llombart Bosch, Antonio

Presentador: Llombart Bosch , Antonio

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: The Congress took place in Valencia, Spain from the 17 to the 21 september 1979 while the ESP presidency of Prof Christian Nezeloff (Paris). Local organizing Societies were The Spanish Society of Pathology (Sociedad Española de Anatomía Patológica, acting president Prof Antonio Llombart Bosch, Valencia) and the Spanish Division of the IAP (acting president Lorenzo Galindo Merino, Barcelona). His Majesty the King of Spain accepted the high Patronage of the Congress and a private audience was given to the members of the European Society in the Royal Palace (Madrid). The Congress took place in the Convention Hall at the Colegio de Médicos de Valencia. The assistance was of over 700 delegates from 38 countries all over the World with particular presence of members from East Europe countries and the former Soviet Union. Lectures and invited speakers came from USA, Latin America, Europe and Australia. Scientific activities comprised the Symeonides lecture pronounced by Prof Santiago Grisolia (Spain) on the topic "Mitochondrial Protein degradation" Followed by 5 Plenary Sessions, 4 Scientific Sessions, one Symposium oriented to "Training programmes in Pathology", 6 slide seminars and 340 free oral presentations. Many outstanding pathologists were lectures: Profs. P. Dustin, Bruxelles, H.U. Zollinger, Basel, M. Neville, London, I. Damjanov, Philadelphia, A. Talermin, Chicago, V. Gould, Chicago, Christine Henry, London, J. Diebold, Paris, F. Rilke, Milano, A. Giordano, Roma (former co-founder of the ESP), K. Lapis, Budapest, J.V. Mac Govern, Sidney, as well as numerous Spanish and Portuguese pathologists.

The abstract book was edited as an special issue of the journal "Pathology Research and Practice vol 165, 1-2, 1979". A book over the "Spanish Classics in Pathology before Cajal" J.M. Lopez Piñero et al., was edited and distributed among all delegates.

Prof Antonio Llombart Bosch (president of the European Society of pathology, 1987-89), assume the local presidency of the Organizing Committee and carried out a large and very much appreciated social events. Unforgettable was a bull-fight in which Prof Nezeloff displayed great capacities as "torero" and an excellent paella party at the Albufera sea side, close to the Valencia city

Infeciosas1803

SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORARIS EN PACIENTE APARENTEMENTE INMUNOCOMPETENTE: CUANDO EL DIAGNÓSTICO LO DA LA BIOPSIA

Ariño Palao, María Carmen; Nogales Moro, Adrián; Gómez Márquez, María; Dimas Vázquez, Nicole; Domínguez Martínez, María Victoria; Gómez De Frutos, Sara; Lucio Fernández, Carla; Cayuela Rodríguez, Lucía; Abascal Camacho, Luisa; Chao Crecente, Montserrat
Presentador: Ariño Palao, Carmen

ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala E1)

INTRODUCCIÓN: La estrongiloidiasis es una infección parasitaria causada por el nematodo *Strongyloides stercoralis*, endémico en regiones tropicales aunque se puede ver esporádicamente en climas templados. Las larvas filiformes penetran a través de la piel y migran al intestino delgado, donde maduran a formas adultas y ponen huevos que eclosionan en larvas rhabditiformes, pudiendo autoinfectar de nuevo al huésped. Cursa de manera sintomática (síntomas gastrointestinales, cutáneos o pulmonares) o asintomática, lo que provoca que sea infradiagnosticada y se pueda desarrollar de manera crónica. En pacientes inmunodeprimidos, puede diseminarse o producir un síndrome de hiperinfección con una alta tasa de mortalidad. Aunque la biopsia no suele ser el método de diagnóstico inicial, no es infrecuente encontrar larvas en biopsias duodenales de pacientes infectados. El estudio histológico se suele solicitar cuando el resto de estudios (coprocultivo, serología, aspirado o lavado broncoalveolar, entre otros) son negativos o como estudio complementario a estos, aunque en ocasiones puede ser un hallazgo incidental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 59 años, inmunocompetente, sin antecedentes personales relevantes y procedente de Colombia. Acude en varias ocasiones a urgencias por diarrea y vómitos persistentes además de pérdida de 14kg en el último año, donde se objetiva una eosinofilia leve con coprocultivos negativos. La paciente decide retrasar el estudio hasta regresar a su país de origen pero ingresa unos días después con sintomatología más grave. Al ingreso se observa una gastroenterocolitis difusa inflamatoria en el TAC, desaparece la eosinofilia y la paciente comienza a desarrollar inestabilidad hemodinámica. Se realiza una endoscopia alta urgente que muestra mucosa edematosa y friable en todo el trayecto esofagogastroduodenal y un patrón en empedrado gástrico, sugestivos de origen inflamatorio. Se remiten a anatomía patológica biopsias de duodeno, cuerpo, antro y esófago.

RESULTADOS: Las biopsias de las cuatro localizaciones muestran la presencia de *Strongyloides stercoralis* en distintos estadios de maduración en la superficie de la mucosa y en el interior de las luces glandulares del estómago. La mucosa se encuentra mayoritariamente conservada (únicamente el duodeno presenta signos de ulceración), con presencia parcheada de neutrófilos y escasos eosinófilos. Tras el diagnóstico histológico, se recoge un broncoaspirado que es remitido a Microbiología, confirmando el diagnóstico. A pesar del inicio del tratamiento inmediato al resultado de la biopsia, la paciente fallece a las 24h. Postmortem se solicita serología para el virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV1) que resulta positivo y se confirma mediante inmunoblot, justificando así el síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* asociado al virus HTLV1 y su evolución tórpida.

CONCLUSIONES: La estrongiloidiasis, aunque infrecuente en nuestro medio, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con sintomatología digestiva crónica, especialmente aquellos procedentes de áreas endémicas aunque sean aparentemente inmunocompetentes. En este caso queremos resaltar el papel fundamental de la biopsia en pacientes con hallazgos endoscópicos inespecíficos y otras pruebas etiológicas negativas. La detección temprana es clave para evitar desenlaces fatales en casos de estrongiloidiasis diseminada o síndrome de hiperinfección.

Infeciosas1553

LINFADENOPATÍAS RETROPERITONEALES COMO PRESENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE

Masip Bonet, Albert; Expósito Vega, María; Forero León, Claudia; Aparicio Terres, Claudia; Martínez Gimbert, Néstor; Bernal Escoté, Xana
Presentador: Masip Bonet, Albert

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN 23

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:15-18:20 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Whipple es una infección causada por la bacteria *Tropheryma whippelii* y afecta más comúnmente a hombres de mediana edad. Los síntomas más frecuentes son la pérdida de peso, el dolor abdominal y, en ocasiones, la artralgia. Aunque la linfadenopatía abdominal está presente normalmente, la enfermedad de Whipple se suele diagnosticar en biopsias pequeñas de duodeno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 72 años que consultó por pérdida de peso reciente y astenia. Como parte del estudio de síndrome tóxico se le realizó un TAC y posteriormente un PET-TAC. Las técnicas de imagen evidenciaron múltiples adenopatías en regiones retrocrural, aórtica, paraórtica y mesentérica, además de un ganglio supraclavicular. Algunas adenopatías presentaron captación de contraste (SUV máximo de 2,4). Se decidió realizar una linfadenectomía paraórtica y perihilar renal izquierdas diagnósticas.

RESULTADOS: Macroscópicamente se aislaron 4 nódulos con diámetros máximos que oscilaron entre 1 y 3l cm. Microscópicamente, la arquitectura ganglionar estaba ligeramente alterada por una hialinización de los centros germinales, con numerosas células plasmáticas en los espacios interfoliculares (reacción tipo Castleman), la formación de pequeños quistes y focos de abscesificación. También destacaron abundantes macrófagos espumosos de localización predominantemente sinusoidal, de citoplasma ligeramente basófilo, PAS-positivos diastasa resistentes. Los macrófagos también fueron positivos para la tinción histoquímica de Warthin-Starry, y su inmunofenotipo fue focalmente positivo para Langerhina y negativo para S-100, CD1a y CK AE1/AE3. La ratio IgG4/IgG en las células plasmáticas fue del 15% y las tinciones de Rojo Congo, VHH-8 y Ziehl-Neelsen fueron negativas. El diagnóstico fue de "Ganglios linfáticos con marcada histiocitosis, compatible con enfermedad de Whipple ganglionar". El diagnóstico se confirmó con una PCR en tiempo real que fue positiva para *Tropheryma whippelii*. Como consecuencia del diagnóstico emitido, el paciente empezó el tratamiento con ceftriaxona 2 gramos endovenoso durante 2 semanas y se mantuvo con tratamiento con trimetoprima y sulfametoxazol de 1 gramo vía oral durante más de un año. También se realizaron biopsias duodenales para diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Todas ellas fueron compatibles con enfermedad de Whipple y justificaron mantener el tratamiento vía oral durante un largo período de tiempo.

CONCLUSIONES: Este caso pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico histológico de certeza ante sospecha de linfoma por captación patológica de contraste en el PET-TAC por múltiples adenopatías. Debido al diagnóstico, el paciente se pudo beneficiar de un tratamiento antibiótico específico y la anatomía patológica también ayudó a guiar este tratamiento durante los primeros años gracias a las biopsias endoscópicas. Por otra parte, es un caso ilustrativo y docente para los patólogos ya que nos recuerda que tenemos que mantener una mente abierta ante una sospecha de proceso neoplásico.

Infecciosas

1865

HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF RHINOSINUSITIS-MUCORMYCOSIS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. A CASES SERIE FROM VENEZUELA.

Arisemendi Morillo, Gabriel

Presentador: Arisemendi Morillo, Gabriel

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE
DEUSTO. BILBAO. ESPAÑA.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Mucormycosis is a potentially fatal infection.

MATERIAL Y MÉTODOS: Six cases of rhinosinusitis-mucormycosis during 2021 are reported. Pathological diagnosis was done by means H&E, Grocott's methenamine silver, and PAS stains in rhinosinusal biopsies.

RESULTADOS: Four patients were male (51-71 years old), two were female (38-59 years old). Three cases develop a mucormycosis-actinomycosis co-infection. All cases exhibited a necrotizing process. Radical surgical debridement was performed in all cases.

CONCLUSIONES: Pathological diagnosis was fundamental for specific antifungal-antibacterial treatment. Favorable clinical outcome was observed.

Infecciosas

1590

ÚLCERA NECRÓTICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO: INESPERADOS

Iglesias Conejero, Lidia; Iglesias Conejero, Paula; González Gallego, María Del Carmen

Presentador: Iglesias Conejero, Lidia

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La criptococosis es una enfermedad sistémica, siendo más habitual en pulmones y sistema nervioso central, causada por un hongo levaduriforme encapsulado que presenta dos variedades: *Cryptococcus neoformans* y *Cryptococcus gatii*. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos (leucémicos, transplantados y SIDA) pero también puede afectar a pacientes inmunocompetentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 66 años transplantado renal, en tratamiento inmunosupresor con prednisona, MMF y tacrólimus. Ingreso prolongado por celulitis en piel y lesiones purpúricas, ulceradas y dolorosas en miembro inferior izquierdo. Se realiza biopsia de piel.

RESULTADOS: Macroscópicamente de recibe biopsia en sacabocados de 0.4 cm. Inclusión total previa hemisección. Microscópicamente se observa inflamación pseudogranulomatosa junto con abundante edema, que contiene numerosas formas de levadura que son compatibles con criptococosis. Siendo positivas para las tinciones de PAS y Grocott.

Existen dos patrones histopatológicos principales:

- Tipo gelatinoso: Numerosas levaduras en gemación con marcada variación en tamaño y forma, en estroma espumoso con poca o ninguna inflamación.

- Tipo granulomatoso. Menos organismos, más pequeños e infiltrado granulomatoso supurativo mixto de histiocitos y células gigantes con diversos grados de necrosis. Citológicamente presentan forma redonda, ovalada y de media luna, y varían de 1 a 30 micrómetros de diámetro, en ubicaciones extra e intracelulares, presentando un halo capsular periférico característico.

Puede diagnosticarse por antígeno criptocócico sérico, cultivos, PCR y mediante biopsia con apoyo de la histoquímica: Grocott, PAS y GMS tiñen la cápsula de levaduras de paredes gruesas y la mucicarmin tiñe la cápsula de rojo

Los principales diagnósticos diferenciales los conforman la histoplasmosis, lobomycosis, paracoccidioidomycosis y blastomycosis.

En enfermedad limitada y pacientes inmunocompetentes y sin compromiso del SNC se trata con fluconazol e itraconazol. En enfermedad diseminada: anfotericina B Y flucitosina como inducción primaria seguida de consolidación con fluconazol.

Se recomienda terapia y seguimiento a largo plazo para prevenir recaídas.

La tasa de mortalidad sin tratamiento asciende al 80% en dos años y con tratamiento se consigue una reducción entre un 10 y un 20 %.

CONCLUSIONES: Se trata de una infección oportunista que provoca morbilidad y mortalidad sustancial en paciente inmunodeprimidos. Entidad a tener en cuenta siempre en estos pacientes como posibilidad diagnóstica.

Infeciosas 2436

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESQUISTOSOMIASIS O BILHARZIASIS.

Remón Love, Alexandra; Ceballos Miján, Nazaret; De Cabanyes Candela, Sara; Saavedra López, Cristina; Cantero Campos, Miriam
Presentador: Remón Love, Alexandra

HOSPITAL DE BAZA (UPIGAP)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La esquistosomiasis es una infección parasitaria causada por gusanos trematodos del género Schistosoma, siendo la segunda enfermedad parasitaria con mayor morbi-mortalidad tras el paludismo. Existen siete especies distintas que pueden afectar al ser humano, de las cuales, las más importantes por su extensión geográfica y patogénicas son S. haematobium, S. mansoni y S. Japonicum. Son endémicas de la cuenca del Nilo y Sudamérica (S. haematobium y S. mansoni) y Filipinas, China e Indonesia (S. Japonicum), aunque se han presentado casos aislados autóctonos en Europa. En su ciclo biológico necesitan un hospedador intermediario como el caracol de agua. Afecta mayoritariamente a niños y viajeros internacionales. El diagnóstico gold standard se realiza mediante detección de huevos en orina, heces o, en su defecto, tejido. Otras técnicas diagnósticas útiles pueden ser la serología, la PCR o las técnicas radiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 42 años sin historial de asistencia sanitaria reciente, que fallece de forma súbita realizándose su autopsia médico-legal. Al estudio macroscópico presenta corazón con fibrosis focal epicárdica y endomiocárdica extensa, con sustitución casi completa de los músculos papilares, válvulas dilatadas, ateromatosis severa en coronarias y patrón atigrado de bandas pálidas y congestivas en ventrículo izquierdo; pulmones con extensa atrancosis y salida de líquido marronáceo a la presión procedente de lóbulos superiores; hígado con punteado fino y disperso blanquecino intraparenquimatoso; bazo friable con aumento de la pulpa blanca y riñones con superficie granular. El resto de estudio de los órganos sin hallazgos de interés. Tras el examen autopsico, se toma un fragmento de tejido hepático y se envía al servicio de Anatomía Patológica. Se recibe fragmento hepático de 9.5 x 5.7 x 1.1 cm de dimensiones máximas. Serosa sin alteraciones macroscópicas significativas. Parénquima de características habituales con presencia de algunas formaciones puntiformes blanquecinas de 1 mm de diámetro. Se sería y se incluyen cortes representativos para su procesamiento en parafina, tras fijación en formol, y su posterior estudio en hematoxilina-eosina.

RESULTADOS: En el análisis histológico se evidenció congestión sinusoidal con células inflamatorias circulares y fibrosis, inclusiones nucleares glucogénicas, colestasis canalicular discreta, siderosis en células de Kupffer, granulomas portales con centros de fibrosis y fibroblastos o necrosis central con fragmentos amorfos de material acelular, células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y estructuras parasitarias ovoides con corona eosinofílica. Tras estos hallazgos y la correlación con las características morfológicas de las estructuras parasitarias se realiza el diagnóstico de esquistosomiasis. Comprobando el historial médico se descubre vacunación contra la fiebre amarilla, compatible con posible viaje a zona endémica.

CONCLUSIONES: La esquistosomiasis puede producir clínica aguda, conocida como fiebre de Katayama o una clínica crónica más compleja tales como trastornos del ritmo cardíaco por fibrosis, neumonitis intersticial, hemorragias gastrointestinales, ascitis e incluso encefalopatía. Debido a estas características, a que es una infección endémica en 78 países y a la incidencia de nuevos casos fuera de esas zonas, se recomienda realizar el diagnóstico en migrantes <5 años y viajeros de áreas endémicas, además de tratamiento profiláctico con praziquantel previo al viaje.

Infeciosas 2283

SPARGANOSIS CEREBRAL COMO SIMULADOR DE TUMOR EMBRIONARIO DISEMBRIOPLÁSICO (DNET)

Moya Orduñez, Luis Daniel; Blanco Fernández, Andrea; Fortes Alen, Jose
Presentador: Moya Orduñez, Luis Daniel

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En un mundo cada vez más global, el auge de las enfermedades infecciosas ha causado que cada vez más deban considerarse entre los diagnósticos diferenciales clínico-patológicos, ya que en ocasiones pueden simular patología tumoral benigna o maligna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 29 años, natural de Santa Cruz (Bolivia) sin antecedentes de relevancia que acude a consulta por un cuadro de predominio nocturno, con episodios en los cuales "se levanta en el suelo" y con múltiples mordeduras en la lengua. El primer episodio del paciente fue presenciado y cursó con movimientos involuntarios de las extremidades. Radiológicamente se observó una lesión multiquística temporal, sugestiva radiológicamente de tumor embrionario disembrioplásico (DNET) sin poder descartar tumores de estirpe glial o causa infecciosa. Tras estos hallazgos se decidió realizar una extirpación de la lesión descrita.

RESULTADOS: Macroscópicamente se observa una lesión macroquística con quistes satélites periféricos, lo cual orientaba el diagnóstico hacia una etiología infecciosa. Histológicamente, se observa una lesión compuesta por un helminto acelomado en estado larvario con una hendidura central y una cutícula irregular intensamente eosinofíla, junto con la presencia de cuerpos calcáreos. El estroma subyacente es laxo, de predominio mixóide. La superficie del helminto está recubierta por cilios y no se identifican scolex ni ganchos. Los hallazgos morfológicos son sugestivos de sparganosis.

CONCLUSIONES: La sparganosis es una enfermedad infecciosa extremadamente poco frecuente, causada por la larva de la Spirometra mansoni, que suele afectar al tejido celular subcutáneo o al músculo, habiéndose descrito sin embargo múltiples localizaciones menos frecuentes, incluyendo mama, pericardio, hígado, hueso, ojo y la menos común, el sistema nervioso central. El caso presenta un gran interés debido a la poca frecuencia de la entidad presentada, así como su importancia debido a los cambios poblacionales en nuestro país, que hacen que el diagnóstico de enfermedades infecciosas sea un diagnóstico diferencial a tener en cuenta, incluso cuando el diagnóstico clínico-radiológico pueda llegar a sugerir un diagnóstico tumoral, como un DNET en el caso presentado.

Infecciosas

2060

CYSTOISOSPORA: LO QUE LA BELLI-OSIDAD ESCONDE.

Sánchez López, Eva Paola; Quiñones Garrido, Sara; Guerra Pastrán, Laura

Presentador: Sánchez López, Eva Paola

HOSPITAL UINIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una mujer de 40 años, originaria de Guinea Ecuatorial y residente en España, con antecedentes de infección por VIH en estadio C. La paciente acudió a urgencias por síndrome constitucional y empeoramiento de diarrea crónica tras un ingreso previo por shock séptico en otro centro, resuelto sin un claro foco identificado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo una revisión de la historia clínica de la paciente, incluyendo antecedentes personales, estudios anatomopatológicos y microbiológicos disponibles, así como el tratamiento administrado y evolución del cuadro clínico.

RESULTADOS: A su llegada a urgencias, la paciente presentaba caquexia marcada, acidosis metabólica e hipertransaminasemia, destacando los episodios intermitentes de diarrea asociados a suboclusión intestinal.

A pesar de los resultados negativos en las pruebas iniciales (analíticas, serologías, coprocultivo, urocultivo, PCR y pruebas de imagen), la sospecha clínica principal se orientó hacia una probable esquistosomiasis, dado su origen geográfico y la identificación ecográfica de un posible parásito en la vesícula biliar.

La gastroscopia no reveló alteraciones significativas, excepto la presencia de placas de candidiasis en el esófago. Se realizaron biopsias por tramos.

Histológicamente, el hallazgo principal fue la presencia de distorsión arquitectural del duodeno que, en la revisión a gran aumento del epitelio mostraba dos tipos de inclusiones: unas eran redondeadas, con punteado granular eosinófilo PAS-positivo, y otras eran alargadas, de forma similar a un plátano con dos polos también PAS positivos. Estas imágenes eran muy sugestivas de infección por *Cystoisospora belli*.

Con estos hallazgos, y a pesar de que los análisis microbiológicos no lograron identificar el parásito, se inició tratamiento con cotrimoxazol intravenoso, con excelente evolución clínica que permitió el alta hospitalaria.

Varias semanas después, en otro centro y a raíz de una recidiva diarreica que de nuevo respondió al tratamiento, se pudo confirmar el diagnóstico en muestras de heces.

CONCLUSIONES: *Cystoisospora belli* es un parásito coccidio eucariota causante de la cistoisporiasis, una parasitosis propia de regiones tropicales. En pacientes inmunocompetentes, los síntomas son generalmente autolimitados, pero en inmunocomprometidos puede causar diarrea crónica y debilitante, con recaídas que requieren tratamiento antibiótico prolongado. Aunque *Cystoisospora belli* se puede confirmar detectando los ooquistes en heces, su excreción es escasa e intermitente y no está incluida en las baterías habituales de parásitos, por lo que no es infrecuente que el diagnóstico se obtenga, como en este caso, por el análisis histológico de biopsias duodenales.

Infecciosas

2056

INFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN UN ÁREA NO ENDEÉMICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

López Clemente, Daniel; Carrero Castaño, Alejandro; García López, Henar; Parra Tercero, Ana Rosa; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Empananza García, Cayetana; Bergua Arroyo, Sergio; García Rivas, Manuel; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Romo Navarro, Angel

Presentador: López Clemente, Daniel

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: *Strongyloides Stercoralis* (SS) es un nematodo con un ciclo de vida complejo con capacidad para completar su desarrollo tanto en el ambiente como dentro del huésped permitiendo la autoinfección y la persistencia crónica de la infección. Las larvas filariformes penetran la piel, alcanzan la circulación y migran a los pulmones, desde donde ascienden por la vía aérea, son deglutidas y llegan al intestino delgado, donde maduran a gusanos adultos que pueden producir nuevas larvas. En pacientes inmunocompetentes, las las infecciones suelen ser asintomáticas; sin embargo, en pacientes inmunosuprimidos, el parásito puede dar lugar a una hiperinfestación con afectación pulmonar, digestiva y sistémica grave. Este tipo de nematodo no es endémico en nuestra región, lo que hace que su diagnóstico sea poco frecuente y, por tanto, un reto clínico. La baja carga parasitaria en infecciones crónicas, hace difícil el diagnóstico y la detección serológica o histopatológica es clave. Presentamos un caso de estrongiloidosis en un paciente tratado con corticoides, donde el diagnóstico se estableció gracias al estudio anatomopatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 74 años, cazador, con antecedentes de insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica, hipertensión pulmonar ligera, asma de difícil control, anemia ferropénica crónica y tratamiento prolongado con corticoides por sospecha de granulomatosis eosinofílica con poliangitis. Consultó por disnea progresiva, astenia intensa y debilidad, por lo que ingresó en Neumología con sospecha de miopatía esterodeia. Durante su hospitalización, desarrolló síntomas digestivos con náuseas, vómitos y epigastralgia, lo que motivó la realización de una endoscopia digestiva alta en la que se observó gastritis erosiva, mucosa duodenal con pérdida de vellosidades y exudados y erosiones superficiales, lo que motivó la toma de biopsias.

RESULTADOS: Las analíticas desvelan la presencia de anemia ferropénica y una desviación hacia la izquierda de la serie blanca con episodios fluctuantes de elevación de los eosinófilos, aunque sin hipereosinofilia persistente. El paciente, bajo tratamiento con corticoides, desarrolló una infección diseminada por SS favorecido por su inmunosupresión. La infestación diseminada se caracteriza por un aumento dramático de larvas en el tracto gastrointestinal y su diseminación a otros órganos, lo que puede resultar en sepsis y fallo multiorgánico.

El estudio histológico de las biopsias duodenales reveló múltiples larvas y gusanos adultos en las criptas intestinales, acompañados de inflamación crónica moderada, con escasa presencia de eosinófilos (probablemente en relación con el tratamiento corticoideo) y aplanamiento vellositario.

Tras la sospecha anatomopatológica, se realizaron exámenes parasitológicos en heces, todos con resultado negativo. Ante la persistencia del cuadro y la necesidad de confirmar el diagnóstico, se solicitó serología, detectándose anticuerpos IgG positivos frente a *Strongyloides stercoralis*. El paciente recibió tratamiento antiparasitario con ivermectina, con evolución favorable y mejoría progresiva de la sintomatología, así como normalización de los parámetros hematológicos.

CONCLUSIONES: La estrongiloidosis es una infección poco frecuente en nuestra región y puede pasar desapercibida, especialmente en pacientes inmunosuprimidos. La anatomía patológica fue fundamental para el diagnóstico, permitiendo instaurar un tratamiento precoz y dirigido.

Infeciosas 1917

ESQUISTOSOMIASIS VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Perez Jimenez, Montserrat; Jimenez Lara, Araceli; Pemintel Cussi, Juan Jose; Ramos Rodriguez, Claudia Carolina; Gonzalez Lopez, Lucia; Alvarez Mancha, Ana Isabel
Presentador: Perez Jimenez, Montserrat

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se trata de una infección parasitaria de la vejiga, producida por especies de Schistosoma (principalmente Schistosoma haematobium).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta caso clínico.

RESULTADOS: Se trata de un varón de 17 años, natural de Gambia, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor en hipogastrio y microhematuria. Serologías, cultivo de micobacterias y parásitos previo, con resultado negativo. Se realiza cistoscopia en la que se objetiva un área eritematosa no sobrelevada, con tendencia al sangrado. Se toma biopsia. Histológicamente, se observa un fragmento irregular de mucosa vesical, con intenso infiltrado inflamatorio con abundantes polimorfonucleares, e imágenes sugestivas de huevos calcificados con inflamación granulomatosa crónica, sugerente de esquistosomiasis vesical.

CONCLUSIONES: La esquistosomiasis vesical es una infección parasitaria producida por especies de Schistosoma (habitualmente Schistosoma haematobium). Es endémica de África y Oriente Medio. La clínica varía en función de si se trata de una infección aguda o crónica. En la forma aguda podemos tener hematuria, disuria y dolor suprapúbico, mientras que las formas crónicas, pueden dar lugar a enfermedad renal crónica. A pesar de ser una entidad relativamente poco frecuente en nuestro medio, es importante tenerla presente por su riesgo de complicaciones, y de desarrollo de cáncer de vejiga a largo plazo.

Infeciosas 1475

LINFADENITIS REACTIVA POR LEISHMANIA EN UN CASO DE KALA-AZAR LETAL.

Ramírez Sanchez, Carolina; Barranco García, Juan De Dios; Marín Salido, Esteban Jose
Presentador: Ramírez Sánchez, Carolina

HOSPITAL SAN AGUSTÍN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La leishmaniasis visceral (LV) (Kala-azar) es una enfermedad endémica en el sur de Europa, causada por especies del complejo Leishmania donovani tras la picadura de un flebotomo. La fiebre, anemia y hepatoesplenomegalia son los principales síntomas. Su tratamiento es la Anfotericina B liposomal, junto a medidas de soporte de las complicaciones asociadas. Se presenta un caso letal de LV en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 52 años, agricultor, que presenta diabetes tipo II, hipotiroidismo autoinmune y neutropenia en estudio como antecedentes personales. Un mes después de recibir una picadura de insecto en el cuello, comienza con astenia, pérdida de peso, fiebre, ictericia y coluria. El TAC revela hepatoesplenomegalia y múltiples adenopatías axilares y retroperitoneales, por lo que se decide ingreso y realización de biopsia de ganglio linfático axilar y médula ósea. El análisis sanguíneo detecta anticuerpos positivos para Leishmania en título 1/80 y se inicia tratamiento con Anfotericina B liposomal. Tres días después, el paciente presenta deterioro del estado general junto a pancytopenia en rango transfusional, coagulopatía y acidosis metabólica. Se produce cuadro de hemorragia digestiva alta masiva y shock hipovolémico, desencadenando exitus a pesar de las medidas terapéuticas.

RESULTADOS: Se recibe conglomerado adenopático axilar en el que se identifican hasta tres formaciones nodulares, siendo el mayor de 2,5 cm, de consistencia carnosa y áreas de aspecto necrótico. Se realiza impronta citológica en la que se observa un exudado linfohistiocitario con presencia de estructuras tipo amastigotes en el citoplasma de los histiocitos. En el estudio histológico, se observa distorsión arquitectural del ganglio linfático por agregados, colecciones y sábanas de histiocitos que incluyen amastigotes, así como áreas fibrinonecroticas y congestivas asociadas. Se emite el diagnóstico de linfadenitis por leishmania. En el estudio de médula ósea destacan una hiperplasia e incremento de la serie eritroide, a expensas de formas inmaduras (CD117+, CD34-), sin evidenciarse microorganismos en dicha muestra.

CONCLUSIONES: La LV se desarrolla en una minoría de individuos infectados cuando los parásitos superan las defensas del huésped, afectando a tejidos del sistema mononuclear fagocítico, como el bazo, hígado, médula ósea y ganglios linfáticos. La tríada clínica más frecuente de fiebre, anemia y hepatoesplenomegalia hacen sospecharla. Sin embargo, se han descrito casos de linfadenopatías aisladas en ausencia de afectación hepática ni esplénica (Pomares-Estran C. et al). Dado que los síntomas pueden ser inespecíficos, el diagnóstico anatomopatológico es fundamental, siendo la identificación de amastigotes el criterio definitivo y crucial para el diagnóstico diferencial con otras patologías granulomatosas (tuberculosis e histoplasmosis) y procesos linfoproliferativos. Técnicas como la PCR y la serología pueden ser complementarias. Su curso clínico es muy variable y depende de complejas variabilidades del huésped y del parásito. Se ha descrito una mortalidad de hasta un 10%, favorecida por el estado proinflamatorio que desencadena la sepsis. Las principales causas de muerte en la LV son el shock séptico y la coagulopatía intravascular diseminada (CID). Esta última provoca disbalance trombotico y da lugar a hemorragias graves, como la del caso expuesto.

Infeciosas 1685

LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS Y/O TRASPLANTADOS: SERIE DE CASOS.

Aguilar López, Francisco Javier; Llopis Sánchez, Pedro; Silva Ortega, Sandra Milena; Quintero Rascón, Francisco Jesus; Brugal Molina, Javier Emilio; Heredia Oliva, Laura; Valencia Ramírez, Isabel
Presentador: Aguilar López, Francisco Javier

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE - RESIDENTE 2º AÑO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La leishmaniasis visceral es una infección oportunista de relevancia creciente en pacientes inmunodeprimidos, incluidos aquellos sometidos a trasplante. España es un país endémico, donde esta infección está producida principalmente por la especie Leishmania infantum. Su presentación clínica inespecífica, que puede simular procesos de rechazo o linfoproliferativos, representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Con el objetivo de describir las similitudes y diferencias respecto a la presentación clínica, hallazgos diagnósticos, manejo terapéutico y evolución de pacientes inmunodeprimidos y/o trasplantados con diagnóstico de leishmaniasis visceral se realizó un estudio retrospectivo desde enero de 2020 hasta enero de 2025, empleando como criterios de exclusión los diagnósticos de leishmania cutánea y pacientes inmunocompetentes. De los tres casos seleccionados se recopilaron e integraron todos los datos clínicos, analíticos, estudios de imagen y hallazgos anatomopatológicos. El diagnóstico se confirmó mediante la identificación de amastigotes de Leishmania en muestras de médula ósea, injerto renal y biopsia ganglionar, complementado con PCR y serologías específicas. Se evaluaron además los factores de riesgo (trasplante, diálisis, inmunosupresión crónica...) y la respuesta al tratamiento anti-leishmania.

RESULTADOS: Los pacientes presentaron al inicio fiebre prolongada, pérdida de peso y astenia. Se objetivó alteraciones analíticas como pancitopenia y elevación de reactantes de fase aguda en dos de los tres pacientes. Las pruebas de imagen (TC, RM, ecografía) identificaron esplenomegalia en dos pacientes, y demostraron la presencia de adenopatías y sospecha de disfunción en el injerto en los dos pacientes trasplantados. Los estudios histopatológicos fueron fundamentales, mostrando infiltrados inflamatorios con formación de granulomas y la presencia de amastigotes en los diferentes compartimentos evaluados. El tratamiento con anfotericina B liposomal, junto con el ajuste de la inmunosupresión, condujo a una estabilización clínica de los pacientes, pese a la afectación orgánica en los pacientes trasplantados.

CONCLUSIONES: La leishmaniasis visceral debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes inmunodeprimidos y trasplantados con cuadro febril y deterioro funcional. La integración de datos clínicos, analíticos, radiológicos, histopatológicos y microbiológicos es esencial para un diagnóstico temprano y un manejo terapéutico efectivo, lo que mejora el pronóstico en este grupo de pacientes, pudiendo evitar la pérdida del órgano trasplantado.

Infeciosas 1609

CUERPOS EXTRAÑOS IATROGÉNICOS

Compañ Quilis, Desamparados; Sotos Gomez, Ricardo; España Ceferino, Mª Carmen; Sánchez De León, María Trujillo; Padilla Esquivel, Jaime Jose; Martínez Folguera, Carmen María; Alfaro Cervelló, Clara; Compañ Quilis, Desamparados
Presentador: Álvarez Vilanova, Esther

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La utilización de materiales para sutura, hemostasia, osteosíntesis, etc. durante el acto quirúrgico produce una reacción inflamatoria granulomatosa. En muchas ocasiones el material es fagocitado por macrófagos y destruido dejando una zona de fibrosis, pero en ocasiones el organismo es incapaz de eliminar el material produciendo granulomas a cuerpo extraño que se traducen clínicamente como una masa y radiológicamente pueden simular una recidiva tumoral porque, además de masa, presentan captación en PET. Resulta importante conocer como se ven estos materiales en la histología para poder hacer un diagnóstico adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recogimos 5 materiales, 4 utilizados para hemostasia y 1 para vertebroplastia: SURGICEL FIBRILAR (Celulosa oxidada regenerada); ETHIZIA (Matriz de gelatina con polímero POx integrado); TACHOSIL (Esponja de colágeno con un recubrimiento de fibrinógeno y trombina humana); VK100 vertebral augmentation system (silicona purificada). Para simular las condiciones del cuerpo humano sumergimos fragmentos del material en agua destilada durante 5 minutos. Posteriormente fueron fijados en formalina al 4%, procesados con procesador automático e incluidos en parafina. Se obtuvieron cortes de 2 micras que se tiñeron con hematoxilina-eosina. Se revisaron 7 biopsias con el diagnóstico de reacción granulomatosa a cuerpo extraño. Dos de estas biopsias se acompañaban de citología por PAAF.

RESULTADOS: En dos de las biopsias, con sus correspondientes PAAFs, se identificó el material SURGICEL. En una biopsia se identificó el material ETHIZIA y en otra se identificó el material de vertebroplastia VK100. En una de las biopsias se identificó hilo de sutura (que no ha sido objeto de estudio por ser sencillo de identificar). En otra biopsia se identificó material refringente que no coincide con ninguno de los estudiados. Y en otra biopsia un material que se disolvió durante el procesamiento, dejando espacios vacíos con forma de gusano rodeados de células multinucleadas gigantes. No encontramos los materiales TACHOSIL y FLOSEAL en ninguna de las biopsias estudiadas.

CONCLUSIONES: Resulta interesante contar con una base de imágenes de material extraño para poder identificarlo en las biopsias y citologías y hacer una correcta interpretación de qué está provocando las lesiones. Ha sido indispensable la colaboración del personal quirúrgico para facilitarnos algunos de los materiales utilizados durante la cirugía. Y hay que destacar que el trabajo en equipo de técnicos y patólogos facilita el correcto diagnóstico de las biopsias y citologías.

Infeciosas 1589

ESTUDIO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA, DIAGNÓSTICO; DOS PÁJAROS DE UN TIRO

Iglesias Conejero, Lidia; Iglesias Conejero, Paula; González Gallego, María Del Carmen; Pastrana Mejía, Alexandra
Presentador: Iglesias Conejero, Lidia

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis xantogranulomatosa es una patología benigna muy poco habitual, cuyo proceso fisiopatológico no está del todo claro. Se ha observado más frecuentemente en varones de edad media. En la mayoría de los casos se diagnostica una vez realizada la resección quirúrgica y suele confundirse con facilidad con neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 69 años, que se somete a una esplenopancreatometomía corporocaudal. Que había sido diagnosticada mediante biopsia previa de páncreas de tumor neuroendocrino grado 1.

RESULTADOS: Macroscópicamente se recibe una sola pieza de 11x4x2 cm que en los cortes seriados no presenta ninguna alteración excepto hacia la zona de la cabeza de páncreas, se reconoce una masa amarilla granular de 1,5x1 cm de la que se toman cortes representativos. Microscópicamente adyacente al tumor neuroendocrino que se identifican láminas de macrófagos espumosos cargados de lípidos, CD68 positivos, negativos para CK de amplio espectro, fibrosis y atrofia adyacente e inflamación crónica que sugieren el diagnóstico. Como síntoma más habitual destaca el dolor abdominal. Puede presentar apariencia radiológica maligna, de hecho el diagnóstico inicial suele ser maligno y como consecuencia se realiza resección quirúrgica casi en el cien por cien de los casos, aunque el tratamiento de elección es conservador. El diagnóstico es muy poco frecuente presentándose en pacientes con una edad media de 56 años en su mayoría varones. Se desconocen los factores de riesgo.

CONCLUSIONES: En definitiva aunque se trata de una enfermedad rara y poco conocida, es importante no olvidarla a la hora de establecer las distintas posibilidades diagnósticas.

Infeciosas 1516

SARCOIDOSIS COMPLICADA POR ASPERGILOSIS VERSICOLOR: UN CASO CLÍNICO

Fernandez Del Corral, María Remedios; Olalla De La Rosa, Rocío; Izurrategui Hidalgo, Esther; Jiménez Martín, Juan Jesus
Presentador: Fernández Del Corral, María Remedios

HOSPITAL DE ANTEQUERA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes en diversos órganos, afectando con mayor frecuencia a los pulmones y ganglios linfáticos. Aunque la sarcoidosis suele tener un curso autolimitado, en algunos casos puede asociarse a complicaciones infecciosas, como la aspergilosis, que pueden plantear desafíos diagnósticos y terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente sin antecedentes de interés que comienza con un cuadro clínico de odinofagia, disnea a moderados esfuerzos, astenia y tos con expectoración hemoptoica. Con un patrón retículo-nodulillar vs intersticial en la placa de tórax. Durante el ingreso se le realiza un TC de cuello donde se observa una asimetría vallecular con ocupación de la vallecula derecha y adenopatías bilaterales en ambas cadenas carotídeas. Un TC de tórax con multitud de nódulos pulmonares compatibles con metástasis. En el PET-TAC reflejan una lesión hipermetabólica en vallecula compatible con lesión primaria y múltiples nódulos pulmonares compatibles con metástasis. Al paciente le realizaron una biopsia de lengua, una PAAF de un ganglio latero-cervical y finalmente una biopsia ganglionar.

RESULTADOS: En la biopsia de lengua se observó una hiperplasia verruciforme con leve atipia basal de carácter reactivo e inflamación crónica granulomatosa. La PAAF fue negativa para malignidad y la biopsia ganglionar mostraba una linfadenitis granulomatosa necrotizante con presencia de estructuras micóticas. Finalmente se le realizó una PCR al bloque de parafina en el centro de referencia, que fue positiva para Aspergillus versicolor.

CONCLUSIONES: Este caso destaca la importancia de considerar la aspergilosis como una posible complicación en pacientes con sarcoidosis, especialmente en aquellos que presentan manifestaciones atípicas o un curso clínico inusual. La confirmación diagnóstica de la aspergilosis en pacientes con sarcoidosis puede ser un desafío, y va a requerir la combinación de diferentes técnicas, como la histopatología y la PCR. Este caso presenta interés al describir una asociación inusual entre sarcoidosis y aspergilosis versicolor, además de subrayar la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica para esta complicación en pacientes con sarcoidosis.

SCHISTOSOMIASIS PULMONAR COMO SIMULADOR DE METÁSTASIS EN UNA PACIENTE CON DISGERMINOMA OVÁRICO

Blanco Fernández, Andrea; Moya Ordúñez, Luis Daniel; Fortes Alén, José
Presentador: Blanco Fernández, Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En un mundo globalizado, las enfermedades infecciosas deben estar más presentes que nunca en el abanico de diagnósticos diferenciales de clínicos y patólogos. Sin embargo, su diagnóstico puede ser particularmente difícil cuando la presentación clínica es atípica, concurre con otra enfermedad o se presenta simulando otra patología, como la tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 54 años, exfumadora, con antecedentes de hernia de hiato e infección tratada por H. pylori, que acudió a Urgencias por aumento del perímetro abdominal y metrorragia, motivo por el cual se realizó un TC. Radiológicamente se observó una masa abdominopélvica compleja de 11 cm en relación con el anejo izquierdo. En la analítica de sangre se detectaron elevación de la beta-HCG y la LDH. Tras estos hallazgos se decidió realizar anexectomía quirúrgica con linfadenectomía pélvica y paraaórtica y omentectomía.

RESULTADOS: En los cortes histológicos se observa una neoplasia de células poligonales con abundante citoplasma claro y núcleo central con uno o dos nucleolos prominentes, dispuesta en cordones y nidos, separados por septos fibrosos finos que contienen linfocitos. La tinción de beta-HCG presentó positividad intensa parcheada. El diagnóstico anatomopatológico fue de disgerminoma.

Durante tres años se realizó seguimiento sin incidencias, hasta la aparición en un TC de lesiones abdominopélicas y pulmonares. Con estos datos de recidiva, se decidió iniciar quimioterapia. Tras su finalización, persistieron las lesiones pulmonares con resolución del resto de lesiones, por lo que se realizó resección pulmonar en cuña de una de ellas. Histológicamente se observó alteración de la arquitectura pulmonar con áreas con aspecto necrótico que presentaban granulomas con abundantes células gigantes multinucleadas e inflamación acompañante, así como estructuras basófilas ovaladas con zonas de calcificación que, tras seriación, fueron identificadas como huevos. En otra de las áreas con abundantes eosinófilos en sábanas, tras seriación, se observó una estructura compatible con un gusano plano adulto necrótico.

Se realizó reinclusión completa de la pieza y finalmente se observaron en el interior de una luz vascular dos gusanos planos adultos necróticos, hallazgos compatibles con Schistosoma. En este caso no constaban antecedentes que hicieran sospechar una infección parasitaria, pero tras los hallazgos histológicos se reinterrugó a la paciente, quien reconoció que tras la primera intervención quirúrgica había viajado a Mali y se había bañado en lagos y ríos.

CONCLUSIONES: La esquistosomiasis ectópica es una situación infrecuente en la que el Schistosoma adulto y/o sus huevos se encuentran fuera del sistema hepatoporal, y puede imitar lesiones de tipo tumoral, como en nuestro caso. Si bien los casos de afectación pulmonar descritos más frecuentemente en la literatura tratan sobre el síndrome de Katayama (infección aguda) o hipertensión pulmonar (infección crónica), se cree que la presencia de nódulos pulmonares debido a depósito de huevos de Schistosoma es más frecuente de lo estudiado, particularmente en migrantes africanos. En estos pacientes, los procedimientos invasivos pueden ser pospuestos o incluso evitados si se consideran en el diagnóstico diferencial patologías infecciosas como esta. Además, nuestro caso pone de manifiesto la importancia de una exhaustiva historia clínica, así como efectuar una adecuada correlación clínico-patológica.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS MÉTODOS COMERCIALES PARA EVALUAR LA DEFICIENCIA DE RECOMBINACIÓN HOMÓLOGA EN MUESTRAS DE CÁNCER DE OVARIO

Sanchez Ares, María; Abdulkader Sande, Sámer; Cameselle Teijeiro, José Manuel; Pérez Béliz, Edurne; Pereira Ares, Tamara; Pérez-Becerra Ferreiro, Raquel; Antúñez López, José Ramón; Lesende Rodríguez, Iván; Abdulkader Nallib, Ihab
Presentador: Sánchez Ares, María

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: La evaluación de la Deficiencia de Recombinación Homóloga (HRD) es crucial para la selección de terapias en el cáncer de ovario primario de alto grado, particularmente, cuando se consideran tratamientos con inhibidores de PARP. Aunque hay diversas pruebas para la detección del HRD, el número de estudios comparativos entre ellas sigue siendo limitado. Este trabajo tiene como objetivo comparar dos métodos analíticos para la detección de HRD en muestras fijadas en formol e incluidas en parafina (FFPE) de cáncer de ovario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se extrajo ADN de 16 muestras FFPE de pacientes con cáncer de ovario seroso de alto grado mediante el QIAamp DNA FFPE Tissue Kit (Qiagen), con un porcentaje tumoral mínimo del 30%. Para la preparación de librerías se usaron 2 métodos: el ensayo manual SOPHIA DDM™ Dx HRD Solution (CE-IVD, Sophia Genetics) y el ensayo automatizado en el Magnis NGS Prep (Agilent) SeqOne HRD (SeqOne Genomics). Las muestras fueron procesadas según las indicaciones de los fabricantes, y la secuenciación se llevó a cabo utilizando la plataforma NextSeq 550 (Illumina). El análisis de resultados fue realizado con el software SOPHIA DDM™ (Sophia Genetics) para las muestras preparadas con el kit de Sophia Genetics y el software SeqOne (SeqOne) para las preparadas con el kit SeqOne HRD. Con Sophia DDM™ se consideró positivo si BRCA1/2 presentan mutación y/o el valor del Índice de Integridad Genómica (GI) > 0. Para SeqOne HRD se consideró positivo si BRCA1/2 presentan mutación y/o una Probabilidad de Inestabilidad Genómica (GI) > 0.5.

RESULTADOS: La concordancia entre ambos métodos fue del 75%, debiéndose la discrepancia al cálculo de la inestabilidad genómica (GI vs Probabilidad de GI). Entre ambos métodos se detectaron 4 casos discordantes en el status HRD final. Dos casos considerados como indeterminados por Sophia Genetics debido a que no pudo ser calculado el valor del GI fueron negativos en SeqOne (0,36; 0,01); 1 caso positivo en Sophia fue negativo en SeqOne y un caso negativo en Sophia Genetics fue positivo en SeqOne. Las discrepancias en estos 2 casos se debieron a la variación en el score de inestabilidad genómica entre ambos métodos (Sophia: -2; 0,2/ SeqOne: 0,87; 0,15). En dos casos con discrepancia en el valor de inestabilidad genómica, el status de HRD final fue concordante debido a la detección de mutaciones en BCRA.

CONCLUSIONES: La automatización en la preparación de librerías con SeqOne podría disminuir los errores derivados de la intervención del operador y podría contribuir a los resultados discordantes entre ambos métodos. La automatización mejora la eficiencia y reduce el tiempo necesario para procesar las muestras. Nuestros resultados indican que los valores de inestabilidad genómica según el método son los más susceptibles de sufrir variaciones dependiendo del algoritmo empleado para su cálculo, provocando que pacientes considerados adecuados para el tratamiento de inhibidores IPARP por un método no lo sean por el otro y viceversa.

EXPERIENCIA DE 2 AÑOS DE NGS EN EL NODO HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES DE OSAKIDETZA.

Castro Amo, Erika; Rodríguez Martínez, Ana Belen; Saiz Camín, Monica; Marcos Muñoz, Altizber; Sanchez Terreros, Ainhoa; Andres Alvarez, Leire

Presentador: Castro Amo, Erika

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES, ANATOMIA PATOLOGICA.

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:42-17:54 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: En abril del año 2023, de forma corporativa, comienza el nuevo proyecto del estudio molecular de los diferentes biomarcadores mediante secuenciación masiva (NGS) en Osakidetza. Con el objetivo de dar respuesta a toda la población de Bizkaia (1.150.000 habitantes) se crea un nodo de NGS en el H. Universitario Cruces, en el que se reciben además muestras de otros hospitales de la provincia: H. Universitario Basurto y H. Galdakao-Usansolo. En esta comunicación queremos exponer el trabajo realizado en estos dos años con más de 1200 determinaciones realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las indicaciones de análisis mediante NGS se consensuaron de forma corporativa. Estas actualmente incluyen carcinomas de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) en estadios avanzados, colangiocarcinomas, GIST, carcinoma medular y folicular de tiroides en estadios avanzados, tumores de origen desconocido y el estudio de marcadores agnósticos para tratamientos de última línea.

RESULTADOS: En estos dos años hemos analizado más de 1200 muestras de las cuales, más de la mitad de las muestras provienen del H.U. Cruces, el 30% proceden de H.U Basurto y el 14% del H. Galdakao-Usansolo.

De las muestras analizadas, el 80% corresponden a biopsias y el 20% a muestras citológicas. En cuanto a las indicaciones, la mayoría de las muestras son de CPCNP, con un 76,39%. El resto se distribuye con un 8,77% en colangiocarcinomas, un 4,2% de tumores de origen desconocido, un 3,2% de GIST y un 1,56% carcinoma de tiroides. De todas ellas, en el 32% de las muestras se han detectado variantes con tratamiento dirigido. Estas corresponden al 84% de los GIST, casi el 50% de los carcinomas medulares de tiroides, el 32,5% de los adenocarcinomas pulmonares y el 26,8% de los colangiocarcinomas. El tiempo de respuesta medio 7,9 días desde que recibimos la solicitud de estudio molecular hasta que se valida el informe.

CONCLUSIONES: La distribución de muestras aportada por cada hospital está en consonancia a la población que da soporte. Este sistema de nodo responsable de secuenciación está funcionando de manera ágil y beneficiosa para toda la población. La incorporación de la técnica ha permitido realizar un mejor uso de la muestra y aumentar el porcentaje de pacientes que se benefician de tratamientos dirigidos. El porcentaje de detección de variantes accionables se ajusta a la prevalencia de las mutaciones por patología descrita en la población.

Tiempos de respuesta tan bajos nos posibles al gestionar las responsables de secuenciación las solicitudes directamente.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE LI-FRAUMENI A PARTIR DEL ESTUDIO DE SECUENCIACIÓN MASIVA DEL TUMOR. REVISIÓN DE 1131 CASOS

Shalygina , Svetlana; Chilito Paredes, Paola Andrea; Gracia Sáenz, Leticia; Roca Navarro, María De Los Reyes; Arar Gómez, Aicha; Garzón Arana, Alejandro; Cano Rodríguez, Andrea; Niveiro De Jaime, María; Soto Martínez, José Luis; Sánchez Heras, Ana Beatriz; Alenda González, Cristina

Presentador: Shalygina , Svetlana

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:54:18:06 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Li-Fraumeni (SLF) es un trastorno autosómico dominante causado por variantes patogénicas (VP) germinales en TP53, que predisponen al desarrollo de múltiples neoplasias a edades tempranas. Su identificación es clave para la vigilancia oncológica y el asesoramiento genético. Sin embargo, los criterios clínicos clásicos pueden ser insuficientes para indicar su estudio.

La secuenciación masiva (NGS) tumoral permite identificar VP con alta sospecha de tener origen germinal en genes de susceptibilidad a cánceres. En el caso de TP53, dado que la presencia de VP somáticas es muy frecuente en muchos tumores, además de la frecuencia alélica (VAF>730%), aplicamos los criterios de Chompret para la identificación de posibles casos de SLF. Los pacientes se comentan en los Comités Biomolecular y Pediátrico y se derivan a la Unidad de Consejo Genético en Cáncer (UCGC) para asesoramiento genético y confirmación en sangre periférica mediante secuenciación Sanger.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los casos en los que se realizó NGS tumoral en nuestro servicio entre enero de 2021 y febrero de 2025 con los paneles OncoPrint Comprehensive?, Childhood? y Precision Assay?. Se incluyeron únicamente aquellos con información completa para el análisis, registrando las siguientes variables: sexo, edad, origen de neoplasia, diagnóstico anatomopatológico, gen mutado, frecuencia alélica, sospecha de VP germinal, confirmación del síndrome.

RESULTADOS: Desde la incorporación del NGS a nuestra práctica diagnóstica, en el periodo entre enero de 2021 y febrero de 2025, hemos realizado un total de 1498 estudios (76 pediátricos). Para este trabajo, se han excluido los casos con estudio no valorable o sin información completa para el análisis (367 pacientes).

De un total de 1131 casos analizados 47% tenían VP en TP53 (536 casos, 9 pediátricos). Los tumores se localizaron: 306 Pulmón, 64 Pncreatobiliar, 48 Tracto digestivo, 22 Mama, 21 Útero y ovarios, 19 Sistema nervioso central (SNC), 18 Hueso y partes blandas, 6 Melanoma, 6 Próstata, 3 Vía urinaria, 3 Riñón, 3 Glándula suprarrenal y 17 Otros y origen desconocido. Los tumores pediátricos se distribuían entre: 4 Hueso y partes blandas, 3 Glándula suprarrenal, 1 Riñón y 1 Cervix uterino.

De 536 pacientes con VP en el gen TP53, 18 (3%) cumplían los criterios de Chompret y presentaban una VAF>730% (4 Pulmón, 3 Glándula suprarrenal, 3 Hueso y partes blandas, 2 Pncreatobiliar, 2 Mama, 2 Útero y ovarios, 1 Tracto digestivo, 1 SNC). A 15 pacientes se les pudo realizar el estudio en sangre periférica, confirmando mutación en 4 de ellos (27%). Los 4 pacientes con diagnóstico de SLF son de edad pediátrica: 3 carcinomas adrenocorticales y 1 osteosarcoma.

CONCLUSIONES: La identificación de pacientes con SLF a través del NGS tumoral es una estrategia eficiente para detectar VP germinales en TP53. El análisis detallado de la cohorte con TP53 mutado aporta información valiosa sobre las características demográficas y clínicas de estos pacientes, facilitando la implementación de estrategias de vigilancia oncológica personalizadas. Además, el análisis molecular del tumor no solo permite la identificación de casos, sino que también guía decisiones clínicas y estrategias de seguimiento, con un impacto directo en la gestión del riesgo oncológico familiar y la prevención personalizada.

Inmunohistoquímica 2298

INTERCOMPARACIÓN Y VALIDACIÓN MULTIPLATAFORMA DE LA TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA CLAUDINA 18.2 - CLON [43-14A] - EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.

Perez Buira, Sandra; Quiceno Arias, Hernan; Moran Cherrier, Agatha; Torner Calvo, Ariadna; Ortega, María; Bolea, Aitana; Casado, Beatriz; Rojo Todo, Federico; Martinez Ciarpaglini, Carolina; Iglesias Coma, Mar
Presentador: Perez Buira, Sandra

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:06-18:18 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: El tratamiento dirigido contra Claudina18.2 (CLDN18.2) para pacientes con cáncer gástrico metastásico o localmente avanzado con el anticuerpo zolbetuximab en combinación con quimioterapia está incluido en las guías clínicas ESMO actuales. Para identificar a los pacientes elegibles para este tratamiento, se determina la expresión de CLDN18.2 mediante la inmunohistoquímica (IHC) RxDx VENTANA CLDN18 (43-14A) (Ventana, Roche), considerada como el estándar de referencia, y evaluado mediante PS2+ (porcentaje de células tumorales con expresión intensa o moderada de membrana) con un punto de corte de $\geq 75\%$. Sin embargo, la disponibilidad limitada de la plataforma Ventana plantea una barrera para el acceso a este biomarcador, lo que hace necesaria la validación de otros anticuerpos presentes en el mercado, y en las diferentes plataformas existentes. Este estudio se centra en la optimización, puesta a punto y validación de diferentes anticuerpos en tres plataformas de inmunohistoquímica, comparando su rendimiento analítico con el estándar de Ventana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se tiñeron, en una primera fase, un total de 20 muestras endoscópicas de adenocarcinoma gástrico con el anticuerpo RxDx VENTANA CLDN18 (43-14A) en plataforma Ventana (tinción de referencia) y utilizando CLDN [43-14A] de Abcam en las plataformas Leica (BOND RXm) y Agilent (Autostainer Link 48 y DAKO OMNIS). Los protocolos de tinción fueron optimizados para cada plataforma, ajustando parámetros como la concentración del anticuerpo, los tiempos de incubación y el sistema de revelado. Las tinciones fueron evaluadas mediante PS2+ por dos patólogos expertos, incluyendo la intensidad de la tinción y el porcentaje de células tumorales positivas. Se calculó la concordancia, sensibilidad y especificidad para cada protocolo de inmunohistoquímica con los resultados del ensayo de referencia Ventana CLDN18 (43-14A). En una segunda fase, se encuentra en curso la optimización de la tinción mediante el clon CLDN(ZR451) de Agilent y completar la cohorte hasta las 50 muestras en todos los protocolos.

RESULTADOS: Se observó positividad (PS2+75%) en 20 casos (30%) mediante Ventana CLDN18 (43-14A). La intercomparación mostró una alta concordancia (Leica: 95%, OMNIS: 90%, Autostainer: 88%) con el anticuerpo CLDN [43-14A] de Abcam en las plataformas Leica y Agilent, alcanzando valores de sensibilidad (Leica: 95%, OMNIS: 95%, Autostainer: 93%), especificidad (Leica: 98%, OMNIS: 95%, Autostainer: 90%).

CONCLUSIONES: Existe una concordancia superior al 90% en la identificación de positividad para CLDN18.2 en cáncer gástrico entre la IHC Ventana CLDN18 (43-14A) y el anticuerpo [43-14A] de Abcam en las plataformas de Leica y Agilent, sugiriendo que estas plataformas, con una validación, adecuación de protocolos y selección óptima de anticuerpos, proporcionan una fiabilidad equivalente para la evaluación de este biomarcador en la práctica clínica, facilitando su acceso en todos los centros.

Inmunohistoquímica 1818

APLICACIÓN DE UN PANEL PERSONALIZADO DE NGS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES SOMÁTICAS

Varela Rodríguez, Maria Del Mar; Varela Rodríguez, Mar; Villatoro Gómez, Sergi; Navas Garrido, Carlos; Hidalgo Herrera, María; Rodrigo Escanilla, Marta; Espinar García, Emma; Jucglá Serra, Anna; Iriarte Fuster, Adriana; Riera Mestre, Antoni; Penín Mosquera, Rosa
Presentador: Varela Rodríguez, Mar

HOSPITAL UNIV. DE BELLVITGE. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:30-17:35 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones vasculares somáticas (MVS) son anomalías complejas del sistema vascular (vasos sanguíneos o/y linfáticos) que presentan un amplio abanico de manifestaciones clínicas, que abarcan desde problemas estéticos benignos hasta complicaciones graves. Y su abordaje se suele realizar desde grupos multidisciplinares de enfermedades minoritarias. Se producen principalmente por mutaciones en genes que regulan vías de señalización celular claves: PI3K-AKT-mTOR, RAS-MAPK-ERK y en la vía de señalización del receptor acoplado a proteínas G. Muchas de las mutaciones que presentan las MVS son conocidas como variantes "driver" en cáncer, lo que abre la posibilidad al tratamiento con inhibidores específicos. La identificación de variantes somáticas en las biopsias de MVS puede resultar complicado, debido al muy bajo porcentaje de células portadoras de la variante y a que las muestras presentan una mezcla de células mutadas y no mutadas. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en la aplicación de un panel de secuenciación masiva (NGS) personalizado dirigido al diagnóstico de muestras de pacientes con MVS esporádicas y/o unifocales diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han secuenciado 10 muestras de pacientes con MVS con un panel SureSelect (Agilent) que captura todas las regiones codificantes y con una profundidad media superior a 500 lecturas en un secuenciador NexSeq 550 DX en un cartucho de 60 Gb (150 ciclos high output kit de Illumina), el análisis secundario y terciario se ha realizado mediante el software Data Genomics (Health in Code).

RESULTADOS: Tres casos presentaron mutaciones patogénicas en el gen KRAS, dos casos en PIK3R1, dos casos en GNAQ, un caso en PIK3CA, un caso en NRAS y un caso en TEK. Las frecuencias alélicas de las mutaciones oscilaron entre el 3.24% y el 16.74%.

CONCLUSIONES: La incorporación de las pruebas de secuenciación masiva (NGS) permiten ofrecer una información fundamental en la atención integral de los pacientes con anomalías vasculares al identificar mutaciones específicas que puedan ayudar al diagnóstico definitivo e incidir directamente en la toma de decisiones terapéuticas.

Inmunohistoquímica 2333

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INMUNOHISTOQUÍMICA INTRAOPERATORIA EN ADENOCARCINOMAS DE PULMÓN, DISCRIMINACIÓN ENTRE PRIMARIO O METASTÁSICO.

Sánchez Vázquez, Laura; Aranda Alcaide, José Luis; Rodríguez González, Marta; Rodríguez González, María Carmen; Malmierca González, Sandra Isabel; González Morais, Idalia; Blázquez Hidalgo, Esther; Jiménez López, Marcelo Fernando; Ludeña De La Cruz, María Dolores
Presentador: Sánchez Vázquez, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:35-17:40 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: La inmunohistoquímica (IHQ) es una herramienta fundamental en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares, tanto primarios como secundarios. En casos con antecedentes de neoplasias primarias de otros orígenes, la distinción intraoperatoria entre un adenocarcinoma pulmonar primario y una metástasis es compleja, especialmente cuando no es posible diferenciarlo por la histología. Este trabajo propone la implementación de un protocolo de IHQ intraoperatoria en pacientes con un nódulo pulmonar único y antecedentes de adenocarcinoma colorrectal, para resolver dicha dificultad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se selecciona un número representativo de casos (40 pacientes) con un nódulo pulmonar único, después de un antecedente de adenocarcinoma colorrectal. Todas las muestras se reciben para estudio intraoperatorio previo aviso del laboratorio de IHQ. Se selecciona tejido fresco de la lesión, para congelación rápida (PrestoCHILL). Se realizan 5 cortes: uno para hematoxilina-eosina y cuatro para la realización de los anticuerpos CK7, CK20, TTF1 y CDX2 (NovodiAx). Posteriormente al mismo tejido, en diferido, se le realizan cortes para IHQ en parafina de los mismos anticuerpos (Leica), y se comparan resultados.

RESULTADOS: Con el esfuerzo combinado de ambos servicios; Cirugía Torácica en la selección de casos y Anatomía Patológica en la preparación de las técnicas de IHQ en cortes por congelación, se ha conseguido realizar con éxito. La realización de las técnicas de IHQ en intraoperatorias requiere un tiempo aproximado de 20 min y los resultados en el tejido son muy similares a los cortes realizados en parafina, con muy buena calidad técnica.

CONCLUSIONES: La implementación de inmunohistoquímica rápida en cortes congelados permite un diagnóstico intraoperatorio más preciso, lo que facilita la toma de decisiones clínicas. Esta estrategia puede contribuir a una mejor gestión de los casos metastásicos, reduciendo la necesidad de resecciones adicionales.

Inmunohistoquímica 1567

PROTOCOLO DE ACTUACION FRENTE A BIOPSIAS RENALES INCLUIDAS EN PARAFINA PARA UN BUEN APROVECHAMIENTO DE MATERIAL OBTENIDO Y POSTERIOR DIAGNOSTICO EN UN SERVICIO ACREDITADO POR LA NORMA UNE-EN ISO 15189

Pedrero Gonzalez, Noelia; Arguedas Gomez, Maria Del Mar; Floria Truc, Lidia; Ponce Viña, Vanessa; Modrego Coma, Elena; Valero Torres, Carolina; García García, Mar; Morillo Lamiel, Elsa
Presentador: Pedrero Gonzalez, Noelia

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:40-17:45 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: La biopsia renal es un procedimiento diagnóstico fundamental en la evaluación de enfermedades renales. A la llegada de la biopsia renal al laboratorio la muestra se divide en tres partes para destinar a cada uno de los procedimientos que forman parte del diagnóstico integrado: estudio morfológico, inmunofluorescencia y estudio ultraestructural.

Nuestro servicio está acreditado de acuerdo a la norma UNE-EN ISO 15189, con el objetivo último de un diagnóstico de calidad. Para evitar desviaciones utilizamos el registro y control de incidencias como herramienta. En las reuniones periódicas realizadas entre el responsable de calidad del servicio y las TSAPyC, de forma reiterada surgían desviaciones con respecto al manejo y procesamiento de las biopsias renales, dando como resultado un diagnóstico incompleto en algunos casos. A pesar de que este estudio no está incluido en la zona acreditada, vimos en estos errores una oportunidad de mejora, trabajando en un protocolo que garantizara la eficiencia del proceso, la calidad de la muestra y, en última instancia, un diagnóstico preciso que asegurara la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio de la situación de partida y de las fases en las que intervenir. Hasta el momento, cada uno de los estudios realizados en la muestra se llevaban a cabo en diferentes secciones del laboratorio, lo que aumentaba los riesgos de incorrección durante la manipulación de la misma. Además, nuestro laboratorio cuenta con mucho personal con contratos temporales y con frecuente recambio. Por otro lado, las incidencias registradas eran de procesamiento, y la mayoría de ellas se debían a pérdida de material.

Se decidió centralizar el manejo de la muestra total en la sección de inmunohistoquímica. En esta sección hay personal fijo de larga duración y con gran experiencia, acostumbrado al manejo de otro tipo de biopsias en las que resulta fundamental un ahorro de tejido como son las biopsias de pulmón.

En la elaboración del nuevo protocolo se ha incidido en los siguientes puntos que se consideran clave:

- El cilindro deberá incluirse los más recto posible en el bloque.
- Se prepararán 10 portaobjetos, numerados del 1 al 10. En cada portaobjetos se pondrán dos cortes de 3 micras en posición transversal y de forma consecutiva.
- Los cortes se empezarán a recoger en cuanto salga tejido, sin desear nada de material.
- Los cristales 2, 6 y 10 se teñirán con HE, el 5 con PAS, el 7 con plata metenamina y el 9 con Masson.
- Los cristales 1, 3, 4 y 8 serán cortes sin teñir y se reservarán para otras técnicas que el patólogo responsable del caso pueda solicitar a discreción y tras valorar el estudio inicial. Si finalmente se realizaran estudios adicionales, se utilizarán los portaobjetos sin teñir en el orden establecido (1, 3, 4 y, finalmente, el 8).

RESULTADOS: En nuestro servicio, hemos conseguido unificar el manejo de las biopsias recibidas desde la implantación del protocolo en la sección de inmunohistoquímica. Además, ha mejorado la calidad de los cortes facilitando el diagnóstico final. Finalmente, desde la puesta en marcha del protocolo, no se han registrado incidencias relacionadas con el manejo de dichas muestras.

CONCLUSIONES: Tras la detección del problema en el manejo de las biopsias renales, el trabajo realizado ha servido para tener conocimiento del mismo y proponer soluciones que han sido efectivas. Creemos que también ha resultado de gran importancia el contar con personal con experiencia y debidamente cualificado.

VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO MEDIANTE UNA FIRMA DE EXPRESIÓN GÉNICA EN LOS NÓDULOS TIROIDEOS CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO BETHESDA IV

Ortega Albiach, Carme Maria; González Muñoz, Jose Francisco; Casañ, Rosa; Ramirez Martí, Marta; Sanchez Martín, Alba; Facila De La Esperanza, Ruben; Hernández Rodenas, Jacqueline; Martínez Ciarpaglini, Carolina; Ferrández Izquierdo, Antonio
Presentador: Ortega Albiach, Carme Maria

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:45-17:50 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: La Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) es la técnica de elección en el diagnóstico de los nódulos tiroideos, apoyada en la ecografía. A pesar de ello, un 30% dan un resultado indeterminado (categorías III y IV de la clasificación Bethesda) y de éstos, tan solo son malignos entre el 15-35% en la pieza quirúrgica. Esto implica la realización de cirugías innecesarias exponiendo a los pacientes a riesgos quirúrgicos, así como aumentando los costes hospitalarios. En este contexto, la implementación de estudios moleculares como ThyroidPrint® ofrece una posibilidad a la hora de mejorar la estratificación del riesgo, optimizando la toma de decisiones clínicas y reduciendo la necesidad de procedimientos invasivos. Es por ello por lo que en este estudio se planteó como objetivo el establecimiento de un protocolo que incluya biología molecular que optimice la eficacia y eficiencia del material de la PAAF tiroidea, así como la reducción de las cirugías derivadas de los diagnósticos indeterminados.

MATERIAL Y MÉTODOS: En aquellos pacientes con un TIRADS-4 según la ecografía, se realiza la PAAF de los nódulos tiroideos guiada mediante ecografía y la extensión sobre portaobjetos para su diagnóstico. La aguja de la punción fue lavada en una solución conservante. Esta solución fue almacenada hasta obtener el diagnóstico de la citología. Una vez realizado el diagnóstico citológico de Bethesda IV, se ha llevado a cabo el test ThyroidPrint en un total de 56 pacientes. Dicho test, se basa en la expresión de 12 genes diferentes, con el objetivo de establecer un alto o bajo riesgo de malignidad, así como unas recomendaciones de cirugía posterior. En base al resultado obtenido en el mismo junto con los criterios clínicos, se toma la decisión de proceder o no con la tiroidectomía.

RESULTADOS: De los 56 casos con Bethesda IV, un total de 11 (20%) pacientes obtuvieron un resultado de alto riesgo de malignidad. De éstos, 3 (5%) de ellos ya han sido operados y se han confirmado en la pieza quirúrgica como carcinomas, 5 (9%) han sido diagnosticados como benignos y otros 3 (5%) siguen pendientes de cirugía. Además, un total de 33 (59%) pacientes obtuvieron un resultado de bajo riesgo de malignidad. De éstos, 26 (46%) pacientes no han sido sometidos a cirugía y 4 (7%) fueron sometidos a cirugía y tras la cirugía se confirmó su benignidad. Un total de 12 (21%) pacientes obtuvieron resultados inválidos o indeterminados, por lo que han sido citados para una nueva punción.

CONCLUSIONES: La introducción del test ThyroidPrint nos ha permitido la reducción del número de tiroidectomías y por lo tanto de las listas de espera, así como en los costes sanitarios derivados de las mismas ya que conllevan en total un ahorro en el coste hospitalario de más de 100.000 euros. Esto resulta relevante sobretudo en pacientes con comorbilidades o de edades avanzadas, sobre los que existen mayores riesgos derivados de la intervención quirúrgica, así como nos permite priorizar aquellos pacientes que deben ser sometidos a cirugía.

EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT OF RET-FUSION ANALYSIS: PERFORMANCE EVALUATION OF DIFFERENT GENOMIC TESTING WORKFLOWS FOR THE DETECTION OF RET-FUSIONS IN NSCLC

Pinsach Abuín, Mel-Lina; Arruti Martín, Majalen; Saiz López, Patricia; Luque Barona, Rafael; García Sánchez, Sagrario; Hernández Losa, Javier; Mota Jiménez, Alba
Presentador: Pinsach Abuín, Mel-Lina

LABORATORI CLINIC TERRITORIAL DE GIRONA - HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 5)

INTRODUCCIÓN: National and international guidelines recommend including RET in a broad molecular panel for metastatic non-small cell lung cancer and various thyroid tumor subtypes, although it is not yet available to all patients in Spain. Including RET in standard of care testing requires adopting or establishing proper technologies and these differ in their design and capability to detect RET (among others) fusions. Accurately identifying RET fusions remains a challenge in patients with solid cancer. Participation in External Quality Assessment (EQA) programs evaluate the quality of testing and facilitate participating labs for their accreditation. GenQA is an independent provider of such proficiency testing programs. This study aimed to evaluate performance of technologies used in different laboratories to detect RET fusions. A comparative analysis on the performance of different methodologies utilized by each laboratory helped to determine accuracy for multiple commercial methodologies and reinforced the importance of quality controls in biomarker testing.

MATERIAL Y MÉTODOS: The samples for this ring trial were purchased from two companies and represent real patient Formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) material. The samples were chosen to represent a broad range of different RET fusions. A total of 6 participating laboratories were supplied with 9 samples each, either rolled or slide mounted sections depending on their preferences, and blinded to the case biomarker status. Laboratories performed their routine testing procedure and provided results, with available quality metrics to GenQA for analysis. Results provided by each laboratory were compared with the expected results from the supplier companies and classified as Invalid (not able to be tested due to sample quality issues), Correct (in agreement with expected result), Incorrect (not matching with expected results), or Missed (RET fusion not detected due to Panel Design). Methods evaluated were Agilent SureSelect XT HS custom panel sequenced on a MiSeq platform, Idylla Gene Fusion (RUO and CE-IVD assays), Oncomine Focus Assay sequenced in Ion GeneStudio™ S5 Prime System, and Oncomine Precision Assay sequenced on Genexus.

RESULTADOS: There were 9 RET fusions detected as part of this comparative analysis. Only two laboratories were able to correctly identify 8/9 RET fusions, with invalid results in the remaining sample that appeared to have a low quality from the supplier (5/6 labs were unable to obtain quality results for this sample). Results from the remaining laboratories showed variability on the number of correctly identified samples, with one laboratory identifying 7/9, two of them 6/9 and one of them 5/9. ERCC and NCOA4 were the most challenging fusion partners to identify.

CONCLUSIONES: Results demonstrated that on a panel of 9 RET fusion samples, the Agilent SureSelect XT HS custom panel and the Oncomine Precision Assay (run on the Genexus platform) were the most accurate to report correct results. Although other techniques were able to report correct results for most samples, high variability was found between the different laboratories due to sample quality issues and limitations on the assay design. Different workflows have diverse strengths and limitations; being aware of these limitations can help in identifying and using the assays that have the best chance of finding the right patient for targeted therapy.

MOLECULAR CHARACTERIZATION OF UNRESECTABLE STAGE III-IV BRAFV600 MUTANT MELANOMA, IN PATIENTS TREATED WITH BRAF +/-MEK INHIBITORS?

Teixido Febrero, Cristina; Carrasco Lorenzo, Antonio; Soler Acha, Xavier; Aya Moreno, Francisco; Rodríguez Elena, Laura; Marginet Soler, Marta; Navarro Martínez, Judith; Castrejón De Anta, Natalia; Arance Fernandez, Ana; Alos Hernandez, Lucía
Presentador: Teixido Febrero, Cristina

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 6)

INTRODUCCIÓN: Molecular diagnostics are increasingly integrated into the routine diagnosis and management of melanoma patients. Advances in next-generation sequencing (NGS) technologies have made it possible to simultaneously analyze multiple cancer-driving genes with enhanced sensitivity for mutation detection. Understanding the mechanisms behind melanoma development provides critical insights into tumor biology, evolution, and resistance to therapy.

This retrospective study aims to conduct a multi-platform analysis using NGS of samples from BRAFV600-mutant metastatic melanoma patients treated with BRAF +/-MEK inhibitors to elucidate the molecular mechanisms associated with long-term duration of benefit to BRAF/MEK inhibitors.

MATERIAL Y MÉTODOS: Formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue samples were analyzed using NGS OneSeq 1Mb CNV backbone to identify genome-wide copy number variations (CNV), loss of heterozygosity (LOH) and small insertions and deletions; and a custom Tier 1 assay to examined 72 hotspot mutations.

RESULTADOS: Upon reviewing our database, we identified 118 patients with BRAF-mutant melanoma who had been treated with BRAF inhibitors. Of these, 50 samples were excluded: 29 due to insufficient tissue remaining in the FFPE block and 21 due to low quality, as determined by the genomic DNA ScreenTape test. As a result, 68 patients with sufficient, good-quality tumor tissue were included in the study; 37 long-, 25 short-, 6 intermediate-responders). The cohort comprised 58.8% male patients (40 men, 28 women), with a median age of 56.9 years.

To enhance the comparative analysis, 10 control patients were included, primarily for the evaluation of LOH and CNV. In total, 76 tissue samples were subjected to sequencing, consisting of 66 melanoma samples and 10 healthy skin tissues. Two melanoma samples failed during library preparation, and 12 additional melanoma samples failed sequencing due to insufficient coverage. Ultimately, 54 melanomas were evaluable for hotspot mutations and LOH, while 50 were evaluable for CNV analysis. Our preliminary results are as follows: All melanoma samples carried the BRAFV600 alteration, and each exhibited additional BRAF co-mutations. In total, 55 co-mutated genes were identified, with KMT2D, FAT1, and APC being the most frequently altered.

Analysis of CNV revealed alterations in 80 genes, with amplifications occurring more frequently than deletions. The most commonly affected genes included PTPRT, PRKCA, ALK, BRCA1, STK19, and STK31.

LOH was detected in 45 melanoma samples (83.3%;45/54).The most frequently affected chromosomal regions were 9, 10, 7q, and 11q.

CONCLUSIONES: Our preliminary findings provide valuable insights into the molecular landscape of BRAF-mutant melanoma, highlighting key genetic alterations that may influence tumor progression and response to targeted therapies.?

The presence of BRAF co-mutations in all samples reinforces their central role in melanoma pathogenesis, while additional genetic alterations contribute to tumor heterogeneity, which may impact disease progression and treatment outcomes. CNV burden appears to differentiate short-term from long-term responders, and the high prevalence of LOH, particularly in regions associated with metastatic potential, is consistent with our cohort of advanced-stage patients. Further in-depth analysis of NGS data will be conducted to uncover additional factors that may explain differences in treatment response.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS MUTACIONES R201H Y R201C DEL GEN GNAS MEDIANTE PCR DIGITAL Y SECUENCIACIÓN SANGER. ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD.

Muñoz Ventura, Anaís; Mares , Roso; Flecha , Gemma; Méndez , Ariadna; Bermúdez , Gemma; Lindo , Esmeralda; Valera , Sandra; Samozá , Rosa; Silva , Tulio Mateo; Hernández Losa, Javier
Presentador: Muñoz Ventura, Anaís

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D' HEBRON

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las mutaciones R201C y R201H del gen GNAS están relacionadas con diferentes neoplasias epiteliales mucinosas y no mucinosas de apéndice, páncreas y colon, así como en las neoplasias mucinosas papilares intraductales de páncreas. Adicionalmente también se han descrito en entidades mesenquimales como la Displasia fibrosa,y Mixomas intramusculares y celulares con una clara implicación diagnóstica.

Las determinaciones realizadas con muestras parafinadas, todavía siguen siendo un reto en los laboratorios de patología molecular. Por ese motivo, este trabajo se basará en la puesta a punto de la detección de dichas mutaciones mediante PCR digital (dPCR), por su alta sensibilidad y especificidad a la vez de que se comparan los resultados obtenidos en secuenciación Sanger.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han seleccionado 32 muestras retrospectivas orientadas como lesiones mesenquimales fibrosas y mixoides donde se habían estudiado previamente las mutaciones del exón 8 del gen GNAS mediante secuenciación SANGER con primers específicos, para establecer el diagnóstico diferencial. Los excedentes de ADN han sido cuantificados por Qubit y un total de 10ng han sido re-analizado mediante PCR digital empleando los ensayos R201H c.2531G>A rs121913495C-A y el ensayo R201C c.2530C>T rs1554273C-T en el sistema AbsoluteQuant Studio (ThermoFisher). Previamente se ha realizado una puesta a punto de la metodología empleando controles positivos de cada una de las alteraciones y estableciendo el límite de detección de cada una en 0.2% VAF (frecuencia alélica de la variante) diluyendo las muestras mutadas en muestras no mutadas o WT.

RESULTADOS: Los análisis mutacionales realizados en las muestras mediante secuenciación Sanger, mostraron un total de 11 casos No Valorables. Del resto de muestras un 85.7% (18/21) fueron WT y 3 muestras fueron mutadas (2 con la mutación R844C y 1 con R844H). obteniendo unos valores de sensibilidad de 37% y especificidad del 78%.

Los análisis realizados mediante dPCR mostraron un total de 6 muestras No Valorables, obteniendo un 69.2% (18/26) de WT y 8 muestras mutadas (5 con la mutación R844C con una VAF de 26.86% [5.3-41] y 3 muestras con la mutación R844H con una VAF media de 14,2% [7.9-23.9]) estableciéndose una sensibilidad y especificidad del 100%

Finalmente, ambas técnicas mostraron un grado moderado de concordancia con un índice kappa = 0.48 debido principalmente al bajo número de casos analizados.

CONCLUSIONES: Basándonos en los resultados obtenidos, la dPCR ha mostrado poseer una mayor sensibilidad y especificidad frente a la secuenciación Sanger, alcanzando además un límite de detección de 0.2% y 20% respectivamente. Esta diferencia de sensibilidad analítica es clave a la hora de detectar la presencia de mutaciones R844C/H de GNAS con VAF inferiores al 23%, que han sido detectadas únicamente mediante dPCR (n=4)

Adicionalmente, se ha observado una menor cantidad de muestras no valorables mediante los análisis de dPCR (n=6) frente a los realizados mediante secuenciación Sanger. (n=11), favoreciendo el diagnóstico de precisión de dichas mutaciones en muestras que presenten una menor calidad.

Esta ventaja diagnóstica de la dPCR, sumado a un menor tiempo de respuesta (unas horas) en comparativa a la secuenciación Sanger (5-7 días) hacen que dicha metodología se emplee en los diferentes laboratorios de patología Molecular como método de rutina diagnóstica.

Inmunohistoquímica

1977

DETERMINACIÓN GEN EGFR SOBRE BIOPSIA LÍQUIDA. LCR

Garasa Ponz, Lourdes; Cristobal Corredor, Maria Pilar; De La Casa Ara, Adrian; Aznar Uson, Maria Fe; Nadal Trasmontan, Paula; Barrio Puyo, Maria Concepcion; Beltran Castan, Idoia; Moreno Ruiz, Jennifer; Pastor Adiego, Maria; Ollero Domenche, Leticia; Estrada Mallarino, Natalia

Presentador: Garasa Ponz, Lourdes

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Presentar primer caso, en Hospital Universitario San Jorge, en el que se realiza un estudio EGFR (validado para biopsia líquida) en LCR detallando el procedimiento técnico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer, diagnosticada de ADC de pulmón, a la que se le realiza una neumectomía hace 3 años, que en la actualidad presenta metástasis en tronco cefálico de 9 mm sin posibilidad de ser biopsiada y sin abordaje terapéutico pautado.

RESULTADOS: Tras obtener un resultado negativo en el estudio EGFR en sangre periférica y ante la urgente necesidad de instaurar un tratamiento, se traslada al laboratorio de Anatomía Patológica la posibilidad de realizar el mismo estudio sobre líquido cefalorraquídeo (LCR) nunca antes realizado.

CONCLUSIONES: Tras realizar extracción de ADN del LCR, este es sometido a su amplificación y posterior estudio EGFR (no validado ni realizado anteriormente) se determina mutación del gen EXON19DEL. Tras hallazgo, la paciente puede ser tratada, respondiendo al mismo favorablemente.

Inmunohistoquímica

2076

PCR DIGITAL: ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD EN LA DETECCIÓN DE MUTACIONES PUNTUALES EN POLE Y TERT COMPARADO CON LA PIROSECUENCIACIÓN

Onieva Carbajo, Ricard; Escudero Larrá, Laura; Casas Colom, Adrià; Papaleo , Natalia; Blázquez Mahá, Carmen María; Carrera Salas, Ruben; Vázquez Luque, José Antonio; Ramos Guijo, María Del Carmen; Ferreres Piñas, Joan Carles; Asensi Puig, Adrià

Presentador: Onieva Carbajo, Ricard

PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI, INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ PARC TAULÍ I3PT, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA, SABADELL, ESPANYA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La patología molecular ha adquirido una relevancia creciente en el diagnóstico de lesiones neoplásicas. Para un correcto diagnóstico es fundamental el uso de técnicas de alta sensibilidad, con capacidad de detectar frecuencias alélicas bajas. En nuestro centro, se realizaba la metodología de la pirosecuenciación (PS) para detección y cuantificación de la frecuencia alélica de las mutaciones puntuales c.857C>G, c.1231G>T y c.1231G>C del gen POLE y c.-124C>T del gen TERT. Debido a un cambio de estrategia comercial, la incorporación de la PCR digital (dPCR) en nuestro centro y la alta tasa de resultados indeterminados en la determinación de la mutación c.-124C>T del gen TERT mediante PS, se ha apostado por la PCR digital (dPCR) para la determinación de dichas mutaciones. En este estudio nos proponemos comparar los resultados previamente obtenidos mediante PS, ya validados, con los obtenidos con la dPCR en las mismas muestras, con la finalidad de validar dicha metodología en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han seleccionado muestras con resultados previos con PS de las mutaciones c.857C>G, c.1231G>T y c.1231G>C del gen POLE y c.-124C>T del gen TERT. Para la cohorte de TERT, además de muestras con resultados positivo y negativo, se añadieron aquellas con resultado indeterminado mediante la PS. Se realizaron y compararon los resultados de dPCR con aquellos obtenidos anteriormente mediante PS. Para dPCR se consideró positiva una frecuencia alélica >1% y negativa <1%. Para la PS de TERT se consideró positivo >20%, negativo <4% e indeterminado el rango 4-20% y para la PS de POLE >15% se consideró como resultado positivo.

RESULTADOS: Para el análisis comparativo de las mutaciones c.857C>G, c.1231G>T y c.1231G>C del gen POLE, se escogieron 33 muestras previamente analizadas por PS. De estas, 14 eran positivas (7 c.857C>G, 6 c.1231G>T y 1 c.1231G>C) y 19 negativas. Los resultados de dPCR fueron consistentes con los de PS, con una concordancia del 100%. Para el análisis de TERT, se seleccionaron 50 muestras analizadas previamente mediante PS (10 positivas, 10 negativas y 30 indeterminadas). La concordancia entre los resultados positivos y negativos para ambas técnicas fue del 100%. Al analizar por dPCR los casos indeterminados mediante PS se obtuvieron 19 positivos y 11 negativos.

CONCLUSIONES: La concordancia del 100% entre la PS y la dPCR para la detección de las variantes c.857C>G, c.1231G>T y c.1231G>C del gen POLE sugiere la dPCR como una alternativa válida a la PS. En los casos positivos y negativos de la variante c.-124C>T del gen TERT mediante PS también se observó una concordancia del 100% con dPCR. Además, la dPCR ofrece la ventaja de discernir positivos y negativos en muestras de resultado indeterminado en la PS.

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE DOS TECNOLOGÍAS DE SECUENCIACIÓN SOBRE LIBRERÍAS ENRIQUECIDAS MEDIANTE CAPTURA DE HÍBRIDOS PREPARADAS A PARTIR DE MUESTRAS DE CÁNCER DE PULMÓN: DNBSEQ-G99 VS NEXTSEQ550

Abdulkader Nallib, Ihab; Cameselle Teijeiro, José Manuel; Abdulkader Sande, Sámer; Pérez Béliz, Edurne; Vargas Osorio, Kelly; Pereira Ares, Tamara; Pérez-Becerra Ferreiro, Raquel; Antúnez López, José Ramón; Lesende Rodríguez, Iván; Sánchez Ares, María
Presentador: Abdulkader Nallib, Ihab

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La identificación precisa de alteraciones genómicas en el cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) es crucial para la toma de decisiones terapéuticas personalizadas, especialmente con el uso de terapias dirigidas. La secuenciación de nueva generación (NGS) aplicada a muestras fijadas en formol e incluidas en parafina (FFPE) es una herramienta esencial en este proceso. Existen diversas plataformas de secuenciación en el mercado, entre ellas el DNBSEQ-G99 (MGI) y el NextSeq550 (Illumina), con capacidades avanzadas para la detección de mutaciones. En este estudio se comparan estas tecnologías para evaluar su rendimiento, tiempo de procesamiento y la calidad de resultados en muestras parafinadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se extrajo ADN de 240 muestras FFPE de pacientes con CPCNP con el kit Cobas® DNA Sample Preparation Kit (Roche). La preparación de librerías se realizó con el kit SureSelect XT HS Target Enrichment de forma automatizada en el sistema Magnis NGS Prep (Agilent Technologies) siguiendo las instrucciones del fabricante. Las librerías obtenidas fueron secuenciadas en el DNBSEQ-G99 (MGI) y el NextSeq550 (Illumina), con una longitud de lectura de 2x75 pb. Las métricas de rendimiento, cobertura, tasa de duplicados y la concordancia de resultados, fueron evaluadas utilizando el software Alisha (Agilent).

RESULTADOS: Ambas plataformas mostraron alta concordancia en la detección de las alteraciones moleculares. El DNBSEQ-G99 completó el proceso de secuenciación en 6 horas mientras que el NextSeq550 requirió 18 horas. No obstante, el DNBSEQ-G99 necesitó un paso adicional de conversión de librerías para adaptar las muestras a su plataforma, lo que sumó 7 horas adicionales al proceso de secuenciación. La plataforma de Illumina solo requirió 30 minutos adicionales para la desnaturalización de librerías. En cuanto a la tasa de duplicados, se observó una variabilidad significativa, con una media del 34,3% para el DNBSEQ-G99 y del 39,6% para el NextSeq550, dependiendo del contenido de ADN en las muestras.

CONCLUSIONES: El análisis comparativo de las plataformas DNBSEQ-G99 y NextSeq550 mostró que ambas son compatibles con el sistema Magnis NGS Prep y pueden ser usadas eficazmente para la secuenciación de muestras FFPE de CPCNP. Aunque ambos sistemas ofrecen resultados de calidad similar en términos de detección de variantes genómicas, el DNBSEQ-G99 presenta la ventaja de un menor tiempo de secuenciación. No obstante, el paso adicional de conversión en MGI introduce un tiempo adicional que debe ser considerado. La automatización del paso de conversión podría minimizar este impacto. En definitiva, ambos sistemas son viables para la práctica clínica diaria, aunque el DNBSEQ-G99 podría ser la opción preferida en términos de eficiencia, siempre que se optimicen los pasos de preparación de las muestras.

LAS CÉLULAS CANCEROSAS PUEDEN “SENTIR” A TRAVÉS DE LOS CANALES MECANOTRANSDUCTORES PIEZO

Feito Perez, Jorge; Martín Sanz, Raquel; García Mesa, Yolanda; García Suárez, Olivia
Presentador: Feito Pérez, Jorge

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los canales transmembrana Piezo, recientemente descritos y galardonados con el premio Nobel de Medicina, juegan un papel decisivo en la respuesta celular a estímulos mecánicos, y son fundamentales en la mecanotransducción y el comportamiento biológico de las células en relación con el medio externo. Existen estudios preliminares que sugieren su implicación en carcinogénesis, con posible modificación de su expresión en tumores de alto grado y con comportamiento metastásico. Por una parte, se ha descrito un rol supresor tumoral en algunos tumores, disminuyendo su expresión en tumores de mayor grado, mientras en la mayoría aparece como factor pronocogénico al aumentar su expresión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan los estudios existentes evaluando la expresión de canales Piezo en series de distintos tumores con pacientes humanos. Así, se incluyen series de carcinomas de células de Merkel, urotelial, escamoso oral, mamario, de pulmón, gliomas y carcinoma de colon metastásico.

RESULTADOS: En la mayoría de los estudios sobre tejido se ha demostrado una mayor expresión de Piezo1 y/o de Piezo2 en los tumores más agresivos. Son excepciones en este sentido tanto el carcinoma de células de Merkel, en el que siempre existe expresión de Piezo2, o el carcinoma de pulmón, en el que los tumores más agresivos muestran menor expresión de estos canales. En cambio, los carcinomas de vejiga, de colon, escamoso o de mama muestran sobreexpresión en las variantes histológicas más agresivas. En la mayor y más reciente serie publicada, sobre carcinoma de mama, se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre cuantificación inmunohistoquímica de Piezo2 y la proliferación celular (medida mediante Ki67), así como con la infiltración perineural.

CONCLUSIONES: Los canales Piezo permiten percibir a las células tumorales señales físicas en su entorno. Existe evidencia de que una señalización alterada en estos canales puede conducir a un estímulo decisivo sobre la proliferación celular. Por otra parte, estos canales pueden representar una posible diana pronóstica y/o terapéutica, pues actualmente existen moléculas con función inhibidora (GsMTx4) y estimuladora de los mismos (Yoda I), con evidencia de impacto sobre las células tumorales in vitro. Existen nuevas moléculas en desarrollo, ya que estos agentes han mostrado notable toxicidad.

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE TUMORES SÓLIDOS MEDIANTE SECUENCIACIÓN DIRIGIDA EN UN ENTORNO DIAGNÓSTICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Montironi , Carla; Montalbán Casafont, Aina; Teixido Febrero, Cristina; Hernández Illán, Eva; Solé Acha, Xavier; García Geroná, Mireia; Alonso Villariño, Paula; Palau Bascuñana, Nuria; Puig Butillé, Joan Anton; López Álvarez, Vanessa; Jares , Pedro
Presentador: Montironi , Carla

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y ÁREA OPERATIVA CORE DE BIOLOGÍA MOLECULAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El análisis molecular es clave para la clasificación y manejo de tumores sólidos. Este estudio evalúa la distribución y características de alteraciones genéticas en una serie de muestras tumorales mediante secuenciación dirigida entre los años 2021-2024 en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron datos de secuenciación de ADN y ARN de 3877 muestras tumorales, incluyendo información sobre localización, tipo de muestra, carga tumoral y otros parámetros. Se evaluaron mutaciones patogénicas y de significado incierto (FA>5%), alteraciones en el número de copias, fusiones y desequilibrios entre los extremos 3'-5' de algunos genes y skipping de MET Ex14.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 3,877 muestras de 16 localizaciones diferentes, de las cuales 757 no presentaron alteraciones moleculares, mientras que 3,120 mostraron al menos una. En total, se identificaron 8,359 alteraciones moleculares, con una media de dos alteraciones por muestra. Entre las muestras analizadas, 2,830 presentaron mutaciones, 222 mostraron fusiones o desequilibrios y 730 presentaron alteraciones en el número de copias. Además, se detectó la alteración MetEx14 Skipping en 43 muestras.

En cuanto a las mutaciones, el 93,4 % (2,642/2,830) fueron clasificadas como variantes patogénicas, mientras que el 6,6 % (188/2,830) correspondieron a variantes de significado incierto. Los tres genes con mayor frecuencia de mutaciones patogénicas fueron TP53, identificado en el 37,5 % de las muestras con mutaciones (1,062/2,830), KRAS, presente en el 30,7 % (870/2,830) y PIK3CA, detectado en el 12,7 % (361/2,830). Al analizar la distribución por tipo de tumor, se observó que el 57,6 % de las muestras de tracto digestivo inferior presentaron mutaciones patogénicas en TP53, el 88,1 % de los cánceres de páncreas mostraron mutaciones en KRAS y el 56,2 % de los cánceres de mama presentaron mutaciones patogénicas en PIK3CA. Por otro lado, se detectaron un total de 153 fusiones en 128 muestras, siendo ALK el gen de fusión más frecuente, con 32 casos identificados, predominantemente en cáncer de pulmón (n=24). Le siguió FGFR3, detectado en seis gliomas del adulto y en seis casos de adenocarcinoma de pulmón.

CONCLUSIONES: El análisis molecular mediante secuenciación dirigida ha permitido caracterizar de manera detallada el perfil genético de una amplia serie de tumores sólidos, identificando alteraciones genéticas relevantes para la clasificación y el manejo clínico. Se detectaron alteraciones en la mayoría de las muestras analizadas, siendo las mutaciones patogénicas las más frecuentes, con una distribución diferencial según el tipo de tumor. TP53, KRAS y PIK3CA se identificaron como los genes con mayor tasa de mutaciones patogénicas, mostrando una clara asociación con neoplasias específicas. Además, se evidenció la presencia de fusiones génicas, destacando ALK en cáncer de pulmón y FGFR3 en gliomas del adulto y adenocarcinoma pulmonar.

Estos hallazgos refuerzan la importancia del análisis molecular en entornos diagnósticos de anatomía patológica, proporcionando información clave para la toma de decisiones terapéuticas y la selección de tratamientos dirigidos. La integración de herramientas de secuenciación en la práctica clínica permite una caracterización más precisa de los tumores sólidos, lo que podría traducirse en un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico en la oncología de precisión.

CLASIFICACIÓN MOLECULAR SUBROGADA EN 52 CASOS DE CARCINOMA GÁSTRICO: ANÁLISIS MORFOLÓGICO, INMUNOHISTOQUÍMICO Y EXPRESIÓN DE PD-L1 CON INTENCIÓN TERAPÉUTICA

Rodríguez Carpio, Robert Ricardo; Estrada Mallarino, Natalia; Del Valle , Elena; Viso Soriano, María Jesús; Abecia Martínez, Emilio; Castillo Malla, Jennifer Silvana; Ligoré Padilla, Luis; Martínez Castillón, Javier; Carilla Sanromán, Andrea; Paguay Moína, Angelica María; Hörndler Argarate, Carlos
Presentador: Rodríguez Carpio, Robert Ricardo

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma gástrico es una de las principales causas de mortalidad oncológica, en gran parte debido a su diagnóstico tardío. La clasificación molecular propuesta por The Cancer Genome Atlas (TCGA) distingue cuatro subtipos con implicaciones terapéuticas: tumores con inestabilidad de microsatélites (MSI-H), inestabilidad cromosómica (CIN), genómicamente estables (GS) y asociados al virus de Epstein-Barr (EBV+). La expresión de PD-L1 ha emergido como un biomarcador con potencial terapéutico, sugiriendo un posible beneficio del tratamiento con inhibidores de PD-1/PD-L1. En este estudio, se analizó la expresión de PD-L1 en 52 casos de carcinoma gástrico y su relación con la clasificación molecular subrogada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo con 52 casos de carcinoma gástrico diagnosticados entre 2014 y 2020 en el Hospital Universitario Miguel Servet. Se incluyeron únicamente tumores con tejido suficiente para análisis, excluyéndose los de la unión esofágico-gástrica.

La clasificación molecular subrogada se estableció mediante criterios morfológicos e inmunohistoquímicos. Los tumores con inestabilidad de microsatélites (MSI-H) se identificaron por la pérdida de expresión de las proteínas MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2 mediante inmunohistoquímica. Los tumores asociados al virus de Epstein-Barr (EBV+) se detectaron mediante hibridación in situ para EBER. Los tumores genómicamente estables (GS) se definieron por su morfología difusa y la presencia de células en anillo de sello. Finalmente, los tumores con inestabilidad cromosómica (CIN) se clasificaron por exclusión de los otros subtipos.

La expresión de PD-L1 se evaluó mediante inmunohistoquímica, considerando su presencia tanto en células tumorales como en el microambiente inmunológico. Se establecieron cuatro categorías de expresión: negativa (<1%), baja (1-10%), intermedia (10-50%) y alta (>50%). Para analizar la relación entre la expresión de PD-L1 y la clasificación molecular, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, considerando un nivel de significación estadística de p<0,05.

RESULTADOS: Del total de casos, el 40% correspondió a tumores GS, el 31% a CIN, el 23% a MSI-H y el 6% a EBV+. La expresión de PD-L1 (>1%) se observó en el 26,9% de los casos. Los tumores MSI-H presentaron la mayor variabilidad en su expresión, mientras que el 100% de los casos EBV+ positivos mostraron una expresión intermedia (10-50%). En contraste, los subtipos CIN y GS presentaron una expresión predominantemente baja o negativa. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la expresión de PD-L1 y la clasificación molecular (p=0,76).

CONCLUSIONES: Los subtipos MSI-H y EBV+ mostraron una mayor expresión de PD-L1, lo que los posiciona como candidatos potenciales para inmunoterapia con inhibidores de PD-1/PD-L1. En cambio, los subtipos CIN y GS presentaron una baja expresión, lo que sugiere una menor eficacia de este tratamiento en monoterapia. A pesar de la falta de una asociación estadísticamente significativa, los hallazgos refuerzan la necesidad de integrar múltiples biomarcadores en la selección de pacientes para optimizar la terapia personalizada en carcinoma gástrico.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PANEL MULTIGÉNICO POR RT-PCR COMO ALTERNATIVA A LA NGS EN EL CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA.

Iglesias De Ussel Galarreta, Irene; Concha López, Ángel
Presentador: Iglesias De Ussel Galarreta, Irene

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI (LUGO)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) constituye el grupo de tumores con mayor número de dianas terapéuticas identificadas, algunas con utilidad clínica desde estadios precoces. El diagnóstico molecular es una obligación para ofrecer la mejor opción terapéutica y debe aplicarse lo más ampliamente posible. Las directrices de la ESMO recomiendan el uso rutinario de pruebas de NGS multigénicas en la práctica clínica diaria en pacientes con CPCNP no escamoso avanzado. En general, existe consenso sobre la necesidad de determinar EGFR, BRAF, ALK, ROS1, KRAS, MET, RET y ERBB2/HER2 e incluso PDL1. La NGS es la base para la identificación de la mayoría de las alteraciones actuales que se pueden tratar con fármacos, ofreciendo una ventana única hacia alteraciones novedosas y mecanismos de resistencia de novo y adquiridos. Sin embargo, la ausencia de tejido suficiente disponible para la extracción de ácidos nucleicos o la necesidad de un tiempo de respuesta rápido, plantean la necesidad de buscar diferentes enfoques eficaces. En este escenario destaca el panel multigénico de RT-PCR, que requiere menos pasos y cantidades más pequeñas de ADN/ARN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan los resultados de varios estudios publicados en los cuales se evalúa el rendimiento de la NGS y de la PCR-RT (AmoyDx) en pacientes con CPCNP con un volumen de muestra suficiente para realizar simultáneamente ambas detecciones. Se analizan las tasas de éxito y detección de ambas pruebas.

RESULTADOS: En general, el panel multigénico de RT-PCR mostró tasas de éxito más altas, tasas de fracaso más bajas y un tiempo de respuesta más corto que NGS, lo que indica el potencial de un análisis exitoso incluso con cantidades de ADN y ARN que no tolerarían el análisis NGS. En la comparación del rendimiento entre RT-PCR y NGS, se ha demostrado que la tasa de concordancia general es de casi el 99% para cada mutación de punto caliente y gen de fusión. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que también existen mutaciones impulsoras específicas prometedoras que la RT-PCR por sí sola no detectará porque cubre menos variantes.

CONCLUSIONES: Realizar un diagnóstico molecular adecuado es una obligación para proporcionar el mejor tratamiento a cada paciente y debe llevarse a cabo siempre que sea posible, evaluando cuidadosamente la estrategia de prueba más razonable. Las pruebas de NGS amplias pueden proporcionar información, que, a menudo, excede los requisitos necesarios para tomar decisiones, pueden exceder los tiempos de respuesta recomendados y requieren una cantidad determinada de ADN/ARN. La RT-PCR requiere menos pasos, lo que lleva a un tiempo de respuesta más corto, y se espera que el análisis se pueda realizar con menores cantidades de ácidos nucleicos y con un bajo contenido tumoral. La RT-PCR multigénica permite la identificación rápida de un amplio panel de alteraciones moleculares clínicamente relevantes más comunes, mientras que la NGS parece ser el gold estándar para la elaboración de perfiles genéticos extensos y podría utilizarse cuando las pruebas genéticas simples no hayan identificado ningún cambio genético. Por lo tanto, los paneles de RT-PCR multigénica parecen ser una buena alternativa a los paneles de NGS y pueden considerarse como métodos de detección debido a su universalidad, simplicidad metodológica, coste y corto tiempo de análisis, estimándose una herramienta de búsqueda de mutaciones genéticas prometedora en casos de CPCNP, donde las decisiones de tratamiento deben tomarse lo más rápido posible.

DETERMINACIÓN DE KRAS POR SISTEMA IDYLLATM: ¿ESTABLECER UN RANGO DE CQ Y ?CQ MEJORA LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS?

Ugarte Chicote, Javier; Ávila Juanpere, Alba; Díaz Hernández, María Luisa; Goyda, Elena; García Puyo, Monserrat; Roca Pedret, Sandra; Vives Piñas, Alfred; Casafont Jiménez, Meritxell; Gené Hijos, Miriam
Presentador: Ugarte Chicote, Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La detección de mutaciones de KRAS con el sistema IdyllaTM (Biacartis) es una técnica ampliamente utilizada por su fácil manejo. Este sistema realiza una qPCR multiplex capaz de detectar mutaciones con frecuencia alélica (FA) al 5% en muestras con una determinada cantidad mínima de tejido y 10% de tumor. La qPCR amplifica tanto un fragmento conservado del gen KRAS (KRAS_{tot}) que representa una medida de la cantidad de ADN amplificable en la muestra, como de fragmentos susceptibles de estar mutados (KRAS_{mut}). Ambos parámetros se determinan con el valor de ciclo de cuantificación (Cq): Cq KRAS_{tot} y Cq KRAS_{mut}. La diferencia entre ambos valores (?Cq_{mut}) indica si la determinación es correcta ya que ?Cq_{mut} debe estar dentro de un rango ya predefinido por el sistema. Dado que el sistema detecta Cqs de otras mutaciones que representan señal de fondo (Cq KRAS_{fson}), el sistema dará por defecto como válido el ?Cq_{mut} de menor valor. Con el Cq KRAS_{fson} y el Cq KRAS_{tot} se puede calcular manualmente un ?Cq_{fqn}. Desafortunadamente, a día de hoy, los rangos de estos parámetros no están del todo definidos y esto puede dar lugar a falsos negativos (FN) y positivos (FP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde el año 2020 hasta mitad de 2022 se analizaron los valores Cqs de las determinaciones de KRAS realizadas con el sistema IdyllaTM en nuestro centro (M20_22). 10 de estas determinaciones mutadas fueron secuenciadas como técnica ortogonal. A partir de los datos recogidos se predefinieron valores de Cq y ?Cq orientativos para considerar resultados válidos, FP y FN. Estos criterios se aplicaron posteriormente a las determinaciones realizadas entre mitad de 2022 hasta primer trimestre de 2025 (M22_25).

RESULTADOS: M20_22 (n=170) tuvo una media de KRAS_{tot} de 22.57±2.42 (min:18.20; max:30.50) en las determinaciones con resultados no mutados (n=69) y de 22.89±2.45 (min:17.90; max:29.74) en mutados (n=101). Ambos casos con Cq del 95% de las determinaciones en el rango 18-26. En las determinaciones de no mutados, KRAS_{fson} de menor valor tuvo un Cq medio de 34.06±3.16 (min:29.18; max:43.77; 90% casos Cq>31); y en las determinaciones de mutados, KRAS_{mut} tuvo una media de 26.50±3.01 (min:20.27; max:32.72; 90% casos Cq entre 22-30). En el caso del ?Cq_{fqn} la media fue de 11.49±2.14 (min:4.40; max:15.80; 90% casos Cq>9); y en ?Cq_{mut} de 3.60±1.59 (min:0.26; max:9.12; 90% casos Cq>6). De los mutados, 10 casos con Cqs KRAS_{tot} entre 18.9-24.9 y ?Cq_{mut} entre 1.4-11.5 se secuenciaron. Aquellos con ?Cq_{mut}<6 mostraron FA entre 9.9-55, los de ?Cq_{mut} de 6 y 7.6 mostraron FA alrededor de 1.5, y aquellos con ?Cq_{mut}>9 no fueron detectados.

M22_25 (n=349) no mostró diferencias significativas en ninguno de los parámetros analizados en M20_22. En este caso, aquellas determinaciones no mutadas con KRAS_{tot} Cq>26 fueron repetidas con una mayor cantidad de material. En los casos donde el Cq bajó dentro del rango 18-25, el 50% (n=4) de las determinaciones detectó mutación en KRAS con un rango de ?Cq_{mut} entre 4.4-6.6.

CONCLUSIONES: En los casos no mutados, valores de Cq KRAS_{tot} superiores a 26 podrían ser falsos negativos por baja cantidad de material de partida y se recomienda repetir la determinación con una mayor cantidad. En los casos mutados, el valor de ?Cq_{mut} puede completar el análisis para descartar verdaderos positivos (?Cq_{mut}<6) de posibles positivos de baja frecuencia alélica o negativos (?Cq_{mut}>6). En el caso donde el Cq no pueda bajarse de 26 en los no mutados o el mutado tenga un ?Cq_{mut}>6 se recomienda realizar una técnica ortogonal.

IMPLANTACIÓN DEL PANEL ONCOMINE PRECISION ASSAY PARA EL ESTUDIO DE BIOMARCADORES DEL CARCINOMA NO CÉLULA PEQUEÑA PULMONAR. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Andujar Sanchez, Miguel; Fraile Bethencourt, Maria Eugenia; Galeano Reyes, Silvio Antonio; Lacerenza , Serena; Domazetovski , Ivan; Santana Verano, Maria De Los Milagro; Camacho Garcia, M. Del Carmen; Benitez Lopez, Gretel; Estival Gonzalez, Anna; Rodriguez Abreu, Delys

Presentador: Andujar Sanchez, Miguel

COMPLEJO HOSPT. UNIV. INSULAR MATERNO INFANTIL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de fármacos dirigidos a mutaciones específicas ha hecho del diagnóstico molecular una necesidad en la rutina clínica del carcinoma no célula pequeña pulmonar (CPNPCP), no escamoso. Todas las guías clínicas nacionales e internacionales recomiendan el uso de paneles de secuenciación masiva (NGS) para la detección de biomarcadores que modulen la terapia de los pacientes de esta patología. Nuestro servicio incorporó el panel Oncomine Precision Assay (OPA, Thermo Fisher®) en la rutina de laboratorio en el área de patología molecular, para el diagnóstico de todos los casos de CPNPCP, no escamoso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre septiembre de 2023 y diciembre de 2024 se estudiaron 236 muestras de material incluido en parafina de carcinoma no célula pequeña pulmonar. La extracción de ácidos nucleicos se ha realizado siguiendo las indicaciones del kit RecoverAll™ Multi-Sample RNA/DNA (Thermo Fisher®). Se presentan las alteraciones más relevantes del análisis genético realizado con el OPA.

RESULTADOS: Las 236 muestras de carcinoma no célula pequeña pulmonar, no escamoso corresponden a 136 hombres y 100 mujeres. El 80.5% de ellos (190 casos) presentaron algún tipo de alteración genética. Se detectaron variantes de nucleótido único o inserciones-delecciones (SNV/Indel) en 169 casos (89%): TP53 (32.7%), KRAS (30.9%), EGFR (14.7%), PIK3CA (3.2%), FGFR3 (2.3%), MET (1.8%), ERBB2 (1.4%), NRAS (1.4%). Las alteraciones del EGFR más frecuentemente detectadas son EX19del (56.2%) y L858R (28.1%). Las mutaciones de KRAS se distribuyen en el exón 2 en el 89.5% de los casos, siendo la G12C la más prevalente (38.8%), al que le siguen G12V (22.4%) y G12D (16.4%). Por último, las mutaciones de TP53 se agrupan en los exones incluidos en el panel (5 al 8) siendo las R278L/WQ y R273L/H las más frecuentes. 27 casos (14%) presentan alteraciones en el número de copias (CNVs) principalmente: FGFR3 (5.8%), ERBB2 (2.6%), EGFR (2.1%), KRAS (2.1%) y MET (1.6%). Las alteraciones estructurales se presentan en 19 casos (10%) siendo la pérdida del exón 14 de MET (3.7%, 7 casos) la más frecuente a la que siguen ALK (2.6%, 5 casos), RET (1.6%, 3 casos) y un solo caso (0.5%) para cada uno de los siguientes genes FGFR3, NRGI, NTRK1 y ROS1.

CONCLUSIONES: El panel OPA es útil para el diagnóstico molecular del carcinoma no célula pequeña de pulmón (no escamoso). La mayoría de los casos presentan alteraciones moleculares en genes "drivers" (80.5%), encontrándose 78.3% de ellas en TP53, KRAS y EGFR. TP53 presenta variantes ampliamente distribuidas, siendo R278L/WQ y R273L/H las más frecuentes. El 90% de las variantes de KRAS están en el exón 2 (G12C, G12V). Las variantes EX19del y L858R representan el 84% de los hallazgos encontrados en EGFR. Un 10% de las muestras presentan alteraciones estructurales siendo el "skipping" del exón 14 de MET la más frecuente, seguida de ALK. FGFR3 y ERBB2 son los genes más frecuentemente amplificados.

PUESTA A PUNTO DEL ANÁLISIS DE LA MUTACIÓN D816V DEL GEN CKIT MEDIANTE PCR DIGITAL PARA DIAGNÓSTICO DE MASTOCITOSIS

Mendez Fortes, Ariadna; Muñoz Ventura, Anaís; Mares , Rosó; Esteve, Maria; Mocchi , Tomas; Valera , Sandra; Lindo , Esmeralda; Juarez , Cecilia; Ferrer , Berta; Hernandez Losa, Javier

Presentador: Mendez Fortes, Ariadna

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Inicialmente el término telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP) se refería a un tipo de urticaria pigmentosa con importante componente vascular. Posteriormente se han descrito otras telangiectasias bajo el nombre de TMEP, sin ser mastocitosis, por lo que la OMS ha eliminado este término por su ambigüedad. Uno de los criterios menores definidos para establecer el diagnóstico de mastocitosis cutánea se basa en la presencia de mutaciones del gen KIT (D816V). El objetivo es estudiar la mutación en la piel de pacientes con telangiectasias, previamente diagnosticados de TMEP, y compararlo con el grupo control de mastocitosis cutánea maculopapular (MCMP), con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico de mastocitosis mediante la PCR digital (dPCR), un método con alto nivel de sensibilidad y especificidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha extraído ADN de 39 bloques de parafina con el uso del kit COBAS "DNA sample preparation kit" y posteriormente se cuantificaron por Qubit™, obteniendo unas concentraciones entre 0.2-28ng/7l. Estas muestras correspondían a biopsias de piel sana o diagnosticadas de mastocitosis cutánea, Telangiectasia Macular Eruptiva Perstans (TMEP) o melanoma. Se analizaron mediante dPCR con el sistema AbsoluteQuant Studio (ThermoFisher) utilizando un ensayo customizado (ID custom-4331349) capaz de detectar la presencia de la mutación c.2447A>T D816V del gen KIT mediante marcaje fluorescente con FAM, mientras que la secuencia no mutada (WT) se marca con VIC. En las muestras previamente diagnosticadas de mastocitosis cutáneas, se detectó la presencia de la mutación D816V, permitiendo establecer el límite de detección del ensayo "limit of detection (LOD)" en un 0.1% de VAF (frecuencia alélica de la variante) diluyendo el ADN mutado en diferentes proporciones con ADN WT.

RESULTADOS: Se analizaron 6 muestras diagnosticadas de mastocitosis cutáneas que confirmaron la presencia de la mutación D816V con una VAF media de 4.16% (Desviación Standard de ± 2.84). Posteriormente, se analizaron ADN de 15 muestras de piel normal (n=5) o melanomas cutáneos (n=10) no detectándose la mutación en ninguna de ellas, estableciendo así la especificidad de la técnica. Finalmente, de las 18 muestras restantes diagnosticadas previamente de TMEP, 1 de ellas resultó inválida por una baja cantidad y calidad del ADN, y el resto (n=17), con concentraciones entre 0.2 y 20ng/ μ l, y una media de eventos detectados de 2118 [224-3428], no se presenció la mutación.

CONCLUSIONES: La determinación de la mutación D816V mediante dPCR ha mostrado tener una alta sensibilidad analítica, estableciendo el LOD del 0.1% de VAF, siendo muy superior a las técnicas convencionales de secuenciación Sanger, además de presentar una alta especificidad. Asimismo, el empleo de esta metodología aporta ventajas adicionales, como la reducción del tiempo de respuesta (horas), la necesidad de cantidades mínimas de ADN, así como una baja tasa de muestras inválidas por baja calidad o cantidad de ADN.

En conclusión, se confirma la ausencia de mutaciones D816V del gen KIT en las lesiones inicialmente diagnosticadas como TMEP, sugiriendo que dichas telangiectasias tengan una etiología diferente a la de mastocitosis cutáneas telangiectásicas, siendo en estos casos la detección de la mutación D816V una herramienta clave para establecer un diagnóstico más preciso.

NGS Y LA CALIDAD DE MUESTRAS EN CITOBLOQUE

Rodríguez Martínez, Ana Belén; Castro Amo, Erika; Saiz Camín, Mónica; Marcos Muñoz, Aitziber; Sánchez Terreros, Ainhoa; Maguregui Jiménez, Aiala; Esteve Sendra, Alicia; Andrés Álvarez, Leire

Presentador: Rodríguez Martínez, Ana Belén

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES- OSAKIDETZA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La implantación de técnicas moleculares basadas en la reacción en cadena de la polimerasa ha puesto de manifiesto la importancia del procesamiento, tratamiento y manejo preanalítico de las muestras, previa fijación e inclusión en parafina. En abril del año 2023 se instauró la secuenciación masiva (NGS) en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces para el análisis de biopsias y citologías de varias neoplasias malignas en estadios avanzados. Tras dos años de manejo de la técnica se observó que un alto número de muestras degradadas correspondían a muestras citológicas. El objetivo del presente trabajo es identificar los factores implicados en este proceso para introducir medidas correctoras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de los parámetros de calidad de las muestras citológicas analizadas mediante NGS entre mayo 2023 y febrero de 2025. Los parámetros seleccionados fueron lecturas mapeadas y tamaño del amplicón de los ácidos nucleicos ADN y ARN. Se establecieron como valores límites de lecturas mapeadas 10E6 y 9E4, y de tamaño medio de lectura 90 pb y 80 pb para ADN y ARN, respectivamente. Se definió muestra degradada aquella con valores inferiores a los valores límites; muestra no degradada aquella con valores superiores, y muestra equívoca aquella con uno de los dos parámetros por debajo de los límites definidos. Los factores valorados fueron, entre otros, el medio de preservación de la muestra.

RESULTADOS: Se realizaron 1216 determinaciones de NGS de tres hospitales. El 19.7% (n=239) fueron muestras citológicas, de las cuales, el 91.2 % (n=218) correspondieron a metástasis de origen pulmonar. De éstas, el 23.8% (n=57) mostraron perfil de ARN degradado y el 13.8% (n=31) fueron muestras equívocas. Las muestras citológicas fueron preservadas en solución tamponada con base de metanol y en formol. El análisis Chi-cuadrado del número de citologías degradadas mostró diferencias significativas entre los centros hospitalarios donde las muestras fueron procesadas.

CONCLUSIONES: La preservación de biopsias y citologías constituye uno de los pilares fundamentales en los servicios de Anatomía Patológica. Uno de los factores de influencia en la calidad del ARN identificado es la solución preservante. La importancia del protocolo de fijación de citologías no ha sido relevante hasta la implantación de la NGS, debido a la ausencia de interferencias en las técnicas inmunohistoquímicas.

TIPS PARA LA OPTIMIZACIÓN Y PUESTA A PUNTO DE ANTICUERPOS EN INMUNOHISTOQUÍMICA

Gomez Ochoa, Marta; Barba Ramos, Edurne; Mendoza Lizalde, Eliane; Gorriç Suescun, Itxaso

Presentador: Gomez Ochoa, Marta

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El estudio de nuevos marcadores tumorales hace que en los laboratorios de anatomía patológica sea necesaria la incorporación de nuevos anticuerpos en nuestra práctica diaria. Estos nuevos reactivos habitualmente son de investigación y es necesario realizar unas pruebas hasta poder verificar que el resultado obtenido es el adecuado. Este proceso en ocasiones puede resultar complicado, por lo que es muy útil tener unas pautas que agilicen el trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS: El primer punto a tener en cuenta son los equipos utilizados para realizar la técnica de inmunohistoquímica, puesto que cada casa comercial tiene unos protocolos que se deben conocer antes de comenzar con la puesta a punto. En nuestro caso hemos trabajado con Leica y con Roche. Será necesario tener a mano el datasheet del anticuerpo para acceder a las recomendaciones del fabricante, o en su defecto alguna publicación que nos aporte información. El primer paso es hacer una primera prueba, en un tejido positivo para el marcador a poner a punto, con las indicaciones que nos proporcione el datasheet, tanto de concentración de anticuerpo, en los casos de anticuerpos concentrados, como de recuperación antigénica. Sobre la concentración del anticuerpo, en caso de que el fabricante no indique una concreta, pero si un rango, lo adecuado es comenzar por una dilución intermedia o un poco más diluida. En caso de no tener ninguna indicación, la dilución recomendada, por nuestra experiencia, para comenzar es 1:100. El tiempo de incubación del anticuerpo en el tejido varía entre equipos, en Leica lo estándar son 20 minutos y en Roche entre 32 y 44 minutos. La recuperación antigénica es un paso muy importante para el tejido incluido en parafina, y va a depender mucho del equipo utilizado. Nuestra recomendación es comenzar con una recuperación mediante buffer de pH básico (en torno a pH9). Para obtener una mayor intensidad se puede cambiar a un pH6. El tiempo oscila, en Leica entre 15-20 minutos y en Roche entre 56-72 minutos. La temperatura siempre va marcada por el equipo.

RESULTADOS: En caso de que no se marquen todas las estructuras deseadas, lo recomendado en primer lugar es incrementar la recuperación antigénica. Si esto no funciona modificar el tiempo, y como último paso cambiar el pH. Cuando en la tinción se observan todas las estructuras teñidas, pero con una intensidad débil puede deberse a dos parámetros: una escasa recuperación antigénica o un tiempo corto de incubación del anticuerpo. El primer paso es aumentar la recuperación antigénica, y si esto no es suficiente, aumentar el tiempo de incubación. Cuando el resultado nos proporciona una tinción de fondo, es necesario rebajar la recuperación antigénica que esta haciendo que estructuras que no son la diana se marquen. En caso de que en las primeras pruebas no se consiga ningún resultado o la tinción obtenida muestre un patrón erróneo lo recomendado es cambiar de fabricante de anticuerpo.

CONCLUSIONES: El proceso de puesta a punto de anticuerpos en los laboratorios de Anatomía Patológica cada vez es más habitual dado el aumento de marcadores tumorales estudiados. Facilitar y agilizar mediante tips y pautas este proceso es muy importante tanto para ofrecer unos resultados adecuados y actualizados como para disminuir la alta carga laboral en los servicios.

Inmunohistoquímica

1975

ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE TP53 CON EL PERFIL MUTACIONAL EN TUMORES SÓLIDOS

Román Lladó, Ruth; Martínez, Elisabeth; García Peláez, Beatriz; Rodríguez, Sonia; Jordana, Núria; Aldeguer, Erika; Aguilar, Andrés; Rosell, Rafael; Molina, Miguel Angel; Aguado, Cristina
Presentador: Román Lladó, Ruth

PANGAEA ONCOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEXEUS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El gen TP53 es el más frecuentemente mutado en cáncer, entre un 10-80% en tumores sólidos. La proteína p53 es un factor de transcripción que se une al ADN regulando procesos clave como la reparación del ADN, el metabolismo, el paro del ciclo celular, la apoptosis y la senescencia. Las mutaciones en TP53 descritas en la literatura incluyen mutaciones de cambio de aminoácido, sin sentido, intrónicas, inserciones y deleciones. No todas las mutaciones producen el mismo efecto sobre la expresión de la proteína o del ARN, ni en la actividad transcripcional de p53. Varios estudios han analizado la asociación del tipo de mutación con la expresión de la proteína, pero se sabe menos sobre la asociación de mutaciones y niveles de ARN. En este estudio presentamos la comparación entre niveles de ARN de TP53 y el tipo de mutación en una extensa cohorte de pacientes con tumores sólidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó un panel de nCounter personalizado (NanoString Technologies) diseñado para detectar los niveles de expresión de ARNm de TP53 (y otros 40 genes) en muestras fijadas en formalina e incluidas en parafina (FFPE). Las cuentas correspondientes a la sonda se normalizaron utilizando los negativos y los genes de expresión constitutiva. Los valores de corte para los niveles altos de expresión se establecieron como el promedio más dos veces la desviación estándar de los valores normalizados de las muestras y para los niveles bajos con el promedio menos una desviación estándar. Las mutaciones en TP53 se detectaron utilizando secuenciación masiva (NGS) con un panel que incluía los exones del 2 al 10. La inmunohistoquímica se realizó con el clon DO-SP44 (Roche) en un sistema de tinción de tejidos automatizado Bench-Mark ULTRA. Se consideraron tres patrones, patrón nulo con ausencia de expresión, patrón mutado con más del 75% núcleos tumorales con expresión intensa y patrón no mutado con expresión débil o moderada.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 414 pacientes con tumores sólidos de diferentes estadios, 250 de ellos con cáncer de pulmón y el resto con otras patologías. En 241/414 (58%) casos se detectaron mutaciones de TP53, siendo las más frecuentes las mutaciones de cambio de aminoácido (n=166/414, 40%), seguidas de las mutaciones sin sentido por cambio de nucleótido o pauta de lectura (n=54/414, 13%) y las mutaciones intrónicas, deleciones e inserciones en marco (n=21, 5%). El análisis por nCounter reveló niveles altos del TP53-ARN en 18/414 casos (4%) y bajos en 58/414 (14%). Se observó una expresión significativamente menor de TP53-ARN en las muestras con mutaciones sin sentido respecto a las de cambio de aminoácido o las wt ($p<0.0001$, Kruskal-Wallis test). A este respecto, 30/58 (52%) de las muestras con expresión baja de TP53-ARN presentaban mutaciones sin sentido. En cambio, 16/18 (89%) casos con niveles altos eran wt o tenían mutaciones de cambio de aminoácido. En las muestras restantes aparecía la misma mutación intrónica. Finalmente, el análisis inmunohistoquímico de 12 líneas celulares reveló que los niveles de TP53-ARN se asociaban con los niveles de proteína.

CONCLUSIONES: Las mutaciones sin sentido de TP53 se asocian con niveles bajos de TP53-ARN en tumores sólidos. En muestras wt o con otros tipos de mutación, la expresión de TP53-ARN es muy variable. La determinación de los niveles de ARN puede contribuir a caracterizar el efecto de los distintos tipos de mutaciones de TP53.

Inmunohistoquímica

2216

SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN (NGS)

López Overa, Sonia; Ramírez Blanquet, Ana; Velázquez Borja, Remedios
Presentador: López Overa, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Se trata de un término genérico, que surgió para englobar una gran cantidad de técnicas de secuenciación de gran utilidad para la clínica del paciente. Es un método de productividad elevada que se usa para determinar una porción de la secuencia de nucleótidos del genoma de un individuo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las técnicas de secuenciación NGS, previa extracción de ADN o ARN, generan principalmente, tres tipos de ficheros: FASTQ, SAM/BAM (alineamiento) y VCF (anotación). Con esta técnica analizamos ácidos nucleicos y detectamos e identificamos tanto microorganismos como diferentes genotipos dentro de una misma especie y genes que resisten al tratamiento farmacológico. Un aspecto importante en la NGS es el número de veces que se lee cada nucleótido. El diseño de paneles de NGS debe garantizar una adecuada cobertura en todos los genes analizados

RESULTADOS: Con la realización de estas técnicas se obtiene información muy útil para el tratamiento de ciertos subtipos de tumores y seguimiento clínico de los pacientes. A la vez se optimiza el examen de dicha muestra completando el estudio patológico y molecular del tumor.

CONCLUSIONES: Es idóneo para un sin fin de estudios a gran escala imposibles de abordar con ningún otro tipo de tecnología existente hasta la fecha. La gran capacidad de estas tecnologías para generar datos genómicos va a incrementar significativamente la información genética asociada que disponemos en la actualidad. No cabe duda de que esta secuenciación de nueva generación continuará siendo una herramienta valiosa desentrañando los misterios del genoma humano y mejorando la atención sanitaria.

Inmunohistoquímica 1606

BIOPSIA LÍQUIDA: REVISIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA DURANTE 5 MESES

Ramos Mejido, Susana; Bernal Florindo, Irene; Molina Jiménez, Lucía; Díaz Estrade, Beatriz; Garzón Prieto, Belén; Navas García, Natalia; García Rojo, Marcial
Presentador: Ramos Mejido, Susana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La biopsia líquida se presenta como una herramienta de análisis de células tumorales o productos de las mismas en fluidos biológicos como la sangre. Incluye el análisis de células tumorales circulantes (CTC), ADN tumoral circulante (ctDNA) y vesículas extracelulares (EVs), ofreciendo un complemento y alternativa a las biopsias de tejidos tradicionales. Se han desarrollado diversas tecnologías para el análisis de los componentes de la biopsia líquida, como PCR digital, BEAMing, NGS, entre otras. Ha tomado un papel fundamental en la actualidad, dado el amplio rango de aplicaciones clínicas que ofrece.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos los resultados de 36 estudios de biopsia líquida (muestras de sangre periférica en tubos EDTA de 10 ml), mediante secuenciación (NGS con tecnología Illumina y panel Targeted Liquid Biopsy Oncokit), realizadas en nuestro centro, desde octubre de 2024 a la actualidad. Para el análisis bioinformático se usó la herramienta informática Data Genomics.

RESULTADOS: De los 36 pacientes estudiados, 14 son mujeres y 22 varones, con una media de edad de 61 años (desde 38 a 84), la mayoría con cáncer de pulmón (31, principalmente adenocarcinomas estadio IV) y el resto corresponden a: cáncer de mamá (1), de glándula salival (1), timo (1), vía biliar (1) e intestino grueso (1). Se han identificado variantes patogénicas de potencial utilidad clínica en 20 pacientes: 6 SNVs en el exón 2 de KRAS (2 en G12C con nivel de evidencia T1,R1), 5 en EGFR (3 en el exón 19 y 2 en el 21, todas T1,R1) y 2 en el exón 1 de ERBB2 (T1,R1,P1). Se detectaron también SNVs en ROS1, NRAS, ALK y PIK3CA, con niveles de evidencia II. En los 16 pacientes restantes no se detectaron alteraciones de potencial utilidad clínica. Además, 6 pacientes contaban con estudio de NGS en tejido tumoral, hallándose concordancia en 3 casos: un EGFR, un KRAS y en el tercer caso, no se detectaron alteraciones en ninguno de los 2 estudios. En los 3 casos discordantes, se detectaron alteraciones en tejido tumoral, pero no en el estudio de biopsia líquida, solo uno de ellos con alto nivel de evidencia (exón 19 de EGFR).

CONCLUSIONES: La biopsia líquida se presenta como una alternativa mínimamente invasiva para la detección y seguimiento del cáncer. Aunque presenta múltiples ventajas, enfrenta desafíos en términos de estandarización, sensibilidad y coste-efectividad. En nuestra experiencia, la biopsia líquida ha supuesto un complemento para definir el fenotipo molecular de la enfermedad, monitorizar respuesta a tratamiento y evolución de clones del tumor, una ayuda para seleccionar estrategias de tratamiento o para participación en ensayos clínicos, por lo tanto, podemos confirmar que sí tiene impacto en el manejo clínico, sobre todo de los pacientes con cáncer de pulmón.

Inmunohistoquímica 1914

CLAUDINA 18 EN CÁNCER GÁSTRICO

Partido Lopez, Maria De Las Mercedes; Arias Leal, Ana Maria; Sanchez Sanchez, Beatriz; Ortiz Gonzalez, Angela; Mendo Rubiales, Almudena; Paniagua Quiñones, Beroe Maria; Heras Berraco, Angelica; Redondo Santibañez, Almudena; Luengo Criado, Ana Belen; Gutierrez Bustos, Maria Irene
Presentador: Partido Lopez, Maria De Las Mercedes

HUC

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Claudina 18.2 (CLDN18.2) es una proteína de unión estrecha expresada predominantemente en el epitelio gástrico normal. Su sobreexpresión se ha asociado con diversos cánceres gastrointestinales, especialmente el adenocarcinoma gástrico y de la unión gastroesofágica (GEJ). La identificación precisa de CLDN18.2 en tejidos tumorales es crucial para seleccionar pacientes que podrían beneficiarse de terapias dirigidas, como el zolbetuximab. En este contexto, Roche ha desarrollado el ensayo VENTANA® CLDN18 (43-14A) para la detección inmunohistoquímica de CLDN18.2.

MATERIAL Y MÉTODOS: El ensayo VENTANA® CLDN18 (43-14A) es un anticuerpo monoclonal de ratón diseñado para detectar la proteína CLDN18 en tejidos neoplásicos fijados en formol e incluidos en parafina. La validación del ensayo se llevó a cabo utilizando muestras de pacientes con adenocarcinoma gástrico o GEJ. Las secciones tisulares se sometieron a tinción inmunohistoquímica automatizada en el instrumento BenchMark ULTRA de Roche, empleando el kit de detección OptiView DAB IHC. La expresión de CLDN18.2 se evaluó mediante la observación de la tinción de membrana en células tumorales, considerando positividad cuando ≥75% de las células mostraban tinción moderada a fuerte.

RESULTADOS: En los estudios clínicos SPOTLIGHT y GLOW, el ensayo VENTANA® CLDN18 (43-14A) se utilizó para seleccionar pacientes con tumores CLDN18.2 positivos. De los pacientes evaluados, aproximadamente el 38% presentaron alta expresión de CLDN18.2, cumpliendo con el criterio de positividad definido. Estos pacientes fueron elegibles para recibir tratamiento con zolbetuximab en combinación con quimioterapia, mostrando una reducción del 25% al 31% en la progresión de la enfermedad o muerte en comparación con el grupo control.

CONCLUSIONES: El ensayo VENTANA® CLDN18 (43-14A) de Roche ha demostrado ser una herramienta diagnóstica eficaz para la detección de la expresión de CLDN18.2 en adenocarcinomas gástricos y de la GEJ. Su implementación en la práctica clínica permite identificar a pacientes que podrían beneficiarse de terapias dirigidas contra CLDN18.2, mejorando así las opciones terapéuticas y los resultados clínicos en esta población.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MUTACIONAL DE IDH1/2 MEDIANTE DIFERENTES TÉCNICAS

González Muñoz, Jose Francisco; Ortega Albiach, María; Navasquillo Alos, María; Facila De La Esperanza, Rubén; Bolea Cortina, Aitana; Agustí Martínez, Jaime; Martínez Ciarpaglini, Carolina; Ferrández Izquierdo, Antonio
Presentador: González Muñoz, Jose Francisco

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El estado mutacional de IDH1/2 es clave para el correcto diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de gliomas, colangiocarcinomas o condrosarcomas, entre otros. Las mutaciones de IDH1 más frecuentes suelen ocurrir en el codón R132 (la variante R132H en el 80% de gliomas, y la variante R132C en el 40% de condrosarcomas y el 13,9% de colangiocarcinomas), mientras que las alteraciones en IDH2 se encuentran en los codones R140 (10,5% de casos con leucemia aguda mieloide presentan la variante R140Q) y R172 (R172K en el 5,2% de colangiocarcinomas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Con el objetivo de evaluar la sensibilidad y especificidad de diferentes técnicas diagnósticas, se realizó un estudio retrospectivo en el que se comparó el estado mutacional de IDH1/2 mediante inmunohistoquímica (IHQ) IDH1 R132H, el kit automatizado de PCR a tiempo real Idylla™ IDH1-2 Mutation Assay (RT-PCR) IDH1 codón 132, y codones 140 y 172 de IDH2) y paneles de secuenciación masiva (NGS) (exón 4 de IDH1 y exón 4 de IDH2), considerando ésta última la técnica de referencia, en 60 biopsias de diferentes tipos tumorales secuenciadas en nuestro centro entre marzo de 2020 y diciembre de 2024.

RESULTADOS: El 43,33% (26/60) de los casos presentaban una alteración en IDH1/2 por NGS. Tras el análisis de los datos obtenidos se observó que la especificidad de la IHQ y del kit automatizado de RT-PCR Idylla IDH1-2 fue del 100%. Sin embargo, la sensibilidad de la inmunohistoquímica fue del 65,38% mientras que la sensibilidad de la RT-PCR fue del 96,15% (un falso negativo). Respecto a los tiempos de respuesta, tanto en la IHQ como en la RT-PCR fue de menos de 1 día tras la solicitud de la técnica, mientras que el tiempo de respuesta en nuestro centro de la NGS fue de 11,68±6,94 días (mediana: 10 días).

CONCLUSIONES: Pese a que las técnicas utilizadas nos ofrecen elevadas especificidades a la hora de detectar alteraciones en IDH1/2, la baja sensibilidad de la IHQ es debida a que sólo reconoce la variante IDH1 R132H. Por otro lado, el kit automatizado de RT-PCR Idylla permite estudiar las regiones con alteraciones más frecuentes, mostrando un aumento de la sensibilidad respecto a la IHQ. Además, la tecnología Idylla es sencilla, rápida y de fácil interpretación por lo que podría implementarse en cualquier centro, y por tanto se puede instaurar en aquellos que no dispongan de paneles de NGS para complementar el estudio inmunohistoquímico de forma fiable.

CLDN18.2 COMO BIOMARCADOR EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y GASTROESOFÁGICO

Iglesias Conejero, Paula; Romero Ortiz, Ana Isabel; Márquez Lobo, Bégica; Iglesias Conejero, Lidia; Ceballos Miján, Nazaret; De Cabanyes Candela, Sara; García Martínez, Antonio; López Valdivia, Carlos Enrique; Cantero Campos, Miriam
Presentador: Iglesias Conejero, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La claudina 18.2 (CLDN18.2) es una proteína transmembrana perteneciente a la familia de las claudinas, esenciales en la formación de uniones estrechas entre células epiteliales. Estas uniones contribuyen a la regulación de la permeabilidad paracelular y al mantenimiento de la polaridad celular. En condiciones normales, CLDN18.2 está restringida al epitelio gástrico, donde su ubicación en las uniones estrechas la protegen de ser reconocida por el sistema inmunológico. Sin embargo, durante el proceso de carcinogénesis, estas estructuras pueden alterarse, exponiendo la proteína y permitiendo que se convierta en una diana terapéutica. En el contexto del adenocarcinoma gástrico y de la unión gastroesofágica (G/UGE), la CLDN18.2 ha surgido como un biomarcador relevante, especialmente en pacientes con tumores HER2 negativos.

MATERIAL Y MÉTODOS: La identificación de CLDN18.2 se basa en técnicas convencionales de tinción IHQ, utilizando anticuerpos específicos que pueden diferenciar esta isoforma de su homóloga CLDN18.1, predominante en el tejido pulmonar. Las muestras se preparan bajo estrictas condiciones preanalíticas, garantizando la calidad del tejido y la correcta fijación con formol. La técnica de IHQ utiliza anticuerpos específicos para CLDN18.2 y los resultados se evalúan considerando dos parámetros: Intensidad de la tinción de la membrana (escala de 0 a 3+) y Porcentaje de células tumorales teñidas. El punto de corte para dar el tratamiento es del 75%. Se seleccionaron en nuestro hospital muestras de 13 casos de adenocarcinomas G/UGE en el período de un mes para analizar la expresión de CLDN18.2 mediante inmunohistoquímica (IHQ).

RESULTADOS: En aproximadamente el 69,23% de los casos, más del 75% de las células tumorales mostraron tinción de intensidad moderada a intensa. Se evidencia una heterogeneidad intratumoral notable, observándose en un 80% de los tumores gástricos primarios y en un 33,33% de los tumores de la unión gastroesofágica. Además que en estos casos, el 92,31% presentaban HER2 negativo.

CONCLUSIONES: La expresión de CLDN18.2 en los adenocarcinomas gástricos y de la unión gastroesofágica subraya su importancia como biomarcador en este tipo de cáncer. Su alta conservación en metástasis y su exposición durante el proceso neoplásico lo convierten en una diana prometedora para terapias dirigidas, que puede beneficiar a un gran número de pacientes, en nuestro estudio el 69,23%. La implementación de CLDN18.2 en la práctica clínica, mediante técnicas estandarizadas de inmunohistoquímica, tiene el potencial de optimizar el tratamiento personalizado de los pacientes con adenocarcinoma G/UGE avanzado. Además, la alta concordancia entre tumores primarios y metástasis resalta su utilidad en el manejo integral de la enfermedad, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas.

Inmunohistoquímica

1550

NEOPLASIA INDIFERENCIADA DE PATRÓN EPITELIOIDE, CUANDO LA NGS NO ES SUFICIENTE.

Parra Tercero, Ana Rosa; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; García Rivas, Manuel; Ruiz Martín, Juan
Presentador: Parra Tercero, Ana Rosa

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias indiferenciadas son actualmente un grupo heterogéneo de entidades y un diagnóstico de exclusión, que no presentan una línea de diferenciación demostrable con la tecnología disponible en la actualidad. Morfológicamente, estas lesiones se asemejan a carcinomas metastásicos o melanomas pero en general carecen de características arquitecturales y citológicas. (1) A continuación presentamos un caso de neoplasia indiferenciada de patrón epitelioide.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 62 años, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón pobremente diferenciado en enero de 2022, en una biopsia de adenopatía, en otro centro de la región. El paciente fue tratado con esquema SBRT. En marzo de 2023 presentó progresión a nivel suprarrenal, se realizó suprarrenalectomía izquierda en la que se diagnosticó de linfoma indiferenciado de alto grado. Se inició tratamiento según esquema de R-EPOCHX2. En enero de 2024 acudió a urgencias con dolor abdominal y, tras una resección de intestino delgado, se diagnosticó recaída tumoral de su linfoma y comenzó tratamiento con esquema Rbenda. Tras dos ciclos administrados, volvió a presentar dolor abdominal y, en TAC, se confirma recaída de la enfermedad con masa retroperitoneal en el sitio teórico de la glándula suprarrenal izquierda. Se suspendió la quimioterapia y se realizó biopsia de masa retroperitoneal y resección intestinal. En junio del año 2024, recibimos el caso en el Hospital Universitario de Toledo, debido a la mala evolución.

RESULTADOS: En el estudio de la pieza de intestinal se identifica una proliferación neoplásica de aspecto mesenquimal, de patrón sólido con áreas alveolares y pseudonodulares, con células de aspecto epitelioide (raboide/plasmocitoide) de citoplasma amplio eosinófilo, núcleos atípicos, con un inmunofenotipo positivo para TFE3 y negativo para el resto de técnicas de inmunohistoquímica (CKAE13, CK5/6 CK34BE12, S100, SOX10, CD34, Ckit, ERG, D240, SALL4, CD56, Calretinina, NUT1, CD45, CD43, CD30, CD38, MUM1, CiclinaD1) Sin reordenamiento de cadenas ligeras Kappa/Lambda. Expresión de SMARCA4 e INI1 conservada. El estudio de IgH mediante PCR no detectó población monoclonal. Los hallazgos morfológicos fueron similares en todas las muestras evaluadas (pulmón, suprarrenal e intestino). Se realizó estudio de NGS (Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Fusion plex V.2) que resultó negativo, diagnosticado finalmente como neoplasia maligna de patrón epitelioide.

CONCLUSIONES: La presentación de neoplasias indiferenciadas en lugares atípicos, así como en pacientes mayores o cuando se evalúa por primera vez en zonas de metástasis, puede complicar el diagnóstico de algunas entidades.

Dentro de las neoplasias con expresión de TFE3 habría que considerar el sarcoma alveolar de partes blandas, los PEComas, un subgrupo de hemangioendotelomas epitelioides, un subgrupo de carcinomas renales, algunas neoplasias pancreáticas pseudopapilares sólidas y los tumores de células granulares malignos.

En conclusión, mostramos un caso de una neoplasia diagnosticada y tratada como carcinoma y linfoma, hasta que, dos años y medio después y a pesar de un estudio genético exhaustivo, no se pudo demostrar ningún tipo de diferenciación.

Inmunohistoquímica

1615

ANÁLISIS MOLECULAR DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN MUESTRAS RESIDUALES DE CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO

Alfaro Cervello, Clara; Antón Peñalver, Raquel; Ortega, María; González, José; Galindo González, Constanza; Arnau Sancho, Clara; Huerta, Marisol; Villagrana Manzano, Rosana; Mora Oliver, Isabel; Ferrández, Antonio
Presentador: Alfaro Cervelló, Clara

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA - INCLIVA. DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas es uno de los tumores más mortales y su incidencia está en aumento. Gran parte de los casos no son resecables en el momento del diagnóstico, ya que se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad (presentan infiltración vascular o metástasis a distancia). El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y la técnica más utilizada es la punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica (EUS-FNA). Habitualmente se emplea la citología en medio líquido (LBC), a partir de la cual es posible obtener bloques celulares. En otros tipos de tumor, como el cáncer de pulmón o las citologías ginecológicas, la muestra residual de la citología en medio líquido tras el diagnóstico es un material muy utilizado para el análisis molecular. Sin embargo, existen pocos estudios que describan su utilidad en el cáncer de páncreas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio revisamos retrospectivamente la calidad y los resultados de los estudios de biología molecular a partir de las muestras de LBC obtenidas mediante EUS-FNA de lesiones pancreáticas con diagnóstico de adenocarcinoma en nuestro centro desde 2020. En aquellos casos en los que fue posible, se prepararon también bloques celulares. El material residual de las muestras de LBC con diagnóstico de adenocarcinoma se almacenó para posibles solicitudes de estudios moleculares (NGS y determinación de inestabilidad de microsatélites (IMS) mediante RT-PCR). A partir de los resultados obtenidos en la práctica clínica comparamos la cantidad y la calidad del ADN y ARN de las muestras de LBC residual y los bloques celulares, así como su variación en función del tiempo de almacenamiento. Finalmente estudiamos las alteraciones moleculares determinadas en nuestra serie.

RESULTADOS: Se solicitaron estudios moleculares en 54 pacientes de un total de 268 pacientes diagnosticados mediante EUS-FNA y citología de adenocarcinoma de páncreas. La muestra de LBC residual fue la única disponible en 8 de estos pacientes. Los estudios moleculares se solicitaron entre 4 y 821 días tras el diagnóstico anatomopatológico. La concentración de ADN fue mayor en las muestras de LBC residual que en los bloques celulares ($p=0,0065$). El valor de MAPD (median absolute pairwise difference) fue significativamente menor en las muestras de LBC que en los bloques celulares ($p=0,0187$). El tiempo de almacenamiento de las muestras de LBC residual, de hasta 239 días, no afectó a la validez de la NGS. Las muestras de LBC residual proporcionaron una adecuada proporción de estudios válidos, tanto de NGS DNA como de IMS mediante RT-PCR, sin diferencias significativas con los bloques celulares. Concretamente, la NGS fue válida para el estudio de DNA en el 97,62% de las muestras de LBC. El análisis del RNA mostró menor porcentaje de estudios válidos, aunque sin diferencias significativas entre muestras de LBC residual (77,42%) y bloques celulares (63,64%).

Las mutaciones más frecuentemente detectadas fueron KRAS (85,4%), TP53 (29,27%) y CDKN2A (7,31%). No encontramos ninguna fusión en el ARN ni casos con IMS.

CONCLUSIONES: La muestra residual de LBC de lesiones pancreáticas es una muestra válida para el análisis molecular, que preserva la calidad y la cantidad de ADN y ARN. En algunos pacientes puede ser la única muestra disponible, por lo que es necesario asegurar su preservación para garantizar el acceso a terapias dirigidas contra dianas específicas que permitan mejorar el pronóstico del cáncer de páncreas.

Inmunohistoquímica 1769

GENOMIC VARIANT DISCREPANCIES BETWEEN TWO LIQUID BIOPSY NEXT-GENERATION SEQUENCING PANELS DESIGNED FOR LUNG AND COLON CANCER PATIENTS

Serrano Fernández, Maria Jose; Chulian , Sara; Molina , Maria Pilar; Exposito-Hernández , Jose; De Alava , Enrique; Valdivia , Javier; Fresno , Cristóbal; Denninghoff , Valeria; Lopez-Hidalgo , Javier
Presentador: Serrano , Maria Jose

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Circulating tumor DNA represents 10 to 0.01% of cfDNA. The study aims to analyze the performance of two NGS panels in the clinical application of lung and colon cancer in early and metastatic stages

MATERIAL Y MÉTODOS: Sixty samples of 30 mL blood were meticulously and rigorously recruited in EDTA tubes, with 15 samples per stage and tumor, 86% from xxx and 14% from xxx. To ensure the integrity of the samples, they were processed in darkness within four hours of extraction (20-22°C). Two centrifugations were performed: 10 min 1,800 g and 10 min 16,000 g. The cfDNA was purified with Maxwell® RSC System (cfDNA LV kit) and quantified with TapeStation 2200 Agilent (High Sensitivity D1000 kit) and Invitrogen™ Qubit (dsDNA HS Assay Kit). Panel A used a 75 bp paired-end sequencing design targeting 26 genes on NextSeq 500, while Panel B used a 150 bp paired-end sequencing design targeting 105 genes on NovaSeq 6000. Comparative descriptive statistics of the sequences were performed with FASTQC. The resulting variant calling files were compared to biologically relevant, well-known variants. Discrepant variants were manually assessed using Integrative Genome Viewer.

RESULTADOS: Once the sequencing results of the liquid biopsy samples were obtained, the search for variants was carried out using the strategy proposed by Panel A, with the variants detected by Panel B used as the gold standard. The sequenced files had an average of eight or 120 million reads per file, with an average of 70% or 85% phred score above 35 for panels A and B, respectively. The average coverage was 2,200 and 5,500 for panels A and B, respectively. Discrepancies were found between the results of 6/30 (20%) of lung samples (three early and three metastatic) and 5/30 (17%) of colon samples (three early and two metastatic). The 11/60 Panel A failures did not have preanalytical, post-capture quality, or NGS parameters to justify the lack of minor allele frequency (MAF). Briefly, in an early lung sample, Panel A did not detect the NRAS c.35G>A mutation due to 656 vs. 3,481 reads for panels A and B, respectively. In addition, in the other two early lung samples, Panel A failed to detect TP53 c.742C>T mutation, whereas Panel B did. On the other hand, for the three metastatic samples, Panel A did not detect any of the following TP53 mutations c.377A>G p.Y126C, c.646G>A, and c.659A>G whereas Panel B did. Moving to early colon samples, Panel A failed to detect TP53 mutations c.818G>A, c.517G>T, and c.725G>T for the first, second, and third samples. The second sample also did not report NRAS c.183A>C. In the metastatic colon, Panel A missed TP53 c.488A>G and KRAS c.183A>T, both detected by Panel B. Overall, Panel B reported all these mutations which are key to oncology therapy decision-making based on molecular profiling evidence.

CONCLUSIONES: The study's findings have significant implications for oncology therapy decision-making based on molecular profiling evidence. The discrepancies were associated with the panel design, coverage obtained, and pipeline used. Given the characteristics of liquid biopsy, where the ctDNA/cfDNA input is unknown, the bioinformatic analysis of the results is an indispensable requirement for the clinical application of our findings. This highlights the crucial role of bioinformatics in the future of cancer research and treatment.

Inmunohistoquímica 1887

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA KAPPA Y LAMBDA DUAL ISH MRNA PROBE COCKTAIL EN EL DIAGNÓSTICO DE LINFOMAS

Mendo Rubiales, Almudena; Sanchez Sanchez, Beatriz; Arias Leal, Ana Maria; Redondo Santibañez, Almudena; Partido Lopez, Maria De Las Mercedes; Paniagua Quiñones, Berore Maria; Luengo Criado, Ana Belen; Gutierrez Bustos, Maria Irene; Heras Berraco, Angelica
Presentador: Mendo Rubiales, Almudena

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La evaluación de la capacidad de clonación de los linfocitos B es muy útil para el diagnóstico de neoplasias de linfocitos B o plasmocitos. Uno de los métodos que se suele utilizar para determinar la capacidad de clonación de los linfocitos B es la evaluación de la expresión de las cadenas ligeras de ARNm de kappa y lambda en tejido. Mediante esta técnica se permite la detección simultanea de las cadenas ligeras de ARNm de kappa y lambda en células B, teniendo un gran impacto tanto en el diagnostico como en el pronóstico de las neoplasias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para llevar a cabo esta técnica de hibridación es necesario el uso de muestras de tejido procedentes de biopsias y fijadas en formol que son procesadas y encastradas en el bloque de parafina; este se corta a 4 micras en un microtomo, los cortes serán adheridos a portaobjetos cargados positivamente. Estos portaobjetos son introducidos en el teñidor automático junto al kit de detección, a la sonda kappa/lambda (Probe Cocktail) y a los reactivos de contraste y lavado en un teñidor automático de inmunohistoquímica, que trabajará durante la noche. La sonda de detección está formada por la combinación de sondas de digoxigenina (DIG) y hapteno benzofurazan (BF) siendo cada sonda específica para la cadena diana de ARNm de las cadenas ligeras de kappa y lambda. El kit de detección contiene un anticuerpo primario anti-hapteno marcado con peroxidasa (HRP), un reactivo de amplificación de tiramida marcada con hapteno y un cromógeno de plata o magenta. Durante el procedimiento de tinción de la hibridación in situ, las sondas marcadas con DIG y BF se hibridan con sus respectivas secuencias diana que hay en el tejido. Al acabar se deshidratan y se cubren con un cubreobjetos (montaje) las láminas teñidas, están así lista para ser evaluadas.

RESULTADOS: Con la técnica kappa y lambda dual ish mRNA probe cocktail las secuencias diana (de las cadenas ligeras) de kappa aparecerán teñidas de color magenta y las secuencias diana (de las cadenas ligeras) de lambda aparecerán teñidas de color negro. El patrón de tinción positivo habitual de los linfocitos B consiste en una tinción citoplasmática circular punteada parcial o total, mientras que en los plasmocitos frecuentemente se aprecia un relleno completo del citoplasma debido a la abundancia de ARNm. El patrón de tinción se interpreta como la relación entre las células con expresión kappa y lambda a fin de determinar el estado de restricción.

CONCLUSIONES: El empleo de la técnica dual permite la detección del ARNm de las cadenas ligeras de kappa y lambda de forma simultanea en un solo portaobjetos con una sola muestra de tejido, permitiendo el procesamiento y evaluación rápida y precisa de la técnica en menor tiempo y con una menor cantidad de tejido. Consiguiendo una alta sensibilidad, especificidad y eficacia en el diagnóstico.

Inmunohistoquímica 1808

IDENTIFICACIÓN DE LINFOMAS DE LINFOCITOS B Y NEOPLASIAS PLASMOCÍTICAS

López Overa, Sonia; Carmona Pinelo, Elena; Díaz Alba, Rocío
Presentador: López Overa, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Ventana Kappa y Lambda Dual ISH. mRNA-Probe Cocktail está destinado a la detección cualitativa de ARNm Kappa y ARNm Lambda en tejido linfático y de médula ósea humanos. Se ha indicado como ayuda para la identificación de linfomas de linfocitos B y neoplasias de plasmocitos. Este producto está destinado para uso diagnóstico in vitro.

MATERIAL Y MÉTODOS: El kit de detección contiene un anticuerpo primario anti-hapteno marcado con HRP, un reactivo de amplificación de tiramida marcada con hapteno y un cromógeno de plata o magenta. Durante el procedimiento de tinción las sondas marcadas con DIG y BF se hibrida con sus respectivas secuencias dianas que hay en el tejido. Para la realización de la técnica se necesitan los siguientes materiales: VENTANA U6 BF Probe / ISH Negative Control/ VENTANA Silver ISH BF Detection Kit / VENTANA Magenta ISH DIG Detection Kit / ISH TSA Ancillary Kit/ ISH Peroxidase Inhibitor / HybReady Solution / ISH Protease 3 / Hematoxylin II / Bluing Reagent / Reaction Buffer Concentrate / SSC(10X)/ EZ Prep Concentrate (10X) / ULTRA CCI / ULTRA LCS / ultraView Silver Wash II / Portaobjetos para microscopio, Superfrost. Plus / Instrumento Benchmark IHC-ISH

RESULTADOS: La sonda Kappa marcada con DIG se detectan mediante VENTANA Magenta ISH DIG Detection Kit. Este sistema utiliza un anticuerpo monoclonal de ratón anti-DIG marcado con HRP y la amplificación de tiramida marcada con DIG para visualizar la diana como una señal magenta mediante la unión covalente de la tiramida marcada con sulforhodamina B al tejido. La sonda Lambda marcada con BF se detecta mediante VENTANA Silver ISH BF Detection Kit. Este sistema utiliza un anticuerpo monoclonal de ratón anti-BF marcado con HRP y la amplificación de tiramida marcada con BF para visualizar la diana como una señal negra mediante precipitado de la plata.

CONCLUSIONES: Kappa y Lambda Dual ISH ARNm Probe Cocktail permite evaluar la clonalidad en todos los subtipos de linfomas de células B y neoplasias de células plasmáticas. Este innovador ensayo ofrece una mayor sensibilidad y especificidad para evaluar las cadenas ligeras Kappa y Lambda en todos los subtipos de linfomas de células B. Además proporciona una opción diagnóstica superior en comparación con los ensayos ISH e IHC existentes y representa una alternativa eficaz a la citometría de flujo. La multiplexación de dos colores permite evaluar Kappa y Lambda en la misma diapositiva, ahorrando tiempo y conservando tejido. También reduce la tinción de fondo no específica y es compatible con tejido fijado en formalina.

Inmunohistoquímica 1868

VALIDACIÓN DE LA DETECCIÓN DE BIOMARCADORES MEDIANTE COMPREHENSIVE GENOMIC PROFILING

Fernández Rodríguez, Conchi; Clavé, Sergi; Fernández Ibarrondo, Lierni; Camacho, Laura; Torres Fernández, Erica; Moragón, Ester; Rueda, Rebecca; Martínez García, Daniel; Vargas Parra, Gardenia; Bellosillo, Beatriz
Presentador: Fernández Rodríguez, Conchi

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La aplicación de la NGS en práctica asistencial se ve limitada por la continua incorporación de biomarcadores que no siempre están contemplados en los paneles dirigidos con un número limitado de genes. Una alternativa es el uso de paneles con un elevado número de genes que permiten un genotipado exhaustivo, comprehensive genomic profiling (CGP), el análisis de la carga mutacional tumoral y la inestabilidad de microsatélites. El objetivo de este estudio es validar un panel de CGP para su incorporación en rutina diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 89 casos con biomarcadores clave como: mutaciones puntuales en EGFR, KRAS, BRAF, ERBB2, PIK3CA y BRCA1/2, fusiones génicas de ALK, ROS1, RET y FGFR2/3, amplificación de ERBB2 y 5 casos sin alteraciones. Se analizaron con el kit de NGS AVENIO Tumor Tissue CGP kit v1 (AVENIO TT CGP, Roche), que permite la detección de mutaciones puntuales (SNV e INDELs), alteraciones del número de copias (CNV) y fusiones génicas en 324 genes además de la caracterización de firmas génicas. La extracción y evaluación de la calidad del ADN se realizó con AVENIO Tumor DNA Isolation and QC (Roche). Las librerías se secuenciaron con NextSeq 550 (Illumina) y se analizaron con AVENIO Connect Software (Roche). Se compararon los resultados con los previamente obtenidos mediante Oncomine (Thermo Fisher) y QIAseq DNA targeted (QIAGEN).

RESULTADOS: De las 89 muestras seleccionadas, 23 se excluyeron tras no superar el control de calidad del ADN extraído (26%). Seis de las 66 muestras secuenciadas no alcanzaron las métricas de calidad del ensayo (9%), pero se incluyeron en el estudio ya que no se vio comprometida la detección de los biomarcadores clave. El panel AVENIO TT CGP kit permitió detectar el 100% de las SNV/INDELs mientras que detectó 6 de las 8 fusiones y 2 de las 3 CNVs (biomarcadores clave). Los 2 casos discordantes con fusiones fueron un colangiocarcinoma con EML4:ALK (E6:A18) que presentaba un punto de rotura poco común pero confirmado por FISH, y un adenocarcinoma de pulmón con SLC34A2:ROS1 (S4;R32) observado con pocas lecturas con ONCOMINE, no concluyente por FISH y negativo por IHC. El caso discordante con CNVs fue un tumor gástrico HER2-positivo (3+) por IHC en el que no se detectó la amplificación de ERBB2 por NGS, ni con Oncomine ni con AVENIO TT CGP. Respecto a nuevos hallazgos, AVENIO TT CGP kit permitió detectar alteraciones relevantes en genes no estudiados con los otros paneles destacando 7 fusiones: DDTL:ANKS1B, TYW8:JAK3, DNAH9:MAP2K4, RARA:CDK12, CAMK1D:RARA, TYW1:KDM5A y KDM5A:SCFD2 (pendientes de caracterización). En los 5 casos sin biomarcadores conocidos, el panel AVENIO TT CGP identificó alteraciones potencialmente relevantes en tres de ellos: un KRAS G12C a baja frecuencia alélica, un EGFR G779F no listado como hotspot en el panel anterior, y un KEAP1 E242D, gen no contenido en el panel previo.

CONCLUSIONES: El panel AVENIO TT CGP demostró una elevada capacidad para la detección de SNVs e INDELs, incluyendo la identificación de variantes a baja frecuencia alélica, en muestras que presentaban una adecuada calidad. Una correcta fase pre-analítica, incluyendo la fijación tisular, es fundamental para la obtención de resultados robustos en los estudios moleculares.

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PRUEBA IDYLLA™ EN LA DETECCIÓN DE MUTACIONES DEL GEN EGFR EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: UN METAANÁLISIS.

García De Sola Llamas, Carmen; Pérez Pérez, Manuel; Ríos Martín, Juan José
Presentador: García De Sola Llamas, Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) desempeña un papel clave en el cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC). Las mutaciones en los exones 19 y 21 permiten el uso de inhibidores de tirosina quinasa (TKI), mejorando la supervivencia. La detección precisa de estas mutaciones es esencial para el manejo terapéutico. Idylla™ Mutation Test (MT) es una plataforma automatizada y más rápida comparada con la secuenciación de nueva generación (NGS) y la PCR en tiempo real (qPCR), pero su precisión diagnóstica (DTA) aún no ha sido evaluada mediante metaanálisis. Este estudio analiza la DTA de Idylla™ MT en la detección de mutaciones de EGFR en NSCLC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un metaanálisis siguiendo las directrices PRISMA y se registró en PROSPERO (CRD42025649352). Se incluyeron estudios de cohortes prospectivas y retrospectivas que compararan la DTA de Idylla™ MT con NGS o qPCR. Se excluyeron estudios en muestras exclusivamente citológicas, revisiones sistemáticas y casos clínicos. Se utilizaron diversas bases de datos como PubMed. Dos revisores realizaron la extracción de los datos y la evaluación con QUADAS-2. Se calcularon sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud (PLR/NLR) y AUC-SROC mediante modelos de efectos aleatorios. Se evaluó la heterogeneidad con I² y se realizó un análisis de sensibilidad Leave-One-Out.

RESULTADOS: Se incluyeron 27 estudios con 10,585 muestras. La sensibilidad agrupada fue 0,92 (IC95%: 0,88-0,95) y la especificidad 1,00 (IC95%: 0,99-1,00). El AUC-SROC fue 0,99, indicando alta precisión diagnóstica. Idylla™ MT tuvo un tiempo de respuesta medio de 7,2 horas, en comparación con los 10,7 días de la NGS. La prevalencia combinada de mutaciones detectadas fue 43,1% (IC95%: 32,0-55,0%), con diferencias significativas entre estudios retrospectivos (68,6%) y prospectivos (27,7%) (p<0,001). El análisis de sensibilidad mostró resultados robustos.

CONCLUSIONES: Idylla™ MT es una herramienta rápida y eficaz para la detección de mutaciones en EGFR en NSCLC, con alta sensibilidad y especificidad. Su uso podría optimizar la toma de decisiones clínicas, reduciendo el tiempo de respuesta y mejorando el acceso a terapias dirigidas. Sin embargo, tiene limitaciones, como la detección restringida de ciertas mutaciones y la dependencia de la calidad y cantidad de la muestra. Se recomienda su uso complementario con NGS en casos de resultados dudosos.

¿POR QUÉ HAN AUMENTADO LAS DETERMINACIONES DE PD-L1 EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS?. LA INMUNOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.

Cruz Martínez, Jose María; Gil Ibañez, Monica; Gonzalez Matea, Manuel
Presentador: Cruz Martínez, Jose Maria

HOSPITAL GNERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: en los últimos años, la inmunoterapia ha pasado a ser una opción terapéutica frente al cáncer, cada vez más accesible y fundamental. Por ello, el servicio de oncología médica ha aumentado las solicitudes de la expresión de PD-L1 en material de biopsias y punciones. Esto supone un incremento notable en la carga de trabajo en el servicio de AP (técnico y diagnóstico).

MATERIAL Y MÉTODOS: a nivel técnico la inmunohistoquímica de PD-L1 tanto para el clon 22C3 como el 28-8 se ejecuta en cortes de parafina, fijado en formol, usando PD-L1 IHC 22C3 pharmDx y PD-L1 IHC 28-8 pharmDx. Cada kit de tinción contiene el protocolo, los reactivos optimizados necesarios y los controles propios para realizar un procedimiento de tinción IHC de muestras FFPE con Autostainer Link 48.

Se realiza una recuperación antigénica usando PtLink con EnVision FLEX Target Retrieval Solution, Low pH, partiendo de un precalentamiento a 65°C para llegar a 97°C durante 20min.

A nivel de la interpretación se utiliza el método TPS (score de proporción tumoral) y el CPS (score combinado positivo) dependiendo del protocolo establecido para cada órgano y situación clínica.

Se han recopilado los datos correspondientes a las determinaciones de PD-L1 (22C3) en los últimos 4 años (desde su instauración), y 28-8 desde el 2023. Para ello se ha utilizado el sistema de búsqueda de Dakolink Omnis y Vitropath, filtrando y analizado los datos estadísticamente con el programa LibreOffice Calc.

RESULTADOS: el análisis de los datos recopilados pone de manifiesto un incremento notable de la actividad, pasando de 198 determinaciones totales en 2020 (solamente 22C3) a 632 en 2024 (22C3 y 28-8), lo cual supone un incremento de casi el 320%. Estas determinaciones incluyen los controles, así como una variedad cada vez más amplia de diferentes órganos y tejidos en los que se ha ido aprobando el uso de inmunoterapia.

Al comienzo (2019) en nuestro caso, el uso de PD-L1 estaba limitado solo a tumores de pulmón (carcinoma de célula no pequeña). Actualmente, se ha ampliado a muchos tipos tumorales, entre ellos: melanoma, linfoma de Hodgkin, cáncer de vejiga, renal, de mama, cáncer de cabeza y cuello, esofágico, gástrico o cérvicouterino.

CONCLUSIONES: el incremento del uso de inmunoterapia ha repercutido significativamente en el gasto de reactivos, materiales y recursos del laboratorio, técnicos y humanos. Todo ello sin un incremento asociado del personal técnico (TSAPyC) necesario, lo cual sobrecarga la actividad cotidiana, pudiendo entorpecer el flujo de trabajo.

También se ha incrementado el número de algunas pruebas diagnósticas destinadas a obtener material para PD-L1, incrementando por ejemplo el número de PAAF en EUS, EBUS y ROSE. Así mismo, llegan más muestras cilíndricas de los distintos órganos, lo cual incrementa el trabajo de corte y en el laboratorio de inmunohistoquímica.

Ante esa nueva demanda, se realizan las determinaciones de manera más habitual, con un flujo de continuidad, sin tener que esperar a acumular tandas mínimas de casos. Este y otros mecanismos de adaptación serán necesarios para asumir las nuevas necesidades de la inmunoterapia.

Inmunohistoquímica 1855

PERFÍL MOLECULAR DE UNA SERIE DE CINCO TUMORES MELANOCÍTICOS MENÍNGEOS PRIMARIOS MEDIANTE UN PANEL DE SECUENCIACIÓN MASIVA PERSONALIZADO

Villatoro Gómez, Sergio; Villatoro Gómez, Sergi; Varela Rodríguez, Mar; Hidalgo , Maria; Navas , Carlos; Montserrat , Rosanna; Plans , Gerard; Lucas , Anna; Ruiz , Nuria; Kallulayev , Berik; Vidal Sarro, Noemi
Presentador: Villatoro Gómez, Sergi

SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA / HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores melanocíticos meníngeos primarios (TMMP) están considerados entidades raras y pueden ser categorizadas en circuncritas o difusas y en benignas o malignas. La incidencia de las neoplasias melanocíticas meníngeas difusas (MMD) es difícil de estimar, mientras que la frecuencia de las circuncritas representa tan sólo el 0,06-0,1% del total de tumores meníngeos. Dentro de las circuncritas diferenciamos los melanocitomas meníngeos (MeM) y los melanomas meníngeos (MIM). El correcto diagnóstico anatomopatológico de estas entidades es un reto y es aquí donde el análisis molecular puede ser determinante para realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Las MMD se caracterizan por presentar alteraciones postcigóticas en el gen NRAS. Los MeM y los MIM muestran mutaciones activadoras, mutuamente excluyentes, en los genes GNAQ, GNAI1, PLCB4 y CYSLTR2, siendo las mutaciones en GNAQ y GNAI1 las más frecuentes (60%-70%). La presencia de mutaciones adicionales en los genes EIFIAX, SF3B1 o BAP1 podrían tener relevancia como factor pronóstico para el paciente. En este trabajo presentamos la aplicación de un panel de secuenciación masiva (NGS) personalizado dirigido a muestras de pacientes con TMMP diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han analizado las biopsias de cinco pacientes mediante un panel basado en tecnología SureSelect (Agilent) que permite evaluar mutaciones en la región codificante de 200 genes, así como, alteraciones en número de copias tanto en regiones cromosómicas como génicas. La secuenciación se ha llevado a cabo en un secuenciador NextSeq550 (Illumina) utilizando un cartucho HighOutput de 60Gb con una profundidad media de no menos de 350 lecturas. El análisis bioinformático se ha realizado mediante el software Data Genomics (Health in Code).

RESULTADOS: Dos casos presentan mutaciones patogénicas en el gen NRAS, dos en el gen GNAQ i uno en el gen GNAI1. Además, en los TMMP circuncritos, se han identificado mutaciones en los genes SF3B1, BAP1 y EIFIAX, así como alteraciones cromosómicas. Las frecuencias alélicas de las mutaciones oscilan entre el 13 % y el 90 %.

CONCLUSIONES: La utilización de un panel personalizado de NGS para muestras de TMMP permite realizar un diagnóstico diferencial preciso respecto a otras lesiones melanocíticas como las metástasis leptomeningeas de melanoma, lo que facilita el correcto manejo de la enfermedad y la toma de decisiones terapéuticas.

Inmunohistoquímica 1461

PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME DE DEFICIENCIA DE REPARACIÓN DE DESAJUSTE CONSTITUTIVO: LA UTILIDAD DE PRUEBAS INMUNOHISTOQUÍMICAS DE PROTEÍNAS REPARADORAS DE ERRORES DE EMPAREJAMIENTO.

Marabe Carretero, Graciela; Ballen Barragan, Aida; Martín Martínez, Jose Miguel; Soria Tristan, Miguel Jesús; Granados Alamillo, Mar; Morillo Morillo, Juan Pablo; Camacho Castañeda, Francisca Inmaculada
Presentador: Marabé Carretero, Graciela

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El síndrome de deficiencia constitucional de reparación de DESAJUSTE CONSTITUTIVO (CMMRD) es una entidad extremadamente rara en niños o adultos jóvenes, que desarrollan neoplasias cerebrales, gastrointestinales y hematológicas. Se estudió a un varón de 37 años con TUMORES cerebral y rectal, para analizar la posibilidad de un síndrome CMMRD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una recopilación de datos clínicos, así como estudios histológicos e inmunohistoquímicos EN LAS muestras tumorales que incluían las PROTEÍNAS DE reparación del emparejamiento erróneo (MMR), MLH1, MSH2, MSH6 Y PMS2. Se realizaron pruebas de inestabilidad de microsátélites (MSI) en ambos tumores malignos Y Se LLEVO A CABO un análisis mutacional de PMS2 en la línea germinal del paciente y de sus padres.

RESULTADOS: El paciente fue diagnosticado de cáncer metacrónico, un glioblastoma frontal derecho (grado IV OMS) a la edad de 23 años y un adenocarcinoma rectal de alto grado a los 37 años, cTNM: cT3b cN1a. Ambas proliferaciones neoplásicas de alto grado mostraron pérdida de expresión inmunohistoquímica de PMS2 tanto en las células neoplásicas como en el tejido normal. El análisis de inestabilidad de microsATÉLITES demostró un perfil DE APARIENCIA estable en ambos tumores malignos. Las pruebas genéticas de línea germinal detectaron una mutación bialélica de PMS2, consistente en variantes de heterocigosidad compuesta: c.861 864del, p.(Arg287fs) Clase 5 (patogénica) y c.614A>C, p.(Gln205Pro) Clase 4 (probablemente patogénica). La cosegregación familiar confirmó que ambos progenitores eran portadores de mutaciones monoalélicas del síndrome de Lynch con heterocigosidad simple para PMS2. Se emitió el diagnóstico definitivo de síndrome CMMRD.

CONCLUSIONES: El análisis inmunohistoquímico MMR, particularmente en tumores malignos cerebrales PACIENTES EN menores de 25 años, es un enfoque útil para identificar pacientes con CMMRD, LA Detección de la pérdida de EXPRESIÓN DE LA proteína MMR tanto en LAS células neoplásicas como LAS CÉLULAS normales levanta la sospecha de esta entidad, QUE ORIENTA A REALIZAR Pruebas genéticas de línea germinal, como LA detección de mutación bialélica de la línea germinal en personas con deficiencia de PROTEÍNA MMR. SE REQUIERE ESTE ESTUDIO para el diagnóstico y el tratamiento del paciente con inmunoterapia. EL Análisis DE LA INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES puede mostrar un tumor estable. El diagnóstico del SÍNDROME CMMRD SUPONE UN RETO Y REQUIERE ENFOQUE CONJUNTO Y MULTIDISCIPLINAR CLÍNICO-PATOLÓGICO.

Nefropatología1995

MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN NEFROPATÍA MEMBRANOSA: RELACIÓN CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y SU IMPACTO DIAGNÓSTICO

Benini Padilla, Paola Alessandra; Benini Padilla, Paola Alessandra; Martínez Cózar, Vicent; Ramos Tomás, Carmen; Ortega López, Pedro José; Hernández Girón, Soraya; Pérez Rojas, Judith
Presentador: Benini Padilla, Paola Alessandra

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:06-18:18 Sala ET)

INTRODUCCIÓN: La nefropatía membranosa (NM) es una causa frecuente de síndrome nefrótico en niños y adultos, caracterizada por el depósito de complejos inmunes en la membrana basal glomerular. Tradicionalmente, se ha clasificado en primaria y secundaria según la presencia de enfermedades subyacentes, como trastornos autoinmunes, infecciones o neoplasias. Sin embargo, la identificación de anticuerpos específicos ha permitido una clasificación más precisa, como la propuesta por la Mayo Clinic, basada en la expresión de PLA2R, NELL1, THSD7A y semaforina 3B. Estos biomarcadores no solo facilitan la diferenciación entre NM idiopática y secundaria, sino que también podrían tener implicaciones en el pronóstico y manejo clínico. El objetivo de este estudio fue reevaluar los casos de NM en pacientes pediátricos y adultos según la clasificación basada en antígenos e identificar la relación entre la expresión de estos biomarcadores y su asociación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de biopsias renales de pacientes adultos y pediátricos diagnosticados con nefropatía membranosa entre 2018 y 2024. Se incluyeron únicamente pacientes con diagnóstico confirmado mediante microscopia óptica, electrónica e inmunofluorescencia, excluyéndose aquellos con datos clínicos incompletos o sin seguimiento adecuado. Se analizaron los biomarcadores PLA2R, NELL1, THSD7A y semaforina 3B mediante inmunohistoquímica en la biopsia renal. La expresión de cada marcador se evaluó de forma cualitativa y semi-cuantitativa. Posteriormente, los pacientes fueron reclasificados en subgrupos según el anticuerpo predominante y se estableció una correlación con sus enfermedades sistémicas subyacentes, incluyendo enfermedades autoinmunes, neoplásicas, infecciosas y otras.

RESULTADOS: PLA2R fue el marcador más frecuente, asociado predominantemente a nefropatía membranosa primaria. NELL1 y THSD7A mostraron mayor asociación a nefropatía membranosa secundaria, particularmente relacionadas a enfermedades autoinmunes y el THSD7A a neoplasias subyacentes. Semaforina 3B fue el marcador menos relacionado con enfermedades sistémicas, identificándose en un grupo reducido de pacientes sin una patología subyacente clara.

CONCLUSIONES: Este estudio reafirma la utilidad de los biomarcadores inmunohistoquímicos en la reclasificación de la nefropatía membranosa, permitiendo diferenciar con mayor precisión entre formas primarias y secundarias. PLA2R predominante en NM primaria y NELL1 y THSD7A relacionados predominantemente a NM secundarias, permitiendo ampliar el número de casos en estudios futuros. Estos hallazgos respaldan la implementación de la clasificación basada en antígenos en el diagnóstico de NM y destacan la necesidad de un enfoque individualizado en el manejo clínico de estos pacientes.

Nefropatología1777

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE PARÁMETROS CLÍNICO-PATOLÓGICOS DE GLOMERULOPATÍAS “FULL-HOUSE” LÚPICAS Y NO LÚPICAS EN NUESTRO CENTRO, ENTRE 2014 Y 2024.

García Martínez, María; Menéndez García, Natalia; González Gutiérrez, María De La Paz; Iglesias Cabo, Tania; Vivanco Allende, Blanca
Presentador: García Martínez, María

HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:10-18:15 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El término 'full-house' hace referencia a la presencia simultánea de depósitos inmunes en los glomerulos renales de IgG, IgM, IgA, C3 y C1q, que se observan mediante el estudio de inmunofluorescencia directa. Aunque este patrón es comúnmente asociado con el lupus eritematoso sistémico, también puede encontrarse en otras glomerulopatías. En el presente estudio se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas e histológicas de las glomerulopatías 'full-house' lúpicas y no lúpicas. A través de un enfoque estadístico comparativo, se evaluaron las diferencias y similitudes entre ambos tipos, con el objetivo de reforzar los hallazgos descritos con anterioridad en la bibliografía e intentar proporcionar nueva información sobre sus características distintivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron un total de 25 casos de biopsias renales con diagnóstico de glomerulopatía 'full-house', de los cuales 17 correspondían a casos lúpicos y 8 a no lúpicos, realizadas en nuestro centro durante el período comprendido entre 2014 y 2024. Con estos casos se creó una base de datos que incluyó los siguientes parámetros: sexo, edad, patrón histológico, presencia de lesiones de esclerosis focal y segmentaria, de semilunas, de hiper celularidad endocapilar y mesangial. Se llevó a cabo un estudio detallado de los depósitos en inmunofluorescencia, no solo en los glomerulos, sino también en las membranas basales tubulares y en los vasos. Además, se incluyeron variables clínico-analíticas como el filtrado glomerular (ml/min), el cociente albúmina/creatinina (mg/g) y los títulos de anticuerpos antinucleares (ANA), medidos en el momento de realización de la biopsia renal. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico, donde se compararon las variables entre los grupos lúpicos y no lúpicos utilizando los métodos estadísticos adecuados, como el Test de Fisher para variables cualitativas.

RESULTADOS: Se observaron varias variables con asociación significativa: depósitos de C1q glomerulares con intensidad débil (I+) mostró una asociación significativa ($p = 0,025$) con el grupo no lúpico, frente a las intensidades 2+ y 3+. Se detectó asociación en los depósitos de inmunofluorescencia en las membranas basales tubulares (MBT) siendo la ausencia más probable en el grupo no lúpico (75%) que en el lupus (7%) ($p = 0,003$). Entre las variables clínico-analíticas se observó asociación significativa en el filtrado glomerular, debido a que valores superiores a 60ml/min son más probables en el grupo con lupus (91,67%) que en el no lúpico (25%) ($p = 0,007$). La negatividad y títulos de 1/60 de ANAs se asociaron de manera significativa ($p = 0,008$) al grupo no lúpico.

CONCLUSIONES: Este estudio ha permitido identificar diferencias significativas entre las glomerulopatías 'full-house' lúpicas y no lúpicas en cuanto a varios parámetros clínico-histológicos. Los depósitos de C1q glomerulares con intensidad baja y la ausencia de depósitos en las MBTs se asociaron al grupo no lúpico, sugiriendo una posible diferencia en la fisiopatología de dichos depósitos entre ambos grupos. Por otro lado, el estudio del filtrado glomerular indica una mayor disfunción renal en las glomerulopatías no lúpicas, al igual que la negatividad o títulos no mayores de 1/60 de anticuerpos antinucleares (ANAs). Estos resultados resaltan la importancia de un estudio de inmunofluorescencia detallado, junto con la evaluación de parámetros clínicos-analíticos, para una adecuada diferenciación y manejo de estas patologías renales.

Nefropatología 1928

GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA CON DEPÓSITOS ESFERULARES: UNA VARIANTE RARA DE PATOGÉNESIS DESCONOCIDA.

Abdulkader Sande, Sámer; Durán Cameselle, Andrea; Rodríguez Atanes, Omayra; San Miguel Fraile, María Pilar; Barrera Cabañeros, Soraya; Alonso Veiga, María Tecla; Samprón Rodríguez, Miriam; Fachal Bermúdez, María Carmen
Presentador: Abdulkader Sande, Sámer

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 11:10-11:35 Pantalla 8)

INTRODUCCIÓN: La glomerulopatía membranosa (GM) se caracteriza por el engrosamiento de la membrana basal glomerular en microscopía óptica (MO), la presencia de depósitos granulares de IgG a lo largo de la membrana basal glomerular en inmunofluorescencia directa (IFD) y, en microscopía electrónica (ME), depósitos subepiteliales con morfología granular fina. La GM con depósitos esférulares o microtubulares, homogéneos y sin depósitos granulares es un hallazgo muy inusual. Su patogénesis es aún desconocida y existen diferentes hipótesis, ninguna validada hasta ahora. Debido a su baja frecuencia, los casos reportados en la literatura corresponden a series muy pequeñas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 84 años con lesiones cutáneas y articulares, así como ANA positivos en la analítica. Presenta un síndrome nefrótico por lo que se hace la biopsia renal. Se realiza estudio mediante MO (con técnicas HE, PAS, TM, Jones, PLA2R, THDS7A), IFD y ME.

RESULTADOS: En MO se observa un engrosamiento difuso de las paredes capilares glomerulares con formación de "spikes", vacuolización de la membrana y, en algunos glomerúlos, también del mesangio. En IFD se identifican depósitos pseudolineales y granulares débiles a lo largo de la membrana basal con IgG, sin expresión de los subtipos IgG1, IgG2 e IgG4. Asimismo, se detecta positividad para cadenas kappa y lambda. El C3 y C1q tienen tinción débil. El PLA2R y THDS7A fueron negativos. En ME, muestra depósitos esféricos rodeados de membrana, que miden 60-90 nanómetros, situados a lo largo de la membrana glomerular, mesangio y membranas basales tubulares. También se observan inclusiones túbulo-reticulares en el endotelio del capilar glomerular y fusión de procesos podocitarios. El diagnóstico, en su contexto clínico, fue de nefropatía lúpica membranosa.

CONCLUSIONES: La GM con esférulas es una entidad muy infrecuente que, desde el punto de vista óptico e IF, presenta los mismos hallazgos que una GM convencional. Sin embargo, a nivel de ME tiene depósitos muy definidos, de morfología esféular, rodeados de membrana y con medidas muy variables de 40 a 150 nanómetros. La patogénesis de estos depósitos es aún desconocida. Una de las teorías sugiere que corresponden a partículas citoplasmáticas podocitarias que se introducen en la membrana basal glomerular, denominándola glomerulopatía por invaginación podocitaria (PIG). Sin embargo, otros autores consideran que se trata de complejos inmunes cuya estructura aún no se conoce. Otra teoría propone que corresponden a poros nucleares, aunque varios autores descartan esta hipótesis. La gran mayoría de los casos (70-80%) están relacionados con enfermedades autoinmunes, siendo la más frecuente el lupus eritematoso, como en el caso de nuestra paciente.

Nefropatología 2299

GLOMERULOESCLEROSIS NODULAR NO DIABÉTICA: ENFERMEDAD POR DEPÓSITO MONOCLONAL DE CADENAS LIGERAS

Permintel Cussí, Juan Jose; Gonzalez , Lucía; Gomez Sanchez, Luis; Jimenez Lara, Araceli; Perez Jimenez, Montserrat; Herreros Fernandez-Arroyo, Pablo; Relea Calatayud, Fernanda; Ramos , Claudia
Presentador: Pemintel Cussi, Juan Jose

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por depósitos de cadenas ligeras es una patología poco frecuente caracterizada por la acumulación sistémica de cadenas ligeras monoclonales, siendo muy característico su depósito en las membranas basales glomerulares. En España, la prevalencia de esta patología es de aproximadamente 1 caso por cada 1 millón de habitantes. Esta enfermedad representa un desafío diagnóstico significativo debido a su heterogeneidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de dicha patología en tres casos concretos identificados en nuestro centro hospitalario durante un periodo de diez años que derivaron en una biopsia de tejido renal con hallazgos histopatológicos comunes.

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) que consulta por presentar cifras tensionales refractarias a tratamiento farmacológico de tres semanas de evolución. Posteriormente, tras su hospitalización, se observa un fallo renal no oligúrico con proteinuria y hematuria. Las pruebas de imagen revelan una hipertrofia ventricular izquierda moderada. En la analítica se evidenció un aumento de cadenas ligeras Kappa libres en suero.
Caso 2: Mujer de 81 años con antecedentes de HTA de larga data que consulta por cuadro constitucional, el cual deriva en estudios complementarios que revelan síndrome nefrítico con proteinuria y microhematuria. En las pruebas de imagen se observa un aumento moderado del grosor septal cardíaco. En serología se evidenció un aumento de cadenas ligeras Kappa libres en suero.
Caso 3: Varón de 81 años con antecedentes de HTA en seguimiento por Gammapatía Monoclonal tipo Waldenström con progresión del componente secretor en tratamiento con plasmáferesis y empeoramiento progresivo de función renal de larga evolución. Acude con clínica constitucional y síndrome nefrótico con fallo renal.
En todos los casos se procede a realizar una biopsia de tejido renal donde se observaron glomerúlos viables que presentaron glomeruloesclerosis nodular: forma de nódulos mesangiales PAS positivos, débilmente positivos con plata-meténamina y rojo congo negativos. En la inmunofluorescencia directa dichos nódulos son positivos con cadena ligera Kappa y negativos para lambda; esta última que no se pone de manifiesto a pesar el estudio de inmunofluorescencia directa con proteínaasa K.

CONCLUSIONES: Los casos presentados ilustran la presentación característica de esta patología, presentando hipertensión arterial y deterioro renal. Las biopsias revelaron características histopatológicas distintivas, tales como glomeruloesclerosis nodular, incluso en ausencia de diabetes depósitos de cadenas ligeras Kappa. Resulta imperativo incrementar la sospecha de esta patología en cuadros clínicos que presenten características compatibles, en virtud de la relevancia de un diagnóstico temprano para optimizar los resultados clínicos.

Nefropatología 2441

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA POR CADENAS LIGERAS: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

Galindo Guzmán, Huáscar; Ardaya López, Bruno Bernardo; Vieru, Coca-Mihaela; Sualdea Peña, Beatriz; Verdalles, Úrsula; Cintra Cabrera, Melissa; Díaz Crespo, Francisco Javier
Presentador: Galindo Guzmán, Huáscar

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La nefritis tubulointersticial aguda asociada a cadenas ligeras (NTIA-CL) es un patrón infrecuente de afectación renal en pacientes con mieloma múltiple (MM) y gammopatía monoclonal (GM). Se sabe poco sobre esta entidad ya que hasta ahora solo se han reportado pocas series de casos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron tres casos en el archivo de patología de un hospital terciario durante un período de 6 años (2018-2024). En todos los casos se recogieron los datos clínicos y analíticos y se realizó el estudio histológico mediante microscopía óptica, tinciones de inmunohistoquímica para marcadores de lesión tubular (p53, bcl2 y Ki67), así como para cadenas ligeras (kappa y lambda), inmunofluorescencia directa y estudio de microscopía electrónica.

RESULTADOS: Se trata de tres hombres de 58 y 84 años, dos con diagnóstico de MM de cadenas ligeras lambda y uno con GM por cadenas ligeras Kappa, todos con proteinuria de Bence (dos con componente monoclonal Lambda superior a 1500 mg/dl y uno con componente Kappa de 477 mg/dl) y deterioro agudo de la función renal de comportamiento rápidamente progresivo (media de Cr de 3,9 mg/dL). Las biopsias renales demostraron cambios túbulo- intersticiales con inflamación linfocitaria moderada, células plasmáticas polipáticas dispersas, neutrófilos y eosinófilos, asociados a tubulitis y daño tubular, confirmado con los marcadores de inmunohistoquímica. Un caso mostró cilindros nefropatía por cilindros concomitante. Esta respuesta inflamatoria es consecuencia del depósito anormal de cadenas ligeras dentro de las células tubulares proximales y a lo largo de las membranas basales tubulares (MBT), en todos los casos demostrado por la positividad intensa para cadenas ligeras granular en el intersticio y membrana basal tubular mediante las técnicas inmunohistoquímica e inmunofluorescencia directa. La microscopía electrónica mostró depósitos electondensos amorfos y granulares discontinuos dispuestos de forma multifocal en la MBT. Los compartimentos glomerulares o vasculares no mostraron depósitos.

CONCLUSIONES: La NTIA-CL es un patrón poco frecuente de afectación renal en pacientes con discrasias de células plasmáticas, cuya clínica e histología es poco conocida. Distinguir esta entidad clínicamente de la afectación renal típica del MM (nefropatía por cilindros) no es posible y es necesaria la biopsia renal. Diferenciar esta de otras formas de NTIA únicamente mediante la microscopía óptica puede ser muy difícil y dar lugar a posibles diagnósticos erróneos. Su identificación requiere técnicas diagnósticas complementarias como la inmunofluorescencia y la microscopía electrónica, además de experiencia en la interpretación de las biopsias renales para identificar el depósito intersticial de cadenas ligeras. Es importante su diagnóstico preciso debido a las implicaciones pronósticas, ya que una intervención terapéutica adecuada puede facilitar la recuperación renal.

Nefropatología 2389

SERIE DE CASOS DE GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA VARIANTE CELULAR: ASPECTOS CLÍNICOS-PATOLÓGICOS

Van Der Biezen, Aimee Jaycilaine Cicely; Villca Huayta, Mariana Natty; Abascal Camacho, María Luisa; López De La Torre Molina, Águeda; Verdalles Guzmán, Úrsula; Rico, Laura; Antunez Plaza, Patricia; Díaz Crespo, Francisco Javier
Presentador: Van Der Biezen, Aimee Jaycilaine Cicely

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) es una entidad heterogénea con 5 patrones histológicos basados en la clasificación de la GEFS de Columbia: no especificada (NOS), colapsante, del polo tubular (TIP), perihiliar y variante celular. El subtipo celular es el menos frecuente, representando solo el 3% de los casos de GEFS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de biopsias renales, entre 2018-2025, obteniendo 7 casos de GEFS celular. Los criterios de inclusión fueron la presencia de al menos un glomérulo con expansión segmentaria del penacho glomerular con hiper celularidad endocapilar que oculta las luces y la exclusión de variantes colapsantes o asociación a otro tipo de glomerulopatías.

RESULTADOS: La edad media de diagnóstico fue de 65 años con predominio masculino. La historia clínica de los casos recogidos era diversa, 3 casos tenían hipertensión arterial, 1 amiloidosis AL IG G kappa con afectación renal y cardiaca, 1 arteriopatía periférica y 1 abuso de sustancias tóxicas. La creatina sérica media fue de 2,73 mg/dl, la proteinuria de 6,46 gr/24 h, la TFGe de 47 ml/min y la albúmina sérica de 2,43 g/dl. La microhematuria estuvo presente en el 71%. La microscopía óptica reveló una media de 14% de glomérulos esclerosados y un 24% de proliferación y esclerosis endocapilar segmentaria, y la celularidad estaba compuesta por histicitos en el 100% y neutrófilos en el 85% de los casos. Los glomérulos restantes mostraron hiper celularidad endocapilar (fuera de lesiones segmentarias) en el 75% de los casos con una media del 50% de glomérulos afectados. El intersticio presentaba un mínimo infiltrado linfocitario, fibrosis y atrofia tubular. El examen de inmunofluorescencia directa fue negativo. La microscopía electrónica reveló un extenso borramiento pedicular (>70%), sin depósitos en el 100% de los casos. Todos los pacientes respondieron al tratamiento inmunosupresor con corticoides y medidas antiproteinúricas, y dos de ellos tienen un FG reducido, sin progresión a ERC terminal.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio, aunque basado en un número reducido de casos, indica una mayor incidencia en varones adultos con síndrome nefrótico. Los hallazgos microscópicos destacan la presencia de lesiones endocapilares proliferativas en glomérulos no afectados por esclerosis segmentaria. La biopsia renal juega un papel crucial en el diagnóstico preciso para la detección temprana y el manejo. Se necesita más investigación para comprender los mecanismos patológicos subyacentes y desarrollar estrategias de tratamiento efectivas, ya que algunos casos progresan a insuficiencia renal.

Nefropatología

2414

NEFROPATÍA MEMBRANOSA ASOCIADA A GAMMAPATÍAS MONOCLONALES, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Ardaya Lopez, Bruno Bernardo; Abascal Camacho, María Luisa; Rico Fernandez, Laura; Encinas, Cristina; Bada Bosh, Teresa; Da Silva Pita, María Roxangela; Diaz Crespo, Francisco Javier
Presentador: Ardaya Lopez, Bruno Bernardo

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La glomerulonefritis membranosa (GNM) es una causa frecuente de síndrome nefrótico, caracterizado por depósitos subepiteliales de inmunocomplejos policlonales a lo largo de la membrana basal glomerular. El patrón de GNM con o sin depósitos monoclonales asociado a gammopatías monoclonales es una entidad rara con pocos casos reportados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de muestras de biopsias renales recibidas entre 2019-2025, identificándose 5 casos de GNM, 4 con depósitos monotípicos. Se realizaron microscopia óptica, inmunohistoquímica-inmunofluorescencia y microscopia electrónica. La media de edad al diagnóstico fue de 62 años, con predominio femenino. Dos pacientes presentaban un trastorno linfoproliferativo subyacente [linfoma de la zona marginal (LZM) y leucemia linfática crónica B (LLC-B)] y tres de ellos gammapatía monoclonal de significado renal (GMSR).

RESULTADOS: Los pacientes con linfoma demostraron una creatinina sérica media de 1,55 mg/dl, proteinuria media de 4 g/24 h y ratio Kappa/lambda media de 19.45. Por el contrario, los casos de GMSR tenían una creatinina sérica media de 1,07 mg/dl, proteinuria de 4.13 g/24 h, cociente Kappa/lambda de 1.03. Todos presentaron proteinuria de Bence Jones. Las biopsias renales de los 5 casos reportan un engrosamiento difuso de las paredes capilares y proyecciones espículas visibles en la tinción de plata-metenamina, sin evidencia de proliferación endocapilar o semilunas. Un caso mostró infiltración por LZM (40%) y el paciente con LLC-B presentó células plasmáticas monotípicas intersticiales dispersas. La inmunofluorescencia reveló depósitos granulares de IgG y C3 en la pared capilar en el 100% de los casos, Clq++ en 4 casos e IgM+++ en uno. El 80% de los casos presentaron restricción de cadenas ligeras (3 kappa/1 lambda). La serología fue positiva inicialmente para PLA2r en un solo caso, pero la inmunohistoquímica en tejido para PLA2r fue negativa en todos los casos. La microscopia electrónica evidenció depósitos subepiteliales electrondensos amorfos sin estructura interna en todos los casos, principalmente estadios 2 y 3.

CONCLUSIONES: El patrón GNM asociado a gammopatías monoclonales es un grupo extremadamente raro y heterogéneo. Todos los casos con depósitos monotípicos coinciden con el componente monoclonal y la remisión después de la terapia dirigida al clon, uno de ellos consolidado con Trasplante de precursores hematopoyéticos. La tinción de subclases de IgG podría ser útil para aclarar la restricción de la cadena ligera. A pesar de no ser reconocido como un patrón histológico dentro del consenso de la gammapatía monoclonal, es una morfología observada en un subgrupo de casos. El diagnóstico de esta entidad requiere una evaluación cuidadosa de las muestras de biopsia renal utilizando una combinación de microscopia óptica, inmunofluorescencia y microscopia electrónica.

Nefropatología

2442

NEFROPATÍA POR CRISTALES EN BIOPSIA RENAL POST-TRASPLANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bonilla Seara, José Miguel; Franco Espin, Julio; Pérez Luque, Ana; Cabrera Pérez, Rocio
Presentador: Bonilla Seara, José Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La nefropatía por cristales abarca diferentes lesiones renales muy poco frecuentes e inducidas por el depósito de minerales y metabolitos cristalinos producidos endógenamente, aportados en la dieta o secundarios a fármacos. Destacan por su frecuencia los cristales cálcicos (fosfato y oxalato), de urato, de cistina y, menos frecuentemente, 2,8-dihidroxiadenina (2,8-DHA). A continuación, presentaremos un caso de nefropatía cristalina con depósito masivo en un paciente trasplantado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta caso de un varón de 48 años con antecedente de litiasis renal expulsiva sometido a trasplante renal (TR) por enfermedad renal crónica (ERC) con ANCA MPO+, con cPRA del 22%, T1F 24h y creatinina (Cr) subóptima postTR. En biopsia rutinaria al 8º día se diagnosticó rechazo mixto borderline y NTA difusa con numerosas concreciones intratubulares, así como un rechazo mediado por anticuerpos (RAMAC) al tercer mes post-TR. Se remitió a nuestro servicio nueva biopsia renal por BAG (6 meses post-Tx) tras deterioro de la función renal (Cr 3,4) y sospecha de rechazo crónico activo. Se solicitaron estudios en congelación para detección de C4d con inmunofluorescencia indirecta (IFI) y en parafina mediante hematoxilina-eosina, PAS, tricrómico de Masson, metamina-plata de Jones, inmunohistoquímica (IHQ) para C4d, CD3 y CD31, tinción de Yasue, estudio con luz polarizada y bioquímica de orina.

RESULTADOS: No se identificaron datos de RAMAC, con C4d negativo tanto por IFI como por IHQ y sin capilaritis intertubular significativa (ptco). Tampoco de rechazo agudo celular, con infiltrado inflamatorio linfocitario intersticial y tubular leve (I, TI) y ausencia de vasculitis (VO). A nivel glomerular se identificó esclerosis glomerular leve, signos de isquemia y glomerulitis en menos del 25 % (gl), sin advertirse MAT ni dobles contornos. A nivel vascular, los vasos mostraban hiperplasia intimal y arteriopatía hialina moderadas. Lo más preponderante del caso era la presencia de una IFTA difusa elevado (55-65%) junto con una NTA difusa, extensa e intensa, edema intersticial leve y frecuentes concreciones litásicas amorfas de color marrón de tamaño mediano en las luces tubulares y pequeñas concreciones pardoverdosas en numerosos citoplasmas epiteliales tubulares, negras a la tinción de metenamina-plata de Jones, y coincidentes con la inflamación tubulointersticial, sin formación de granulomas. Dicha inflamación se interpretó como un proceso reactivo a los depósitos cristalinos más que representar un rechazo celular borderline. La morfología amorfa de las concreciones, su negatividad con técnica de Yasue y su birrefringencia con luz polarizada descartaron los diagnósticos de cristales de urato, oxalato y bilirrubina, respectivamente. El análisis de orina detectó 2,8-DHA, siendo el diagnóstico de fallo del injerto por nefropatía cristalina por depósitos de dicho tipo de cristal. La nefropatía por 2,8-DHA está asociada al déficit de adeninafosforribosiltransferasa (APRT), pendiente de confirmación genética. La evolución fue insidiosa, con desarrollo de ERC y con éxitus a causa de una hepatitis aguda fulminante.

CONCLUSIONES: Este caso pone de manifiesto la importancia del estudio y diagnóstico diferencial, tanto clínico como bioquímico e histomorfológico, de las distintas nefropatías por cristales. Aunque son entidades raras, su asociación con metabopatías y la posibilidad de avance de su enfermedad renal hacen necesario un diagnóstico precoz y preciso de las mismas.

C4D POSITIVO FOCAL EN EL TRASPLANTE RENAL: ¿PREDICTOR DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN EL INJERTO RENAL AÚN CON ANTICUERPO DONANTE ESPECÍFICO NEGATIVO? A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS.

Villar Espada, María; Torrente Dong, Jaime; Pérez Luque, Ana; Cabrera Pérez, Rocío
Presentador: Villar Espada, María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El rechazo mediado por anticuerpos (RMAC) se diagnostica según los criterios de Banff 2022, que requieren hallazgos histológicos compatibles (glomerulitis, capilaritis, arteritis, microangiopatía trombótica), junto con positividad moderada de C4d en inmunofluorescencia (IFI ≥2) en área mayor al 10% o mínima por inmunohistoquímica (IHQ >0), y positividad de anticuerpos anti-HLA donante específico (DSA). Los casos con C4d focal (<10% de capilares peritubulares positivos en IFI [C4dI]) se consideran negativos en la clasificación de Banff, pero su relevancia en ausencia de DSA aún es motivo de debate. Postulamos que aquellos casos en los que los niveles de DSA son negativos o no están disponibles, la presencia de C4dI por IFI, junto con los hallazgos histológicos, debería interpretarse como un indicio de RMAC y no considerarse un resultado claramente negativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro centro hemos planteado un estudio descriptivo basándonos en la hipótesis del C4d focal (considerado negativo por Banff) como posible factor predictor de RMAC. Para ello, de forma preliminar hemos realizado una búsqueda retrospectiva de biopsias postrasplante en un período de 10 años. De todas ellas, seleccionamos aquellas con diagnóstico de C4dI focal en IFI y comparamos los resultados con los C4d por IHQ. Además, tuvimos en cuenta los niveles de DSA, la evolución del injerto y los criterios histológicos de rechazo. Dividimos nuestra serie en 6 grupos en función de los resultados obtenidos en IFI (C4dI/C4d0), IHQ (positivo/negativo) y DSA analíticos (positivo/negativo): Grupo 1 (IFI C4dI / IHQ+ / DSA+), Grupo 2 (IFI C4dI / IHQ+ / DSA-), Grupo 3 (IFI C4dI / IHQ- / DSA+), Grupo 4 (IFI C4dI / IHQ- / DSA-), Grupo 5 (IFI C4d0 / IHQ+ / DSA+) y Grupo 6 (IFI C4d0 / IHQ+ / DSA-).

RESULTADOS: En la búsqueda inicial de biopsias postrasplante renal de nuestra unidad, hemos identificado casos con positivities focales de C4d por IFI tanto en hombres como mujeres. Las distribuimos en los seis grupos especificados con anterioridad y nos centramos en el grupo 3 y 4, objetivo de nuestro estudio, ya que nos aúna el C4dI con DSA+ (grupo 3) categorizado como probable RMAC según Banff, y C4dI con DSA- (grupo 4) los cuales se consideran negativos para RMAC según Banff. En nuestro análisis preliminar de la evolución de los pacientes observamos que los pacientes del grupo 3 desarrollan con frecuencia RMAC (tal como predice Banff) y los del grupo 4, verdadero objetivo de nuestro estudio, presentan en un porcentaje no desdeñable, evolución desfavorable del injerto llegando incluso a necesitar tratamiento para RMAC.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados preliminares sugieren que la presencia de C4d focal en IFI en ausencia de DSA en determinados pacientes, podría ser un indicador temprano de RMAC y, por tanto, no debe considerarse categóricamente negativo. Sin embargo, debido a las limitaciones de nuestro estudio y a la variabilidad interobservador de la técnica empleada, es necesario ampliar la muestra e incorporar más variables clínicas (edad, tipo de donante, tiempo de isquemia, tratamientos recibidos) e inmunológicas (PRA), con el objetivo de alcanzar un análisis más significativo de todos los datos.

CARACTERIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN NEFRECTOMÍA CITOREDUCTORA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES TIPO CÉLULA CLARA METASTÁSICO SOMETIDOS A INMUNOTERAPIA.

Jaime Gaibor, Verónica Alejandra; Saiz González, Ana
Presentador: Jácome Gaibor, Verónica Alejandra

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales de tipo célula clara (ccRCC) representa el subtipo histológico predominante en el cáncer renal, caracterizado por su agresividad y propensión metastásica. En pacientes con enfermedad metastásica, la nefrectomía citoreductora ha sido una estrategia terapéutica tradicional para reducir la carga tumoral y mejorar la respuesta a tratamientos sistémicos. Las nefrectomías citoreductoras, combinadas con inmunoterapia basada en inhibidores de puntos de control inmunitario, han emergido como una estrategia clave en el manejo de la enfermedad avanzada, modificando el paisaje histológico del tejido tumoral resecaado que pueden reflejar su eficacia y ofrecer pistas sobre la respuesta al tratamiento y el pronóstico. La caracterización detallada de estos hallazgos en el contexto de nefrectomías citoreductoras tras inmunoterapia sigue siendo limitada. Este estudio tiene como objetivo analizar los hallazgos histopatológicos en especímenes de nefrectomía citoreductora de pacientes con ccRCC tratados previamente con inmunoterapia, con el fin de describir las alteraciones morfológicas inducidas por la terapia y explorar su posible correlación con desenlaces clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio retrospectivo incluyó a 7 pacientes diagnosticados con ccRCC metastásico que recibieron inmunoterapia seguida de nefrectomía citoreductora entre los años 2021 a 2024. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico histológico confirmado de ccRCC, enfermedad metastásica al momento del tratamiento, administración de inmunoterapia previa a la cirugía y disponibilidad de especímenes quirúrgicos para análisis. Se excluyeron pacientes con otros subtipos histológicos o aquellos sin datos completos de tratamiento.

RESULTADOS: Tras el análisis histológico de las piezas quirúrgicas, se objetivó que el hallazgo más frecuente fue la presencia de extensas áreas de necrosis, cambios fibrociatricosales e infiltrado inflamatorio linfocitario en asociación a neoplasia viable. En uno de los casos, se identificaron áreas quísticas de aspecto degenerativo dentro de la neoplasia revestidas por un epitelio tumoral de células claras con un grado citológico mayor a los focos sólidos de neoplasia reconocidos.

CONCLUSIONES: En resumen, este estudio caracteriza los hallazgos histológicos en nefrectomías citoreductoras de ccRCC tras inmunoterapia, destacando necrosis tumoral, infiltrados inflamatorios y fibrosis como marcadores de respuesta inmune activada. Estos resultados refuerzan el valor de la evaluación histopatológica en el manejo de pacientes con ccRCC avanzado. Existe una importante brecha de información en los documentos proporcionados ya que no hay datos específicos sobre los cambios histológicos post-inmunoterapia en especímenes de nefrectomía citoreductora. Con nuestro estudio intentamos abrir la puerta a investigaciones futuras que integren datos clínicos, histológicos y moleculares para optimizar la estratificación y el tratamiento de estos pacientes.

Nefropatología 1751

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL RELACIONADA CON IGG4

Durán Cameselle, Andrea; Fachal Bermúdez, María Carmen; Abdulkader Sande, Samer; Rodríguez Atanes, Omayra; Barrera Cabañeros, Soraya; Alonso Veiga, María Tecla
Presentador: Durán Cameselle, Andrea

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO DE VIGO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es un trastorno autoinmune sistémico caracterizado por niveles elevados de IgG4 en suero y un infiltrado de células plasmáticas en el órgano afectado. Cuando hay lesión renal suelen estar involucrados otros órganos. Sin embargo, la afectación renal única sólo se produce en un 20% de los casos, como sucede en el que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 70 años al que se realiza una biopsia renal por fracaso renal agudo no oligúrico. La analítica muestra sedimento inactivo y proteinuria pericapsular, consumo del complemento, factor reumatoide positivo y VSG elevada. En el proteinograma hay aumento policlonal de gammaglobulinas. El estudio inmunológico y la serología son negativos.

RESULTADOS: La biopsia renal contiene diez glomérulos, uno de ellos esclerosado. El resto presentan una morfología normal, salvo cambios de tipo isquémico como fibrosis pericapsular y plegamientos de membranas. Con las técnicas histoquímicas de plata, PAS y tricómico de Masson no se identifican lesiones. El intersticio muestra un intenso proceso fibroinflamatorio expansivo, rico en células plasmáticas, con linfocitos y escasos eosinófilos. Se observan imágenes de tubulitis, engrosamiento de las membranas basales tubulares y atrofia tubular. Con el tricómico de Masson se hace más significativa la fibrosis intersticial, que muestra un patrón estoriforme. Las técnicas de inmunohistoquímica muestran un aumento de células plasmáticas IgG con predominio de IgG4 con más de 10 células/CGA. La IFD presenta nueve glomérulos, sin depósitos con las distintas anti-Igs, cadenas ligeras ni complementos (C3 y C1q). Las membranas basales tubulares muestran una positividad intensa (3+/3) granular y pseudolineal con anti-IgG, C3, C1q y cadenas ligeras Kappa y Lambda, y menor (2+/3) con anti-IgA e IgM. En ME hay únicamente depósitos electrón-densos en las membranas basales tubulares. Después del resultado de la biopsia se estudia en sangre los niveles de IgG que están elevados (2,800 mg/dL, valor normal: 700-1600 mg/dL), a expensas de una IgG4 elevada (334,4 mg/dL, valor normal: 3,92-86,4 mg/dL). Se estudia al paciente y hasta el momento actual no tiene afectación de otros órganos.

CONCLUSIONES: Los hallazgos renales de la enfermedad relacionada con IgG4 son de 2 tipos: extrínsecos de tipo obstructivo por la fibrosis retroperitoneal adyacente, e intrínsecos por la lesión directa del parénquima renal bien sobre el glomérulo, el intersticio o los vasos. En el glomérulo, lo más frecuente es una nefropatía membranosa IgG4 positiva. La afectación vascular consiste en una arteritis de células plasmáticas. La afectación intersticial consiste en una nefritis tubulointersticial aguda que muestra depósitos de inmunocomplejos por IFD en túbulos, aumento de células plasmáticas IgG4 (ratio de células plasmáticas IgG4/IgG >30 y >10 células plasmáticas IgG4/CGA)2, y fibrosis intersticial que puede mostrar patrón estoriforme, sin lesión glomerular. La enfermedad renal relacionada por IgG4 se diagnostica en base a unos criterios clínicos, radiológicos, analíticos y anatomopatológicos. La combinación de estos criterios hacen el diagnóstico altamente sugestivo, probable o insuficiente. La biopsia renal es una herramienta útil en el diagnóstico de esta entidad, especialmente en los casos en los que solo hay afectación renal.

Nefropatología 1720

SUPERPOSICIÓN DE GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y NEFROPATÍA DIABÉTICA TRAS LA ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA DE RANIBIZUMAB EN UNA PACIENTE JOVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Cristóbal Redondo, Víctor; Planelles Asensio, María; Garzón Arana, Alejandro; Sánchez Rodríguez, Laura; Martínez Gauffin, Lucía; Menor Vila, Víctor; Buendía Sánchez, Nuria; Gil García, Carmen María
Presentador: Cristóbal Redondo, Víctor

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS (ALICANTE).

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) es un potente angiogénico, originado en diversos tumores y vinculado al potencial de diseminación y recidiva. Por ello, se popularizó el uso de los Anti-VEGF en el caso de los tumores metastásicos, registrándose la aparición, aunque poco frecuente, de efectos secundarios renales, desde un incremento en la proteinuria hasta el desarrollo de hipertensión arterial, glomerulopatías o microangiopatía trombótica. En los últimos años, el campo de la oftalmología se ha beneficiado del uso intravítreo de estas terapias antiangiogénicas, especialmente en la degeneración macular asociada a la edad o la retinopatía diabética proliferativa. No obstante, existe muy escasa información acerca del perjuicio renal que pueden tener estos agentes, hallándose, en la literatura científica aisladas y pequeñas series de pacientes con daño renal tras su administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el inusual caso clínico de una mujer joven, diabética, con síndrome nefrítico posterior a la inyección intravítrea de ranibizumab (Anti-VEGF), diagnosticada y tratada en nuestro centro hospitalario. Tras su estudio retrospectivo, exponemos sus particularidades clínicas y sus hallazgos histológicos, complementado con técnicas de inmunofluorescencia directa y microscopía electrónica.

RESULTADOS: Mujer de 27 años que acude a urgencias remitida desde atención primaria por una crisis hipertensiva (230/110 mmHg) y edemas en cara, manos y tobillos, de dos semanas de evolución. Se encuentra en seguimiento por Diabetes Mellitus tipo 1 desde los 10 años, con retinopatía diabética proliferativa, recientemente tratada con 3 inyecciones intravítreas de ranibizumab. En las pruebas complementarias, destaca una Cr 193, Hb 6.3, Plaquetas 63000, Haptoglobina <10, microhematuria y proteinuria de 9.2 gr/g, anticuerpos negativos y una ecografía sin alteraciones significativas. De la biopsia renal se obtienen 3 cilindros de parénquima renal, constituidos en un 95% por cortical, contabilizándose un máximo de 37 glomérulos, 13 de ellos globalmente esclerosados. De manera difusa, se aprecia una expansión marcada de la matriz mesangial sin incremento de la celularidad. Se observan áreas de glomerulosclerosis nodular con clara formación de nódulos de Kimmelstiel-Wilson, junto a "capsular drops", depósitos hialinos y una marcada hialinosis arteriolar PAS +. Se identifican 2 glomérulos con proliferación extracapilar, 1 de ellos con una semiluna de tipo celular. El compartimento túbulo-intersticial muestra un aspecto óptico conservado. Las técnicas de inmunofluorescencia directa son negativas y en el estudio ultraestructural se objetiva un engrosamiento difuso de la membrana basal glomerular (450-500 nm) y fusión podocitaria. Se establece que los hallazgos histopatológicos son concordantes con una nefropatía diabética clase III y, posiblemente, una glomerulonefritis rápidamente progresiva paucimune superpuesta, asociada al uso intravítreo de ranibizumab. Tras una pauta descendente de corticoides, enalapril, cloratalidona y la suspensión de las inyecciones intravítreas, la paciente tuvo una mejor clínica evidente en las siguientes semanas.

CONCLUSIONES: Recientes estudios han demostrado que estos agentes intravítreos, como el ranibizumab que recibió nuestra paciente, tienen una absorción sistémica. Aunque éstos hayan revolucionado el tratamiento de ciertas enfermedades oftalmológicas, se debe conocer que su administración no está exenta de riesgos.

Nefropatología

1688

CASO CLÍNICO: IMPACTO DE LAS ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

Silva Ortega, Sandra; Brugal Molina, Javier Emilio; Llopis Sanchez, Pedro; Aguilar López, Francisco Javier
Presentador: Silva Ortega, Sandra Milena

HOSPITAL G. UNIV. DE ELCHE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: LA AFECTACIÓN RENAL POR LEISHMANIA PUEDE AFECTAR EL COMPARTIMIENTO INTERSTICIAL, GLOMERULAR, VASCULAR O UNA COMBINACIÓN DE ESTOS. LOS PACIENTES TRASPLANTADOS, POR SU CONDICIÓN DE INMUNOSUPRESIÓN SE CONVIERTEN EN CASOS SINGULARES EN CUANTO A LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y UN DESAFÍO EN EL TRATAMIENTO

MATERIAL Y MÉTODOS: MUJER DE 48 AÑOS TRASPLANTADA POR POLIQUISTOSIS RENAL CON RIÑÓN DE DONANTE CADAVER EN CONDICIONES ÓPTIMAS, CON BUENA FUNCIÓN DEL INJERTO DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS, APARTIR DEL TERCER AÑO POST-TRASPLANTE SE DETECTAN OSCILACIONES EN EL FILTRADO GLOMERULAR ASOCIADO A MICROALBUMINURIA Y HEMATURIA. ANTE SOSPECHA CLÍNICA DE RECHAZO, SE REALIZÓ BIOPSIA RENAL QUE INFORMÓ CAMBIOS ATRIBUIBLES A RECHAZO CRÓNICO ACTIVO DEL TRASPLANTE BASADOS EN INFLAMACIÓN Y FIBROSIS INTERSTICIAL, FIBROSIS DE LA INTIMA ARTERIAL Y FOCAL TUBULITIS, EN EL COMPARTIMIENTO GLOMERULAR, SE ENCONTRÓ PROLIFERACIÓN ENDOCAPILAR EN 1 DE 9 GLOMERULOS CON INMUNOFLOURESCENCIA DIRECTA NEGATIVA (UN GLOMERULO VALORABLE).

SE REALIZARON CAMBIOS ES EL ESQUEMA DE INMUNOSUPRESIÓN A PESAR DE LO CUAL LA PACIENTE CONTINUÓ CON ALBUMINURIA EN ASCENSO Y EMPEORAMIENTO DEL FILTRADO GLOMERULAR COMO ANTECEDENTE IMPORTANTE LA PACIENTE HABÍA SIDO DIAGNOSTICADA DE LEISHMANIASIS 4 AÑOS ANTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL, RECIBIENDO TRATAMIENTO COMPLETO CON ANFOTERICINA B LIPOSOMAL Y POSTERIORMENTE PROFILAXIS.

RESULTADOS: SEIS MESES DESPUÉS SE PRACTICÓ NUEVA BIOPSIA RENAL ENCONTRÁNDOSE GLOMERULONEFRITIS DE PATRÓN MEMBRANOPROLIFERATIVO CON DEPÓSITOS MESANGIALES Y MEMBRANOSOS DE IgG, C3 Y C1q. EN EL COMPARTIMIENTO TUBULOINTERSTICIAL SE ENCONTRÓ ATROFIA TUBULAR, TUBULITIS, FIBROSIS INTERSTICIAL MODERADA A SEVERA E INFILTRADO LINFOPASMOCITARIO INTENSO CON PRESENCIA DE FIGURAS SUGESTIVAS DE AMASTIGOTES DE LEISHMANIA EN INTERSTICIO Y TUBULOS, QUE SE CONFIRMARON CON PCR EN EL TEJIDO.

SE INICIÓ TRATAMIENTO CON ANFOTERICINA B LIPOSOMAL Y AJUSTE DE DOSIS DE INMUNOSUPRESORES, CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA. SE DOCUMENTÓ RESISTENCIA A LA ANFOTERICINA B, INSTAURÁNDOSE TRATAMIENTO CON MILTEFOSINA. A PESAR DE LAS ANTERIORES MEDIDAS TERAPEÚTICAS, LA PACIENTE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN DIÁLISIS Y EN ESTUDIO PARA UN SEGUNDO TRASPLANTE.

CONCLUSIONES: - LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS DE LA LEISHMANIASIS, EN AUSENCIA DE AMASTIGOTES EN LA BIOPSIA, PUEDEN SER INDISTINGUIBLES DE LOS PATRONES OBSERVADOS EN EL RECHAZO CRÓNICO ACTIVO, COMPLICANDO SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ANTE LA SOSPECHA DE UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA, EN AUSENCIA DE AMASTIGOTES, ES IMPORTANTE REALIZAR TÉCNICAS DE PCR EN EL TEJIDO.

- EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS ADEMÁS DE PIELONEFRITIS, PUEDE PRESENTARSE COMO GLOMERULONEFRITIS INMUNOMEDIADA, POR LO CUAL ANTE RESULTADOS DE INMUNOFLOURESCENCIA POCO CONCLUYENTES O INSUFICIENTES, ES FUNDAMENTAL CONSIDERAR EL USO DE PRONASA PARA MEJORAR LA RENTABILIDAD.

- LA AFECTACIÓN RENAL POR LEISHMANIA SE ASOCIA A DISFUNCIÓN DEL INJERTO Y PÉRDIDA DEL ÓRGANO

Nefropatología

1519

NEFROPATÍA MEMBRANOSA Y TUBULOPATÍA COMO MANIFESTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA RECEPTOR TRAS TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Terradez Mas, Liria; Solano , Camila; Sanchez , Alba; Masia , Paloma; Sotos , Ricardo; Juan , Isabel; Solís , Miguel Angel; Torregrosa, Isidro

Presentador: Terradez, Liria

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA Y DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad injerto contra receptor (EICR) es una complicación conocida del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) que puede implicar a diversos órganos, entre ellos el riñón. La nefropatía membranosa (NM) post-TPH es una complicación posible pero poco habitual, y su fisiopatología ha sido objeto de creciente interés. La afectación renal en la EICR se ha descrito en diversas formas, incluyendo microangiopatía trombótica, nefritis intersticial y NM entre otras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón 57 años, diagnosticado de micosis fungoide, tratado con múltiples líneas terapéuticas, incluyendo un trasplante alogénico. Por progresión cutánea recibió infusiones de linfocitos del donante (ILD), con una respuesta favorable. Sin embargo, posteriormente desarrolló una enfermedad injerto contra receptor (EICR) leve, con afectación oral y oftálmica. Más adelante, presentó un síndrome nefrótico completo con proteinuria de 28 g/24h y un fracaso renal agudo (creatinina plasmática de 2,87 mg/dL) con disfunción tubular proximal. El estudio serológico/inmunológico completo resultó negativo, incluido el PLA2R. Se realizó una biopsia renal para estudio morfológico, de inmunofluorescencia directa y ultraestructural.

RESULTADOS: La biopsia renal reveló una nefropatía membranosa (PLA2R negativa), con depósitos intramembranosos en la membrana basal tubular (MBT) y daño tubular asociado.

CONCLUSIONES: Presentamos el caso de una nefropatía membranosa con depósitos subepiteliales en la membrana basal glomerular y depósitos intramembranosos en la membrana basal tubular, una característica inusual que sugiere un proceso patogénico distinto a otros tipos de NM, relacionado con la enfermedad injerto contra receptor. Estudios recientes han identificado la protocaderherin FAT1 como un posible autoantígeno implicado en la fisiopatología de la afectación renal asociada a TPH.

Nefropatología

2424

CD138 COMO MARCADOR DE DAÑO TUBULAR AGUDO.

Leiva Cepas, Fernando; Osuna Soto, Julio; Huelva López, Mar; Sánchez Ramírez, Inmaculada; Dávila Flores, Viviana; Sánchez Sánchez, Rafael; Gálvez Medina, María José
Presentador: Leiva Cepas, Fernando

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La necrosis tubular aguda (NTA) es la expresión morfológica del daño renal agudo, que puede ser de origen multifactorial. Morfológicamente se caracteriza por varios datos histológicos: pérdida del borde en cepillo, pérdida de la regularidad del margen luminal tubular, celularidad y detritus en el interior del túbulo. Sin embargo, en ocasiones donde existe inflamación crónica, en casos de trasplante renal o cuando la muestra puede ser limitada, puede infraestimarse la NTA. Se han estudiado diferentes marcadores inmunohistoquímicos. El objetivo de este estudio es analizar el papel de cd138 en el túbulo como marcador posible para detectar NTA en biopsia renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 20 biopsias en cuña de riñón de trasplantado (biopsia preimplantacional o trasplantectomía) donde además de las técnicas de rutina se les realizó un estudio inmunohistoquímico de cd138 (clona MI15 de Leica biosystems). Los portaobjetos fueron escaneados y visualizados mediante técnicas convencionales. Se realizó una cuantificación semicuantitativa de los hallazgos de tinción en los túbulos (0, +, ++, +++). Los datos se sometieron a tratamiento estadístico de variables semicuantitativas. Se tuvieron en cuenta datos clínicos (edad, patología previa, etc).

RESULTADOS: Se analizaron 20 muestras renales (15 patológicas y 5 normales de nefrectomía tumoral) donde el 60% (12) mostraron NTA de algún grado. CD138 fue positivo, de membrana en aquellos túbulos que no presentan NTA, y la expresión fue tornándose en granular o muy focal de membrana en aquellos casos en los que la NTA pasa a ser de moderada a severa. A nivel medular, la tinción no mostró variabilidad significativa. La correlación con el PAS y HE fue escasa, ya que en ocasiones infraestiman la NTA. CD138 mostró un patrón de tinción regular en aquellas áreas sin NTA.

CONCLUSIONES: -CD138 es un marcador útil para identificar de manera rápida y eficaz NTA, en corteza y no en médula.
-CD138 puede utilizarse en modelos de inteligencia artificial para cuantificar nta.
-Las técnicas convencionales (HE y PAS) pueden ayudarse de CD138 en casos de muestra pequeña.
-Este estudio presenta como limitación el número de casos y ajustar por patología los diferentes estadios, así como un análisis multivariante.

Nefropatología

2074

NEFROPATÍA MEMBRANOSA EN BIOPSIA RENAL DE PACIENTE CON MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTRÖM Y METÁSTASIS DE CARCINOMA OCULTO DE MAMA.

Romano , Daniela Soledad; De Zárate Luggens, Zaida Janine; González Pérez, Elsa María; Laguna Macarrilla, David; Sureda Alberti, Ignacio; Quintero Duarte, Adriana Marcela; Cabello Pelegrín, Sheila; Saus Sarrias, Carles
Presentador: Romano , Daniela Soledad

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La nefropatía membranosa es una causa común de síndrome nefrótico en niños y adultos. Está caracterizada por depósitos de inmunocomplejos subepiteliales en la membrana basal glomerular. Existen formas primarias o idiopáticas y secundarias a una amplia gama de causas que incluyen procesos neoplásicos.

Presentamos el caso de una mujer de 66 años sin antecedentes patológicos, con biopsia renal que documenta nefropatía membranosa y además dos hallazgos histológicos que podrían explicar su causa: infiltración por neoplasia linfóide y metástasis de carcinoma de mama. Aunque los tumores sólidos son los causantes de la mayoría de GN membranosa secundaria, en nuestro caso creemos que el origen podría ser un linfoma con diferenciación linfoplasmocítica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 66 años, fumadora activa, sin antecedentes relevantes que acude en 2021 tras presentar edemas progresivos en miembros inferiores de meses de evolución, adenomegalias dolorosas supraclaviculares, linfocitosis y esplenomegalia. Se realiza biopsia de médula ósea que evidencia infiltración por linfoma B de bajo grado con diferenciación linfoplasmocítica (25-30%), asociado a presencia de células plasmáticas maduras con restricción de cadenas y expresión de IgM.

En las semanas posteriores presenta síndrome nefrótico clínico y bioquímico, por lo cual se realiza biopsia renal.

RESULTADOS: En la biopsia renal se observa patrón de nefropatía membranosa, con engrosamiento difuso de membrana basal y positividad subepitelial intensa para IgG, IgM, C3, C1q, con depósitos subepiteliales en microscopía electrónica, muchos de ellos tipo "humps" negativos para PLA2R y trombopondina, también negativos serológicamente. Se identificó la presencia de agregados intersticiales de linfocitos B pequeños, con diferenciación plasmocitoide ocupando el 10% aproximadamente del cilindro.

Se observó además un mínimo acúmulo intersticial de células epitelioides monomorfas poco cohesivas, negativas para CD68, positivas para Citoqueratina mixta, GATA3, Citoqueratina 19, RE y E-Cadherina, y se sugirió metástasis de origen mamario, por lo que se realiza ecografía y biopsia con arpón mamaria que resultó negativa para malignidad.

El estudio de inmunofluorescencia documenta elevación de IgM, restricción de cadenas con kappa 95,63 mg/L, lambda 13,85 mg/L y relación 0,73, y proteína monoclonal cuantificada en 11,3 g/L compatible con Linfoma linfoplasmocítico/MW.

Se inicia tratamiento de la glomerulopatía membranosa con bolus de metilprednisolona y pauta de reducción, al mismo tiempo que se trata el linfoma con R-Bendamustina y Rituximab consiguiendo respuesta hematológica y remisión del síndrome nefrótico.

Se realizó seguimiento anual hasta año 2024, donde en ecografía control se identifican dos nódulos mamarios bilaterales (BIRADS4), mostrando en la biopsia carcinoma lobulillar infiltrante G2, RP y RE +, CK 19+, E-Cadherina + y HER2 -.

CONCLUSIONES: Las neoplasias malignas más frecuentemente asociadas a glomerulopatía membranosa son carcinomas de órganos sólidos (pulmón, mama, colon y riñón). Los antígenos responsables más frecuentes son THSD7A y NELL 1, con nuevos antígenos emergentes en estudio.

Consideramos que nuestro caso es interesante por coincidir una GN membranosa y dos posibles causas secundarias infrecuentes en la misma biopsia. El síndrome nefrótico desapareció tras el tratamiento del linfoma (a pesar de la persistencia de su tumor sólido oculto), por lo que consideramos que éste sería la causa más probable.

GLIOBLASTOMA: CARGA MUTACIONAL TUMORAL, INESTABILIDAD DE MICROSATELITES Y MUTACIONES EN LOS GENES REPARADORES DEL ADN

Aquino , Micaella Elizabeth; Urbizu , Aintzane; Arnaldo , Laura; Muñoz-Mármol , Ana; Martín , Adriá; Hernández , Ainhoa; Balañà , Carmen; Morgan , Claire; Parra , Genis; Carrato , Cristina
Presentador: Aquino , Micaella

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:18:18:30 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: Recientemente se ha descrito la existencia de un subgrupo de glioblastomas (GB) con deficiencia en la reparación de la replicación del ADN (GBd) por inactivación bialélica de los genes del sistema MMR (Mismatch Repair) asociada, en algunos casos, a variantes genéticas en POLE. Estos tumores son infrecuentes (2% del total de los GB) y se caracterizan por una elevada tasa de carga mutacional tumoral (definida como TMB $\geq$ 15), pérdida de la expresión inmunohistoquímica de las proteínas asociadas a los genes reparadores y, con frecuencia, inestabilidad de microsatélites leve/moderada (MSI 10-30%). Además, los GBd presentan un aspecto histológico característico, con células gigantes multinucleadas, y un perfil molecular diferente al resto de GB, con mayores tasas de mutación de ATRX, TP53 y NF1, y menor frecuencia de mutación del promotor de TERT y de amplificación de EGFR. Los pacientes con este tipo de tumores tienen una supervivencia superior a la del resto de GB y una mayor tasa de respuesta al tratamiento con inmunoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos el TMB, la tasa de MSI y las mutaciones en los genes reparadores MSH2, MSH6, PMS2, MLH1 y en POLE y POLD1 en una serie de 100 GB mediante secuenciación del exoma completo (whole exome sequencing). Sesenta de los casos habían estado previamente catalogados como subtipo mesenquimal (MES, 13), clásico (CLS, 28) o proneural (PRN, 19) por técnicas de secuenciación de ARN. En los casos con mutación patogénica de los genes estudiados se completó el estudio con el análisis inmunohistoquímico (IHQ), sin poder realizar estudios en línea germinal.

RESULTADOS: Los valores de TMB de nuestra serie oscilaron entre el 2,62 y el 12,86 y los niveles de MSI se encontraban entre 0,8%-5,7%. En 3 de los 100 casos se observaron mutaciones patogénicas de MSH6 con una frecuencia alélica (VAF) de 40,2%; 7,1% y 5,1%. Se practicó estudio IHQ para las proteínas reparadoras del ADN en estos 3 casos y únicamente uno mostró pérdida de la expresión de MSH6 (VAF 40,2%). El caso correspondía a una mujer de 65 años de edad, con un tumor rico en células gigantes, con mutación en ATRX, TP53 y NF1, sin evidencia de amplificación de EGFR y sin información sobre el estado del promotor de TERT. El tumor mostraba un TMB de 12,86 y un MSI de 4,5% y era un GB subtipo CLS. En cuanto a los subtipos transcriptómicos, la mediana de TMB y MSI fue de 5,6 y 1,9%, respectivamente, para los casos de GB catalogados como MES; 5,9 y 2,3% para los GB subtipo CLS; y 5,3 y 1,9% para los PRN; no hallándose diferencias significativas entre los 3 subtipos (Kruskal-Wallis).

CONCLUSIONES: En nuestra serie, la frecuencia de GB con deficiencia en la reparación de la replicación de ADN ha sido del 1%. Nuestro único caso mostró un TMB de 12,86, el más elevado en nuestra serie, aunque inferior al valor de 15 descrito recientemente por Hadad y col. Esta diferencia se debe probablemente a las diferentes técnicas utilizadas: WES , en esta serie, y paneles de NGS, en trabajos como el de Hadad y col, que pueden revelar resultados diferentes incluso en un mismo caso. Por otro lado, no parece haber diferencias significativas en cuanto a niveles de TMB ni MSI entre los diferentes subtipos transcriptómicos de GB (MES, CLS y PRN).

VALIDACIÓN DE LA DETECCIÓN DE AMPLIFICACIONES DE EGFR Y DELECCIONES DE CDKN2A MEDIANTE NGS EN GLIOMAS DE ALTO GRADO

Clavé Safont, Sergi; Clavé Safont, Sergi; Salido Galeote, Marta; Lorenzo Pérez, Marta; Torres Rodríguez, Sonia; Arumí Uriá, Montserrat; Ara Mancebo, Xavier; Fernández Rodríguez, Conchi; Puiggrós Metje, Anna; Espinet Solà, Blanca; Bellosillo Paricio, Beatriz
Presentador: Clavé Safont, Sergi

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:30:18:42 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: La última actualización de la clasificación de los tumores del sistema nervioso central (OMS 2021) ha incorporado biomarcadores moleculares de tipo alteraciones del número de copias (CNAs) como la amplificación de EGFR o la delección homocigota de CDKN2A. Actualmente, la secuenciación masiva (NGS) es la técnica de elección para el estudio de biomarcadores, ampliamente validada para la detección de mutaciones de tipo SNV/INDELs. Sin embargo es necesario evaluar su capacidad para la detección de las CNAs. El objetivo de este estudio es validar la detección de amplificaciones de EGFR y delecciones de CDKN2A en gliomas de alto grado mediante NGS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha analizado una serie de 69 gliomas de alto grado diagnosticados en nuestro centro entre los años 2023 y 2024, con el panel de NGS Oncomein Precision Assay (OPA, Thermo Fisher). Para cada caso, se revisaron el área tumoral y el porcentaje de infiltración. En función de los resultados de NGS, se seleccionaron 26 casos con amplificación de EGFR, 35 con delección de CDKN2A y 20 negativos para CNAs y se analizaron posteriormente mediante FISH con sondas Vysis EGFR/CEP7 FISH Probe Kit y Vysis CDKN2A/CEP9 FISH Probe Kit (Abbott Molecular). Esta última, con un tamaño de 222 kb, incluye los genes CDKN2A, CDKN2B y MTAP (región 9p21). En los casos discordantes, se realizó un análisis adicional mediante PCR digital con la plataforma QX200 Droplet Digital (Bio-Rad) para confirmar la presencia de la alteración.

RESULTADOS: Respecto a EGFR, la mediana del número de copias obtenida por NGS en los 26 casos positivos (38% de la serie) fue de 48 copias (rango: 5 - 173 copias). Todos fueron validados por FISH excepto el caso con menor número de copias (5 copias) que por FISH presentó polisomía elevada del cromosoma 7 en un 90% de los núcleos (4-8 copias). En cuanto a la detección de CDKN2A, la mediana del número de copias obtenida por NGS en los 35 casos con delección (51% de la serie), fue de 0,38 copias (rango: 0 - 1,1 copias). Se analizaron 29 de los 35 casos delecionados (según disponibilidad de tejido remanente para FISH), de los cuales 21 mostraron delección homocigota, 7 presentaron delección heterocigota y 1 fue no delecionado. Los 21 casos con delección homocigota tenían una mediana de 0,27 copias por NGS, mientras que para los 7 heterocigotos fue de 0,64 (p= 0.08). El caso discordante sin delección presentó una media de 0,4 copias de CDKN2A por NGS, mientras que por FISH mostró un patrón de tetrasomía del cromosoma 9 en un 95% de los núcleos analizados. El análisis mediante PCR digital confirmó la delección de CDKN2A (0,2 copias), indicando un falso negativo del FISH probablemente debido a una delección parcial de la región 9p21. Globalmente, la NGS mostró un valor predictivo positivo del 93% para la detección de delecciones homocigotas de CDKN2A, con un punto de corte de 0,44 copias. Sin embargo, el valor predictivo negativo fue del 71%, con 29% de discrepancias atribuibles a los casos con delecciones heterocigotas.

CONCLUSIONES: La NGS detectó amplificaciones de EGFR y delecciones de CDKN2A con un 97% de concordancia con el FISH, validando su utilidad para el estudio de CNAs en tumores cerebrales. Sin embargo, la NGS no distingue con precisión entre delecciones heterocigotas y homocigotas de CDKN2A y la técnica de FISH sigue siendo necesaria para determinar su estado alélico.

¿MODULA LA RESPUESTA INMUNE LA SUPERVIVENCIA EN LOS GLIOMAS DE LARGA EVOLUCIÓN?

Salazar Saura, Irene; San-Miguel Díez, Teresa; Navarro Cerveró, Lara; Megías Vericat, Javier; Martínez García, Laura; Aguilar Gil, Amparo; Roselló Sastre, Esther

Presentador: Salazar Saura, Irene

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:55-18:00 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: Los gliomas difusos de alto grado (GDAG) del adulto son tumores cerebrales agresivos con mal pronóstico. Entre ellos, el glioblastoma IDH-wild type (GBM), tiene una supervivencia media de 13-14 meses. Los casos de larga supervivencia son poco comunes y podrían estar influenciados por factores biológicos, como el microambiente tumoral inflamatorio. Planteamos un estudio descriptivo de todos los pacientes con supervivencia mayor de 24 meses registrados en nuestro LIS en los últimos 22 años, con el fin de:

- Caracterizar molecularmente muestras de pacientes diagnosticados de GDAG, de larga supervivencia.
- Analizar las características histológicas y del infiltrado inflamatorio tumoral.
- Describir los hallazgos en función de la supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes diagnosticados de GDAG con larga supervivencia (mayor de 24 meses). Estudio con panel de NGS (OncoPrint, Precision Assay, Thermo-Fisher). Análisis histológico y actividad proliferativa. Estudio estadístico descriptivo (medias, SD).

RESULTADOS: Nuestra muestra incluyó 37 tumores de 22 pacientes, con una supervivencia media de 79 meses. La distribución por sexos fue equitativa, con una edad al diagnóstico mayor en mujeres (62 años/52 años en hombres), si bien de supervivencia más corta en las mujeres (49 meses/80 meses en hombres). La muestra estaba constituida por 15 tumores IDH mutados y 22 IDH wild-type.

Histológicamente, la población tumoral predominante fue glial (71%), si bien un 18% de los casos presentaban población epitelioide. El grupo de tumores IDH wild-type (54% de los casos) mostraron necrosis más extensa, con mayor complejidad vascular, densidad celular y actividad mitótica que el grupo IDH mutados.

Respecto al infiltrado inflamatorio, existía infiltrado linfocitario difuso en un 58% de casos, formando acúmulos nodulares en un 37%, fundamentalmente perivasculares. Se identificó infiltrado mixto, con neutrófilos y macrófagos, en un 42% de casos, que se distribuía perinecrosis y perivascularmente. Tanto los casos con formación de acúmulos nodulares linfocitarios (n=6) como con presencia de infiltrado mixto (n=7) resultaron IDH wild-type, no observándose en los IDH mutados.

Al relacionar los hallazgos con la supervivencia, esta era mayor en los casos que presentaron una población tumoral epitelioide (n=7, 101 meses), siendo gran parte de estos wild-type para IDH (n=6), y en los casos con infiltrado linfocitario difuso (n=23, 85 meses). Las diferencias más importantes se encontraron entre IDH-mutados y wild-type (82 meses/57 meses).

CONCLUSIONES: Los tumores IDH wild-type presentaron características histológicas más agresivas, de acuerdo con la literatura, si bien cabe destacar que los casos con una población tumoral epitelioide mostraron una mejor evolución.

Los casos con infiltrado linfocitario difuso mostraron mejor supervivencia que los casos con formaciones nodulares de linfocitos o infiltrado mixto, que fueron además IDH wild-type.

En conjunto, nuestros hallazgos resaltan la importancia del perfil molecular y la morfología en la evolución de estos tumores. La asociación entre el infiltrado inflamatorio y la supervivencia destaca la posible influencia del sistema inmune en la progresión tumoral, lo que podría generar nuevas perspectivas en el desarrollo de estrategias terapéuticas.

FRENTE INVASIVO DE LOS GLIOBLASTOMAS: ESTUDIO HISTOLÓGICO EN UNA SERIE DE 28 CASOS.

Vicente Navarro, Natalia; Ruiz Roig, Nuria; Kaliullayev, Berik; Purqueras, Elvira; Fuentes, Javier; Villatoro, Sergio; Vidal, Noemi

Presentador: Vicente Navarro, Natalia

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:00-18:05 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: Los glioblastomas cerebrales son gliomas de alto grado muy infiltrativos cuya progresión parece estar impulsada por la interacción neurona-célula tumoral a través de sinapsis neurogliomales, localizadas principalmente en el frente invasivo. El estudio morfológico de esta interfase podría ayudar a entender mejor su comportamiento biológico y, a largo plazo, abrir la posibilidad de reproducir estas interacciones in vitro, facilitando su análisis y el desarrollo de futuras estrategias terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: **Objetivo:** Estudiar las características morfológicas de la interfase glioblastoma-tejido cerebral adyacente.

Se revisaron retrospectivamente los casos diagnosticados de glioblastoma IDH wild type de nuestro centro en el periodo comprendido entre enero de 2023 hasta enero de 2025. De 170 pacientes, se excluyeron aquellos cuyos cortes histológicos no tenían representación de la interfase y aquellos cuyas muestras estaban fragmentadas. Se seleccionaron 28 casos, de los cuales se analizaron características histológicas del patrón de invasión mediante H/E y estudio inmunohistoquímico (GFAP, Ki67, NEUN). También se revisó el estatus de metilación del promotor del gen MGMT.

RESULTADOS: La mayoría de los glioblastomas mostraron interfase con el córtex neuronal (27) y en 6 de estos casos la interfase fue también con sustancia blanca.

Se observaron tres tipos de patrones de infiltración con el parénquima adyacente: patrón difuso, bien delimitado y un patrón caracterizado por una zona de glioma de bajo grado en la interfase, identificándose tres zonas distintivas con la H/E. El patrón más frecuente fue el difuso (11), seguido de una combinación de difuso y bien delimitado (8). El patrón con glioma de bajo grado en la interfase se identificó en 5 casos y el patrón bien delimitado en 4.

En todos los casos en los que la interfase contenía sustancia gris se observó satelitosis perineuronal y en 15 de estos se identificó infiltración leptomeningea.

En cuanto al estudio inmunohistoquímico, se identificaron células Ki67 positivas con núcleos grandes e irregulares a > 2 mm de la interfase tumoral en 21 casos, sugestivas de células tumorales. En 4 de los casos no se pudo evaluar la presencia de estas células por limitación de la muestra.

En 16 casos se observó positividad para el marcador neuronal NeuN en las células tumorales, bien de forma difusa o focal. GFAP fue positivo en todos los casos, pero en 3 de ellos se encontraron algunas áreas tumorales negativas.

En 8 casos el promotor del gen MGMT estaba metilado, sin correlacionarse con los parámetros histológicos estudiados.

CONCLUSIONES: En la mayoría de las muestras histológicas de los pacientes con glioblastomas IDH wild type no se identificó zona de interfase, ya sea por limitación de la técnica quirúrgica o por sesgo de muestreo.

Cabe destacar la presencia de células tumorales Ki67 positivas a distancia del tumor que migran e invaden el tejido sano cerebral. La presencia de estas células, así como la satelitosis perineuronal y la infiltración leptomeningea parece ser independiente del tipo de patrón de infiltración, observándose incluso en los tumores bien delimitados.

Estos hallazgos resaltan la complejidad del frente invasivo de los glioblastomas y su potencial como diana para nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a las células tumorales infiltrativas.

ROL DEL METILOMA EN EL TUMOR PAPILAR DE LA REGIÓN PINEAL: REPORTE DE UN CASO

Villica Huayta, Mariana Natty; Van Der Biezen , Aimée Jaycilaine Cicely; Rodríguez Antolin, Carlos; Esteban Rodríguez, Isabel; Rodríguez Jiménez, Carmen; Garrido Colino, Carmen; Romero Requena, Diego Alejandro; García Leal, Roberto; Idoate Gastarena, Miguel Ángel; Arias Lotto, Francisco
Presentador: Villica Huayta, Mariana Natty

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 11:10-11:35 Pantalla 9)

INTRODUCCIÓN: El tumor papilar de la región pineal (PTPR) es un tumor neuroepitelial raro con altas tasas de recurrencia descrito por primera vez en 2003. Tiene un comportamiento biológico variable, correspondiendo en la actual clasificación de la OMS a un grado 2 o 3, si bien sin criterios de graduación definidos. Aunque muestran algunos rasgos morfológicos característicos su diagnóstico puede ser complejo en biopsia pequeña debido a su similitud con otros tumores del parénquima pineal, endodimomas, tumores de plexos coroides y metástasis. Diversos estudios han revelado alteraciones cromosómicas recurrentes así como un perfil de metilación de DNA que define al PTPR como un subgrupo molecular dividido a su vez en tres subtipos adicionales (PTPR-A, PTPR-B1 y PTPR-B2) con diferencias estadísticamente significativas en su pronóstico y evolución clínica. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de un PTPR en biopsia pequeña con apoyo diagnóstico del metiloma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niña de 11 años que acude a urgencias derivada de oftalmología por edema de papila detectado en fondo de ojo, cefalea de 5 días de evolución, sin otras manifestaciones neurológicas. Se realizó TC y RMN craneal en la que se identificó un nódulo sólido heterogéneo en la región pineal de 20 mm que causaba hidrocefalia obstructiva con edema transependimario y obliteración del espacio extraaxial.

RESULTADOS: Se realizó ventriculostomía endoscópica del suelo del tercer ventrículo y toma de biopsia. Se recibieron varios fragmentos de 0,4 cm en conjunto correspondientes al crecimiento de una neoplasia circunscrita compuesta por una sábana sólida de células interrumpida por ejes fibrovasculares, sin claras papilas. Las células mostraban fenotipo no embrionario con núcleos redondos, monótonos y citoplasmas escasos eosinófilos, con hasta 5 figuras mitóticas en 1 mm2 y actividad proliferativa (Ki67) de hasta un 15%. Se observó positividad inmunohistoquímica frente a CK AE1/AE3 y CK18 (con refuerzo alrededor de los ejes fibrovasculares), CD56 y enolasa (parcheado), expresión conservada de INI1 y BRG1, y negatividad frente a SALL4, GFAP, Olig2, sinaptofisina y e-cadherina. Se realizó perfil de metilación del ADN utilizando la matriz Infinium MethylationEPIC v2.0 (Illumina) cuyo resultado indicaba que la muestra se correspondía con un PTPR, subtipo B. El análisis del perfil de alteraciones en el número de copias, inferido a partir de los datos de metilación mostró un perfil cromosómico global desbalanceado, con ganancias en los cromosomas 8, 9, 12 y 19, y pérdidas en el 10. Se decidió tratamiento quirúrgico, apreciando hasta el momento de la cirugía un crecimiento significativo del tumor a expensas del componente quístico y protonterapia posterior.

CONCLUSIONES: El PTPR es un tumor raro con rasgos histológicos y moleculares característicos que lo diferencian de otros tumores de la región pineal. Cuando solo se dispone de biopsia pequeña el estudio del perfil de metilación del DNA puede aportar valor como confirmación diagnóstica así como para definir el subtipo molecular y alteraciones citogenéticas que permitan predecir el comportamiento de la neoplasia y ayudar a la toma de decisiones terapéuticas.

GLIOBLASTOMA CON FUSIÓN FGFR3:TACC3: A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE ALTO Y BAJO GRADO MORFOLÓGICO

Matute Molina, Karol; Carrato Mohino, Cristina; Arnaldo Orts, Laura; López Martos, Raquel; Martín Small, Gustavo; Aquino Correa, Micaela; Benages Sánchez, Esther; Castillo Gandia, Ana
Presentador: Matute Molina, Karol

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Aunque las últimas clasificaciones de la OMS han permitido acotar el término de Glioblastoma (GB) a un número más reducido de casos (únicamente aquellos que no presentan mutaciones de IDH ni de Histona 3) sigue siendo un tumor de comportamiento variable con casos que muestran una corta supervivencia y otros que pueden superar los 5 años de vida. En los últimos años se ha identificado un subgrupo de GB con fusiones en FGFR3:TACC3 que muestran características morfológicas típicas, presentan supervivencia más larga y son tributarios a tratamientos diana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen dos casos de pacientes con GB con fusión de FGFR3:TACC3
 El primero corresponde a una mujer de 75 años con una lesión sólido-quística en el lóbulo frontal izquierdo diagnosticada en 2017 y caracterizada molecularmente en 2023 tras dos recidivas. Morfológicamente el tumor mostró criterios histológicos de alto grado (proliferación microvascular y necrosis) y áreas con un patrón constituido por células ovoides, tipo oligodendroglioma, con empalizada nuclear, capilares finos y ramificados y calcificaciones.
 El segundo caso corresponde a un hombre de 58 años con una lesión expansiva e infiltrativa en el lóbulo temporal derecho caracterizado molecularmente en 2024, al momento del diagnóstico. Morfológicamente el tumor presentó un aspecto de glioma difuso, con acumulo subpial y células de aspecto oligodendrogliol sin signos histológicos de alto grado.
 El análisis inmunohistoquímico fue similar en ambos tumores; con negatividad para IDH1R132H y positividad para ATRX y ausencia de componente neuronal (sinaptofisina, Neu-N, neurofilamentos).
 Se realizaron estudios de NGS, con el panel OncoPrint Comprehensive Assay (OCA), FISH y PCR para una caracterización molecular más precisa.

RESULTADOS: Los estudios moleculares confirmaron la ausencia de mutaciones en IDH1/2 y en Histona 3, y la presencia de mutaciones en el promotor de TERT (por PCR) en ambos tumores. Además, el segundo caso presentó ganancia del cromoma 7 y pérdida del cromosoma 10 (+7/-10) lo que permitió clasificar a ambos tumores como GB. Asimismo, se identificó fusión FGFR3(18)::TACC3(11) y FGFR3(17)::TACC(11), respectivamente. Ninguno de los dos casos presentó amplificación de EGFR ni alteraciones en otros genes analizados.

CONCLUSIONES: Los GB con fusión FGFR3:TACC3 representan un subgrupo con particularidades histológicas y moleculares recurrentes pero no específicas. Aunque no se clasifican como un grupo independiente según la OMS 2021, su relevancia pronóstica subraya la importancia de la caracterización molecular de los GB ya que predice un mejor pronóstico (como observamos en el primero de nuestros pacientes) y abre la posibilidad de tratamiento dirigidos.

TUMOR INTRACRANEAL MESENQUIMAL CON FUSIÓN EWSR1::ATF1, A PROPÓSITO DE UN CASO

Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Alaña Rodrigo, Lide; Alba Pavon, Piedad; Diaz Jorge, Adrian; Garcia Ariza, Miguel Alejandro; Ruiz De Lopegui Ruiz, Miren Edurne; Galbarriatu Gutierrez, Lara; Goncalves Villarreal, Katherine; Garcia Miranda, Iker; Mosteiro Gonzalez, Lorena; Zaldumbide Duenhas, Laura
Presentador: Orbegozo Arrizabalaga, Idoia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor intracraneal mesenquimal con fusión FET::CREB es una lesión rara de localización extraxial y que suele aparecer en niños y adultos jóvenes. La alteración molecular que la define es la fusión de FET (EWSR1 o FUS) con un miembro de la familia de factores de transcripción CREB (CREB1, ATF1 o CREM). Tiene un curso clínico desconocido con fases de crecimiento lento y otros de rápidas recurrencias. Además, se han descrito casos de diseminación al LCR y metástasis a distancia. Histológicamente es una lesión de células monótonas en un estroma colagénico o mixoide, con formación de nódulos separados por septos fibrosos con inmunohistoquímica positiva para EMA, CD99, desmina, sinaptofisina, S100 y MUC4. Es una de las lesiones a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial tumores de células redondas y azules.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niña de 12 años que comienza con crisis mioclónica en hemilengua izquierda de dos minutos de duración sin desconexión con el medio. En las pruebas de imagen identifican una lesión solido-quística circunscrita en corteza precentral y postcentral derecho de 26x20x21mm. Realizan la escisión de la misma con diagnóstico clínico de glioma astrocítico circunscrito o glioneuronal neuronal.

RESULTADOS: Macroscopía: Fragmento de 1,5 x 1 x 0,3 cm, de coloración rosada, que muestra una superficie externa lisa en una de sus caras.
Microscopía: Tumoralización con asiento en duramadre que muestra un crecimiento expansivo hacia el cerebro. Se observan zonas microquísticas dispersas de fondo mixoide, sin evidencia de necrosis y con fina red de vasos capilares. Está constituida por una celularidad de apariencia monótona discohesiva, de citoplasmas pequeños eosinófilos excéntricos y núcleos ovoides isomorfos. Se identifican hendiduras nucleares con apariencia en grano de café y pseudoinclusiones. No se identifica actividad mitótica significativa.
Inmunohistoquímica: Muestra positividad para desmina (difusa e intensa), MUC4 (difusa e intensa), CD99 (difusa e intensa), WT1 (en dot paranuclear), CKAE1/AE3 (aislado), H3K27me3, INI1, BRG1, p1, y negatividad para GFAP, SOX10, OLIP2, S100, EMA, CD34, SSTR2A, STAT6, neurofilamentos, sinaptofisina, cromogranina, NeuN, NKX2.2. Ki67 del 12%.
Técnicas moleculares: Mediante FISH se identifica reordenamiento del gen EWSR1 (Z2q12.2). Mediante NGS se identifica el reordenamiento EWSR1::ATF1 entre los exones 7 y 5, fusión que se encuentra descrita dentro de la familia de los tumores mesenquimales intracraneales con fusiones FET CREB1.

CONCLUSIONES: Nos encontramos ante un tumor mesenquimal intracraneal con fusión FET::CREB, que es una lesión primaria intracraneal de origen mesenquimal con alteraciones moleculares específicas que la definen. Histológicamente e inmunohistoquímicamente muestra similitudes a otras lesiones de células redondas y azules, de ahí la importancia del estudio molecular mediante NGS para identificar la alteración característica y confirmar el diagnóstico, y establecer el pronóstico y el manejo de la paciente.

TUMORES DE LA HIPÓFISIS POSTERIOR (PITUICITOMA, TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA REGIÓN SELAR Y ONCOCITOMA DE CÉLULAS FUSOCELULARES); ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE 2015-2025.

Luizaga Velasco, Luis Antonio; Calderon Romero, Alejandra Jose; Riera Bello, Melissa Alejandra; Gonzalez Minguez, Clarisa; Ferrer Cassado, Carme; Robles Montoro, Anabel; Tarroch Sarasa, Xavier
Presentador: Luizaga Luizaga, Luis Antonio

HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA TERRASSA (ANATOMÍA PATOLÓGICA).

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El pituitoma, tumor de células granulares de la región selar (TCG) y el oncocitoma de células fusocelulares (OCF), son una familia de tumores de bajo grado muy relacionados, se cree que todos tienen un origen en común a partir de los pituiticos (células gliales especializadas de la neurohipófisis) localizados a nivel de la hipófisis posterior o el infundíbulo, suelen marcar de forma común con TTF-1 (inmunohistoquímica) y el perfil genético aún no está totalmente claro; son poco frecuentes, la edad media es 55 años (50-60 años) y no hay una clara distribución del género. Radiológicamente son tumor circunscritos con características de bajo grado (no hay características específicas para poder distinguir entre las tres entidades). Clínicamente ocasiona síntomas de compresión local como cefaleas, defectos del campo visual e hipopituitarismo. Son tumores de buen pronóstico, curables con tratamiento quirúrgico, y con muy escasa recurrencia (más habitual con el OCF).

Nuestro objetivo es conocer el número de casos de tumores de la hipófisis posterior en nuestro Hospital, así como la afectación por género, edad, el estudio radiológico e inmunohistoquímico/histoquímica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los tumores de hipófisis posterior diagnosticados entre los años 2015-2025 en nuestro Hospital. En todos los casos se realizó evaluación histológica e inmunohistoquímica, así como revisión de la clínica.

RESULTADOS: Se identificaron en total 5 casos; 3 varones y 2 mujeres, edad media de 59 años (rango: 32-76 años); 1 pituitoma (varón), 3 tumores de células granulares, 1 oncocitoma (varón); Inmunohistoquímica: pituitoma (TTF1+, proteína S100+), oncocitoma (TTF1+, PGFA+ focal, Beta-catenina +), tumor de células granulares (TTF1+, CD68+). Radiológicamente (TC) todos los casos fueron tumores circunscritos sin criterios de malignidad. Todos los pacientes se encuentran vivos y sin complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIONES: En nuestra pequeña serie de casos, el tumor más frecuente fue el TCG (3 casos), con ligero predominio en varones (3 casos), con una edad media de 59 años (un caso de 32 años), todos fueron positivos con TTF-1 (la distinción fue por morfología y estudios complementación; PAS), el estudio radiológico mostró benignidad en todos y en la actualidad siguen vivos sin complicaciones.

GLIOMA DIFUSO DE LÍNEA MEDIA CON ALTERACIÓN DE HISTONA 3 K27: UN TUMOR NO TAN PEDIÁTRICO

Zagrein , Raluca Oana Nathalia; Suárez Sánchez, María Dolores; Llort Sales, Anna; Solano Pérez, Palma; Calixto Álvarez, Zyanya; Hidalgo Romero, Albert; Camacho Soriano, Jessica; Ávila Polo, Rainiero; Rivas Infante, Eloy; Martínez Saez, Elena
Presentador: Zagrein , Raluca Oana Nathalia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El glioma difuso de línea media con alteración de histona 3 K27 (GDLM) es una lesión infiltrante de línea media, con pérdida de la expresión de histona 3 K27 trimetilada, que forma parte del grupo de gliomas difusos de tipo pediátrico definido en la última clasificación de la OMS de tumores cerebrales (OMS-SNC5, 2021). Son lesiones de grado 4 de malignidad, con muy mal pronóstico independientemente del grado histológico que podamos otorgar en base a criterios morfológicos como hiper celularidad, mitosis, necrosis o proliferación microvascular. Clásicamente estos gliomas se dan en la edad pediátrica, y principalmente en mesencéfalo o protuberancia, pero pueden encontrarse en cualquier estructura de línea media (médula espinal, bulbo, tálamo, y con menor frecuencia en cerebelo, hipotálamo o pineal). A pesar de su predominio pediátrico, es importante sospechar este diagnóstico en cualquier grupo de edad ante lesiones en la localización adecuada. El objetivo del presente trabajo es describir las características de GDLM en el adulto, en comparación con los de edad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de GDLM diagnosticados en dos centros terciarios de España en los últimos 18 años. Para el estudio de supervivencia se descartaron los pacientes fallecidos hasta 2 meses después del diagnóstico para eliminar el sesgo de complicaciones postquirúrgicas.

RESULTADOS: Se identificaron 39 pacientes con este diagnóstico, con una edad media de 20,7 años [3-63] y 51,7% de varones. El 51,3% de los casos mostraron una localización supratentorial, predominantemente talámica (75%). En 24 casos se emitió un diagnóstico radiológico (más allá del descriptivo), con diagnóstico de tumor glial de alto grado en el 75%. En el 35,9% de los casos la lesión presentó criterios de bajo grado histológico. La supervivencia media fue de 15,1 meses [3-34]. La expresión de ATRX se evaluó en 22 casos, con pérdida completa de expresión (ATRX mutado) en el 31,8%; se encontró sobreexpresión de p53 en el 84,6% (22/26). La distribución por grupos de edad fue de 23 pacientes pediátricos (GDLMPed, 58,9%, edad media de 8,9 años [3-16]) y 16 adultos (GDLMad, 41%, edad media de 37,7 años [19-63]). La localización predominante en los GDLMPed fue la infratentorial (52%), mientras que en el grupo adulto la localización supratentorial supuso el 62,5% de los casos. En ambos grupos de edad la localización espinal fue minoritaria (4,3% en GDLMPed y 12,5% en GDLMad). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto al sexo, el grado histológico (34,7% bajo grado en GDLMPed, 37,5% en GDLMad), la presencia de necrosis o de proliferación microvascular. Sin embargo, las supervivencias entre grupos sí que mostraron diferencias estadísticamente significativas, con una supervivencia media de 18,9 meses [3-34] en GDLMad y de 12,3 meses [5-21] en GDLMPed (p=0.018).

CONCLUSIONES: A pesar de estar englobados en la familia de gliomas difusos de tipo pediátrico, el GDLM en el adulto supone un porcentaje importante en nuestra serie. Este grupo parece comportarse de manera diferente en cuanto a localización, con un curso potencialmente menos agresivo que los casos pediátricos.

UNA LESIÓN CEREBRAL: UN CORDERO CON PIEL DE BOBO

Sanchez Muñoz, Cesar; Risco Fernández, María José; Romo Navarro, Angel; Recuero Pradillo, María; Medrano Lopez, Alberto; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; López Brasal, Laura; Mollejo Villanueva, Manuela
Presentador: Sanchez Muñoz, César

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones quísticas cerebrales son hallazgos habituales en los estudios de imagen rutinarios. Las lesiones más frecuentes son los quistes epidermoides, dermoides, aracnoides y coloides. Existen otros menos comunes como los quistes de plexo corioideo, los endometriomas o pineales. Los quistes coloides tienen una localización típicamente intraventricular y frecuentemente en el tercer ventrículo. Suelen tener una naturaleza quística y presentan un realce heterogéneo en T1 y T2. Histológicamente presentan un epitelio simple columnar, con células cilindradas y ocasionales calcificomes. El contenido es acelular y PAS+.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 47 años que sufre un accidente de tráfico y es valorada con un TC body. Se observa de manera incidental una lesión cerebral frontoinsular izquierda, de 4 cm de diámetro mayor. Es trasladada a nuestro hospital para valoración por neurocirugía. Se realiza RM que confirma la lesión descrita anteriormente, con un realce heterogéneo en T1 y T2. Se sugiere la posibilidad de un "astrocitoma de bajo grado" de características quístico-necróticas. Se realiza resección quirúrgica de la misma y se envía el material a Anatomía patológica.

RESULTADOS: En el laboratorio recibimos un primer fragmento de 5x6 mm del que se realiza una biopsia intraoperatoria, tratándose de tejido fibrinonecrotico sin celularidad viable. Posteriormente recibimos dos muestras más, de 10x10 mm y 35x25 mm que se incluyen para su procesamiento en parafina. En los cortes histológicos observamos una lesión de características quísticas, compuesta por el contenido de ésta; formado por una sustancia acelular, eosinófila y PAS+. En el revestimiento no se observa epitelio viable alguno, ya que se encuentra denudado. En la periferia se observa un tejido con inflamación linfoplasmocitaria, presencia de neutrófilos y reacción granulomatosa con macrófagos espumosos, hemosiderófagos y cristales de colesterol. No se observan poblaciones gliales. Las poblaciones linfoides presentan un inmunofenotipo sugestivo de policlonalidad. No se identifican depósitos (rojo congo y amioide negativos) ni microorganismos (hongos, virus herpes, BK...).

CONCLUSIONES: Las lesiones quísticas del cerebro no son frecuentemente biopsiadas, a no ser que provoquen clínica o presenten un crecimiento notable. Cuando nos enfrentamos al diagnóstico de una de ellas, es importante la localización y el epitelio del que están compuestas. En nuestro caso, el epitelio se encontraba completamente denudado y parcialmente sustituido por una reacción granulomatosa. Para realizar el diagnóstico, nos fijamos en el material interno de la lesión. Encontramos a favor de este tipo de quiste, que era un material típicamente eosinófilo que recordaba al coloides tiroideo. Además, era PAS+ y no se observaron escamas de queratina u otros residuos. Por otro lado, los quistes coloides están descritos casi en exclusividad en el tercer ventrículo y el nuestro se encontraba ocupando el hemisferio izquierdo. Finalmente, nos decidimos por quedarnos en el escalon intermedio de: "lesión quística benigna" y el material PAS+ nos hizo valorar el quiste coloides como primera posibilidad diagnóstica, a pesar de la localización.

SCHWANNOMA INTRAVASCULAR: QUÉ HACE UN TUMOR COMO TÚ EN UN SITIO COMO ÉSTE

Larrosa Martínez, Diego; Pérez García, Juan; Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Manero Montero, Mario; Felipe Berlanga, Francesc

Presentador: Larrosa Martínez, Diego

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÀ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El schwannoma es un tumor benigno de la vaina nerviosa periférica que se origina de las células de Schwann, que aparece con mayor frecuencia en partes blandas de cabeza, cuello y extremidades. Su localización intravascular es extremadamente rara, y en nuestro conocimiento tan sólo hay 5 casos descritos en la literatura.

Presentamos un nuevo caso de esta inusual localización para esa neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 47 años, sin antecedentes de interés, con una tumoración nodular dolorosa en el dorso del pie derecho de más de 2 años de evolución. El estudio ecográfico mostró una lesión bien delimitada, heterogénea, anecoica con contenido ecogénico, con refuerzo posterior, sugestivo de quiste sinovial/ ganglión y se procedió a la exéresis de la lesión.

RESULTADOS: Recibimos una formación nodular blanquecina con áreas amarillentas y consistencia firme que mide 2,3 x 1,2 x 0,9 cm. A la sección se observa compuesta por un tejido blanquecino con áreas parduzcas, de aspecto encapsulado.

Microscópicamente, se trata de una neoplasia encapsulada compuesta por una proliferación de células fusiformes sin atipia, con una organización fascicular. Se diferencian regiones densamente celulares con empalizadas nucleares sobre un estroma eosinófilo fibrilar, alternando con regiones hipocelulares de estroma más laxo. Se acompaña de vasos dilatados con trombos en su interior y áreas hemorrágicas focales. Las células neoplásicas muestran positividad para S-100 y SOX-10, con positividad focal para CD34 y negatividad para actina de músculo liso, desmina, H-caldesmon y STAT-6. Por otro lado, la cápsula se encuentra conformada por haces de músculo liso bien organizado actina positivos, con fibras elásticas de distribución circular mal organizadas.

Con ello realizamos el diagnóstico de schwannoma intravascular.

CONCLUSIONES: La localización intravascular es una presentación excepcionalmente rara de schwannoma. La presentación clínica puede variar, desde nódulos subcutáneos asintomáticos hasta dolor y molestias locales. El diagnóstico se basa en el examen histopatológico, que revela la presencia de la neoplasia en la luz de un vaso sanguíneo.

Su tratamiento es la escisión quirúrgica completa y el pronóstico suele ser excelente, sin evidencia de recurrencia.

La etiopatogenia del schwannoma intravascular no está clara; se han planteado varias hipótesis para explicarla. Se especula sobre un origen en el nervio del propio vaso, tanto en los nervios de la adventicia como de los nervi vasorum, una posible embolización tumoral que se desprende de su localización original y migra a través de los vasos sanguíneos o la extensión directa por el crecimiento de un schwannoma adyacente que invade un vaso. En nuestro caso, dada la ausencia de fenómenos trombóticos y la localización exclusivamente intravascular de la neoplasia, la hipótesis del origen en los nervi vasorum parece ser la más plausible.

MENINGIOANGIOMATOSIS ESPORÁDICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Zaldumbide Dueñas, Laura; Mosteiro Gonzalez, Lorena; Ruiz De Gopegui Ruiz, Miren Edurne; Tomas-Biosca Martin, Ana; García Ariza, Miguel Alejandro; Goncalves Villarreal, Katherine; García Miranda, Iker; Ramirez Feliz, Maximo Leonardo; Bravo Blanco, David

Presentador: Orbegozo Arrizabalaga, Idoia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La meningioangiomasitosis es una lesión rara benigna de etiología incierta que puede surgir de manera esporádica o asociada a neurofibromatosis tipo 2. Los casos esporádicos son cuatro veces más frecuentes y suelen aparecer como lesión única cortical, en niños y adultos jóvenes, con sintomatología como epilepsia refractaria. Los asociados a NF 2 suelen ser lesiones múltiples extracorticales y corticales que no producen sintomatología. Su diagnóstico es de gran complejidad ya que los hallazgos radiológicos suelen ser inespecíficos, y los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos son similares al meningioma, siendo de gran importancia este diagnóstico diferencial para no sobregradar lesiones (diagnosticar un meningioma grado 2 por creer que está invadiendo la corteza cerebral).

MATERIAL Y MÉTODOS: Niña de siete años que presenta una crisis convulsiva de 15 minutos. En las pruebas de imagen se observa una lesión nodular de 23 mm córtico-subcortical en la porción posterior del giro temporal medio derecho con calcificación extensa y confluyente. Realizan biopsia escisional de la lesión con un diagnóstico radiológico de presunción de tumor neuroepitelial polimorfo juvenil de bajo grado. Se realiza estudio histológico e inmunohistoquímico de la misma.

RESULTADOS: Macroscopía: Fragmento de 2 x 1,4 x 0,5 cm blanco amarillento, elástico que al corte cruje discretamente. Microscopía: Tumoración sólida de bordes netos en relación a corteza y sustancia blanca, con pequeños nidos que se van descolgando e infiltrando. Está constituida por una celularidad de densidad moderada distribuida en fascículos cortos entrelazados y remolinos de pequeño tamaño de crecimiento perivascular. Se compone de células fusadas de citoplasmas fibrilares eosinófilos y núcleos ovoides de escaso pleomorfismo, cromatina granular fina con ocasionales pseudoinclusiones nucleares. No se observa actividad mitótica significativa, proliferación microvascular ni necrosis. Se identifican células dispersas englobadas de hábito ganglionar maduro y psamomas. Inmunohistoquímica: Muestra positividad para el receptor de somatostatina A2 y negatividad para EMA, GFAP, OLIG2, S100, SOX10, CD34, Sinaptofisina, Cromogranina, NeuN, STAT6. Ki67 del 4%.

CONCLUSIONES: Nos encontramos ante una meningioangiomasitosis celular esporádica en una niña de siete años que cursa con clínica convulsiva. Es de vital importancia no confundirlo con un meningioma grado 2, ya que ambas entidades tienen cursos clínicos y tratamientos diferentes: La meningioangiomasitosis es una lesión benigna que suele aparecer en niños y adultos jóvenes, de localización cortical y con un patrón de crecimiento perivascular, siendo su tratamiento el quirúrgico en los casos sintomáticos; en cambio, el meningioma grado 2 es una lesión de adultos, de localización leptomeningea con invasión de la corteza en lengüetas, con recurrencias del 29-52% ; por tanto, al tratamiento quirúrgico suele asociarse la radioterapia.

Neuropatología

1835

MÁS ALLÁ DEL MENINGIOMA: NUESTRA EXPERIENCIA CON EL TUMOR FIBROSO SOLITARIO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Lucero Salaverry, María Miguel; Ortiz Muñoz, Macarena De Los Ángeles; Bayo Juanas, Paula; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Hernández Valles, Alicia; Colinas Reyero, Daniel; Gonzalez Marquez, Pilar Isabel; Torres Nieto, María Ángeles
Presentador: Lucero Salaverry, María Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimal poco frecuente relacionada con la fusión del gen NAB2-STAT6.

La localización más frecuente es la pleura, pero puede ocurrir en cualquier otro lugar. La afectación del sistema nervioso central (SNC) ocurre rara vez, representando un 1% de todos los tumores primarios del SNC.

La presentación clínica depende de la localización, el efecto masa y el aumento de la presión intracraneal debido al tumor.

Las características radiológicas suelen asemejarse a las del meningioma, por lo que es frecuente un falso diagnóstico preoperatorio.

El TFS tiene un gran espectro histológico, que va desde un fenotipo hipocelular hasta uno altamente celular, y pueden coexistir múltiples fenotipos. Las células son monomorfas ovoides o fusiformes mezcladas con vasos sanguíneos ramificados.

Existe una clasificación histológica que predice el pronóstico, basada en la combinación de la actividad mitótica y la necrosis tumoral.

El sello inmunohistoquímico distintivo es la expresión nuclear intensa y difusa de STAT6 como consecuencia de la fusión de NAB2 y STAT6.

La resección total con radioterapia adyuvante es la estrategia terapéutica preferida, mientras que se puede administrar quimioterapia adicional en caso de enfermedad metastásica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron todos los casos diagnosticados como tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma en el sistema nervioso central en el Servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel en los últimos 10 años. Se analizaron los datos clínicos y los hallazgos histopatológicos encontrados.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 3 casos con una edad media de 41 años (rango de edad 25-50 años). Dos eran hombres y 1 mujer. La presentación clínica incluyó dificultad para el habla (n.º 1), pérdida de la habilidad motora en extremidades (n.º 2) y pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores (n.º 3).

Los hallazgos de imagen, en dos de ellos, mostraron una tumoración extraaxial en la región frontobasal izquierda y en la región parietal derecha. En el caso 3 se observó una lesión intradural y extramedular a nivel C2-C3.

Los 3 casos tenían el diagnóstico preoperatorio de meningioma. En el estudio histológico en los 3 casos se observó una proliferación celular fusiforme con arquitectura estoriforme con presencia de una vasculatura dilatada. Mostraron una expresión difusa de STAT6 y CD34.

El diagnóstico final fue de TFS grado 3, grado 2 y grado 1, respectivamente.

Dos de los casos se encuentran libres de enfermedad a la fecha actual.

Uno de ellos (n.º 1) presentó una recidiva y se le detectaron metástasis hepáticas.

CONCLUSIONES: Los TFS del SNC son tumores raros. En nuestro servicio representan un 0,7 % de los tumores primarios del SNC en los últimos 10 años.

Generalmente, ocurren entre la quinta y la sexta década de la vida. En nuestro caso, 1 de ellos fue más joven (25 años).

El diagnóstico erróneo como meningioma es frecuente debido a su base dural y al realce periférico con contraste, conocido como 'cola dural'. Las características histológicas e inmunohistoquímicas son esenciales para diferenciarlos, pero lo más importante es conocer su existencia para evitar errores diagnósticos.

Neuropatología

1902

EPENDIMOMA INTRADURAL EXTRAMEDULAR MÚLTIPLE

Moreno Martínez, Miguel; Carrasco Fernández, Daniel; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Vidal Aguirre, Steffi Verónica; García Domínguez, Francisco; Muriel Cueto, Pedro Jesús; Báez Rivas, Marina; Báez Pereza, José María
Presentador: Moreno Martínez, Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El ependimoma espinal es un glioma espinal delimitado que se origina de las células ependimarias. Los ependimomas espinales se localizan a lo largo del canal espinal y son normalmente intramedulares. Su localización cervical o cervicotorácica es frecuente. Presentamos el caso de un varón de 43 años con múltiples ependimomas intradurales extramedulares.

MATERIAL Y MÉTODOS: El paciente, un varón de 43 años, presentaba lumbalgia crónica irradiada a miembro inferior derecho y que, en pruebas de imagen, se visualizaban imágenes múltiples intradurales, extramedulares sugestivas de metástasis, por lo que se consultó con el servicio de neurocirugía para toma de biopsia de una de ellas.

RESULTADOS: En la resonancia magnética se apreciaron múltiples lesiones nodulares intradurales y extramedulares (aunque alguna de ellas, las de mayor tamaño, parecían infiltrar parcialmente el cordón medular). Destacaron por tamaño las lesiones nodulares localizadas a nivel de C6, de unos 19 mm, y la localizada en T9-T10, con una medida aproximada de 25 mm. Estas lesiones eran sugestivas de metástasis, pudiendo ser secundarias a un tumor pulmonar, de mama, melanoma, tiroides, etc. Es por esto que se mandó a biopsiar la lesión cervical. En las secciones histológicas se observan fragmentos exclusivamente neoplásicos de estirpe glial neuroepitelial que comprende una población celular monomorfa, de moderada densidad, redondas y ovales con cromatina moteada dispuestas en pseudorosetas perivasculares con ocasionales focos de necrosis. No se observa atipia ni mitosis ni proliferación microvascular. Las células proliferantes expresan inmunotinción positiva para PFGA, S-100, vimentina y EMA (en gota perinuclear); y negativa para SOX10 y OLIG2. Con este cuadro histológico, el diagnóstico emitido fue de ependimoma grado 2 de la OMS.

CONCLUSIONES: Los ependimomas intradurales extramedulares son extremadamente raros y predominan en mujeres en la quinta década de vida, en nuestro caso se trataba de un varón de 43 años. El dolor es el síntoma inicial más frecuente, similar a otros tumores del canal medular, síntoma que presentaba nuestro paciente. La RM es esencial para el diagnóstico y seguimiento de estos tumores. Asimismo, además de las características del tumor remitido, destaca por su aparición multicéntrica en el canal medular. Debido a que no fueron biopsiadas las demás lesiones radiológicas, no podemos saber si se tratan de otros ependimomas grado 2 como el biopsiado, convirtiéndolo en múltiple, o si son ependimomas de mayor grado histológico que han metastatizado a lo largo del canal medular. Asimismo, también se añade la posibilidad de que las lesiones no biopsiadas sean metástasis de otros procesos tumorales no descubiertos.

La localización torácica es la más común. El pronóstico parece estar relacionado con la extensión de la resección y la presencia de infiltración meníngea.

El paciente está siendo tratado actualmente por el servicio de oncología radioterápica para radioterapia sobre neuroeje completo a dosis de 39.6 Gy con el objetivo del tratamiento control de síntomas y estabilización tumoral.

En conclusión, los ependimomas intradurales extramedulares son raros y su pronóstico depende de la resección completa y la ausencia de infiltración meníngea. La presentación multifocal es excepcional y subraya la importancia de la RM para el diagnóstico y seguimiento.

Neuropatología

1954

PARAGANGLIOMA MÚLTIPLE DE LOCALIZACIONES INFRECÜENTES, ¿INDEPENDIENTES Ó RELACIONADOS?

Vidal Aguirre, Steffi Veronica; Moreno Martinez, Miguel; Carrasco Fernandez, Daniel; Castro Maldonado, Adriana Valentina; García Dominguez, Francisco; Baez Rivas, Marina; Baez Perea, Jose Maria; Muriel Cueto, Pedro Jesus

Presentador: Vidal Aguirre, Steffi Veronica

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El paraganglioma es una neoplasia neuroendocrina que deriva del sistema nervioso autónomo. En el sistema nervioso surge de las células paraganglionares derivadas de la cresta neural, se localiza principalmente en filum terminal e y es intradural. Presentamos un paciente con un paraganglioma en filum terminal e que 7 años después desarrolla un paraganglioma en ángulo pontocerebeloso sin poderse determinar si es de novo ó una diseminación intraespinal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 49 años que presenta dolor en región lumbar baja y sacra de un año de evolución. En resonancia, lesión intradural polilobulada de 2.8 cm que se extiende de L3 a L4 en relación con la cauda equina. En la cirugía se encuentran varias formaciones nodulares entre las raíces nerviosas de L3 y L4 sin poder extirparse todas las lesiones por encontrarse muy adheridas y por preservación de funciones neurológicas. Macroscópicamente se aprecian múltiples fragmentos parduzco-violáceos que en conjunto miden 2 cm, que tras fijación fórmolica y estudio en convencional e inmunohistoquímico se emite el diagnóstico de paraganglioma. El paciente recibe RT complementaria sobre el tumor residual. Después de 7 años refiere cefaleas de localización occipital, contractura cervical y vértigos de dos años de evolución; en estudio de imagen, masa extraaxial, bien delimitada de 4 cm en ángulo pontocerebeloso izquierdo sospechosa de neurinoma del acústico. Se realiza resección de la masa sin extirparse del todo por sangrado difuso. Se reciben múltiples fragmentos parduzco-violáceos que en conjunto miden 4.5 cm.

RESULTADOS: En el estudio microscópico ambas lesiones corresponden a fragmentos de una tumoración constituida por una población celular de patrón papilar/pseudopapilar, con áreas de disposición perivascular, con pseudorosetas perivascuales. Los núcleos son de talla media/grande con cromatina en sal y pimienta y escasas figuras mitóticas. El citoplasma es amplio y eosinófilo. Las células proliferantes expresan inmunotinción positiva para CAM52, CK de amplio espectro, cromogranina y sinaptofisina, y negativa para GFAP, S-100, EMA, receptores de progesterona, CK7, CK20 y CEA, diagnosticándose ambos como paragangliomas.

CONCLUSIONES: El tumor neuroendocrino de cola de caballo llamado antiguamente paraganglioma de filum terminal e es una neoplasia neuroendocrina de bajo grado (grado 1 OMS) extremadamente rara y representa el 3-4% de los tumores que se localizan en cauda equina, mientras que en ángulo pontocerebeloso solo se han descrito 4 casos en la literatura. Suelen aparecer en la edad adulta media alrededor de los 45 años, con ligero predominio masculino.

El tratamiento incluye cirugía, RT y embolización preoperatoria por alto riesgo de sangrado. El pronóstico es bueno si se extirpa la tumoración en su totalidad, recidiando hasta un 4% de los casos y ascendiendo al 10% si la resección es incompleta.

El interés de este caso radica en la rareza de sus localizaciones anatómicas, sumado a no poder determinarse si nos encontramos ante dos neoplasias de novo ó una diseminación intraaxial. En una serie de 212 casos se han descrito 3 casos de paraganglioma de filum terminal e con diseminación a través del espacio subaracnoideo espinal a cerebelo, y un caso con metástasis a distancia en hueso.

El seguimiento a largo plazo junto con futuros estudios moleculares son esenciales para determinar el comportamiento de estas neoplasias.

Neuropatología

2015

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL PATRÓN ATÍPICO DE LA SONDA FISH ROS1, EN UN CASO DE GLIOBLASTOMA GRADO 4 DE LA OMS, CON REORDENAMIENTO DE GOPC::ROS1, CONFIRMADO MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA RNA.

Vargas Osorio, Kelly Stefany; Rico Rodriguez, Trinidad Yolanda; Santos Alvarez, Daniel; Reuto Castillo, Jaime; Abdulkader Nallib, Ihab

Presentador: Rico Rodriguez, Trinidad Yolanda

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. SANTIAGO DE COMPOSTELA. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los glioblastomas IDH wild-type son tumores cerebrales con un perfil histológico y molecular heterogéneo. Los reordenamientos cromosómicos del gen ROS1 (ROS proto-oncogene 1), con fusión de GOPC, han sido descritos en una pequeña serie de casos. Su detección a través de la inmunohistoquímica, la hibridación in situ con fluorescencia (FISH) y la validación mediante secuenciación masiva proporciona un enfoque eficiente para identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de terapia dirigida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe un caso de glioblastoma grado 4 de la OMS, con fusión GOPC::ROS1 en una mujer de 65 años, frontal derecho a quien se realizó exéresis total, seguida de estudio histológico, inmunohistoquímico y molecular. El reordenamiento del gen ROS1 fue determinado mediante FISH, usando el Histology FISH Accessory Kit y la sonda ROS1 IQFISH Break-Apart Probe (DAKO Agilent). Las señales de la sonda fueron evaluadas mediante un microscopio de fluorescencia (Olympus BX5XL, Barcelona, España), equipado con filtros DAPI, FITC y Texas Red, por dos observadores diferentes. La preparación de la librería para la secuenciación de RNA fue llevada a cabo mediante el kit SureSelectXT H52 Target Enrichment System usando el magnis NGS Prep system (Agilent Technologies, Santa clara, CA). Usando el sistema NextSeq550 (Illumina) o el DNBSEQ-G99 (MG). El análisis de datos se ha realizado usando la plataformaSeqOne y análisis Soma RNA v2.2.

RESULTADOS: El estudio histológico e inmunohistoquímico confirmó un glioblastoma IDH wild type, con positividad para ATRX y de la histona H3K27me3, sin sobreexpresión de P53 y un alto índice de proliferación medido mediante Ki-67 (45%) por lo que recibió tratamiento estándar con radioterapia y quimioterapia adyuvante. Tras ocho meses la paciente presentó progresión de la enfermedad con un único foco en el lecho quirúrgico; oncología indicó estudio molecular en búsqueda de posibles dianas terapéuticas. El análisis de secuenciación masiva DNA arrojó una mutación missense en EGFR de bajo nivel de evidencia para tratamiento dirigido en gliomas, así como el reordenamiento GOPC::ROS1 que requirió confirmación mediante otra técnica.

El estudio FISH para ROS1 mostró un patrón atípico de fusión (dos señales rojas y una señal verde) en más del 95% de las células tumorales. Ambos genes se encuentran en la misma posición 6p22.1 por lo que fue necesario la secuenciación con RNA que confirmó el reordenamiento (5' GOPC Exón 8, 3' ROS1 Exón 34), descrito en tumores del sistema nervioso central y en los que podría plantearse una nueva línea de tratamiento dirigido anti-TRK (Inhibidores de Tirosina-Kinasas).

CONCLUSIONES: Actualmente la paciente se encuentra en respuesta tanto clínica como radiológica con buena tolerancia al tratamiento tras dos ciclos de anti-TRK.

Aunque el estudio mediante FISH para ROS1 con este tipo de sonda no es concluyente, es necesario plantearse estas fusiones ante el hallazgo de patrones atípicos, siendo indispensable su confirmación mediante técnicas de secuenciación masiva cuando no se tiene la sonda específica. Este caso destaca las fusiones de ROS1 como un objetivo terapéutico potencialmente relevante, para un subconjunto de pacientes con gliomas de alto grado. También plantea la necesidad de proporcionar marcadores diagnósticos predictivos y nuevos ensayos clínicos en los que se evalúe la eficacia de los inhibidores de ROS1 en tumores del sistema nervioso central.

GLIOMA DIFUSO DE LA LÍNEA MEDIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN PACIENTE DE 63 AÑOS.

Vidal Aguirre, Steffi Veronica; García Domínguez, Francisco; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Moreno Martínez, Miguel; Carrasco Fernández, Daniel; Baez Rivas, Marina; Muriel Cueto, Pedro Jesús; Baez Perea, Jose María

Presentador: Vidal Aguirre, Steffi Veronica

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El glioma difuso de la línea media con mutación de H3K27 es una neoplasia que pertenece a los gliomas difusos de alto grado de tipo pediátrico, fundamentalmente diagnosticada en menores de 20 años. En niños, predomina la localización en el tronco del encéfalo, mientras que en adolescentes y adultos jóvenes es más frecuente la localización talámica. El pronóstico es desfavorable, con una tasa de supervivencia menor a un año tras el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 63 años con un cuadro de focalidad neurológica y somnolencia excesiva. La tomografía craneal sin contraste muestra una lesión a nivel del tálamo derecho. La resonancia magnética con contraste intravenoso muestra que la lesión presenta contornos mal definidos, señal elevada en T2, edema asociado, y que desciende a lo largo del tracto corticoespinal hasta el pedúnculo cerebral derecho, ejerciendo efecto masa sobre el sistema ventricular.

RESULTADOS: El estudio microscópico mostró una proliferación neoplásica infiltrante de alta densidad celular, de estirpe glial y hábito astrocítico, constituida por células atípicas de talla media dispuestas en sábanas. Resalta el hallazgo de estructuras rosetoides, tipo Homer Wright. Completó el cuadro histológico la presencia de figuras mitóticas ocasionales y un infiltrado linfocitario perivascular. No se observaron necrosis ni proliferación microvascular. El estudio inmunohistoquímico mostró expresión de GFAP, OLIG2 y H3K27M y ausencia de IDH1 y H3-3G34R con pérdida nuclear de ATRX y H3K27me3; el índice proliferativo cuantificado mediante Ki 67 fue del 20%.

CONCLUSIONES: Por todo lo expuesto previamente, llegamos al diagnóstico de glioma difuso de la línea media con mutación de H3K27 (grado 4 de la OMS). Su patogénesis está ligada a la mutación del gen H3F3A (histona H3), siendo la más común H3K27M. Como resultado, se desregula la proliferación celular y se bloquea la diferenciación normal de las células gliales. Estas neoplasias suelen expresar OLIG2, MAP2 y S100, al igual que GFAP, cuya positividad es más frecuente en tumores con mutación de EGFR. La expresión de neurofilamento y sinaptofisina es negativa en el tumor, pero positiva en el tejido sano. El uso combinado de H3 p.K28M (K27M) y p.K28me3 (K27me3) permite la detección de células tumorales solitarias en áreas de infiltración. La singularidad de nuestro caso reside en el diagnóstico de un tumor de presentación excepcional en una paciente con más de 60 años, así como la presencia de estructuras rosetoides en el cuadro histológico. Por ello, consideramos de suma importancia que esta entidad forme parte del diagnóstico diferencial ante una proliferación glial de alto grado en esta localización.

REPORTE DE UN CASO: PECOMA MENÍNGEO

Goncalves Villarreal, Katherine; Goncalves Villarreal, Katherine; Martínez Miguel, Jennifer; García Miranda, Iker; Ramírez Feliz, Máximo Leonardo; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Bravo Blanco, David; Mosterio Gonzalez, Lorena

Presentador: Goncalves Villarreal, Katherine

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células epitelioides perivasculares (PEComas) son neoplasias mesenquimales raras que se caracterizan por la coexpresión de marcadores melanocíticos (HMB45, Melan-A, MITF) y marcadores de músculo liso. Aunque los PEComas renales, como el angiolipoma, han sido ampliamente estudiados, existe poca información sobre los PEComas en el sistema nervioso central. Su variabilidad morfológica y rareza hacen que su diagnóstico sea un desafío. Este caso describe un PEComa meníngeo, inicialmente sugestivo de meningioma, tras exploración radiológica y su posterior resolución diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 46 años sin antecedentes médicos relevantes, en estudio por migraña crónica. La resonancia magnética (RM) cerebral reveló una lesión extraaxial en la convexidad frontal izquierda, de 28x40 mm.

Macroscopia: En conjunto, varios fragmentos de tejido cerebral de 2,3 cm.

Microscopia: La tumoración estaba compuesta por nidos de células con citoplasma claro y ocasionalmente eosinófilo, núcleos pequeños, redondeados, ligera anisocariosis y nucléolo ocasional. Se identificaron focos de calcificación distrófica y hemorragia, sin necrosis ni actividad mitótica. En zonas esclerosadas, constituido por cordones, en un estroma hialinizado. Inmunohistoquímica: Positivo para HMB45, cathepsina K, TFE3 y negativo para CK (AE1/AE3), EMA, actina, CD34, S100, SSTR2A. Índice proliferativo (Ki67%): 2%.

RESULTADOS: Los PEComas son neoplasias raras, encontrándose hasta la fecha en la literatura consultada, un único caso primario y dos casos metastásicos reportados en el sistema nervioso central y ninguno hasta la fecha en nuestro hospital. Morfológicamente, estas neoplasias se encuentran compuestas por células epitelioides con citoplasma claro y granular, asociadas con células fusiformes. Estas células pueden contener melanina intracitoplasmática y se organizan en una arquitectura alveolar alrededor de vasos hialinizados. La inmunohistoquímica es clave para el diagnóstico, con expresión de marcadores melanocíticos (HMB45, Melan-A) y de músculo liso (actina, calponina), junto con positividad para TFE3 y cathepsina K, (en un 15% de los casos), anexo a la negatividad para marcadores epiteliales. El diagnóstico diferencial incluye metástasis de carcinoma renal de células claras y de la glándula suprarrenal, paraganglioma y meningioma. Algunos raros casos muestran PEComas con características preocupantes, como tamaño > 50 mm, atipia nuclear, mitosis, necrosis e invasión intravascular, asociadas con un mayor potencial maligno. En este caso, el bajo índice proliferativo (Ki67: 2%) y la ausencia de necrosis sugieren un comportamiento favorable.

CONCLUSIONES: Este caso resalta la importancia de un enfoque diagnóstico integral que combine hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y clínico-radiológicos. Dada la variabilidad de localizaciones que pueden presentar los PEComas, es fundamental mantener un alto índice de sospecha durante el planteamiento de diagnósticos diferenciales, especialmente en lesiones cerebrales con hallazgos no concluyentes. Los PEComas extrarenales, aunque raros, presentan características citomorfológicas distintivas como células epitelioides, núcleos vesiculares y un patrón vascular ramificado, lo cual refuerza la importancia del diagnóstico morfológico con hematoxilina-eosina (H&E) y el apoyo de la inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico en el contexto clínico y radiológico adecuado.

Neuropatología

2237

APORTACIONES DE LAS TÉCNICAS MOLECULARES AL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE TUMORES DEL SNC

Vázquez González, Estefanía; Sabio González, Adela; Luque Barona, Rafael Jesús

Presentador: Vázquez González, Estefanía

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La quinta edición de la clasificación de tumores del SNC de la OMS, combina la histopatología y la información molecular y permite un diagnóstico mucho más preciso (diagnóstico integrado) y un enfoque terapéutico más específico y efectivo para los pacientes que padecen estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Incluimos 42 pacientes con diagnóstico de tumor del SNC, en los que se realizó la secuenciación mediante NGS, entre enero de 2019 y junio de 2024. Analizamos sus características basales, su diagnóstico anatomopatológico basado en la histología comparándolo con el diagnóstico anatomopatológico integrado (sin diferencia / diferencia sin impacto clínico / diferencia con impacto clínico) y su evolución (supervivencia global y libre de progresión).

RESULTADOS: De los 42 pacientes, 20 eran mujeres y 22 hombres. En función de la edad, 3 pacientes tenían entre 15-30 años, 30 entre 31 y 54 años y 9 eran mayores de 55 años. Las principales alteraciones moleculares encontradas fueron: mutación de PTEN (81%), mutación del promotor de TERT (45.2%), mutación de Tp53 (40.5%), amplificación de EGFR (21.4%), mutación de EGFR (21.4%), ganancia completa del cromosoma 7 (28.6%), pérdida completa del cromosoma 10 (28.6%), delección de la CDKN2AB (19%), mutación de PIK3CA (19%) y delección de PTEN (14.3%).

3 pacientes presentaron cambio de categoría diagnóstica sin impacto clínico, 14 cambio de categoría diagnóstica con impacto clínico y en 22 pacientes no hubo cambio de categoría diagnóstica.

Tabla supervivencia

En nuestro estudio, pudimos observar que las principales alteraciones encontradas en glioblastoma son las descritas en la bibliografía, y que éstas confieren un peor pronóstico. Identificamos también las principales alteraciones encontradas en astrocitomas IDH mutados y oligodendrogliomas IDH mutados con codelección 1p/19q, encontrando que la mutación de IDH1 y de IDH2, la mutación de PIK3CA y la codelección 1p/19q confieren un mejor pronóstico.

De los 42 pacientes estudiados, 14 (33%) tuvieron un cambio de categoría diagnóstica con impacto clínico. El hecho de que 1/3 de los pacientes se beneficien del estudio molecular, va en consonancia con las recomendaciones actuales de la 5ª edición de la clasificación de la OMS de Tumores del Sistema Nervioso Central.

CONCLUSIONES: En conclusión, la traducción de los hallazgos científicos sobre las características moleculares de los tumores del SNC, ha logrado mejoras importantes a la hora de realizar un diagnóstico más preciso de estos tumores basado en tejidos. Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer para mejorar la disponibilidad de herramientas de diagnóstico que permitan una evaluación óptima de las alteraciones moleculares relevantes y para traducir los diagnósticos integrados en mejores resultados para la salud de los pacientes diagnosticados con tales tumores.

Neuropatología

2420

ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER CON AFECTACIÓN CEREBRAL AISLADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Van Der Biezen , Aimee Jayciline Cicely; Víllica Huayta, Mariana Natty; Jiménez Chillón, Carlos; Portela Sánchez, Sofía; Mateo Sierra, Olga; Herrera Herrera, Isabel; De La Fuente , Lydia; Arias Duart, Marina; Idoate Gastearena, Miguel Ángel; Arias , Francisco

Presentador: Van Der Biezen , Aimee Jayciline Cicely

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) es una histiocitosis no Langerhans rara caracterizada por proliferación multisistémica de histiocitos en un estroma inflamatorio. Afecta principalmente a huesos, piel, retroperitoneo, corazón, órbitas, pulmones y cerebro. El descubrimiento de mutaciones BRAFV600E y otras de la vía MAPK ha confirmado su naturaleza neoplásica clonal. El diagnóstico requiere lesiones xantogranulomatosas con histiocitos CD68 (+)/CD1a (?) y anomalías óseas bilaterales en huesos largos. La afectación neurológica es variable, siendo los síntomas cerebelosos y piramidales los más comunes, con compromiso frecuente de cerebro, cerebelo y tronco encefálico. El diagnóstico es difícil, especialmente en casos de afectación aislada del SNC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de afectación aislada del SNC en una mujer de 36 años con antecedentes de HTA, obesidad y diabetes mellitus. Ingresó por un cuadro progresivo de disartria, oftalmoparesia, tetraparesia y crisis hipertensiva. La RMN mostró lesiones isquémicas atípicas en el territorio de la arteria recurrente de Heubner derecha y perforantes mesencefálicas, sin descartar una posible vasculitis inflamatoria. El angio-TC, RMN medular y TC de cuerpo entero no revelaron hallazgos relevantes. Ante la ausencia de afectación extracraneal, se decidió realizar biopsia de una lesión del núcleo caudado derecho.

RESULTADOS: La biopsia reveló una infiltración difusa y perivascular por macrófagos de núcleos redondos a ovalados con citoplasma espumoso escaso a moderado junto a gliosis reactiva y ocasionales linfocitos CD3+. No se observaron microorganismos, efectos citopáticos virales ni vasculitis. La inmunohistoquímica fue positiva para CD68, CD163, S100(focal) y Factor XIIIa(focal), ciclina D1 (focal) y negativa para GFAP, SOX10, ALK, CD1a y langerina. El test de mutación BRAF (idyl) detectó una mutación en el codón 600 del gen BRAF, lo que confirmó el diagnóstico de ECD. Se inicia vemurafenib con mejoría neurológica parcial, pero con secuelas severas, incluida hemiparesia izquierda de predominio braquial. En la RMN de control se observa gliosis residual y una nueva lesión en el esplénio del cuerpo calloso. Se cambia a doble terapia con trametinib + dabrafenib, con discreta mejoría.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Erdheim-Chester con presentación neurológica aislada es una entidad rara de difícil diagnóstico. Aunque se trata de una histiocitosis con rasgos histiológicos característicos, estos no son constantes, de manera que la expresión de ciclina D1, la detección de estas mutaciones de BRAF V600E u otras alteraciones de la vía MAPK son muy útiles en el diagnóstico diferencial. Además, la detección de esta mutación tiene implicaciones terapéuticas.

TUMOR MALIGNO MELANOCÍTICO DE LA VAINA NERVIOSA.

Paredes Pérez, Ana Begoña; Bisshopp Alfonso, Sara; Hernandez , Guillermo
Presentador: Paredes Pérez, Ana Begoña

HOSPITAL UNIV. DR. NEGRIN. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor maligno melanocítico de la vaina nerviosa (TMMVN) es un tumor infrecuente, de origen neuroectodérmico, compuesto por células de Schwann con capacidad de producir melanina. Suele aparecer a nivel paraespinal pero también puede afectar a órganos o incluso piel. En un porcentaje no desdenable está asociado al complejo de Carney mostrando un comportamiento clínico más agresivo. La mutación de PRKARIA y la pérdida de expresión de la proteína PRKARIA se han descrito en la gran mayoría.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 42 años en estudio por lumbociatalgia derecha presenta en la resonancia magnética una tumoración sólida dependiente de raíz L5 D de 44x23x20x21mm con remodelación ósea foraminal, compatible con lesión de estirpe neurogénica. Se programa abordaje en dos tiempos, la primera posterior para acceder a la porción intratoraminal y la segunda anterolateral para acceder a la porción extraforaminal y retroperitoneal.

RESULTADOS: En la primera resección se reciben en formol varios fragmentos de tejido irregulares de coloración parduzca que en conjunto miden 7x5 mm. A nivel microscópico observamos una tumoración neural con diferenciación melanocítica y abundante pigmento melánico, que se dispone en nidos y fascículos. Se observan células de hábito fusiforme y otras epitelioides, pleomórficas, de amplio citoplasma, prominente nucléolo y ocasional multinucleación. Se identifican abundantes calcificaciones de tipo psamomatoso y necrosis focal. Con la técnica de colágeno IV se observa una trama de colágeno intercelular. Valoración limitada del recuento mitótico por la presencia de pigmento melánico, hallándose una única mitosis en toda la preparación. Inmunohistoquímica: positividad para MART1, HMB45 Y SOX 10 focal. En la segunda resección se reciben en formol varios fragmentos de tejido irregulares de coloración blanquecino-rojiza que en conjunto alcanzan los 60x30 mm. Los hallazgos histológicos son similares a la biopsia previa, identificándose una tumoración neural parcialmente encapsulada con aumento moderado de la celularidad y abundante pigmento melánico. La lesión se dispone en nidos/fascículos con células fusiformes, epitelioides, pleomórficas y multinucleadas con presencia de calcificaciones de tipo psamomatoso. Con la técnica de colágeno IV se observa una trama de colágeno intercelular. Valoración limitada del recuento mitótico por la presencia de pigmento melánico. Inmunohistoquímica: positividad para MART1, HMB45 y SOX 10.

CONCLUSIONES: Presentamos un caso de un tumor poco frecuente, TMMVN, en el que la resección completa es el tratamiento de elección. Es de vital importancia establecer un diagnóstico anatomopatológico correcto ya que se ha descrito una tasa de recurrencia y metástasis de hasta un 44%. A nivel histológico no hay una clara relación entre las características microscópicas y el pronóstico. Las entidades propuestas en el diagnóstico diferencial son el melanoma, schwanoma, neurofibroma o melanocitoma principalmente. Algunos autores como Carney apuntan que la mitad de los pacientes que presentan cuerpos de psamoma tienen características del complejo de Carney mientras que Torres-Mora et al no encontraron diferencias clinicopatológicas entre los psamomatosos y no psamomatosos.

ONCOCITOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES. UNA ENTIDAD HIPOFISARIA POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA.

Obregón Martínez, Estibaliz; Pérez Rodríguez, Álvaro; García Lagarto, María Elena; González Obeso, Elvira; Oyarzún Bahamonde, Elda Paola; De Uribe Viloria, Marta; Pérez Gallego, Lucía; Marroquín Juárez, Alexandra; López Gil, Elena Patricia; Andrés Calvo, María; Álvarez-Quinones Sanz, María Luisa
Presentador: Obregón Martínez, Estibaliz

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El oncocitoma de células fusiformes se encuentra incluido dentro de la familia de las neoplasias de bajo grado que se originan de las células pituitarias de la porción posterior de la glándula pituitaria o del infundíbulo formando una masa sellar/supraselar. De forma ocasional, se puede extender al seno cavernoso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 62 años con cefalea de semanas de evolución que refiere alteración de la visión. Se le realiza TC y RMN objetivando una lesión de partes blandas que ocupa de forma completa la silla turca de 18x15x15 mm. con extensión supraselar, desplazando y comprimiendo el tallo hipofisario, contactando con quiasma y nervio óptico izquierdo y con mínima afectación de ambos senos cavernosos, sospechosa de macroadenoma. Se realiza extirpación quirúrgica por Neurocirugía que remite el material (múltiples fragmentos milimétricos) al servicio de Anatomía Patológica.

RESULTADOS: Histológicamente se observa una proliferación celular atípica que se dispone formando fascículos entrelazados con lóbulos pobremente definidos. Las células tumorales muestran una morfología fusocelular, con núcleos ligeramente pleomórficos y citoplasmas eosinófilos, observándose aisladas células con atipia moderada. No se identifican figuras de mitosis. En el estudio inmunohistoquímico las células expresaban TTF1 y S100; siendo negativas para Neurofilamento, CD45, SOX10, R. Progesterona, Sinaptofisina, Cromogranina, CK7, CK20 y hormonas hipofisarias. El índice de proliferación medido con el ki67 era del 3%.

CONCLUSIONES: El oncocitoma de células fusiformes se considera, junto con el pituitoma y el tumor de células granulares de la región sellar, una neoplasia de bajo grado benigna, de crecimiento lento. Pocos datos epidemiológicos se han descrito de esta entidad, ya que es una lesión rara con pocos casos reportados. La mayoría de éstos ocurren en adultos en la quinta y sexta década de la vida, siendo la etiología desconocida. Es importante conocer y tener en cuenta esta entidad en el manejo diagnóstico de las lesiones de la glándula pituitaria e incluir en su estudio la técnica inmunohistoquímica TTF1 que nos ayuda a su diagnóstico.

Neuropatología

1542

METÁSTASIS DE CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO EN GANGLIO DE GASSER

García Pastor, Elena María; Melguizo García, Verónica; Gómez Fernández, Laura; Estrada Canjura, Denis Gerardo; Hierro Martín, María Isabel

Presentador: García Pastor, Elena María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma adenoide quístico es una neoplasia epitelial maligna, descrito por primera vez como cilindroma. Se origina con mayor frecuencia en las glándulas salivales, nasofaringe y glándulas lagrimales, pero también surgen del pulmón, tráquea, glándula mamaria y piel. Crece lentamente, pero es localmente agresivo, propenso a la recurrencia y muy a menudo produce metástasis. Tiende a infiltrar localmente las estructuras neuronales tanto en el compartimento intracraneal como por propagación perineural a lo largo del nervio trigémino. La región del ganglio de Gasser es el sitio de afectación más común (35,8 %), mientras que el seno cavernoso está afectado en el 15,1 %. Se presenta con tres patrones histológicos de crecimiento principales: sólido, tubular y cribriforme. El patrón tubular es el de mejor pronóstico, mientras que el patrón sólido es el peor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 50 años sin antecedentes de interés que acude por cuadro de hipoestesia en hemisfera izquierda de varios meses de evolución, a la que se añade otalgia y diplopía. Se observa en resonancia craneal engrosamiento del seno cavernoso izquierdo de 13,7 x 9,6 x 13,3 mm compatible con Schwannoma del V par con probable afectación del ganglio de Gasser. Se realiza biopsia con resultado de carcinoma adenoide quístico, G2 en ganglio de Gasser. Se presenta en comité de tumores y se plantea tratamiento con radioterapia adyuvante. A los 4 años presenta metástasis en recto interno de ojo izquierdo realizándose cirugía sin imagen de recidiva posterior.

RESULTADOS: Se reciben múltiples fragmentos hemorrágicos de 2 cm de longitud x 2 cm de diámetro, de tumoración procedentes de región de ganglio de Gasser. Microscópicamente se reconocen múltiples fragmentos tisulares disgregados que albergan material hemático y fascículos de nervio periférico en cuyo espesor y en vecindad, se identifica una proliferación celular de estirpe epitelial atípica que conforma nidos sólidos y agregados epiteliales de patrón arquitectural cribriforme integrados por una celularidad redonda y ovoidea de tamaño pequeño y mediano, que en áreas, se encuentra notablemente artefactada. Con técnicas IHQ se evidencia que las células neoplásicas son positivas para CKAE1/AE3, CK7, CD117, VIMENTINA (focal) y Ki67 del 35%. Siendo negativo para CD45, GFAP, NEU-N, S100, CK20, P63 y HMB-45. Este perfil IHQ confirma el diagnóstico de infiltración por carcinoma adenoide quístico.

CONCLUSIONES: La incidencia de afectación intracraneal por carcinomas adenoide quísticos varía del 4% al 22%. Puede ocurrir por extensión directa, propagación hematogena y propagación perineural. No es infrecuente la presentación de una lesión intracraneal aparentemente primaria sin evidencia de una fuente primaria. La edad promedio es de 53 años con ligero predominio masculino. El tratamiento óptimo es la resección quirúrgica radical, la radioterapia se usa como medida paliativa ya que este tumor es radiosensible pero no radiocurable. Hay informes raros de reducción del tumor con quimioterapia. Se ha reportado propagación del tumor a lo largo del nervio trigémino desde el ganglio de Gasser hasta la órbita. El pronóstico es malo, con una supervivencia de menos del 47% a los 5 años y del 20% a los 10 años después de la cirugía. Se debe enfatizar la necesidad de un diagnóstico temprano y una resección radical del tumor junto con la radiación postoperatoria, para que se logre un control local de la enfermedad y una mejor supervivencia a largo plazo.

Neuropatología

1830

GLIOMA HEMISFÉRICO DIFUSO CON MUTACIÓN DE H3 P.K28M

González García, Jesús; Vallejo Benítez, Ana; Melgar Melgar, Álvaro; Santana Ramos, Marina Alejandra; Rodríguez Moncada, Juan Sebastián; Parmeggiani Bermejo, Sofía

Presentador: González García, Jesús

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Desde la clasificación de tumores del sistema nervioso central de la OMS en 2016, se introdujo la entidad de glioma de línea media H3 K27 mutado. No obstante, en la última clasificación de 2021, de forma extraordinaria se han descrito tumores de localización cortical o hemisférica que presentan dicha mutación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 77 años con antecedente de hipertensión que consulta por episodios sincopales de repetición con recuperación espontánea de 1 mes de evolución. Desde entonces refiere pérdida de fuerza y sensación de acorchamiento en la mano izquierda. En la exploración neurológica destaca una hemihipoestesia y paresia 3/5 en miembro superior izquierdo. Se realiza RMN en la que se observa una lesión intraaxial parietal derecha de 45 x 42 x 38 mm (APxTRAxCC) con áreas extensas de necrosis y realce periférico heterogéneo. Asocia moderado edema vasogénico y efecto de masa sobre las estructuras adyacentes con colapso parcial del ventrículo lateral homolateral. Se interviene quirúrgicamente, realizándose excisión completa de la lesión.

RESULTADOS: Se toman muestras para estudio anatomopatológico, donde se identifican fragmentos de parénquima cerebral con infiltración difusa por una neoplasia hipercelular constituida por células pequeñas y redondas, con atipia y ocasionales áreas piloides. Presenta un elevado índice de mitosis de (<20/10CCA). Asimismo, se ha identificado proliferación microvascular y necrosis. En el estudio inmunohistoquímico la neoplasia manifestó IDH-1 nativo con ausencia de expresión para H3K27me, e inmunorreacción positiva para GFAP, ATRX (no pérdida) y p53, y un Ki67 del 50%. Tras la intervención quirúrgica la paciente refiere mejoría en la pérdida de fuerza, aunque persiste la hipoestesia. Posteriormente se expone el caso en el comité de tumores de nuestro centro, decidiendo iniciar esquema STUPP con radioterapia hipofraccionada.

CONCLUSIONES: Según la última clasificación de tumores del sistema nervioso central de la OMS (5ªed), de forma extremadamente rara, se han descrito los gliomas difusos hemisféricos o corticales, no de la línea media, con mutación de H3 pK28M. Hasta la fecha, la biología y pronóstico para tales tumores es aún desconocida. Por tanto, recomendamos el estudio de esta mutación aún en tumores no localizados en línea media, con el fin de caracterizarlos mejor.

CLINICAL PRESENTATION AND MANAGEMENT CONSIDERATIONS IN MENINGIOANGIOMATOSIS: A CASE REPORT

Martín Concepción, José Adán; López Henríquez, Rocío; Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves; Villavicencio Sánchez, Pedro
Presentador: Martín Concepción, José Adán

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Meningioangiomatosis is a very rare, benign lesion of hamartomatous or meningovascular origin that affects the central nervous system. It typically affects children or young adults and often presents with seizures.

MATERIAL Y MÉTODOS: A 1-year and 10-month-old girl presented to the emergency department with status epilepticus. Examination revealed a Glasgow Coma Scale score of 6/15, prompting imaging studies. Cranial CT and MRI showed an ill-defined area in the left frontal region suggestive of a glial neoplasm. An oligodendroglioma was considered the primary diagnostic option. Left frontal craniotomy with tumor resection was performed.

RESULTADOS: An irregular whitish-pink tissue fragment measuring 3.5 x 3 x 1.2 cm was received. Microscopic examination revealed a lesion composed of a proliferation of fibroblasts and meningothelial cells, infiltrating the Virchow-Robin spaces from the surface into the cortex along the vascular pathways of cortical vessels. No atypia, mitotic figures, or necrotic phenomena were observed. Immunohistochemical analysis showed positivity for ERG and CD31 in the vascular component, CD34 in the fibroblastic and meningothelial proliferation, and focal nuclear positivity for progesterone receptors in superficial areas. PGFA, EMA, and estrogen receptors were negative.

CONCLUSIONES: In the majority of cases, meningioangiomatosis occurs sporadically, yet it can also develop within the context of neurofibromatosis type 2. According to the consulted literature, between 12% and 35% of cases are associated with this condition, so it's important to consider this possibility when making the diagnosis. Furthermore, despite their benign nature, these lesions tend to recur due to their infiltrative characteristics. Hence, in instances where complete resection is not possible, adjunctive radiotherapy may be considered.

COLISIÓN TUMORAL DE MENINGIOMA Y PLASMOCITOMA EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

López Henríquez, Rocío; Martín Concepción, José Adán; Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves
Presentador: López Henríquez, Rocío

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de colisión son una entidad rara, caracterizada por la coexistencia de dos tipos tumorales distintos en una misma localización anatómica. Aunque se han descrito en diversas localizaciones, su ocurrencia en el sistema nervioso central (SNC) es infrecuente; siendo la combinación de tumor glial con meningioma la más documentada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de una mujer de 68 años con antecedentes de mieloma múltiple que acude al hospital por síntomas neurológicos agudos sugestivos de ictus. Se realiza una resonancia magnética (RM) cerebral que muestra, a nivel de la convexidad parietal derecha, una lesión extraaxial bien definida, con base amplia en la duramadre sugestiva de meningioma. Además, se identifica una lesión ovoidea localizada en el diploe frontal derecho, sugestiva de plasmocitoma. Con estos hallazgos se decide realizar exéresis de la primera lesión descrita.

RESULTADOS: Se remite un fragmento tisular con una lesión nodular ovalada adherida de 2.5 x 2 cm. Al microscopio se observaba una lesión tumoral meníngea ampliamente infiltrada por células plasmáticas monomorfas. Estas células plasmocitoides presentaron inmunofenotipo positivo para CD138 así como sobreexpresión de cadenas ligeras lambda, siendo negativas para cadenas kappa. La población tumoral meníngea estaba constituida por células de citoplasmas eosinófilos y límites imprecisos, núcleos algo irregulares con pseudoinclusiones y ausencia de figuras mitóticas. Esta celularidad mostraba positividad para receptor de somatostatina tipo 2 (SSTR2). Además, se identificaron estructuras vasculares con paredes engrosadas e hialinizadas. Con estos hallazgos se diagnostica de meningioma meningotelial infiltrado por plasmocitoma.

CONCLUSIONES: Este caso MUESTRA una INFRECUENTE colisión de tumores, meningioma y plasmocitoma, a nivel del sistema nervioso central. Aunque la colisión de tumores en esta localización está descrita, la combinación más frecuente suele involucrar meningiomas y lesiones gliales. En cuanto a la colisión específica de meningioma con plasmocitoma, solo se ha reportado un caso previo en la literatura científica. La identificación precisa de estos tumores de colisión es fundamental para establecer un diagnóstico diferencial adecuado y determinar el tratamiento más eficaz PARA CADA UNO DE ELLOS.

Neuropatología 1485

EL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN TIROIDEO 1 (TTF-1) EN TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Iglesias Conejero, Paula; Iglesias Conejero, Lidia; Chamorro Santos, Clara Eugenia; Ríos Pellegrina, Rosa María; Ceballos Miján, Nazaret; De Cabanyes Candela, Sara; García Martínez, Antonio; López Valdivia, Carlos Enrique; Cantero Campos, Miriam; Rodríguez Rodríguez, Marta Presentación
Presentador: Iglesias Conejero, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El factor de transcripción tiroideo1 (TTF-1) es un marcador nuclear con expresión preferencial en estructuras tiroideas, pulmonares y cerebrales de origen diencefálico incluida la neurohipófisis en desarrollo. Su utilidad en Patología destaca en distinguir el adenocarcinoma pulmonar primario y metastásico de los tumores primarios no pulmonares, especialmente los adenocarcinomas o carcinomas de células grandes neuroendocrino y carcinoma de células escamosas y como marcador de tumores tiroideos, tanto primarios como metastásicos, generalmente en combinación con tiroglobulina (excepto carcinoma anaplásico de tiroides = pérdida completa). Además de detectar el adenocarcinoma acinar de próstata tratado con terapia anti-androgénica que puede dar metástasis que sobreexpresen TTF-1.

MATERIAL Y MÉTODOS: La técnica inmunohistoquímica de TTF-1 permite hacer un diagnóstico diferencial de distintos tipos de tumores del SNC. Las categorías principales incluyen: Tumores neuroepiteliales intraventriculares, como el neurocitoma central. Tumores gliales, como el glioma cordoide. Tumores de la región silar, como el pituitoma, el tumor de células granulares y el oncocitoma de células fusiformes. Tumores benignos relacionados con síndromes específicos, como el astrocitoma subependimario de células gigantes. Cada uno de estos tumores presenta características histopatológicas y clínicas que pueden ser evaluadas en combinación con la expresión de TTF-1 para un diagnóstico más preciso. Siendo la tinción por TTF-1 parte de los criterios diagnósticos esenciales y deseables según la OMS.

RESULTADOS: Neurocitoma central: Tumor neuroepitelial intraventricular de grado 2 según la OMS de células redondas uniformes con un núcleo redondeado con cromatina punteada (sal y pimienta), nucleolos variables y arquitectura en panel similar a oligodendrogliomas. Glioma cordoide: Tumor glial localizado en la región hipotalámica del tercer ventrículo anterior, con características cordoides y mutación de P.D463H de PRKCA. Glioma de la región silar: Incluyen tres tipos principales: Pituitoma: Neoplasia glial de células fusiformes bipolares en láminas y fascículos cortos. Tumor de células granulares: Neoplasia compuesta por células poligonales con citoplasma granular. Oncocitoma de células fusiformes: Tumor fusiforme o epitelioide con citoplasma granular eosinófilo. Astrocitoma subependimario de células gigantes: Células poligonales similares a gemistocitos, células ganglionares, fusiformes y que presentan marcadores gliales y neuronales.

CONCLUSIONES: TTF-1 es un biomarcador fundamental en el diagnóstico de tumores primarios del SNC. El factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) está codificado por el gen homeobox NKX2-1. Además de especificar la organogénesis tiroidea y pulmonar, también se expresa temporalmente durante el desarrollo embrionario del prosencéfalo ventral. Dos clones de anticuerpos se utilizan ampliamente para la demostración de TTF-1, 8C7G3/1 y SPT24, siendo este último el más sensible. TTF-1 se expresa en la neurohipófisis, el área hipotalámica ventral que se extiende desde el suelo del tercer ventrículo hasta el surco diencefálico ventral, y el suelo de las vesículas telencefálicas de la eminencia ganglionar medial del surco caudotalámico.

Neuropatología 1500

ASOCIACIÓN ENTRE TUMOR GLIONEURONAL PAPILAR Y MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA. REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves; Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves; Henríquez López, Rocío; Rivas Infante, Eloy; Villavicencio Sánchez, Pedro; Hernández León, Carmen Nieves
Presentador: López Henríquez, Rocío

HOSPITAL UNIV. CANARIAS.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones arteriovenosas (AVM) intracraneales son anomalías vasculares raramente asociadas a neoplasias primarias del sistema nervioso central. La coexistencia de AVM y tumores gliales de bajo grado, como el tumor glioneuronal papilar (PGNT), es excepcional y sugiere posibles mecanismos patogénicos compartidos. Estudios recientes han implicado la activación de la vía de señalización MAPK en la patogénesis tanto de AVM como de gliomas, lo que podría explicar esta inusual asociación. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con antecedentes de cavernoma parietal intervenido cuya recurrencia tumoral se caracterizó histológicamente como un PGNT.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 10 años que en 2021 presentó una convulsión tónica generalizada afebril. A raíz de este episodio, se le realizó una resonancia magnética que sugirió la presencia de una posible malformación arteriovenosa parietal. Se llevó a cabo una resección en otro centro hospitalario cuyo diagnóstico definitivo fue de cavernoma. Tras la intervención, desarrolló epilepsia secundaria, por lo que se mantiene en seguimiento por neuropediatría. A finales de 2024, en nuestro centro hospitalario, se le realizó una resonancia de control que evidenciaba un crecimiento progresivo de la lesión residual, motivo por el cual se decidió proceder con un rescate quirúrgico.

RESULTADOS: El estudio histológico revela una neoplasia de patrón multinodular y morfología bifásica. Presenta un componente papilar/pseudopapilar con estructuras hialinizadas, en ocasiones centradas por un vaso, revestidas por células pequeñas sin atipia, con inmunofenotipo glial (positividad para GFAP, SOX10 y OLIG2) y coexpresión de marcadores neuronales (sinaptosina). El segundo componente tumoral está constituido por nódulos de fondo microquístico, formados por células pequeñas con núcleos redondeados de apariencia oligo-like o neurocítica, con inmunofenotipo predominantemente neuronal y ausencia de expresión de GFAP. Se observa un foco de microcalcificación, sin evidencia de mitosis, proliferación vascular ni de necrosis. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para GFAP en las células del revestimiento de las papilas (negativo en el componente neurocítico), OLIG-2 y SOX10 en inmunomarcaje nuclear en las células tanto del componente papilar como las del componente neurocítico, sinaptosina: inmunomarcaje en ambos componentes. Tanto NeuN, EMA como podoplanina fueron negativos. Neurofilamentos con positividad en algunas células de tipo ganglionar/neuronal y CD34 con marcaje extravascular focal. El índice proliferativo Ki-67 fue del 5-8% en las zonas de mayor actividad proliferativa. El análisis histopatológico e inmunohistoquímico permitió establecer el diagnóstico de tumor glioneuronal compatible con tumor glioneuronal papilar NOS, grado 1 (CNS WHO 2021).

CONCLUSIONES: Este caso refuerza la posibilidad de una relación entre AVM y PGNT, sugiriendo un mecanismo patogénico común mediado por la vía MAPK. Aunque la coexistencia de ambas entidades sigue siendo extremadamente rara, queda esclarecer si se trata de una asociación fortuita o refleja una patología única con características compartidas.

PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS PARANEOPLÁSICA Y SEMINOMA PRIMARIO DEL MEDIASTINO.

Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Martín Fragueiro, Luz; Izquierdo Chamorro, María; Maximiano Alonso, Constanza; Harker Ladino, Angela María; Gil Bernabé, Paloma; Martín Poza, Silvia; Pérez Faccaro, Analía; Erazo Alarcón, Shirley; Cerdan López, Sara
Presentador: Ruiz Becerra, Jaime Esteban

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La miastenia gravis, como síndrome paraneoplásico, está asociado clásicamente a timoma o hiperplasia folicular tímica. Presentamos un caso excepcional de un varón de 64 años, con diagnóstico de miastenia gravis con un seminoma primario del mediastino y elevación de anticuerpos anti-tina séricos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 64 años, con antecedente de hta y dm2. Acude a urgencias por 1 mes de evolución de debilidad mandibular, cervical y en cintura escapular. Presenta además disfagia, disfonía, ptosis palpebral izquierda y diplopía. Con los resultados del EMG y elevación de anticuerpos anti-receptores de acetilcolina, se diagnOsticAióP de miastenia gravis. Se instaura tratamiento con piridostigmina y Prednisona, con pobre respuesta. Posteriormente presenta anticuerpos anti-tina positivos séricos. se solicita TC de tórax, en donde se reporta una masa mediastínica anterior sugestiva de timoma, que se trata mediante cirugía.

RESULTADOS: Pieza de resección tumoral de mediastino que mide 13 x 7 x 3,5 cm y pesa 108 gr, ocupada por una masa bien delimitada, pseudoencapsulada que mide 5,5 x 5 cm. Al corte es sólido, polilobulado, con consistencia elástica y con algunas áreas amarillentas de aspecto necrótico. Microscópicamente la neoplasia es sólida con un patrón en nódulos separados por bandas fibrosas gruesas, los cuales están constituidos por células neoplásicas poligonales, uniformes, con citoplasma eosinófilo claro, núcleo redondo y nucleolo prominente, con frecuentes mitosis, separadas por un fino estroma linfoidé. Se identifican áreas de necrosis y aisladas células gigantes multinucleadas tipo sincitiotrofoblasto positivas por inmunohistoquímica para Beta-hCG. En el resto del estudio inmunohistoquímico las células neoplásicas son positivas para OCT 3/4, CD117, SALL4 y SMARC A4 y negativas para CK19, TdT, P40, P63, CD20, CD3, CD30, S100, HMB45, glypican3, Beta-hCG y NUT. En la grasa mediastínica se identifican restos tímicos y aislados ganglios linfáticos, sin evidencia de timoma o hiperplasia folicular tímica. el diagnóstico fue de SEMINOMA primario de mediastino, tras descartar un origen testicular. El paciente recibe 4 ciclos de esquema etopósido y cisplatino. Después de 3 meses la clínica neurológica se estabiliza.

CONCLUSIONES: La miastenia gravis puede ser un síndrome paraneoplásico asociado a timoma y/o a hiperplasia folicular tímica y la resección quirúrgica de éstos se relaciona con mejoría de los síntomas. La asociación de seminoma con miastenia gravis paraneoplásica es excepcional; hay 13 casos descritos en la literatura, en todos los cuales se identifica un timoma y/o hiperplasia folicular acompañante, los cuales explicarían la miastenia gravis paraneoplásica. La elevación sérica de anticuerpos anti-tina es un marcador sensible de asociación entre miastenia gravis y timoma. En nuestro caso, adyacente al seminoma no se identificó timoma ni hiperplasia tímica acompañantes. Como la clínica neurológica se estabilizó con el tratamiento quirúrgico sospechamos que el síndrome paraneoplásico se relacione con el seminoma mediastínico. no hay referencias que relacionen la elevación de los anticuerpos anti-tina con seminoma, aunque tampoco hay estudios que lo investiguen dada la baja prevalencia de este tipo de neoplasias. Es obligatorio descartar la existencia un seminoma de origen testicular antes de emitir un diagnóstico de un primario mediastínico. El tratamiento de los tumores germinales extragonadales se relaciona con el tipo histológico y la categoría pronóstica de riesgo.

EL PANEL DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN NEUROPATOLOGÍA: APLICACIÓN DE MÉTODOS HISTOQUÍMICOS, ENZIMÁTICOS Y OXIDATIVOS EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MUSCULARES

Minguez Novillo, Vicente A.
Presentador: Minguez Novillo, Vicente

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE. Sº ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de enfermedades musculares en neuropatología requiere de un panel de técnicas diagnósticas que permitan evaluar alteraciones estructurales, metabólicas y enzimáticas del tejido muscular. Estas técnicas incluyen estudios histoquímicos, enzimáticos y oxidativos que revelan patrones característicos de diversas patologías musculares. Su correcta aplicación y combinación facilitan la diferenciación entre miopatías, distrofias y otras enfermedades neuromusculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Materiales.

- Muestras: Biopsias de tejido muscular congelado
- Instrumental: Criostato, microtomo, microscopio de luz
- Portaobjetos y cubreobjetos
- Reactivos para técnicas histoquímicas: Hematoxilina-Eosina (H-E), ácido peryódico de Schiff (PAS), Oil-Red-O, tricrómico de Gomori
- Reactivos para técnicas enzimáticas: ATPasas a pH 9,4, 4,6 y 4,3, reactivo de Fosforilasa
- Reactivos para técnicas oxidativas: NADH, Succinato Deshidrogenasa (SDH), Citocromo c Oxidasa (COX), reactivo combinado COX-SDH

Método

1. Preparación de muestras: Las biopsias musculares se congelan en isopentano enfriado con nitrógeno líquido y se seccionan en criostato.
2. Técnicas histoquímicas: Se tiñen las secciones con H-E para observar estructura general, PAS para glucógeno, Oil-Red-O para lípidos y tricrómico de Gomori para colágeno y fibras musculares.
3. Técnicas enzimáticas: Se aplican reacciones con ATPasas a diferentes pH para diferenciar tipos de fibras musculares y Fosforilasa para evaluar metabolismo del glucógeno.
4. Técnicas oxidativas: Se emplean NADH y SDH para evaluar actividad mitocondrial, COX para detectar deficiencias en la cadena respiratoria y la combinación COX-SDH para diferenciar fibras afectadas.
5. Análisis microscópico: Las secciones teñidas se examinan al microscopio para identificar alteraciones morfológicas y funcionales.

RESULTADOS: Los resultados varían según la patología presente. En patologías mitocondriales, se observan fibras COX-negativas y un incremento en SDH. Las distrofias musculares muestran fibrosis con tinción tricrómica de Gomori y alteraciones en ATPasas. En deficiencias enzimáticas, la Fosforilasa puede estar ausente en enfermedades como la de McArdle. Las alteraciones en la distribución de fibras musculares pueden indicar denervación o procesos miopáticos.

CONCLUSIONES: El panel de técnicas diagnósticas en neuropatología es fundamental para la identificación y clasificación de enfermedades musculares. La combinación de técnicas histoquímicas, enzimáticas y oxidativas permite una evaluación integral del tejido muscular y facilita la diferenciación entre diversas patologías. La correcta interpretación de estos estudios contribuye al diagnóstico preciso y a la orientación terapéutica adecuada para los pacientes afectados.

Neuropatología 1533

TUMOR PAPILAR DE LA REGIÓN PINEAL GRADO 3: UN TUMOR RARO, DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO, QUE HACE DIFÍCIL SU INTERPRETACIÓN INTRAOPERATORIA.

Marabe Carretero, Graciela; Ruiz Aguilera, Natalia; Camacho Castañeda, Francisca Inmaculada; Martín Hita, Ana María; Jaquero Valero, Mercedes Isabel; Aramburu Gonzalez, Jose Antonio
Presentador: Marabe Carretero, Graciela

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor papilar de la glándula pineal es una neoplasia infrecuente, representando aproximadamente el 8% de los tumores primarios de esta región. Fue descrito por primera vez en 2003 y reconocido por la OMS en 2007. Se caracteriza por un fenotipo neuroepitelial con arquitectura papilar y sólida, generalmente de bajo grado (grado 2 OMS), y se postula que su origen deriva de remanentes de células endodermarias de la zona subcomisural. Dada su rareza y la ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos específicos, su diagnóstico diferencial resulta complejo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 18 años con antecedentes de resección tumoral parcial en Rumania, diagnosticada de pinealoblastoma. En el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Getafe, se recibió para estudio intraoperatorio, una muestra mínima de 1 mm, blanquecina y blanda. Además, remiten varios fragmentos mesencefálico-pineales irregulares, blanquecino-amarillentos que miden entre 0,1 y 0,2 cm, junto con el cavitron, formado por múltiples fragmentos irregulares y parduzcos que miden en conjunto 3,5 x 3 cm.

RESULTADOS: El análisis citológico intraoperatorio reveló una población celular discohesiva con agregados sólidos papilariformes, células plasmocitoides con cromatina granular y atipia moderada, con mitosis identificables. Se interpretó como tumor maligno de células redondas, planteándose el diagnóstico diferencial entre pinealoblastoma y tumor pineal intermedio. El estudio histopatológico definitivo evidenció una arquitectura papilar con rosetas indicativas de diferenciación endodermaria, atipia moderada y elevada actividad mitótica (10 mitosis/2,5 mm²). La inmunohistoquímica demostró positividad intensa para CK AE1-AE3, vimentina, CD56 y CD99, con positividad focal y débil para CK8/18, cromogranina, sinaptofisina y S100. MIB-1 fue del 15%. GFAP, EMA, neurofilamentos y E-Caderherina fueron negativos. No se identificaron células tumorales en el LCR. Los hallazgos fueron consistentes con tumor papilar de la glándula pineal de alto grado (grado 3 OMS).

CONCLUSIONES: La glándula pineal, situada en el centro del cerebro, está constituida por astrocitos, pinealocitos y células endodermarias. Los tumores del parénquima pineal son excepcionales (<1% de tumores del SNC), con menos de 50 casos descritos de tumor papilar pineal de alto grado. Este caso es relevante por su baja incidencia, la aportación de hallazgos citológicos intraoperatorios sin evidencia de diseminación en LCR y su alta proliferación celular (Ki-67 15%). Su diagnóstico diferencial incluye el tumor pineal de diferenciación intermedia (grado 2-3 OMS), pinealoblastoma (grado 4 OMS), tumores de plexos coroides (papiloma atípico y carcinoma), carcinomas metastásicos y endodermomas papilares ventriculares. Estos tumores presentan tendencia a la recurrencia y diseminación leptomeningea, con actividad mitótica y Ki-67 >10% como factores predictivos de progresión y reducción del intervalo libre de enfermedad.

Neuropatología 1576

TUMOR NEUROENDOCRINO DE LA CAUDA EQUINA: PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

Vallejo Lopez, Teresa; Calapaqui Teran, Adriana; Marcos Gonzalez, Sara
Presentador: Vallejo , Teresa

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos de la cauda equina (CENET), antes conocidos como paragangliomas, son poco frecuentes, representando entre el 2% y 3,8% de los tumores en esta región, afectando principalmente a adultos varones entre la cuarta y sexta década de vida. Su presentación clínica no es específica. El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética, aunque pueden confundirse con otros tumores más comunes como endodermomas y schannomas. Son neoplasias vascularizadas que surgen de células especializadas de la cresta neural, raramente metastatizan fuera del SNC y generalmente son curables mediante escisión total.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, desde 2004 a 2024, obteniendo tres casos de biopsia de localización en cola de caballo/cauda equina. Seleccionamos aquellos con diagnóstico de paraganglioma/tumor neuroendocrino y revisamos la historia clínica, informes de radiodiagnóstico e histopatología.

RESULTADOS: Describimos tres casos de cenet, dos fueron diagnosticados en varones y uno en mujer, con una media de edad de 56 años. Debutaron con dolor lumbar y acorchamiento de extremidades inferiores. Se realizaron sendas rm, objetivandose lesiones unicas vascularizadas entre l1 y l5, y 4,2 cm de dimensiones medias. El diagnostico diferencial radiologico no incluia en ninguno de los casos el cenet. El diagnostico definitivo fue anatomopatologico. Se observaron celulas principales con un citoplasma abundante agrupadas en nidos, positivas para cromogranina y sinaptofisina, separadas por un estroma fibrovascular con celulas sustentaculares positivas para s100.

CONCLUSIONES: histologicamente, los cenets carecen de expresion de moleculas de adhesion epiteliales y , a la vez, no presentan caracteristicas tipicas de los paragangliomas. El diagnostico radiologico puede incluir otros tumores frecuentes en dicha zona, por lo que el diagnostico definitivo es anatomopatológico.

Neuropatología

1579

MELANOCITOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vallejo Lopez, Teresa; Calapaqui Teran, Adriana

Presentador: Vallejo Lopez, Teresa

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El melanocitoma del sistema nervioso central es una lesión poco común derivada de los meloncitos de las leptomeninges. A pesar de ser una lesión benigna, se pueden comportar de manera agresiva con recurrencias locales y causar daños irreversibles en la médula espinal de los pacientes. Es recomendable descartar un melanoma en otras localizaciones anatómicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, desde 2004 a 2024, obteniendo tres casos de melanocitomas. Descartamos los diagnosticados en otras localizaciones y los pacientes con antecedentes de melanoma, obteniéndose un caso.

RESULTADOS: Describimos el caso de un varón de 58 años que presenta debilidad y pérdida de sensibilidad en extremidades inferiores de 8 meses de evolución. La rm muestra una lesión única intramedular en t10, con sospecha de hemangioma. Se interviene quirúrgicamente. La histología muestra una proliferación perivascular de células pigmentadas compatibles con melanocitos con leve atipia, positivas para sox10, s100, melan a y negativas para erg, cd31, cd34. Expresión conservada de bap1. Tras la cirugía el paciente mantiene paraparesia espástica. Se descarta un melanoma en otras localizaciones.

CONCLUSIONES: Histológicamente Los melanocitomas del SNC carecen de atipia, necrosis y mitosis. Aunque se han estudiado alteraciones genéticas asociadas a melanomas, las mutaciones de BRAF, NRAS y KIT son raras en los melanocitomas. El gen supresor de tumores BAP1 se relaciona con un riesgo elevado de desarrollar diversos tipos de tumores. La mejor opción terapéutica es la resección completa.

Neuropatología

1596

GLIOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULARES, UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE

Buda , Mihaela Madalina; Santiago Quispe, Nancy; Camacho Urcaray, Emma Natalia; Fernández Solé, Soledad; Gorostiga Altuna, Iñigo

Presentador: Buda , Mihaela Madalina

HUA TXAGORRITXU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El glioblastoma de células granulares es un subtipo raro y altamente agresivo de gliomas caracterizado por la presencia de células granulares atípicas. Fue descrito por primera vez por Markesbery et al. en 1973 y desde entonces se han reportado 70 casos hasta el año 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 67 años con síntomas clínicos de dificultades para la nominación e incapacidad para leer. Los exámenes radiológicos revelaron una masa hipodensa que afectaba a los lóbulos parietal, temporal y occipital y que generaba desviación de la línea media hacia la derecha. Posteriormente, se realizaron dos biopsias del tumor. A continuación, se realizaron estudios de microscopía óptica, inmunohistoquímica (IHQ) y patología molecular.

RESULTADOS: La biopsia inicial reveló tejido cerebral con infiltrado histiocitario, manguitos linfoides perivasculares y astrogliosis reactiva sin observarse patología neoplásica. Se realizó una segunda biopsia mostrando tejido cerebral con una infiltración densa por una proliferación celular atípica con un patrón de crecimiento difuso que presentaba abundantes histiocitos espumosos. La neoplasia mostró células de citoplasma granular eosinófilo, núcleos con anisocariosis moderada y presencia de ocasionales figuras mitóticas. Los estudios de IHQ mostraron positividad para GFAP, S100, ATRX y PAS, mientras que IDH-1 y CD34 fueron negativos. CD68 fue positivo en células tumorales dispersas y en los macrófagos. El Ki-67 fue del 20%. Los estudios de patología molecular revelaron una mutación en el promotor de TERT. Con todos estos datos se estableció el diagnóstico de "glioblastoma de células granulares IDH wild-type".

CONCLUSIONES: El glioblastoma de células granulares puede confundirse con condiciones no neoplásicas como el infarto o procesos de desmielinización. Además, debido a su contenido lisosomal, las células pueden expresar CD68, como se observó en nuestro caso. Para evitar un diagnóstico erróneo, es esencial tener en cuenta que las células granulares son más grandes que los macrófagos, exhibiendo mayor atipia y nucleolos prominentes. Los macrófagos reactivos tienden a agruparse en sábanas rodeando los vasos sanguíneos y muestran un citoplasma claro o finamente vacuolado.

GLIOBLASTOMA CON METAPLASIA SARCOMATOIDE Y METAPLASIA EPITELIAL VERDADERA

Fuente: Díaz, Cristina; Tornín Cavielles, Juan; Álvarez Eguiluz, Ángel; Romero Carou, Rosa María; González Gutiérrez, María De La Paz; Junceda Antuña, Susana; Balbín Felechosa, Milagros
Presentador: Díaz, Cristina

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los glioblastomas IDH wild-type son las neoplasias primarias cerebrales más frecuentes en la población adulta. Histológicamente se caracterizan por la gran variación en su morfología, lo que puede llevar a dificultar su correcto diagnóstico. Molecularmente presentan un perfil variable y ausencia de mutación de IDH1/IDH2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso de una mujer de 50 años sin antecedentes médicos de interés que comienza con clínica neurológica, principalmente anomia. Se realizan pruebas de imagen que muestran una lesión hemisférica temporal derecha con signos de angiogénesis elevada y necrosis. Se realiza una escisión amplia con envío de muestra intraoperatoria para confirmar la estirpe de la lesión.

RESULTADOS: Al estudio histológico definitivo se observa una proliferación glial con varios patrones entremezclada con extensas áreas de necrosis y focos de proliferación vascular endotelial, criterios histológicos de un tumor glial de alto grado. Se identifican áreas con clara diferenciación glial de aspecto gemistocítico y atipia evidente, junto con otras zonas con una atipia y pleomorfismo más marcados, destacando el abundante depósito de fibras de reticulina que individualizan células. Se aprecian otras zonas que muestran nidos de una celularidad de pequeño tamaño destacando una progresiva diferenciación epitelial hasta conformar glándulas. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para PFGA y OLIG2 en la celularidad glial, con disminución de su expresión en los nidos de células pequeñas y en ambos componentes metaplásicos. Se constata que el componente con diferenciación glandular es una metaplasia epitelial verdadera con inmunorreactividad para diferentes citoqueratinas, incluida CAM 5.2. El componente de célula pequeña presenta positividad para citoqueratinas en menor proporción, con áreas que presentan un patrón dot-like. Se realiza estudio molecular sobre muestra de tejido en fresco mediante amplificación de sondas tras ligación múltiple (MLPA kit P088 y kit P105D1 de MRC-Holland) que muestra ausencia de las mutaciones más frecuentes de IDH1/IDH2, con amplificación de EGFR, CDK4 y PDGFRA, así como pérdida de heterocigosidad de PTEN. Se determina estatus de metilación del promotor de MGMT (mediante técnica "Methylation-specific PCR assay") que muestra ausencia de metilación. El conjunto de hallazgos apoya que se trate de un glioblastoma IDH wild-type, con áreas de metaplasia sarcomatoide y metaplasia epitelial verdadera.

CONCLUSIONES: Los fenómenos de metaplasia mesenquimal/sarcomatoide y epitelial verdadera están descritos en los glioblastomas, no siendo eventos frecuentes. Estos cambios pueden dificultar notablemente el diagnóstico. La metaplasia sarcomatoide puede plantear diagnósticos diferenciales con sarcomas intracraneales primarios o metástasis, así como la metaplasia epitelial puede despertar sospechas de una posible metástasis de un adenocarcinoma, especialmente en muestras de estudio intraoperatorio. El conocimiento de estos patrones poco frecuentes es necesario para un adecuado diagnóstico. El pronóstico no se ve notablemente modificado por estos fenómenos metaplásicos, siendo similar al pronóstico de un glioblastoma IDH wild-type clásico.

TRES TÉCNICAS EN UN SOLO CRISTAL. TÉCNICAS OXIDATIVAS Y ATPASAS

Minguez Novillo, Vicente
Presentador: Minguez Novillo, Vicente

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE. 5º ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El estudio histopatológico del tejido muscular es fundamental para la comprensión de diversas enfermedades neurológicas. Sin embargo, la comparación entre diferentes técnicas histológicas suele requerir múltiples muestras y preparaciones. En este trabajo, presentamos un enfoque innovador que permite la aplicación de tres técnicas histológicas (3 técnicas oxidativas SDH, COX y COX-SDH y las 3 ATPasas a Ph 9.4, 4.6, y 4.3) en una misma lámina de vidrio, optimizando el análisis comparativo y la preservación del tejido. Este método no solo mejora la eficiencia del diagnóstico y la investigación neuropatológica, sino que también facilita la interpretación morfológica al integrar diferentes tipos de tinción en un solo cristal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron muestras de tejido muscular en fresco congeladas y cortadas en criostato para la obtención de cortes de 10 micras de grosor, y montados en una única lámina de vidrio. Las técnicas histoquímicas aplicadas fueron: Succinato Deshidrogenasa (SDH): Para evaluar la actividad mitocondrial y diferenciar fibras musculares según su capacidad oxidativa. Citocromo c Oxidasa (COX): Para detectar disfunciones en la cadena de transporte de electrones y alteraciones mitocondriales. Tinción combinada COX-SDH: Para identificar fibras musculares con deficiencias en la actividad COX pero preservación de SDH, útil en el diagnóstico de miopatías mitocondriales. ATPasa miofibrilar a pH 9.4, 4.6 y 4.3: Para la clasificación de los tipos de fibras musculares (I, IIA y IIB) según su perfil enzimático y capacidad contráctil. El procedimiento de congelación, corte y tinción se optimizó para garantizar la conservación de las reacciones oxidativas y enzimáticas con un lapiz graso haciendo una barrera entre cada corte y así de esta forma evitar interferencias entre técnicas. Se realizaron controles de COX-SDH adecuados para verificar la especificidad de cada método.

RESULTADOS: La tinción SDH mostró una variabilidad en la actividad mitocondrial, permitiendo la identificación de fibras con diferente capacidad oxidativa. La tinción COX permitió evidenciar fibras con actividad reducida, característica de posibles disfunciones mitocondriales. La combinación COX-SDH reveló fibras COX-negativas pero SDH-positivas, un hallazgo típico en enfermedades mitocondriales. Las tinciones de ATPasa miofibrilar a diferentes pH permitieron la clasificación de los tipos de fibras musculares, mostrando una distribución heterogénea entre fibras tipo I, IIA y IIB. La aplicación de estas técnicas en una sola lámina facilitó la correlación entre el metabolismo oxidativo y las características contráctiles de las fibras musculares, proporcionando una evaluación más integral del tejido muscular.

CONCLUSIONES: La aplicación de tres técnicas histológicas en una misma lámina permite una evaluación comparativa más eficiente del tejido muscular, reduciendo la necesidad de múltiples preparaciones. Ahorro de recursos: Este enfoque minimiza el uso de muestras biológicas y reactivos, lo que lo convierte en una alternativa más sustentable en la neuropatología diagnóstica. La combinación de diferentes técnicas en un solo cristal facilita la correlación de hallazgos estructurales y celulares, proporcionando una visión más integral de las alteraciones neuropatológicas. Potencial aplicación en el diagnóstico: Este método puede ser de gran utilidad en el estudio de enfermedades neurodegenerativas, musculares, mejorando la precisión y eficiencia del análisis histológico.

EL DESCUBRIMIENTO INESPERADO

Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Camacho Urkaray, Emma Natalia; Buda, Mihaela Madalina; Sifre Ruiz, Anna; Alarcón Amaya, Marcela Vanesa; Etxebarría Fernandez, Izaskun; Ramírez-Escudero Ugaldé, Nicolas; Esquina Rodríguez, Cristina

Presentador: Cordovilla Moreno, Antonio Manuel

HOSPITAL DE TXAGORRITXU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Paciente varón de 49 años con los antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales relevantes para el caso. El paciente comienza con clínica de cefalea, vómitos y ciata inestabilidad en la marcha con lateralización a la izquierda, motivo por el que se realiza RMN craneal en otro centro. Ante los hallazgos es remitido a consultas de Neurocirugía para valoración por su parte.

MATERIAL Y MÉTODOS: El paciente consulta de primeras en Neurocirugía con sospecha de diagnóstico de Lesión extraaxial infratentorial izquierda, con base de implantación dural, compatible con meningioma de la tienda del cerebelo. Planteándose intervención quirúrgica (exéresis meningioma fosa posterior), remitiendo al servicio de anatomía patológica muestra para estudio mediante intraoperatoria, y posteriormente con el resto de tejido se procesa para estudio mediante histología convencional con tinción H&E.

RESULTADOS: Hallazgos histológicos: Muestra intraoperatoria: tumor no glial, con presencia de núcleo prominente, pigmento melánico. Comentando el caso con neurocirugía planteado como diagnóstico provisional TUMOR MELANOCITARIO. Muestra mediante estudio histológico convencional: Secciones histológicas en las que se observa una proliferación fusocelular atípica constituida por células de núcleos pleomórficos, algunos con núcleo prominente y otros con pseudonclusiones, que contienen muchas de ellas pigmento melánico. Se identifican hasta 5 mitosis por 10 campos de gran aumento. Técnicas inmunohistoquímicas: positivas para MelanA, SOX10 y HMB45, negativas para CKAE1/AE3 y RP. ki67 de hasta un 30%
Juicio clínico provisional: INFILTRACIÓN POR MELANOMA
Estudio molecular: No se detecta mutación del gen BRAF. Mediante (NGS) : Se ha detectado una variante probablemente patogénica en el exón 5 del gen GNAI1;Gen: GNAI1.
Juicio clínico: MELANOMA DE ORIGEN PRIMARIO MENÍNGEO .

CONCLUSIONES: Los tumores melanocíticos primarios del sistema nervioso central (SNC) son un grupo de lesiones que van desde benignas a malignas y derivan de células melanocíticas. La clasificación de la OMS de 2023 diferencia los tumores melanocíticos en neoplasias melanocíticas meníngeas difusas (melanocitosis meníngea y melanomatosis meníngea) y neoplasias melanocíticas meníngeas circunscritas (melanocitoma meníngeo y melanoma meníngeo). El melanoma primario meníngeo es un tumor extremadamente raro entre el 0,06 y el 0,1% de los tumores meníngeos. La edad media fue de 53,7 años (rango: 15-86 años). Aunque en cuanto a la localización del melanoma puede ser a lo largo del todo el nerroeje, suelen presentar una predilección por el canal espinal y la fosa posterior. Un hallazgo de ubicación intraparenquimatosa sería más indicativa de una enfermedad metastásica. Histológicamente: Los melanomas son más pleomórficos a diferencia de los melanocitomas, y mitóticamente activos, y pueden tener una alta densidad celular de tipo fusiforme o epitelioides. Todos los tumores melanocíticos meníngeos expresan intensamente S100, vimentina, melan-A (MART1), HMB45 y MITF. En cuanto al desafío de los tumores melanocitarios primarios sería el diferenciarlos de los metastásicos. Es por ellos que el análisis molecular es útil para el diagnóstico de tumores melanocíticos meníngeos primarios. La detección de GNAQ, GNAI1, PLCB4 y CYSLTR2, pueden apoyar el diagnóstico de estos tumores como neoplasias primarias del SNC y discriminarlos de otras lesiones melanocíticas, incluidas las metastásis cerebrales o leptomeningeas de melanoma.

TUMOR GLIONEURONAL FORMADOR DE ROSETAS: TUMOR BIFÁSICO POCO FRECUENTE.

Brygadyr Medvid, Yaroslav; Betancor Santos, María De Los Angeles; Angulo Biedna, Bárbara; Robles Alonso, Ana; Rodríguez Perez, Irene; Azúa Romeo, Javier

Presentador: Brygadyr Medvid, Yaroslav

HLA MONCLOA ANALIZA SOCIEDAD DE DIAGNÓSTICO SL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Es una neoplasia rara del sistema nervioso central (SNC), de diferenciación bifenotípica neuronal y glial con predominante localización en el IV ventrículo (38.3%) o cerebelo (31.4%) y que afecta los adultos jóvenes (mediana de edad 28 años). No tiene predominancia de género y tiene comportamiento biológico indolente en mayoría de los casos (WHO 1), aunque mantiene potencial maligno, con posibles recurrencias locales y diseminación, pudiendo causar la muerte en hasta un 12% de los casos. Desde un punto de vista molecular es una entidad caracterizada por la presencia de mutaciones en el gen FGFR1 [c.1638C>G/c.1638C>A p.(Asn546Lys) o c.1966A>G p.(Lys656Glu)], generalmente de forma concomitante con mutaciones en el gen PIK3CA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 22 años con clínica de mareos que en los estudios de imagen presenta una lesión heterogénea expansiva con extensas calcificaciones groseras en la fosa posterior centrada en vermis cerebeloso que mide hasta 5 cm.

RESULTADOS: Recibimos pieza quirúrgica nodular blanco-grisácea de 4,6x4,3 cm que incluía la corteza cerebelosa y que al corte presentaba extensas áreas de consistencia blanda superficial y áreas amarillentas calcificadas en su parte profunda. Microscópicamente se observó corteza cerebelosa con una lesión bifásica glioneuronal de bajo grado, con componente neurocítico y glial hipocelular de tipo astrocitoma pilocítico u oligodendroglioma-like, con presencia de microfilamento fino que recuerda al neuropilo cerebral. El componente neurocítico consiste en células uniformes pequeñas con núcleos ovalados con cromatina finamente granular y escaso citoplasma, que forman rosetas alrededor de cores microfilamentosos o alrededor de los vasos y presenta áreas pseudoquísticas con contenido mucoso o microfibrilar. No se identificaron neuronas flotantes. El 80% del volumen tumoral presentaba cambios degenerativos con fibrosis y extensas áreas con calcificaciones distróficas o de tipo cuerpos de Psamoma. En el estudio inmunohistoquímico, el tumor mostraba positividad para sinaptofisina (granular en el componente neurocítico y fibrilar en microfilamentos asociados), olig2 (componente neurocítico) y GFAP (componente glial). El Ki67 era <1% y p53 ligeramente aumentado, congruente con estatus wild-type del gen. La caracterización molecular del tumor mediante estudio de secuenciación masiva dirigida confirmó la presencia de la mutación c.1638C>A p.(Asn546Lys) en el gen FGFR1 y de dos mutaciones en el gen PIK3CA [c.3140A>G p.(His1047Arg) y c.1633G>A p.(Glu545Lys)], contribuyendo al diagnóstico diferencial de la lesión.

CONCLUSIONES: Aunque es una entidad rara, es imprescindible conocer sus características por su relevancia y para establecer un adecuado diagnóstico diferencial con tumores más agresivos. Su pronóstico es benigno en la mayoría de los casos. Las mutaciones características en los genes FGFR1 y PIK3CA, además de contribuir a su diagnóstico, tienen relevancia terapéutica ya que existen inhibidores dirigidos de los receptores de la familia FGFR y de la vía PI3K/AKT/mTOR cuya respuesta se asocia a la presencia de alteraciones en dichos genes.

Neuropatología

1735

ANGIOSARCOMA CEREBRAL PRIMARIO CON LESIONES HEMORRÁGICAS CORTICALES MÚLTIPLES: REPORTE DE UN CASO

Brizzi, María Emilia
Presentador: Brizzi, María Emilia

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los angiosarcomas son tumores mesenquimales infrecuentes, que remedan las características de las células endoteliales. Su localización más habitual es a nivel cutáneo, habiendo pocos casos publicados de tumores originados en sistema nervioso central. Presentamos un angiosarcoma cerebral primario con múltiples lesiones hemorrágicas corticales de aparición progresiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio descriptivo de un caso incluyendo datos clínicos, radiológicos y hallazgos anatomopatológicos de la biopsia realizada.

RESULTADOS: Paciente varón de 66 años, hipertenso, fumador, bebedor, VIH con buen control, con hepatopatía crónica por VHC y EPOC. Debuta con hemiparesia izquierda y una lesión hemorrágica intraparenquimatosa parietal derecha en el TC. En los siguientes cuatro meses presenta empeoramiento de la clínica neurológica y crisis focales con aparición de otras dos lesiones corticales frontal y parietal izquierda. El diagnóstico clínico de sospecha es metástasis hemorrágicas o angitis relacionada con angiopatía amiloide. Ante estudios de extensión negativos, se decide biopsia cerebral para aclarar la etiología. En el estudio microscópico se observa parénquima cerebral que presenta una proliferación neoplásica que se dispone en zonas con patrón sólido y en zonas formando canales vasculares irregulares. Las células tienen morfología epitelioide, con núcleos con moderado pleomorfismo, con nucleolo prominente y moderado citoplasma eosinófilo. Algunas células son fusiformes de núcleos hiper cromáticos. Se observan frecuentes figuras de mitosis y apoptosis. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CD31 y FLI1; negatividad para GFAP, CKAE1/AE3, EMA, CD45, CD20, VH8, CD34, MelanA y SOX10. Con estos hallazgos se emite el diagnóstico de angiosarcoma cerebral. Se remite al paciente para quimiorradioterapia paliativa, con mejoría inicial y posterior desarrollo de complicaciones que resultaron en el fallecimiento del paciente a los 3 meses tras el diagnóstico.

CONCLUSIONES: El angiosarcoma es un tumor agresivo, con alto riesgo de diseminación, resangrado y recurrencia. A nivel de sistema nervioso central es muy infrecuente, habiendo reportados menos de 40 casos, la mayoría en cerebro, siendo menos habitual en meninges o tronco del encéfalo. Al ser más frecuente la naturaleza metastásica que primaria, es necesario realizar estudio de extensión para descartar otro origen. En este caso, previo a la biopsia, se realizaron diferentes pruebas y exploraciones sin identificar neoplasia a otro nivel. Este tumor no tiene un tratamiento efectivo, si bien el manejo suele incluir cirugía con quimiorradioterapia posterior. En este paciente, la cirugía no pudo ser completa dado que presentaba lesiones corticales múltiples. El pronóstico es pobre, con supervivencias descritas que van desde pocos meses hasta los 3 años.

Neuropatología

1531

HABLEMOS DE PLEXOS COROIDEOS: REVISIÓN DE PAPILOMAS DESDE EL AÑO 2000-2024.

Ruiz Aguilera, Natalia; Marabé Carretero, Graciela; Camacho Castañeda, Francisca Inmaculada; Martín Hita, Ana María; Duarte Luna, Joanny Alejandra; Aramburu González, José Antonio
Presentador: Ruiz Aguilera, Natalia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se presentan seis casos de lesiones papilares de plexos coroideos en pacientes con edades comprendidas entre los 17 y los 69 años. El objetivo de este estudio es revisar los casos diagnosticados en el Hospital Universitario de Getafe entre 2000 y 2024, estableciendo un diagnóstico diferencial y realizando un análisis de la correlación clínico-patológica de cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio se centra en el análisis histopatológico de las lesiones de plexos coroideos, incluyendo el papiloma (PPC), el papiloma atípico (PAPC), y el carcinoma de plexos coroideos (CPC), correlacionando sus características clínicas y radiológicas. Según los criterios establecidos por IA OMS, el diagnóstico de estas lesiones requiere la demostración del fenotipo de plexos coroideos mediante características histopatológicas e inmunohistoquímicas, además de su localización radiológica. Un factor clave en la clasificación es el índice mitótico, considerándose significativo un recuento igual o superior a 2 mitosis/10 CGA (0,23 mm²) en el papC, y superior a 5 mitosis/10 CGA en el cPC.

RESULTADOS: En la serie de casos, se incluyeron tres pacientes de sexo masculino y tres de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 17 y los 69 años. En cuanto a la localización de las lesiones, cuatro casos se encontraban en el cuarto ventrículo, uno en el ángulo pontocerebeloso y otro en el ventrículo lateral derecho. El diagnóstico histopatológico reveló tres casos de PPC y tres casos de PAPC. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para S100 en todos los casos. Adicionalmente, se observaron patrones variables en otros marcadores: positividad para GFAP y CK7 en un caso de PPC, así como expresión focal de EMA en otro. La expresión del marcador de proliferación Ki67 osciló entre < 1% y 7%, con valores más elevados en los casos de PAPC. Ningún caso presentó mutación de p53. Un caso de PPC no contó con inmunohistoquímica. Desde el punto de vista clínico, un paciente diagnosticado de PAPC, localizado en el IV ventrículo, presentó un curso clínico desfavorable tras la resección quirúrgica del tumor, falleciendo debido a complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIONES: Los tumores de plexos coroideos representan un grupo poco frecuente de neoplasias del sistema nervioso central. Clínicamente, estas lesiones pueden manifestarse con signos de hipertensión intracraneal asociada a hidrocefalia obstructiva. Los casos de PAPC pueden asociarse con un comportamiento más agresivo y con mayor riesgo de recurrencia. Desde el punto de vista histológico, estos tumores pueden mostrar un aumento de la celularidad, pleomorfismo nuclear, distorsión del patrón papilar con focos de crecimiento sólido y, en algunos casos, áreas de necrosis. Sin embargo, la característica clave para su clasificación es el índice mitótico, siendo fundamental en la diferenciación entre PPC y PAPC. Es importante establecer el diagnóstico diferencial, principalmente con adenocarcinomas metastásicos con arquitectura papilar. Nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de una caracterización integral de estas neoplasias, combinando el estudio histológico, la inmunohistoquímica y la correlación clínica y radiológica. Esta aproximación multidisciplinar es esencial para una correcta estratificación pronóstica y un manejo terapéutico adecuado, optimizando el tratamiento y la evolución clínica de los pacientes.

¿PODEMOS IR MÁS ALLÁ EN EL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES?

San Miguel Fraile, M^a Pilar; Umbria Jiménez, Sebastián; Alodib , Isam; Armengot Carceller, Miguel; Piniella Urraca, Mayte; Maza Solano, Juan; González Guijarro, Isabel; Mullol Miret, Joaquim

Presentador: San Miguel Fraile, M^a Pilar

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO (UNIDAD DE PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA)

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: La rinosinusitis crónica (RSC) representa una afección inflamatoria persistente que afecta profundamente la calidad de vida de los pacientes. Tradicionalmente, la clasificación de la RSC se ha basado en la presencia (RSCcPN) o ausencia (RSCsPN) de pólipos nasales. Sin embargo, el Documento de Posición Europeo sobre Rinosinusitis y Pólipos Nasales (EPOS) 2020 ha propuesto un novedoso sistema de clasificación basado en endotipos inflamatorios, distinguiendo entre inflamación de tipo 2 y de no tipo 2. Esta clasificación tiene como objetivo identificar distintas entidades clínicas con características pronósticas y terapéuticas únicas. En consecuencia, un examen histopatológico estructurado podría servir como una herramienta esencial para los otorrinolaringólogos, ayudando en el planteamiento de estrategias terapéuticas y de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura utilizando la base de datos MEDLINE, que abarca publicaciones desde la última década hasta julio de 2023. Esta revisión fue realizada por un equipo multidisciplinario compuesto por expertos en otorrinolaringología y anatomía patológica. Posteriormente, en una reunión de consenso presencial, se identificaron y consensuaron los criterios histopatológicos clínicamente más relevantes.

RESULTADOS: Se seleccionaron y analizaron un total de 39 publicaciones, centrándose en el examen histopatológico estructurado del tejido nasosinusal, la eosinofilia tisular y la respuesta inflamatoria tipo 2, así como en las implicaciones de los hallazgos histopatológicos en las decisiones terapéuticas. Se propuso una lista de parámetros histopatológicos clave para la evaluación clínica de los pacientes con RSCcPN, incluyendo el nivel de inflamación, el recuento de eosinófilos en el tejido nasosinusal por campo de alta potencia y la celularidad inflamatoria predominante. Además, también se sugirió una versión ampliada que abarque otros parámetros histopatológicos con fines de investigación.

CONCLUSIONES: El análisis histopatológico estructurado del tejido nasosinusal ha demostrado su utilidad en la determinación del fenotipo de la RSCcPN, facilitando así la optimización de los enfoques de manejo médico y quirúrgico. Esta lista de requisitos (checklist) tiene como objetivo proporcionar una evaluación integral del paciente, estandarizando la evaluación histopatológica y mejorando la comunicación entre los especialistas en otorrinolaringología y patología.

DETECCIÓN DE HPV Y ANÁLISIS DE MUTACIONES EN BIOPSIA LÍQUIDA PRE Y POST TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO OROFARÍNGEO

Giner Pichel, Mario; Sumarroca Trouboul, Anna; Fernandez Rodriguez, Conchi; Torres Fernandez, Erica; Piquer Velasco, Gabriel; Longaron Rozalen, Raquel; García Lorenzo, Jacinto; Guix Arnau, Marta; Bellosillo Paricio, Beatriz; Clave Safont, Sergi

Presentador: Giner Pichel, Mario

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:42-17:54 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El seguimiento post-tratamiento del carcinoma escamoso de cabeza y cuello localizado o localmente avanzado se realiza con datos clínicos y estudios de imagen. No está estandarizado, por lo que se buscan herramientas adicionales que mejoren la detección de la persistencia o recidiva tumoral. Con la reciente incorporación de la biopsia líquida (BL) en los laboratorios, el objetivo de este estudio es valorar su utilidad complementaria como nueva herramienta en el seguimiento de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han incluido prospectivamente 13 pacientes con carcinoma escamoso de orofaringe (7 casos HPV+ y 6 casos HPV-) y 1 paciente con carcinoma escamoso cervical-ganglionar HPV+. De todos los pacientes, 13 presentaron respuesta completa inicial y uno presentó persistencia de enfermedad ganglionar cervical.

Se estudió en la muestra tumoral la expresión inmunohistoquímica de p16 (Roche), el genotipado de HPV (Seegene) y el perfil mutacional mediante paneles de NGS Oncomine (Thermo Fisher). Se recogieron muestras de sangre periférica al diagnóstico (biopsia líquida pre, BL-pre) y al finalizar el tratamiento (BL-post). Se analizaron en biopsia líquida los casos con mutaciones previamente caracterizadas en tejido parafinado mediante paneles de NGS Oncomine para DNA circulante. Se estudió también el genotipado de HPV en todas las BL-pre y en todos los casos positivos se repitió el genotipado en la BL-post.

RESULTADOS: Se detectaron mutaciones en tejido parafinado en 11 de los 14 pacientes (79%): TP53 (5 pacientes), PIK3CA (3 pacientes), FGFR3 (3 pacientes), KRAS (1 paciente), GNAS (1 paciente) y NRAS (1 paciente). En el estudio de la BL-pre se identificaron mutaciones en 5 de los 11 pacientes con alteraciones ya conocidas (45%). En el análisis de la BL-post de estos 5 pacientes, 3 negativizaron y en 2 persistieron mutaciones. La mediana de los porcentajes de frecuencia alélica de las mutaciones detectadas en la BL-pre de estos casos fue del 1,4% y del 3%, respectivamente. Clínicamente, los pacientes con persistencia mutacional habían sido clasificados como cN3: uno acabó siendo éxito por su enfermedad y otro tuvo RC inicial, pero se perdió su seguimiento. De los 3 pacientes que negativizaron, el estadije inicial variaba de cN0 a cN2. Actualmente, estos 3 pacientes están vivos y libres de enfermedad a más de 1 año de finalizar su tratamiento. De los 8 pacientes con HPV+ todos fueron HPV16, sobreexpresaron p16, y respondieron inicialmente de manera completa al tratamiento. El estudio de HPV en la BL-pre fue positivo en 7 de los 8 pacientes con HPV16 ya conocido (88%), mientras que en la BL-post sólo se detectó HPV+ en un paciente, en el cual no se habían detectado mutaciones mediante NGS. Por tanto, se observó una negativización en la detección de HPV en 6 pacientes (86%).

CONCLUSIONES: La detección del HPV y el estudio de mutaciones mediante NGS en biopsia líquida parecen ser una herramienta prometedora en el seguimiento de los pacientes con carcinoma escamoso de orofaringe. En nuestra serie, la sensibilidad de detección de HPV (88%) fue superior a la de NGS (45%), por lo que es necesario aumentar la cohorte para consolidar estos resultados, obtener más datos que relacionen las respuestas a tratamiento con la detección de mutaciones y/o HPV post-tratamiento, y ampliarlos a otras localizaciones de cabeza y cuello para valorar su aplicación.

CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA DE TUMORES DE WARTHIN A PARTIR DE UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 119 CASOS: EN BUSCA DEL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE WARTHIN-LIKE

Ubalde Rizos, Susana; Zanca Càlix, Alba; Rodríguez Pous, Judith; Campos De Pablo, Rosa María; Vicente Navarro, Natalia; Gilbert Vigués, Oriol; Gomá Gallego, Montse; Galvez Aguilar, Nerea; Dorca Duch, Eduard; Pijuan Andujar, Lara
Presentador: Ubalde Rizos, Susana

HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:30:17:35 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: El tumor de Warthin (TW) es una neoplasia benigna habitual de la glándula salival, pero recientemente se ha descrito el carcinoma mucoepidermoide Warthin-like, una entidad rara que puede ser confundida con éste. Su reconocimiento es crucial para evitar errores diagnósticos y optimizar el manejo terapéutico. Estudio retrospectivo con revisión de casos intervenidos en nuestro centro hospitalario con diagnóstico citológico de TW o sospecha de TW en su diagnóstico diferencial, para evaluar la concordancia con el diagnóstico histológico de la resección. Valorar la incidencia de casos de WL-MEC en nuestra serie.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron muestras de glándula salival de 180 pacientes con diagnóstico de TW entre 2014 y 2024. Se realizaron dos búsquedas: Casos con diagnóstico citológico de TW. Casos con diagnóstico histológico de TW, identificando aquellos con estudio citológico previo. Se incluyeron en el estudio los pacientes que tuvieran diagnóstico citológico e histológico del caso y se analizó la correlación. Los diagnósticos citológicos se reclasificaron según el Sistema Milan.

RESULTADOS: De 180 pacientes con diagnóstico de TW, un total de 118 pacientes tenían a la vez informe de citología y de biopsia quirúrgica (83 hombres, 35 mujeres), todos localizados en la parótida. Clasificación citológica según el Sistema Milan: Categoría 1 No-difusiva: 27 casos (22,8%); Categoría 2 No-neoplásica: 1 caso (0,8%); Categoría 3 Atipia de Significado Indeterminado: 6 casos (5,1%); Categoría 4A Neoplasia Benigna: 76 casos (64,4%); Categoría 4B Neoplasia de Potencial Maligno incierto (SUMP): 8 casos (6,8%).

Diagnósticos histológicos: Tumor de Warthin: 110 casos, Carcinoma Mucoepidermoide Warthin-like: 1 caso, Carcinoma Mucoepidermoide: 1 caso, Neoplasia Oncocítica: 4 casos, Linfadenoma Sebáceo: 2 casos. Correlación cito-histológica: De los casos diagnosticados de TW mediante PAAF, el 96 % se confirmaron en la biopsia quirúrgica (72/75). Los 3 casos restantes (4%) que no se confirmaron en la biopsia fueron: 1 Carcinoma Mucoepidermoide Warthin-like, 1 Carcinoma Mucoepidermoide y 1 Linfadenoma Sebáceo. De los 110 casos diagnosticados en biopsia quirúrgica de TW, el 65,45% (72/110) tenían una PAAF previa de TW.

CONCLUSIONES: El diagnóstico citológico de tumor de Warthin muestra una elevada concordancia con el diagnóstico histológico definitivo, con una tasa de correlación del 96 % (72/75). A pesar de la baja incidencia del carcinoma mucoepidermoide Warthin-like, en nuestro estudio destaca su presencia en un 1,3% de los casos de diagnóstico citológico de TW, con lo cual es importante considerar esta entidad en su diagnóstico diferencial.

ESPECTRO CLÍNICO Y MORFOLÓGICO DE LAS LESIONES EN PACIENTES CON LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA

Díez Fernández, Alba; Jiménez Almonacid, Justino
Presentador: Díez Fernández, Alba

HOSPITAL 12 OCTUBRE

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:35-17:40 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: La leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP) constituye un subtipo de leucoplasia oral y se encuadra dentro de los trastornos orales potencialmente malignos. Estos últimos constituyen un grupo heterogéneo de afecciones clínicamente definidas asociadas con un riesgo variable de progresión al carcinoma. La mayoría produce lesiones clínicamente visibles y múltiples y puede ser indistinguible de un liquen plano. A pesar de haber sido descrita en 1985, no se le dio entidad hasta 2005 y sus criterios diagnósticos han ido evolucionando. Su etiopatogenia es desconocida y no se asocia al tabaco ni alcohol. Afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada. La localización gingival es la más frecuente, pero se pueden presentar en cualquier zona de la cavidad oral. Presenta un reto histológico ya que su aspecto puede mostrar simplemente una queratinización prematura, sin atipia citológica y en estadios avanzados arquitectura verrucosa, nodular o voluminosa con displasia variable. Ante la gran variabilidad interobservador para el diagnóstico de estas lesiones, recientemente se han propuesto criterios morfológicos que unifiquen su nomenclatura. Las guías más recientes sobre el manejo de la LVP incluyen un seguimiento constante, cada 3-6 meses por su comportamiento agresivo y transformación a carcinoma verrucoso o carcinoma escamoso hasta en un 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron 13 pacientes de nuestro centro que cumplieran los criterios clínico-patológico propuestos para LVP. Se revisaron todas sus biopsias de cavidad oral y sus diagnósticos originales. Se incluyeron variables clínicas como sexo, edad, localización de las lesiones en la boca, hábitos tóxicos y evolución, así como variables morfológicas en los diferentes estadios y el estatus de VPH.

RESULTADOS: De los 13 pacientes, 11 (85%) eran mujeres y 2 varones (15%). Sólo 2 pacientes eran fumadores. Las edades en la primera muestra oscilaban entre 46 y 79 años. Todos los pacientes presentaron más de 6 biopsias. La localización más frecuente de las lesiones iniciales fue la mucosa yugal (46%), seguido de la lengua (30%). En 9 de los pacientes la primera lesión que se biopsió fue un carcinoma. 12 de los pacientes desarrollaron carcinomas escamosos a lo largo de la enfermedad. El número de carcinoma desarrollados por los pacientes osciló entre 1 y 12. Solo un paciente presentó metástasis ganglionares. El resto de biopsias que mostraban lesiones preinvasivas se describieron como "leucoplasia sin displasia", "hiperqueratosis", "liquen plano" o "hiperplasia". Ninguna de las lesiones testadas presentó positividad para HPV.

CONCLUSIONES: La LVP es una entidad clínico-patológica que presenta un importante reto diagnóstico en las lesiones iniciales preinvasivas con alto índice de sospecha y correlación clínica. Muchas de las lesiones preinvasivas presentan heterogeneidad en los diagnósticos lo que contribuye a la dificultad para identificar de manera precoz la enfermedad. En nuestra serie los datos epidemiológicos son superponibles a los de la literatura, si bien, se identifica una mayor proporción de evolución a carcinoma, probablemente debido a un reconocimiento tardío de la enfermedad.

Patología de Cabeza y Cuello

1568

SERIE RETROSPECTIVA DE LESIONES MAXILARES / MANDIBULARES EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y DESCRIPCIÓN DE ENTIDADES POCO FRECUENTES

Serrano Aguirrezábal, José Alberto; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Marín Asensio, Sergio José; García Galvis, Olga Fernanda; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Sáez Álvarez, Samuel

Presentador: Serrano Aguirrezábal, Jose Alberto

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:40-17:45 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: Los quistes odontogénicos maxilares y mandibulares son una patología frecuente en nuestro medio, para cuyo diagnóstico es necesario establecer una correlación entre la clínica, la imagen radiológica y el análisis anatomopatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de las lesiones quísticas maxilares y mandibulares diagnosticados en el Complejo Asistencial Universitario de León en los últimos 6 años (2019-2024), así como realizar una descripción epidemiológica básica. Además, se realiza una descripción pormenorizada de las características histológicas de las entidades menos frecuentes.

RESULTADOS: Se revisaron los casos diagnosticados en nuestro servicio durante los últimos 6 años, encontrándose 177 pacientes con diagnóstico de quiste maxilar / mandibular, con una frecuencia absoluta por año que varía entre 25 y 30 números de casos, siendo el diagnóstico más frecuente el de quiste radicular (62,7%), seguido del quiste dentígero (24,2%). El quateroquiste odontogénico ha sido la tercera etiología más frecuentemente diagnosticada en nuestro centro, con una frecuencia de en torno al 9,6%, coincidiendo con la incidencia esperada según lo descrito en la literatura estudiada. Un 17% de los quateroquistes se presentaron como lesiones múltiples con afectación bilateral o bien afectación de mandíbula y maxilar superior. Los quateroquistes odontogénicos plantean diagnóstico diferencial con los quistes ortoquaterinizantes odontogénicos, que resultaron mucho menos frecuentes (1,1%). Para el diagnóstico diferencial son útiles algunas de las características propias del quateroquiste (paraquaterosis compacta "corrugada", basal en empalizada, etc). Otras lesiones menos frecuentes de las que se hacen una descripción histológico-clínica pormenorizada son: 3 ameloblastomas (2 de ellos convencionales, y el restante uniuquístico), 1 quiste de seno nasopalatino; 1 quiste glandular. Los pacientes diagnosticados de ameloblastoma presentaron múltiples recidivas a lo largo de los años revisados. Dos de ellos asentaron en mandíbula y el restante en maxilar superior. La histología mostró una tumoración con los hallazgos histológicos característicos; con nidos tumorales con empalizada periférica con polaridad invertida y una segunda población de aspecto más laxo o reticular en el interior de dichos nidos, que asemeja al "retículo estrellado" odontogénico. El quiste del seno nasopalatino presentó una localización típica en la imagen radiológica, con un revestimiento epitelial de tipo respiratorio. Durante los 6 años estudiados no se diagnosticó ningún tumor odontogénico maligno en nuestro centro.

CONCLUSIONES: Es necesario conocer las diferentes entidades y características radiológicas e histopatológicas de los quistes maxilares/mandibulares para llegar a un correcto diagnóstico. Es recomendable, en particular, conocer las características de las entidades menos habituales para no incurrir en su infradiagnóstico. Además, es deseable en la mayoría de los casos (incluso necesario para algunos diagnósticos) llevar a cabo la correlación con la imagen radiológica.

Patología de Cabeza y Cuello

1534

ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE EOSINÓFILOS EN PÓLIPOS NASALES INFLAMATORIOS: DETECCIÓN Y CUANTIFICACIÓN EN LAMINILLAS TEÑIDAS CON HEMATOXILINA-EOSINA EN PACIENTES TRATADOS CON INMUNOTERAPIA ANTI-IL5

Hernández Chinchilla, Josselyn Andrea; Giner Moreno, Eduardo; García Piñero, Alfonso; Zac Romero, Carlos Alberto; López Valdivia, Cecilia Mercedes

Presentador: Hernández Chinchilla, Josselyn Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 11:10-11:35 Pantalla 10)

INTRODUCCIÓN: La rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP) es una enfermedad inflamatoria en la que la eosinofilia tisular desempeña un papel clave en su patogénesis y en la respuesta al tratamiento. La cuantificación precisa de eosinófilos en biopsias es fundamental para identificar candidatos a terapias dirigidas, como mepolizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-5. La identificación manual DE EOSINÓFILOS es un proceso subjetivo. **SE** Resalta la necesidad de desarrollar herramientas automatizadas para su cuantificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron cortes histológicos de pólipos nasales de 18 pacientes con CRSwNP teñidos con hematoxilina-eosina. Se recolectaron un total de 29 IMÁGENES. Las imágenes fueron digitalizadas con un escáner Leica Aperio CS2 a 40x y almacenadas en un servidor. Se dividieron en 15 imágenes para entrenamiento, 7 DE prueba y 7 DE validación. **EL ANÁLISIS SE REALIZÓ CON EL SOFTWARE QUPATH**, se realizó la estimación de la desviación del tinte mediante el cálculo de la variabilidad en la intensidad **EN EL CANAL HEMATOXILINA**. Posteriormente, se definió un umbral de tejido en función de la intensidad. Este umbral permitió seleccionar el tejido de la laminilla para su análisis, excluyendo áreas no relevantes como el fondo o el aire.

Conjunto de datos de entrenamiento: se entrenó un modelo con 15 imágenes de H+E correspondientes a 5 pacientes. Un total de 105 regiones de interés (ROIs) de 500 x 500 píxeles fueron seleccionadas por un patólogo, priorizando aquellas con diversidad celular. Se realizaron anotaciones POR 4 patólogos expertos, IDENTIFICANDO 26,120 células. Los tipos celulares incluidos fueron: células epiteliales, eosinófilos, linfocitos, endotelio, fibroblastos, plasmáticas, otras células inmunes y una categoría de exclusión.

Se entrenó un modelo basado en Random Forest para la clasificación automatizada. El modelo fue configurado con una profundidad máxima de árbol de 12 y un mínimo de 5, lo que permitió un balance entre captura de patrones y generalización. Se utilizaron 150 árboles en el conjunto. Se aplicó la regla 1SE para favorecer la selección de modelos más simples dentro de un margen de error aceptable. El entrenamiento se detuvo cuando la mejora del modelo fue inferior a un umbral de 0.01.

Conjunto de datos de validación: El modelo se validó con 7 subconjuntos de imágenes de la cohorte, las cuales no fueron utilizadas en la fase de entrenamiento. Estas imágenes fueron anotadas por un patólogo.

Para evaluar la precisión del modelo, se realizó un análisis comparativo entre la cuantificación manual y LA automatizada, utilizando como referencia las imágenes y sus respectivos informes patológicos.

RESULTADOS: El análisis automatizado mostró una alta concordancia con la evaluación manual, con una precisión superior al permitir la identificación de hotspots y la cuantificación global de eosinófilos. Además, se incorporó el parámetro de densidad eosinofílica. LA CLASIFICACIÓN basada en características morfológicas permitió diferenciar eosinófilos sin necesidad de tinciones adicionales.

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra que el análisis automatizado de eosinófilos en pólipos nasales inflamatorios teñidos con hematoxilina-eosina es una herramienta confiable y reproducible. Su implementación en la práctica clínica podría optimizar la selección de pacientes candidatos a terapias dirigidas, mejorando la toma de decisiones terapéuticas sin necesidad de inmunotinciones adicionales.

PAPILOMA DEL OÍDO MEDIO ASOCIADO AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO

Cidoncha Perez, Esther María; Bejarano Jurado, Carmen; Fernández Sánchez-Arévalo, Claudia; Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth

Presentador: Cidoncha Pérez, Esther María

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE BADAJOZ. 5.ª ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El papiloma del oído medio es una neoplasia epitelial benigna muy poco frecuente que se define por su parecido con el papiloma nasosinusal. La mayoría se identifican unilateralmente y alrededor del 50% de los pacientes muestran afectación concurrente del tracto nasosinusal/nasofaríngeo, teniendo estos últimos más probabilidades de desarrollar carcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de sexo femenino de 38 años con historia de hipoacusia, acúfenos y otorrea de oído izquierdo de larga data, intervenida y tratada de otitis media precisando drenaje, que tuvo que ser extraído por otorrea continuada. Acude por parálisis facial periférica y otorrea izquierda. En la exploración se describe oído izquierdo ocupado por lesiones de aspecto granulomatoso y secreción pulsátil transparente. Se solicitan pruebas de imagen (TAC y RM) que describen una lesión expansiva de 3 x 2,6 x 2 cm que ocupa y ensancha el agujero rasgado posterior izquierdo, con compresión sobre el seno transverso-sigmoideo. Se decide intervención quirúrgica (petrosectomía subtotal) apreciando una destrucción intensa de la cortical interna del hueso temporal en su relación con la fosa posterior, de la pared posterior del CAE y de las células mastoideas a nivel presigmoideo e infralaberíntico y también hacia el apex petroso y el agujero rasgado posterior. Se realiza extirpación de las lesiones macroscópicamente visibles para estudio anatomopatológico y drenaje de diversos abscesos.

RESULTADOS: Se identifica una neoplasia epitelial no invasiva con crecimiento endofítico (invertido) compuesta por nidos y cintas de epitelio escamoso inmaduro hiperplásico (transicional) dentro de un estroma hipocelular edematoso. Los nidos son redondeados con una membrana basal intacta. Las células neoplásicas carecen de pleomorfismo marcado, necrosis tumoral, mitosis atípicas y destrucción ósea, características de transformación a carcinoma.

Se evaluó la expresión de p16 mediante inmunohistoquímica que mostró positividad en bloque, así como la transcripción del ADN del VPH mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con resultado positivo para el genotipo 16 de alto riesgo.

CONCLUSIONES: La mayoría de los papilomas de tipo nasosinusal del hueso temporal se identifican unilateralmente en el oído medio, pero es común que se afecte simultáneamente el conducto auditivo externo, la mastoidea, la trompa de Eustaquio y la base del cráneo. Cuando está exclusivamente en esta localización predomina en mujeres y tiene menos probabilidades de desarrollar carcinoma (19% frente a 50%) que cuando es concurrente en las vías nasosinuales. Se han notificado casos de asociación con el VPH tanto de bajo y como de alto riesgo, sugiriendo que la actividad del virus podría contribuir a la patogénesis pero sin identificar una correlación con la progresión, recurrencia y/o transformación maligna.

LUES CON AFECTACIÓN ORAL Y GANGLIONAR. ¿UNA ENFERMEDAD QUE HA VUELTO PARA QUEDARSE?

Mendizabal Cajal, Daniela; Ibarra De La Rosa, Javier María; Puchaibela Godoy, María Gabriela; Herrero Aguilar, Ivett

Presentador: Mendizabal Cajal, Daniela

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum* en aumento en las últimas décadas. El tratamiento de elección es la penicilina. El estudio se complementa con la realización de una serología. En un porcentaje elevado de casos no aparecen síntomas, por los que los pacientes tardan en consultar y es frecuente la aparición de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 49 años con herida en la región del paladar duro de un mes de evolución, que consulta por aparición de una adenopatía cervical. El paciente presentaba cefaleas nocturnas y febrícula. En la exploración física se observaba una adenopatía de 2-3 cm en la región submandibular derecha, dura y no dolorosa a la palpación. En las pruebas de imagen (TC cervical) se apreciaba un nódulo sólido en la glándula parótida derecha. Se realizó PAAF guiada por ECO con informe de población linfocitaria atípica sospechosa de malignidad. Además, se le realizó una biopsia de la región del paladar duro.

RESULTADOS: La macroscopia del ganglio linfático evidenció una adenopatía de 3,5x2 cm, de cápsula engrosada y aspecto nodular al corte. El estudio microscópico mostró una marcada hiperplasia folicular con capsulitis inflamatoria y fibrosis. Presentaba abundantes células plasmáticas e imágenes prominentes de hiperplasia vascular.

Mucosa oral con ulceración superficial y epitelio escamoso engrosado, con espongiosis y exocitosis de linfocitos y neutrófilos. El tejido subepitelial evidenciaba un infiltrado inflamatorio denso y distribuido a nivel superficial y profundo, de tipo linfohistiocitario y muy rico en células plasmáticas, asociado a neutrófilos. Ante estos hallazgos y sospecha de proceso infeccioso se realizó estudio inmunohistoquímico tanto en el ganglio linfático como en la mucosa oral para *treponema*, observando numerosas estructuras bacilares, de aspecto espiralado, compatibles con espiroquetas de *treponemas*, en ambas muestras; las espiroquetas se disponían con una marcada tendencia vasculotrópica.

CONCLUSIONES: Los cambios histológicos de la linfadenitis lúetica son variables. La inflamación crónica, la fibrosis extensa de la cápsula y de los tejidos pericapsulares, con presencia de numerosas células plasmáticas, junto con los cambios vasculares y la hiperplasia folicular, son un conjunto de características que aunque no patognomónicas de esta entidad, si resultan hallazgos sugestivos de esta etiología. La sífilis ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años por diversos factores. Debido a ello, su presentación es más frecuente de lo habitual y el perfil poblacional ha cambiado, y por lo tanto, se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial las linfadenitis reactivas.

Patología de Cabeza y Cuello

2010

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN UN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO: UN INFRECUENTE HALLAZGO INCIDENTAL

García Fuertes, Sonia; Franco Rubio, Nacho; Ponce Casas, Eduardo; Vilorio Guzmán, Reynaldo; Larrosa Martínez, Diego; Torrecilla Idolpe, Nerea; Muñoz González, Guillermo; Pastor Adiego, María; Olmedo Arbizu, Emma; Valero Torres, Carolina
Presentador: García Fuertes, Sonia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los quistes del conducto tirogloso son lesiones benignas poco frecuentes, con una incidencia estimada del 7%. En un pequeño porcentaje de casos pueden asociarse a transformación maligna que, en la mayor parte de los mismos, corresponde a un carcinoma papilar de tiroides. Se trata de neoplasias infrecuentes derivadas de tejido tiroideo residual presente en el quiste o secundarios a metástasis de un carcinoma primario tiroideo. Nuestro objetivo es detallar los hallazgos histológicos característicos de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de 38 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, en seguimiento por el Servicio de Otorrinolaringología por presentar una lesión quística prelaríngea en línea media, con diagnóstico clínico de quiste del conducto tirogloso. En el estudio radiológico mediante TAC se objetiva además un polo más denso con calcificaciones asociadas, que no permite descartar la existencia de un eventual componente maligno, por lo que se decide tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS: En el Servicio de Anatomía Patológica recibimos un fragmento tisular de 45 x 25 mm, de aspecto fibroso con representación de hoides que, a la seriación, se corresponde con una lesión quística multilocular con líquido seroso claro, objetivándose la presencia de una porción sólida blanquecina con múltiples excrecencias firmes milimétricas. En el estudio microscópico se observa, por una parte, epitelio escamoso sin atipia revistiendo las cavidades quísticas, con septos fibrosos con reacción inflamatoria crónica y gigantocelular de tipo cuerpo extraño junto a escasos folículos tiroideos residuales igualmente carentes de atipia; y, por otra, una proliferación neoplásica de morfología papilar. Las papilas muestran un revestimiento epitelial, con células de escaso citoplasma y atipia nuclear, con pseudoinclusiones y hendiduras nucleares, compatible todo ello con el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides subtipo clásico o convencional y encapsulado, de 9 mm de diámetro máximo con recuento mitótico <1 mitosis/4 c.g.a. En la actualidad, el paciente se halla asintomático, con sucesivos estudios ecográficos dentro de los parámetros de la normalidad.

CONCLUSIONES: La transformación maligna de un quiste del conducto tirogloso que, en la mayor parte de los casos, se corresponde con un carcinoma papilar de tiroides, es infrecuente, con una incidencia estimada del 1%. Para su diagnóstico se utilizan los criterios propuestos por Widström et al como son la identificación histológica del carcinoma con tejido tiroideo adyacente no neoplásico, revestimiento epitelial del componente quístico y ausencia de carcinoma en la glándula tiroidea, que se cumplan en nuestro caso.

Patología de Cabeza y Cuello

2013

GLOMANGIOPERICITOMA NASOSINUSAL. REPORTE DE UN CASO

Quina Sandoval, Romina Wendy; Del Olmo Morales, Miriam; García Pérez, Marie Laure; Benito Sánchez, Sonia
Presentador: Quina Sandoval, Romina Wendy

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El glomangiopericitoma es un tumor infrecuente con una incidencia menor al 0,5%, que se origina en la cavidad nasal o senos paranasales. Tiene un potencial maligno bajo. Esta neoplasia fue descrita inicialmente como hemangiopericitoma debido a la presencia de una vasculatura característica en "astas de ciervo". En 2005, la OMS la clasificó como una entidad distinta definiéndola como glomangiopericitoma sinonasal o tumor similar al hemangiopericitoma sinonasal, que es una neoplasia mesenquimal sinusal que presenta un fenotipo mioide perivascular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 59 años que acude por SAHS severo (tratamiento con CPAP), con insuficiencia respiratoria de predominio nasal derecho de larga evolución. Asocia epistaxis ocasional del mismo lado con empeoramiento del cuadro los últimos meses. Al examen físico y en pruebas radiológicas, se observa una neoformación de 5cm, con bordes lisos y sin compromiso óseo en tabique nasal anterior. Se extiende por el suelo de fosa hasta el cavum. Se remitió al servicio de anatomía patológica tras la exéresis de la lesión.

RESULTADOS: Macroscópicamente se observó un tejido polipode de 3 cm, de coloración parduzca, parcialmente revestido por mucosa. A los cortes histológicos, se evidenció un epitelio respiratorio superficial intacto, con una proliferación subepitelial de células redondas con características verticiladas (separada de la superficie por "zona de Grenz"). Cabe mencionar la presencia de vasos en "astas de ciervo" e hialinización perivascular.

El estudio inmunohistoquímico mostró expresión positiva para beta-catenina, ciclina D1 y actina de músculo liso y expresión negativa para ERG, CD31, CD34.

CONCLUSIONES: El glomangiopericitoma es una neoplasia nasosinusal poco común pero de comportamiento indolente, que posee fenotipo perivascular mioide. Esta lesión puede ser confundida con otros tumores como el tumor fibroso solitario, el hemangioma lobular capilar, el leiomioma nasosinusal, el angiofibroma nasosinusal o el sarcoma de Ewing. Por ello, las características histológicas e inmunohistoquímicas son cruciales para el diagnóstico definitivo. Este tipo de tumores tiende a comportarse de forma benigna, siendo la cirugía el tratamiento definitivo. Son raros los casos que requieren terapia neoadyuvante.

CARCINOMA EPITELIAL-MIOEPITELIAL DE GLÁNDULA PARÓTIDA

Rodríguez Moncada, Juan Sebastian; Mora Cabezas, Montserrat; León Dionis, Mateo; Tirado Pascual, Mónica; González García, Jesús; Santana Ramos, Marina Alejandra

Presentador: Rodríguez Moncada, Juan Sebastian

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA
CARLOS HAYA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma epitelial-mioepitelial es un tumor raro con una incidencia de menos del 1% de los tumores de glándula salival, siendo la parótida la localización más frecuente. Se considera una neoplasia de bajo grado de malignidad. Sin embargo, en recientes estudios se han publicado tasas de recurrencia local que oscilan entre el 23-80%. Las metástasis ocurren, con mayor frecuencia, a los ganglios linfáticos locorreionales en el 20% de los casos y raramente a distancia, en menos del 10% de los casos, afectando a pulmón, riñón y cerebro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 57 años con antecedente de angiofibroma de cavum tratado con radioterapia a los 13 años que consultó por dolor en región mandibular derecha. A la exploración física se evidenció una lesión tumoral en región parotídea derecha, fija y dolorosa a la palpación. En estudio de imagen se reportó un proceso neoplásico polilobulado heterogéneo dependiente del lóbulo profundo de la glándula parótida derecha. Se realizó BAG de la lesión siendo informada como neoplasia epitelial de bajo grado citohistológico de tipo glándula salival. Posteriormente se realizó sialoadenectomía total que incluyó tumorectomía con disección cervical supraomohioidea.

RESULTADOS: Macroscópicamente se trataba de una tumoración bien delimitada de 4.8x3.5x2.2 cm que mostró al corte una superficie blanquecina multilobulada con áreas de aspecto equimótico y otra anaranjada de 1.5 cm. El estudio histológico puso de manifiesto una neoplasia con estructuras tipo ductal compuesta por una capa de células epiteliales interna o luminal y una capa de células mioepiteliales externa o abulminal. Las células lumbinales eran cuboidales o cilíndricas con núcleo central o basal y escaso citoplasma eosinófilo mientras que las células mioepiteliales eran poligonales con núcleos excéntricos y abundante citoplasma claro, rico en glucógeno. La neoplasia demostró inmunotinción positiva para p63 y AML (marcadores de diferenciación mioepitelial) en las células de la capa externa e inmunotinción positiva para EMA y CK 19 (marcadores de diferenciación epitelial) en la hilera de células de la capa luminal. El diagnóstico anatomopatológico emitido fue de carcinoma epitelial-mioepitelial de glándula salival. En ninguno de los ganglios linfáticos cervicales aislados se evidenció metástasis.

CONCLUSIONES: El carcinoma epitelial-mioepitelial es una neoplasia rara de características histológicas que sugieren un bajo grado de malignidad. Sin embargo, en recientes estudios recomiendan el seguimiento estrecho de estos pacientes debido a que la incidencia de recurrencias locales y metástasis parecen ser más frecuentes y tempranas de lo que se ha considerado clásicamente. Los factores más importantes considerados como relevantes en predecir la posibilidad de recurrencia son el estado de los márgenes, la invasión linfvascular, la necrosis tumoral y la anaplasia mioepitelial. El diagnóstico diferencial de este tumor incluye, principalmente, tumores primarios de glándula salival con patrón bifásico como el adenoma pleomorfo y el carcinoma adenoides quístico y tumores ricos en células claras como el mioepitelioma de célula clara y el carcinoma mioepitelial de célula clara. Deben excluirse tumores metastásicos de células claras (carcinoma renal o tiroideo). Hacen falta estudios de esta patología con seguimiento a medio y largo plazo para redefinir su comportamiento y plantear conductas que eviten recurrencias o metástasis tardías en estos pacientes.

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO MALIGNIZADO: CARCINOMA INTRAÓSEO PRIMARIO MANDIBULAR

Gonzalez Marquez, Pilar Isabel; Ortiz Muñoz, Macarena De Los Angeles; Chinchilla Tábora, Luis Miguel; Bayo Juanas, Paula

Presentador: González Márquez, Pilar Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El queratoquiste odontogénico es un quiste odontogénico del desarrollo que surge de restos de la lámina dental. Afecta con mayor frecuencia a la zona posterior de la mandíbula y es localmente destructivo, con altas tasas de recurrencia. Tiene una histología muy característica y puede sufrir transformación maligna, aunque es un hecho excepcional. En estos casos la neoplasia infiltrante se clasifica como un Carcinoma Primario Intraóseo pero su estadiaje debe basarse en recomendaciones ya que no hay datos suficientes para la elaboración de una guía propia debido al escaso número de casos reportados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso clínico de un varón de 40 años un queratoquiste odontogénico, en el que se identificó histológicamente la transformación maligna y se exponen las imágenes radiológicas y macroscópicas de la pieza de extirpación, así como los hallazgos histológicos. Se revisa la literatura acerca de esta entidad y las recomendaciones para la elaboración del informe de diagnóstico anatomopatológico.

RESULTADOS: El Carcinoma Intraóseo Primario es un diagnóstico de exclusión, en el que debe descartarse una extensión de un carcinoma de células escamosas de la mucosa gingival o una metástasis, entre otros. Los criterios diagnósticos incluyen: la ausencia de comunicación con la mucosa adyacente, ausencia de un tumor primario preexistente al diagnóstico (descartando metástasis en los maxilares), evidencia histológica de carcinoma de células escamosas y evidencia radiográfica de una lesión osteolítica que esté total o mayormente rodeada por hueso.

En nuestro caso existe evidencia de un quiste odontogénico previo, de tipo queratoquiste, en cuyo revestimiento se identifica displasia con focos de microinfiltración. La lesión no tenía conexión con la mucosa superficial y cumplía los criterios diagnósticos de carcinoma primario intraóseo. En el estudio de extensión el paciente no presentaba otra patología tumoral concomitante. Se describía además en el TC una lesión osteolítica localizada por encima del nervio alveolar inferior, cuando las metástasis suelen aparecer por debajo de él. El paciente ha requerido tres intervenciones quirúrgicas, la última de ellas más agresiva, con el fin de conseguir una extirpación completa e intentar mejorar la supervivencia. Aunque se describe que el pronóstico es malo, la disponibilidad de datos fiables a largo plazo es limitada por la rareza de esta neoplasia y los pocos casos descritos.

La 8ª edición de la American Joint Committee on Cancer no incluye una TMN específica para estos tumores, por lo que suelen estadiarse siguiendo la guía del resto de tumores de la cavidad oral, aunque la OMS recomienda el uso de las recomendaciones de la International Collaboration on Cancer Reporting para informar los tumores odontogénicos malignos.

CONCLUSIONES: La transformación maligna de un queratoquiste odontogénico es un evento poco frecuente, pero clínicamente relevante, que requiere un estudio histológico metódico y un tratamiento quirúrgico agresivo. Debe ir acompañado de un seguimiento a largo plazo, que permita detectar de manera precoz posibles recidivas o metástasis. No obstante, el pronóstico es incierto debido al escaso número de casos reportados. Quizá en el futuro los estudios moleculares nos ayuden a categorizar con más exactitud estas lesiones.

CONDROSARCOMA EN EL SEPTO NASAL POSTERIOR

Loachamin Cholca, Wendy Elizabeth; Abdulkader Nallib, Ihab; Durana Tonder, Cristina; Vázquez Bueno, José Ángel; Mosquera Martínez, María Teresa; Veiga Barreiro, Jesús Alberto
Presentador: Loachamin Cholca, Wendy Elizabeth

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El condrosarcoma es un tumor maligno de origen cartilaginoso que representa el 0,1% de las neoplasias de cabeza y cuello. Es más frecuente en la pelvis, los huesos largos y las costillas pero cuando asienta en la región craneofacial se localiza principalmente en el maxilar, la mandíbula y los senos paranasales, siendo excepcional su origen en el septo nasal. Generalmente, se presenta en adultos entre la tercera y sexta década y se caracteriza por un crecimiento lento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer en la quinta década de la vida con obstrucción nasal bilateral de un año de evolución, sin otros síntomas. La exploración con fibroscopio reveló una tumoración submucosa en el tercio inferior de ambas fosas nasales, por debajo de los cornetes medios, con probable origen en el septo óseo. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RMN) de senos paranasales confirmaron la presencia de una masa expansiva, de 3,6 cm de eje mayor, ubicada en la fosa nasal posterior e inferior, que erosionaba el vómer y las paredes de los senos maxilares y esfenoidal. Además, en la RMN, la masa estaba bien definida, no restringía la difusión, presentaba hiperintensidad en T2 y captación tanto de la pared como de su interior. Se realizó la resección mediante un abordaje endoscópico que corroboró su origen septal. En el examen macroscópico se identificaron varios fragmentos irregulares, parduzcos, de textura granujienta y de consistencia indurada, que a la seriación mostraban una superficie de corte lisa, brillante y blanquecina. Se realizó un muestreo extenso incluyendo la práctica totalidad de los fragmentos.

RESULTADOS: El examen microscópico mostró una proliferación neoplásica de estirpe cartilaginosa con un patrón de crecimiento pseudolobulado e irregular, acompañada de una matriz hialina y mixoide, con tractos vascularizados. Se observó un incremento de la celularidad, con presencia de ocasionales células binucleadas y focalmente atípicas, con predominio de núcleos pequeños, condensados e hiper cromáticos. También se identificaron focos de mayor pleomorfismo nuclear, sin imágenes de mitosis atípicas. En el espesor de la proliferación neoplásica cartilaginosa se reconocieron trabéculas óseas laminares de bordes espiculados. En el contexto de los tumores óseos condrogénicos (Clasificación OMS, 5ª edición), teniendo en cuenta criterios basados en el grado de celularidad, tamaño nuclear, atipia, cambios en la matriz mixoide y la actividad mitótica, se estableció el diagnóstico de condrosarcoma grado 2.

CONCLUSIONES: El condrosarcoma del septo nasal es una entidad extremadamente rara dentro de los tumores de cabeza y cuello. Su presentación clínica inespecífica junto con su crecimiento lento hace que sea difícil considerarlo en el diagnóstico diferencial inicial, requiriendo un alto grado de sospecha. Radiológicamente puede solaparse con otras neoplasias cartilaginosas o lesiones óseas de la región craneofacial. La evaluación histológica es fundamental para diferenciarlo tanto de lesiones benignas como de neoplasias malignas, especialmente aquellas de bajo grado, asegurando una clasificación adecuada. Además, el grado histológico del condrosarcoma (grado 1, grado 2 o grado 3) determina no sólo su agresividad biológica, dada su tendencia a la recurrencia local y potencial metastásico, sino también el enfoque terapéutico y pronóstico, siendo clave para la toma de decisiones clínicas.

EL ESTUDIO MOLECULAR COMO HERRAMIENTA CRUCIAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VARIANTE "WARTHIN-LIKE" DEL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE EN UN GRUPO DE LINFADENOMAS DE GLÁNDULA SALIVAL.

Rodríguez Pous, Judith; Vicente , Natalia; Madriñán , Patricia; Montserrat , Rosanna; Fontillón , María; Castillo , Esteban; Gomá , Montse
Presentador: Rodríguez , Judith

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La variante "Warthin-like" del carcinoma mucoepidermoide (WL-MEC) supone un reto diagnóstico, ya que simula neoplasias benignas con componente linfopitelial, como el tumor de Warthin o el linfadenoma. La detección del reordenamiento en el gen MAML2 es una herramienta clave en el diagnóstico diferencial de estas entidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Objetivo: Identificar posibles WL-MEC en una serie de linfadenomas mediante el estudio de las características morfológicas y el análisis del gen MAML2. Se revisaron de forma retrospectiva las características clinicopatológicas, y se realizó análisis molecular del gen MAML2 mediante hibridación in situ fluorescente (FISH).

RESULTADOS: Se revisaron un total de cuatro casos. La mediana de edad de los pacientes fue de 72,5 años (42-86), con una proporción hombre/mujer de 1:3. Ninguno de los pacientes tenía antecedentes oncológicos. Los cuatro tumores se encontraban en la glándula parótida y macroscópicamente eran nódulos bien delimitados. El tamaño medio fue de 2,2 cm. Histológicamente, todos los casos presentaban un componente linfóide con abundantes folículos linfoides y un componente epitelial. En dos de ellos, el componente epitelial mostraba diferenciación sebácea evidente (linfadenoma sebáceo), mientras que en los otros dos (linfadenoma no sebáceo), el componente epitelial exhibía características variables, con células de aspecto basaloide dispuestas en nidos sólidos, y focalmente formando túbulos y luces glandulares. Ningún caso mostró células oncocíticas con polaridad invertida, características del tumor de Warthin. Se observó reordenamiento de MAML2 en un único caso, inicialmente interpretado como linfadenoma no sebáceo, que, tras la alteración molecular, fue clasificado como WL-MEC. Histológicamente, este no mostraba características histológicas diferenciales ni patrón infiltrativo. Además, no se observó enfermedad a distancia en ningún paciente.

CONCLUSIONES: El 25% de los casos de nuestra serie (y el 50% de los linfadenomas no sebáceos) corresponden a WL-MEC. No hemos identificado hallazgos histológicos que sugieran esta variante poco frecuente. En nuestra serie, la identificación del reordenamiento de MAML2 (no descrita en el linfadenoma) fue crucial para distinguir la variante WL-MEC del linfadenoma.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

García Fuertes, Sonia; Franco Rubio, Nacho; Ponce Casas, Eduardo; Vilorio Guzmán, Reynaldo; Larrosa Martínez, Diego; Cardiel García, María Jose; Torreilla Idoipe, Nerea; Muñoz Gonzalez, Guillermo; Olmedo Arbizu, Emma
Presentador: García Fuertes, Sonia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adenoide quístico es una tumoración que asienta habitualmente en región de cabeza y cuello, siendo la localización primaria más prevalente la glándula salival. Sin embargo, se ha descrito en otras localizaciones como la pulmonar, la glándula mamaria o, de forma aislada, en conducto auditivo externo (CAE). Son neoplasias con carácter destructivo local, curso clínico indolente y sintomatología generalmente inespecífica, lo que implica un diagnóstico tardío del tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 87 años que acude a urgencias por otalgia de meses de evolución, con CAE muy inflamado. En TAC se observa una masa de partes blandas periauricular y de región mastoidea derecha de 35 x 16 mm, con diagnóstico de otomastoiditis derecha sin evidentes signos de especificidad, así como ausencia de lesiones a otro nivel. Se programa biopsia para tipificación definitiva de la lesión, con diagnóstico de adenocarcinoma de bajo grado, con patrón tubular y focales rasgos basaloideos, morfológicamente compatible con carcinoma adenoide quístico, por lo que se decide exéresis del CAE y de la porción mastoidea más próxima.

RESULTADOS: El estudio microscópico de la pieza evidencia una proliferación neoplásica de características infiltrativas, con destrucción ósea. La misma se compone de una población bifásica epitelial/basal que conforma túbulos y estructuras ductales de morfología cribiforme, revestidas por células de talla pequeña a mediana, con núcleos atípicos de nucléolo ocasionalmente prominente y citoplasma escaso eosinófilo. A nivel de espacios luminales exhibe un material basófilo acelular así como material eosinófilo de tipo membrana basal. A lo largo de las secciones se objetivan figuras de mitosis inconspicuas y frecuentes imágenes de invasión perineural e intraneural, sin presencia de necrosis tumoral.

En el estudio inmunohistoquímico realizado, las células epiteliales muestran inmunorreactividad frente a CK7 y CD117, mientras que la población basal lo es frente a p63, S100 y CK5/6. Por todo ello, el diagnóstico definitivo de la pieza es de carcinoma adenoide quístico, de carácter infiltrativo y patrones histológicos tubular y cribiforme, con un tamaño tumoral estimado de 28 mm, destrucción ósea asociada y en amplio contacto con márgenes de resección.

CONCLUSIONES: Las neoplasias malignas de CAE son infrecuentes, siendo el carcinoma adenoide quístico de CAE una entidad excepcional, con poco más de 100 casos descritos en la literatura. En nuestra casuística, es el único tumor de glándulas ceruminosas diagnosticado en el período comprendido entre 2016-2024. Los síntomas más frecuentemente asociados son plenitud ótica, otalgia, hipoacusia y otorrea, siendo habituales las imágenes de invasión perineural y la infiltración de tejidos blandos regionales. Se trata de una tumoración localmente agresiva de crecimiento lento que, debido a su sintomatología inespecífica, suele encontrarse en estadio avanzado en el momento del diagnóstico.

CARCINOMA ESCAMOSO INTRAÓSEO PRIMARIO DE MANDÍBULA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Rauseo Aristigueta, Paula Ysabella; Torno Piñero, Paula; Alarcon Figueroa, Luisa; Espinosa Farinas, Carlos; Segura Pallares, Ignasi; Beltran Marmol, Brigitte; Sanchez Guerri, Ignacio; Giner Pichel, Mario

Presentador: Rauseo Aristigueta, Paula Ysabella

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma intraóseo primario es una neoplasia maligna infrecuente, caracterizada por una proliferación típicamente escamosa, sin conexión con epitelio superficial. La localización mandibular tiene muy baja incidencia y su distinción clínico-radiológica resulta compleja. El diagnóstico diferencial incluye otras lesiones líticas mandibulares, como quistes odontogénicos o procesos inflamatorios (osteomielitis). La escasa incidencia (< 300 casos reportados en la literatura) pone de manifiesto la necesidad de diseñar una clasificación adecuada para su manejo. Exponemos un caso de nuestro centro y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 57 años, sin antecedentes oncológicos que consulta por dolor mandibular de 10 días de evolución. El TAC evidenció una lesión lítica bien delimitada en el cuerpo mandibular, sin afectación de partes blandas. Con la sospecha de quiste complicado, se realizó la enucleación que mostró un carcinoma escamoso(CE). Se amplió el estudio de imagen con un PET-TC que confirmó restos de lesión hipermetabólica (cT4aN2bM0). Se decidió realizar mandibulectomía subtotal con linfadenectomía.

RESULTADOS: El examen histológico de las muestras remitidas mostraron un CE, con focos de necrosis, erosión ósea e infiltración tumoral en el tejido óseo reseado. Se identificaron metástasis en 2 de 55 ganglios linfáticos examinados, sin invasión extracapsular. No se evidenció mucosa displásica, remanentes quísticos ni restos odontogénicos que sugirieran un origen precursor. En el estudio inmunohistoquímico observamos expresión de p40 y CK5/6 junto a ausencia de CK19, entre otros.

CONCLUSIONES: El carcinoma intraóseo primario mandibular es una entidad infrecuente. En nuestro caso observamos un fenotipo escamoso con ausencia de expresión de CK19, descrito en restos odontogénicos. Los criterios establecidos, (ausencia de lesiones en mucosa y de otro tumor primario conocido) son fundamentales en el diagnóstico. En el seguimiento cercano (<6 meses) no debe aparecer otra lesión primaria. No pudimos identificar una lesión de origen/precursora en la muestra. El grado o el patrón histológico puede influir en el pronóstico en esta localización, pero no está bien definido.

Se ha publicado que el tumor podría tener un pronóstico similar a un carcinoma escamoso estadio IV de cavidad oral. En nuestro caso, se consideró la resección quirúrgica más linfadenectomía junto a radioterapia la mejor opción de tratamiento, aunque la baja incidencia requiere una valoración personalizada de cada caso. Actualmente está libre de enfermedad.

Como conclusión, nuestro caso pone de manifiesto la dificultad en el manejo de estas lesiones debido a su baja incidencia y la necesidad de reunir más datos que permitan el diagnóstico y clasificación adecuada para aplicar la mejor estrategia terapéutica.

Patología de Cabeza y Cuello

2235

REGRESIÓN TUMORAL ESPONTÁNEA EN MELANOMA DE MUCOSA ORAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Macarrón Aguilera, Víctor; De Uribe Viloria, Marta; Sánchez López, Eva Paola; Escuer Albergo, Guillermo; Hato Salmón, Laura; Quiñones Garrido, Sara; Vázquez Salgueiro, Eduardo; Ruiz Bravo-Purguillos, Elena

Presentador: Macarrón Aguilera, Víctor

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El melanoma de mucosas compone el 0,2-8% de todos los melanomas, siendo la mucosa oral donde se localizan entorno al 25% de ellos. La regresión espontánea (RE) parcial o completa de tumores malignos es un fenómeno que consiste en la ausencia o notable reducción del volumen tumoral de una neoplasia previamente diagnosticada. Es un fenómeno frecuentemente observado en melanomas, pero en el que existe una falta de criterios estandarizados en su definición.

En este trabajo, presentamos un caso de una RE completa de un melanoma mucoso de cavidad oral en una paciente, y exponemos la evidencia descrita sobre este fenómeno en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado los informes clínicos y anatomopatológicos de la paciente, y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Medline con el objetivo de encontrar bibliografía referente a la patogénesis de la RE en melanoma.

RESULTADOS: Presentamos a una mujer de 76 años, en seguimiento por lesiones pigmentadas en cavidad oral de naturaleza benigna (maculas melanóticas múltiples). En febrero de 2024 consulta por lesión sobreelevada en encía a nivel 22-23 compatible con epúlisis, y lesión melánica sobreelevada y queratinizada en encía a nivel de 21. Se realiza una biopsia incisional diagnóstica de la segunda lesión, objetivándose una proliferación celular que muestra áreas epitelioides y áreas fusocelulares, compuesta por células con un alto grado de pleomorfismo nuclear, nucleolo prominente y eventuales mitosis. Se acompaña de un importante infiltrado inflamatorio agudo y crónico peri- e intralesional. El estudio inmunohistoquímico revela positividad celular para S100, Melan-A y HMB45, diagnosticándose de melanoma. Se realiza estudio de mutaciones en BRAF y NRAS, resultando negativos. En junio de 2024, a pesar de una importante reducción del tamaño de ambas lesiones, se decide realizar maxilectomía izquierda y disección suprahomoioides izquierda. En el estudio histológico, se evidencia ausencia de melanoma residual y metástasis de 0,7 mm de melanoma en un ganglio linfático. La paciente recibió tratamiento con radioterapia sobre lecho tumoral y cadenas ganglionares ipsilaterales. Tras 8 meses, la paciente se encuentra en remisión completa.

CONCLUSIONES: Se han postulado diferentes teorías sobre la causa de la RE, que incluyen eventos traumáticos como biopsia o resección incompleta, infecciones locales, desordenes hormonales, enfermedades autoinmunes o reacciones a transfusiones. Algunos de los mecanismos moleculares que podrían causar estos fenómenos son inmunomodulación local, inducción de la apoptosis, inhibición del crecimiento tumoral por medio de factores de crecimiento y citoquinas, inhibición de la angiogénesis o necrosis tumoral.

A día de hoy, la hipótesis más aceptada por la comunidad científica es la inmunomodulación a nivel del tumor, inducida por traumatismo o infección local, como podría haber ocurrido en el caso que presentamos. Este fenómeno inmune parece ser mediado por linfocitos T CD8-positivos y T CD4-positivos, junto a un incremento de citoquinas Th1. En el caso del melanoma, se han descrito múltiples proteínas que asocian una gran inmunogenicidad, como son Melan-A, gp100 o HLA-A-0201, que pueden ser los causantes de este fenómeno.

El pronóstico que implica la RE en melanoma es poco conocido, ya que diferentes estudios han revelado información contradictoria. Sin embargo, parece ser que la mayoría de estudios han correlacionado el fenómeno de RE con una menor supervivencia de estos pacientes.

Patología de Cabeza y Cuello

2240

TUMOR CONDROMIXOIDE ECTOMESEQUIMAL DE LA LENGUA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Corrales Cruz, Daniel; Durán Álvarez, Marcela; Obregón Martínez, Estibaliz

Presentador: Corrales Cruz, Daniel

HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor condromixoide ectomesenquimal es un tumor benigno de localización predominante en la lengua, particularmente en la cara dorsal anterior, de crecimiento lento no doloroso a la palpación, constituido por células fusiformes o poligonales dentro un estroma mixoide a colagenizado. Se trata de una entidad rara, con pocos casos reportados y aproximadamente el 90% de los tumores se definen por la fusión de RREB1:MRFB.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 54 años con lesión sobreelevada de aspecto quístico de 5 meses de evolución, no dolorosa, localizada en la zona dorsal de la lengua hacia cara lateral izquierda. Se realiza extirpación por ORL enviando muestra (2 fragmentos nodulares de 5 y 7 mm.) al servicio de Anatomía Patológica.

RESULTADOS: Histológicamente se observa mucosa de cavidad oral con presencia de submucosa con una proliferación celular bien delimitada, de patrón reticular y en menor proporción fascicular con presencia de células fusiformes-estrelladas con núcleo redondo u oval monomórfico con binucleaciones e inclusiones intranucleares. El estroma intermedio presenta aspecto mixoide con fibras musculares atrapadas en periferia. No se observa tejido cartilaginoso ni acinis de glándula salival. No de identifica actividad mitótica llamativa. Se realiza estudio inmunohistoquímico observando en dicha celularidad expresión de S100, vimentina y CFAP (parcial); siendo negativas para EMA, actina ml, desmina, CD68, CD45, CD34 y CKAE1/AE3. El índice proliferativo medido con el ki67 menor del 5%.

CONCLUSIONES: El tumor condromixoide ectomesenquimal es una neoplasia benigna rara descrita por Smith et al en 1995. Se han descrito pocos casos hasta la fecha, la mayoría en la lengua de pacientes adultos, sin predilección por el sexo.

El diagnóstico diferencial histológico puede incluir una variedad de lesiones con componente mixoide como mucinosis oral, mioepitelioma de partes blandas, adenoma pleomorfo, mixoma de la vaina nerviosa, entre otros.

El perfil inmunohistoquímico sugiere que esta lesión podría tener relación con neoplasias de origen neural pero no está claro si se originan de las células neurales de la lengua o de las células mesenquimales primitivas con diferenciación neural en la tumorigénesis.

Es interesante tener en cuenta y conocer esta entidad poco frecuente para cuyo diagnóstico la detección de la fusión de RREB1:MRFB puede ser de ayuda.

OSTEOSARCOMA EXTRAESQUELÉTICO RADIOINDUCIDO NASAL

Hogeboom Gimeno, Adriana; Rubio Mediavilla, Susana; Miguel Ruiz, Carlos; Gamba Torrez, Silvia; Vela Gajón, Pablo
Presentador: Hogeboom Gimeno, Adriana

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma radioinducido (SR) es una complicación rara del tratamiento oncológico, ocurriendo en menos del 1% de los pacientes que reciben radioterapia. El osteosarcoma extraesquelético (OE) representa aproximadamente el 13% de los SR. A pesar de su rareza, su incidencia se encuentra en aumento dado el uso cada vez más extendido de la radioterapia -- que se considera un pilar del tratamiento de la patología oncológica de cabeza y cuello.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes de un plasmocitoma extraóseo nasal tratado con cirugía y radioterapia. 34 años después presenta una tumoración de 3,2 cm de partes blandas en el lecho, sospechándose recidiva de su neoplasia conocida. La resonancia magnética maxilofacial pone de manifiesto una masa sólida de partes blandas en la vertiente superior y dorsal de la zona nasal limitada a los tejidos superficiales, sin invadir en profundidad planos óseos. Se realiza extirpación de la misma.

Al examen macroscópico se observa una tumoración redondeada, relativamente bien delimitada pero no encapsulada. Al microscopio se advierte una neoplasia constituida por estroma condroide hialino, de patrón de crecimiento lobulado. Se identifican embebidos en este estroma condrocitos atípicos que presentan núcleos hiper cromáticos, de tamaño grande, cromatina abierta y marcado pleomorfismo. Estas áreas condroides se encuentran íntimamente asociadas, a veces entremezcladas y presentando un gradiente de transición con células fusiformes y epitelioides embebidas en una matriz osteoide variablemente mineralizada. Se advierte en la periferia de la lesión crecimiento infiltrativo, con atrapamiento de adipocitos y músculo esquelético estriado preexistente. Se observan 11 mitosis en 10 campos de gran aumento en áreas más proliferativas. Se realiza, además, estudio de secuenciación de nueva generación (NGS), que no revela alteraciones significativas en los genes estudiados.

RESULTADOS: Los criterios diagnósticos del SR propuestos en 1948 son (1) historia de radioterapia, (2) aparición del sarcoma en el campo de radioterapia, posterior a la misma, (3) periodo de latencia largo y (4) confirmación histológica de sarcoma. A estos criterios se suma la importancia de distinguir el sarcoma de la neoplasia primaria. El OE representa un subtipo infrecuente de SR. El SR generalmente asocia peor pronóstico que su contrapartida esporádica. Esto puede deberse tanto a que suelen tratarse de sarcomas de alto grado como también al diagnóstico en fases avanzadas. La dosis total de radiación a partir de la cual incrementa el riesgo de SR es de 5000 cGy. El periodo de latencia media entre el tratamiento radioterápico inicial y el diagnóstico de SR en el área de cabeza y cuello es de 11,1 años. A pesar de tratarse de una entidad rara, existe evidencia de que la incidencia del SR se encuentra en aumento por el uso cada vez más extendido de radioterapia.

CONCLUSIONES: El SR es una neoplasia rara de comportamiento agresivo. Nuestro caso es excepcional no sólo por tratarse de un subtipo infrecuente de SR -- un OE -- sino también por aparecer tras un largo periodo de latencia -- 34 años.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE DIFERENTES LOCALIZACIONES

Rodríguez Caulo, Adrian; Ramírez Santos, José; Porras Hidalgo, Virginia
Presentador: Rodríguez Caulo, Adrián Pablo

ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: - El carcinoma adenoide quístico (CAQ) representa el 10% de todas las neoplasias salivales.
- Se describen 3 patrones histológicos: cribiforme, tubular y sólido, siendo el cribiforme el más frecuente.
- Generalmente, los tumores compuestos por patrones tubular y cribiforme tienen un curso menos agresivo que los que tienen un componente sólido prominente.
- La inmunotinción con Ki67, SOX10 y CD43 se ha utilizado para diferenciar el CAQ de otras neoplasias. La expresión de CD117 parece tener relación con el componente biológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: - Se han revisado 39 casos de CAQ, 23 de glándulas salivales (grupo I) y 16 de otras localizaciones (pulmón, mama, piel, oído, tráquea y senos paranasales) (grupo II) procedentes del archivo del Hospital Infanta Elena (16 nuevos casos incorporados respecto al trabajo realizado en 2015 con casos del archivo del H.U.V.M.-H.U.V.R.).
- Se ha realizado estudio inmunohistoquímico (IHC) con SOX10, CD117, CD43 y Ki67.
- 7 Casos dieron metástasis, 4 recidivaron localmente y 8 presentaron infiltración de tejidos adyacentes.
- Objetivos: Comparar la expresión de IHC de los CAQ de origen salival y extrasalival, el patrón histológico y su posible relación con el pronóstico.

RESULTADOS: - En una tabla vamos a presentar se muestran los resultados del estudio IHC en relación a la localización. En los casos del grupo II que expresaron SOX10, El 91% tenían un componente sólido y un Ki67>10%.
- De los del grupo I, El 52% fueron CD117 + y el 65% de éstos presentaron un Ki67>10%.
- Los 7 casos metastásicos fueron CD117 negativos o mostraron sólo tinción focal y débil.
- La mayoría (75%) de los casos del grupo II no expresaron CD117 y el índice Ki67 era mayor en las áreas sólidas.
- CD43 sólo se expresó en 18 casos.

CONCLUSIONES: - Los CAQ extrasalivales eran con mayor frecuencia de patrón sólido, y no todos fueron SOX10 positivos, a diferencia de los CAQ de glándulas salivales.
- La ausencia de expresión CD117 y un Ki67>10% parece estar relacionado con un comportamiento biológico agresivo.
- Los 16 nuevos casos incorporados del archivo de Anatomía Patológica del Hospital Infanta Elena de Huelva, respecto al trabajo realizado en 2015 con casos del archivo del H.U.V.M.-H.U.V.R., muestran los mismos resultados y conclusiones.

CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA SALIVAL: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DE CUATRO CASOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL.

Domazetovski I, Ivan; Camacho García, María Del Carmen; Andújar Sánchez, Miguel; Báez Acosta, Beatriz; Hernández Prieto, Susana; Becerra Jorge, María De Las Nieves
Presentador: Domazetovski I, Ivan

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma secretor de glándula salival es una neoplasia de bajo grado, caracterizada por reordenamientos en los genes ETV6 o RET, siendo ETV6:NTRK3 y ETV6:RET las fusiones más frecuentes. Suelen ser lesiones bien delimitadas, no-encapsuladas, con patrón de crecimiento lobulado y frecuente componente quístico, de células monofásicas, variablemente vacuoladas con secreción de material PAS positivo, dispuestas en estructuras microquísticas, tubulares, papilares, foliculares o sólidas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los cuatro pacientes seleccionados fueron diagnosticados en nuestro servicio entre los años 2012 y 2020. Evaluamos las características clínicas, histopatológicas (patrón de crecimiento, la hialinización y necrosis tumoral, tipo de infiltración, pleomorfismo nuclear, índice mitótico, infiltración perineural, invasión linfovascular y transformación a alto grado), la expresión de marcadores inmunohistoquímicos, el perfil molecular, el estadio, el tratamiento y el seguimiento.

RESULTADOS: La edad media de presentación al diagnóstico fue 46,7 años, afectando a dos hombre y dos mujeres. El tumor se localizaba en glándulas salivales mayores: parótida (3) y glándula submaxilar (1). La presentación clínica en todos los casos fue de masa indolora, de crecimiento lento y larga evolución (2-10 años). Una paciente tenía antecedente de carcinoma ductal de mama. Los diagnósticos de PAAF previa a la cirugía fueron: no valorable, negativa para malignidad, adenoma pleomorfo y lesión de potencial maligno incierto.

Todos los pacientes se sometieron a cirugía, siendo el tamaño medio de la lesión 27,8 mm (8-55 mm), estando ésta próxima al borde en dos casos y afectándolo ampliamente en uno. Dos pacientes presentaron metástasis de 4-10 mm de diámetro en ganglios linfáticos peritumorales.

En cuanto a las características histopatológicas, la mayoría de las lesiones tenían un crecimiento expansivo, siendo el infiltrativo detectado en un caso. El patrón dominante fue el microquístico (4), acompañado por el cribriforme (3), con septos fibrosos separando los nidos tumorales en tres lesiones.

Se identificaron imágenes de infiltración perineural (2 casos) e invasión linfovascular (1 caso). No se identificó transformación a alto grado, ni necrosis tumoral.

La inmunohistoquímica demostró positividad para: CK7, S100, Mamaglobina, GATA3 y NTRK; y negatividad para DOG-1 y p40. El estudio molecular detectó la fusión ETV6:NTRK3 en todas las lesiones.

El estadiaje al diagnóstico fue: pT1N0M0 (2), pT2N1M0 (1) y pT3N2bM0 (1).

Ninguno de los pacientes recibió tratamiento adyuvante.

El seguimiento medio fue de 6,5 años, estando la mayoría, tres de ellos en remisión completa. Un paciente falleció de la enfermedad a los 9 años del diagnóstico.

CONCLUSIONES: El carcinoma secretor de glándula salival es un tumor maligno, habitualmente de curso clínico indolente, que ocasionalmente se confunde con otras neoplasias salivales como el carcinoma de células acinares.

Se describen metástasis ganglionares hasta en 25% de los casos, siendo raras las metástasis a distancia.

El estadio clínico avanzado y la transformación a alto grado son los principales factores pronósticos adversos, tal como se observa en uno de nuestros casos.

Actualmente no existen biomarcadores predictivos.

PATRONES INMUNOHISTOQUÍMICOS DE P53 EN EL ESTUDIO DE LEUCOPLASIA ORAL

Viveros García, Dora; Ruiz García, Gema; Caballero Illanes, Albert; Oviedo Ramírez, María Isabel; Polo García, Luis Alberto
Presentador: Viveros García, Dora

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA VICTORIA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de la displasia epitelial oral (DEO) se basa en el grado de atipia arquitectural y citológica del epitelio escamoso, clasificándolas en displasia leve (DL), displasia moderada (DM) o displasia severa (DS), esta clasificación ayuda a predecir el riesgo de transformación maligna, sin embargo en recientes estudios se ha visto que el estudio inmunohistoquímico (IHQ) de p53 es un marcador útil para predecir el riesgo a carcinoma escamocelular invasivo en pacientes con DEO

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron las biopsias orales estudiadas durante el año 2024 con diagnóstico de leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP), lesiones reactivas de la mucosa (LRM), DL, DM, DS y Ca In situ (Ca II), se realizó el estudio IHQ de p53 a cada una de las biopsias y se clasificaron en:

Patrones de p53 en Wild Type (WT)
WT 1 Positividad dispersa que afecta <25% de la capa basal o parabasal
WT2 Positividad que muestran una expresión nuclear variable, de débil a focalmente intensa, en el 25% al 75% de la capa basal o parabasal
WT3 Tinción epitelial media intensa con conservación basal, con más intensidad cerca de la superficie. Conservación basal marcadamente reducida
WT4 Similar a nula, conservación basal y tinción significativamente atenuada en >70% de la capa epitelial media

Patrones anómalos de p53, los cuales en la literatura se asocian con mutación TP53

A1 Únicamente tinción nuclear fuerte y uniforme en >75% de células basales y parabasales atípicas

A2 Tinción nuclear fuerte y uniforme en >75% de las células basales y parabasales atípicas con extensión uniforme y fuerte en >3 capas del espesor epitelial

A3 Nulo, ausencia de tinción nuclear

A4 Tinción citoplasmática con o sin tinción nuclear en presencia de un control interno positivo(linfocitos)

RESULTADOS: En total se estudiaron 16 biopsias de las cuales 5/16 fueron diagnosticadas de LRM, 3/16 de LVP y 5/16 de DL, 1/16 de DM, 1/16 DS y 1/16 de Ca I.

En todos los casos de LRM 3/16 se encontraron patrones de p53 WT 1 o WT2

En 3 casos de DL se observó una p53 WT2 y en los otros 2 casos restante se identificó una p53 anómala tipo 1

En 2 casos de LVP se identificó una p53 A1 y 1 caso de LVP p53 WT3

En 1 caso de DM se observó una p53 A1

En 1 caso de DS se observó una p53 A3

En 1 caso de Ca I se observó una p53 A2

CONCLUSIONES: La OMS se describe 2 categorías DEO: convencional y asociada al VPH, en estudios recientes se identificó que el estudio IHQ con una p53 anómala se relaciona con mutaciones TP53, además el uso de p53 se ha valido recientemente como un complemento de IHQ para aclarar el estado del VPH e identificar mutaciones subyacentes de TP53 en carcinoma de células escamosas vulgar In situ e invasivo, por lo que proponemos que diferentes patrones en el estudio IHQ pueden ser útiles para identificar DEO no asociadas a VPH con alto riesgo a transformación maligna y podría ser una tercera categoría la cual se podría denominar DEO convencional asociada a p53 anómala, ayudando a identificar prontamente las DL con riesgo a transformación maligna

SIALOADENOMA PAPILÍFERO EN PALADAR DURO. REPORTE DE TRES CASOS.

Colinas Colinas Reyero, Daniel; Lucero Salaverry, María Miguel; Bayo Juanas, Paula; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Hernández Valles, Alicia; Ortiz Muñoz, Macarena De Los Ángeles; González González, Diego; González Márquez, Pilar Isabel; Madrigal Rubiales, Beatriz; Torres Nieto, María Ángeles

Presentador: Colinas Reyero, Daniel

HOSPITAL UNIV. RIO HORTEGA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sialoadenoma papilífero (SP) es una neoplasia epitelial benigna poco frecuente de las glándulas salivales menores, asentando principalmente en paladar duro. Fue descrito por primera vez en 1969 por Abrams y Finck y ha sido considerado un análogo del siringocistoadenoma papilífero cutáneo.

Aunque su incidencia es baja, en torno al 1% de los tumores de glándulas salivales menores, su diagnóstico puede ser complicado debido a sus similitudes clínicas con otras lesiones, como el papiloma escamoso, papiloma ductal, adenoma pleomorfo o el carcinoma mucoepidermoide.

Histológicamente, se caracteriza por combinar una proliferación papilar exofítica del epitelio escamoso junto a una proliferación ductal subyacente.

Se ha identificado mutación BRAF V600E en la mayoría de los casos reportados.

El objetivo principal de esta revisión es analizar las características clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y moleculares del mismo, así como evaluar su tratamiento y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel, encontrándose tres casos de sialoadenoma papilífero en los últimos 15 años (2010-2024).

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 69 años con tumoración vegetante de 1,1 cm de años de evolución sin sintomatología clínica.

Caso 2: Varón de 75 años con lesión sólida de 1 cm, sugestiva de adenoma pleomorfo.

Caso 3: Mujer de 54 años con lesión exofítica verrucosa con superficie papilomatosa de 0,6 cm, compatible con papiloma. Todos ellos se localizan en el paladar duro, siendo éste la ubicación más frecuente, aunque se han reportado casos en la mucosa bucal, labio, lengua, cavidad nasal y esófago.

Se ha encontrado mayor prevalencia en hombres (2/1), con una edad media de diagnóstico de 66 años.

Generalmente se presenta como una masa papilar indolora, de crecimiento lento y pequeño tamaño. El tamaño promedio de las lesiones reportadas es de 0,9 cm.

El SP muestra un patrón de crecimiento bifásico, con estructuras papilares exofíticas revestidas por epitelio escamoso estratificado en contigüidad con un componente endofítico originado en el conducto excretor de la glándula salivar.

El epitelio ductal presenta doble capa celular, una de células lumenales cuboidales o columnares y otra de células basales. Suele observarse un infiltrado linfoplasmodiocitario estromal asociado. El componente ductal puede mostrar metaplasia oncocítica. Inmunohistoquímicamente, las células ductales son positivas para CK7 y CK8, mientras que las células basales expresan p63, CK5/6 y S-100. En todos nuestros casos se identificó la mutación BRAF V600E mediante PCR.

Se realizó escisión quirúrgica conservadora en todos los pacientes, siendo ésta el tratamiento de elección, con bajas tasas de recurrencia. Aunque se han reportado aislados casos de transformación maligna, nuestra serie ha mostrado un pronóstico favorable sin recurrencias a largo plazo.

CONCLUSIONES: El sialoadenoma papilífero es una neoplasia benigna rara de glándulas salivales menores, con una presentación clínica inespecífica que puede confundirse con otras lesiones intraorales, particularmente cuando la lesión se localiza en el paladar duro.

Su diagnóstico se basa en características histológicas e inmunohistoquímicas, con la mutación BRAF V600E como hallazgo frecuente. La escisión quirúrgica es curativa en la mayoría de los casos y su pronóstico es generalmente favorable.

"MÁS ALLÁ DE LA PARÓTIDA: UN CASO INFRECUENTE DE CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES EN ARCADE DENTARIA"

Tristán Martín, Belen; Moreno Ibérico, Alejandra; Segovia Blázquez, Beatriz; González Tur, Raquel; Sánchez Vázquez, Laura; Martín López, María Del Rocío

Presentador: Tristán Martín, Belén

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES. ÁVILA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células acinares (ACC) es un tumor maligno de bajo grado de las glándulas salivales, representando aproximadamente el 6 % de estas neoplasias. Se localiza principalmente en la glándula parótida en más del 80 % de los casos, mientras que es menos común en la mucosa bucal, los labios y el paladar. Clínicamente, se presenta como una masa de crecimiento lento, aunque los tumores de alto grado pueden crecer rápidamente y adherirse a estructuras adyacentes. Histológicamente, está compuesto por células heterogéneas, siendo la más frecuente la acinar serosa, con gránulos de citógeno PAS-positivos y resistentes a la diastasa. También pueden encontrarse células ductales intercaladas, vacuoladas, oncocíticas y ocasionalmente células claras. Los tumores de alto grado muestran pleomorfismo nuclear, cromatina gruesa, necrosis, alta actividad mitótica, índice Ki-67 elevado e invasión perineural y linfovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 62 años con una lesión excrecente de 11,3x10,8 mm localizado en arcada dentaria inferior izquierda, "difícil de categorizar mediante estudio de imagen, en principio sin datos de agresividad". Se realiza exéresis de la lesión. Se remite fragmento de tejido de morfología multinodular que mide 1,4 cm de diámetro máximo.

RESULTADOS: Histológicamente, la tumoración estaba bien delimitada, pseudoencapsulada y mostraba un patrón sólido, con células predominantemente acinares, citoplasma abundante, granular y basófilo con presencia de gránulos PAS-positivos y resistentes a la diastasa. Los núcleos eran pequeños, redondos u ovalados, con cromatina fina y nucléolos poco evidentes, sin pleomorfismo significativo ni mitosis abundantes. Las células tumorales expresaron SOX10 y DOG1, siendo negativas para p40/p63 y S100

CONCLUSIONES: El carcinoma de células acinares es un tumor maligno infrecuente de las glándulas salivales, con un curso clínico indolente y un pronóstico favorable, aunque con una recurrencia local del 30 % y riesgo de metástasis en el 10-15 % de los casos. Su diagnóstico puede ser un reto debido a su similitud con otras neoplasias como el cistoadenocarcinoma y el carcinoma mucoepidermoide o el tejido acinar normal. Para ello es clave la identificación precisa de los tipos celulares y un análisis inmunohistoquímico detallado. La tinción nuclear para NR4A3 (NOR1) o NR4A2 (NURR1) tiene una sensibilidad del 94,4 % y una especificidad del 99 %.

El tratamiento principal es quirúrgico. Dado su riesgo de recurrencia y metástasis, es fundamental un seguimiento clínico y radiológico prolongado.

CONDROSARCOMA DE LA BASE DEL CRÁNEO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON AFECTACIÓN DE LOS PARES CRANEALES V Y VI.

Tirado Pascual, Mónica; García-Hirschfeld García, Juan María; Melgar Melgar, Álvaro; García Aguilera, Ana Isabel; Nieto Vallejo, Sixto Manuel; León Dionis, Mateo
Presentador: Tirado Pascual, Mónica

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (HURUM). IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El condrosarcoma, la 2ª neoplasia maligna de hueso después del osteosarcoma, tiene preferencia por el esqueleto axial, desarrollándose en la 5-7ª década de la vida. La localización en la base craneal es muy infrecuente. Supone sólo el 2% del total de los condrosarcomas y el 0.1% de los tumores intracraneales. Se presentan como lesiones de lento crecimiento. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Presentamos dos casos diagnosticados en nuestro centro afectando a los nervios trigémino y oculomotor externo, respectivamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: CASO 1. Mujer de 51 años con diagnóstico de neurinoma del trigémino tras pruebas de imagen por estudio de cefalea que optó por una actitud conservadora de su lesión dada su evolución asintomática, salvo leve proptosis, hasta tener que ser intervenida de urgencia por sangrado 9 años después. Se realizó resección parcial.
CASO 2. Varón de 68 años con diplopía de evolución subaguda. El TAC con contraste sugiere el diagnóstico de condrosarcoma mostrando una lesión moderadamente hipercaptante con lisis ósea y con fenómenos de calcificación. La RMN amplió el diagnóstico diferencial a condroma, osteoma, histiocitosis y displasia fibrosa. La exéresis de la lesión fue parcial, del hueso peñasco mediante un abordaje transefenoidal.

RESULTADOS: CASO 1. El examen microscópico muestra un crecimiento nodular con presencia de condrocitos, sin una atipia manifiesta, inmersos en una matriz condroide hialina. El estudio molecular detectó mutación en el codón 132 del gen IDH1. El diagnóstico fue condrosarcoma de bajo grado (grado 1). Un año después, se reintervino para resección del componente supratentorial. En el examen microscópico destacó un marcado aumento de la celularidad irregular condral con abundantes células binucleadas, con diagnóstico de condrosarcoma grado 2.
CASO 2. El estudio microscópico mostró una proliferación neoplásica mesenquimal con marcados cambios mixo-condroides, en principio sin atipia. Se remitió como caso consulta para la confirmación diagnóstica de condrosarcoma grado 1.
EVOLUCIÓN. La primera paciente está pendiente de iniciar radioterapia con protones y el segundo paciente está asintomático después de dos y años medio desde la protonterapia.

CONCLUSIONES: El condrosarcoma, aunque infrecuente, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores de base de cráneo junto al condroma, osteoma, histiocitosis, displasia fibrosa y otros menos frecuentes como el schwannoma y el meningioma. La mutación en IDH es una herramienta válida para el diagnóstico del condrosarcoma de base de cráneo. El modelo actual de oncogénesis de los tumores cartilaginosos centrales y periósticos se caracteriza por alteraciones en los genes de las isocitrato deshidrogenasas 1 y 2 (IDH1 e IDH2). En el estudio de Tallegas y cols, se estudió la mutación en IDH del condrosarcoma craneofacial. El 85% de los condrosarcomas de la base de cráneo expresaron mutación en IDH1 frente al 0% de los condrosarcomas faciales. La mayoría de los condrosarcomas son esporádicos y sin factores de riesgo conocidos, como nuestros pacientes. Una pequeña proporción ocurre en el contexto de síndromes como el de Maffucci o el de Ollier. Las manifestaciones dependen en gran medida de la localización y de la expansión del tumor. En general, el crecimiento es lento pero los tumores de alto grado pueden crecer rápidamente y metastatizar.

MELANOMA DE MUCOSAS; UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TUMORES INDIFERENCIADOS SINONASALES.

López Henríquez, Rocío; Martín Concepción, José Adán; Vega Falcón, Abián; Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves
Presentador: López Henríquez, Rocío

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El melanoma primario de mucosas es una neoplasia melanocítica infrecuente que puede originarse en diversas localizaciones, siendo la región de cabeza y cuello una de las más frecuentes. Debido a su naturaleza poco común, el diagnóstico de melanoma en las vías respiratorias puede resultar un desafío. Sin embargo, es fundamental considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de lesiones sinonasales indiferenciadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 76 años que acudió a un otorrinolaringólogo privado por sangrado nasal recurrente, autolimitado, de meses de evolución. En la exploración física, se observó una lesión polipode en la zona posterior de la fosa nasal. Se realizó una fibrorrinoscopia que reveló una lesión carnosa de gran vascularización superficial, que parecía originarse en el cornete nasal y ocupaba la coana y el cavum. La tomografía axial computarizada (TAC) confirmó que la lesión se originaba en el sector posterior del cornete inferior derecho, con un tamaño aproximado de 13 mm. Con estos hallazgos, se decidió realizar una resección de la lesión. Los bloques de tejido fueron enviados al hospital universitario de canarias para su tipificación.

RESULTADOS: En el examen microscópico, se observó una proliferación tumoral sólida e indiferenciada, con un patrón de crecimiento difuso. La lesión estaba constituida por una población celular monomorfa de tamaño pequeño a mediano, con núcleos redondeados y un hábito epitelioide. Se identificaron numerosas figuras mitóticas y focos de necrosis tumoral. Siguiendo un algoritmo diagnóstico para neoplasias indiferenciadas sinonasales, se realizó en primer lugar CKAE3-AE1, cuyo resultado fue positivo. Valorando diferentes tipos de carcinomas y adenocarcinomas (carcinoma de células escamosas, carcinoma neuroendocrino, carcinoma nut, CARCINOMA CON DÉFICIT DEL COMPLEJO SWI/SNF...) se realizaron numerosas técnicas inmunohistoquímicas; p40, marcadores neuroendocrinos, CAM5.2, INI1, CK20 y CK7; todas con resultado negativo. Ante estos hallazgos, se amplió el abanico diagnóstico realizando CD45, miogenina, CD99 y S100; siendo todas ellas negativas. Finalmente, las técnicas inmunohistoquímicas de HMB45, Melan-A y SOX10 fueron positivas, por lo que se diagnosticó como melanoma. Al reevaluar a la paciente no se identificó una lesión primaria, por lo que se concluye que se trata de un melanoma primario de mucosas. Además, en biopsias posteriores, se observó un área de melanoma in situ confirmando la naturaleza primaria de la lesión.

CONCLUSIONES: El melanoma primario de mucosas es una entidad rara que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial ante cualquier lesión sinonasal indiferenciada. Además, está descrita la expresión aberrante de múltiples marcadores inmunohistoquímicos en melanomas malignos, entre ellos los marcadores epiteliales como CKAE3-AE1. Esta expresión debe ser considerada al interpretar los resultados inmunohistoquímicos para no llegar a una conclusión errónea.

EL PATÓLOGO FRENTE A LA POLIPOSIS NASAL: UNA REVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA.

San Miguel Fraile, M^a Pilar; Fernández-Carrera González, Isabel; Juaneda Magdalena Benavides, Laura; Abdulkader Sande, Sámer; Durán Cameselle, Andrea; Rodríguez Atanes, Omayra; González Álvarez, Ibán; Ortiz Rey, Jose Antonio; Fiaño Valverde, M^a Concepción; González Guijarro, Isabel
Presentador: San Miguel Fraile, M^a Pilar

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente, el patólogo desempeña una función poco relevante en el diagnóstico de la poliposis nasal. Sin embargo, los conocimientos científicos de la rinosinusitis crónica han experimentado grandes avances en los últimos años, y actualmente se sabe que es una enfermedad compleja con múltiples variantes producidas por diferentes mecanismos fisiopatológicos. Además, se ha comprendido que el fenotipo de esta enfermedad por sí solo no ofrece información suficiente sobre los mecanismos fisiopatológicos que la producen, razón por la cual en la actualidad se necesitan conocer las rutas moleculares o endotipos que se activan. Esto ha conllevado a clasificar histológicamente a la Rinosinusitis Crónica con pólipos nasal (RSCcPN) en dos categorías: con o sin eosinofilia en función de que esté producida o no por una respuesta inflamatoria tipo 2, respectivamente ya que va a diferenciar dos entidades clínicas diferentes.

Nuestro principal objetivo en este trabajo es diferenciar histológicamente los pólipos producidos o no por una respuesta inflamatoria tipo 2. Otros objetivos secundarios son describir que parámetros histológicos predican la gravedad de la RSCcPN producida por una esta reacción inflamatoria y valorar microscópicamente la respuesta al tratamiento con fármacos biológicos en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes incluidos en la base de datos pseudonimizada "Base de datos asistencial Rinosinusitis Crónica" del Servicio de Otorrinolaringología y Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en el período de estudio del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2023. En todos ellos valoramos los siguientes parámetros histológicos: hiperplasia de células calciformes, edema, número de eosinófilos tisulares por campo de gran aumento (cga) (< 10, >10 <50, >50), degranulación, cristales de Charcot Leyden, engrosamiento de la membrana basal, presencia de eosinófilos intraepiteliales y mastocitos intraepiteliales y estudiamos si había asociación estadística con parámetros clínicos, radiológicos y analíticos de gravedad.

RESULTADOS: Se estudiaron en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Álvaro Cunqueiro 101 pólipos nasales. De estos pacientes, 79 (78%) fueron diagnosticados de RSCcPN producidos por respuesta inflamatoria tipo 2 (presencia de más de 10 eosinófilos por cga) y 22 (22%) no tipo 2 (menos de 10 eosinófilos por cga).

Nuestros resultados demuestran que la intensidad de la eosinofilia tisular (>50 eosinófilos por cga), la degranulación y los cristales de Charcot Leyden se correlacionan con la mayor severidad de los síntomas y probabilidad de recurrencia.

CONCLUSIONES: Las nuevas opciones terapéuticas hacen imprescindible una nueva reclasificación de la RSCcPN, siendo fundamental diferenciar, mediante criterios histológicos, si la RSCcPN está producida o no por una respuesta inflamatoria tipo 2. Además, algunos parámetros histológicos adicionales como la degranulación y los cristales de Charcot Leyden permiten practicar una medicina de precisión ayudando al otorrino a decidir seguimiento, evolución, tratamiento y respuesta al mismo.

TUMORES DE PARTES BLANDAS EN CABEZA Y CUELLO. UN HALLAZGO INESPERADO.

Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Esqueda Azpíroz, Elbimar Del Carmen; Honrado Franco, Emiliano; Marín Asensio, Sergio; García Galvis, Olga Fernanda; Fernandez Cascon, Sara; Martínez Martínez, Carlos Javier

Presentador: Rodríguez Guevara, María Guadalupe

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los liposarcomas (LPS) son un grupo heterogéneo de neoplasias mesenquimales malignas que se originan a partir del tejido adiposo, existen diferentes subtipos que incluyen el tumor lipomatoso atípico/liposarcoma bien diferenciado (TLA/LPSBD), liposarcoma desdiferenciado, liposarcoma mixoide, liposarcoma pleomórfico y liposarcoma mixoide pleomórfico. Los LPS representan el 2-3% de todos los sarcomas en la región cabeza y cuello, siendo el TLA/LPSBD el subtipo más frecuente. En laringe e hipofaringe, representan un 0,5% de todas las neoplasias malignas en estas localizaciones. Predominan en varones y clínicamente se manifiestan con ronquera y disnea. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye el lipoma de células fusocelulares, por lo que su diagnóstico es todo un reto. La amplificación del gen MDM2 representa el gold standard y es crucial para distinguirlo de otras entidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado en nuestro centro un análisis retrospectivo de los casos diagnosticados de Liposarcomas en el área de cabeza y cuello desde el año 2016 hasta 2023, ambos incluidos. En base a esto, se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos especializada (PatWin). Se revisó el diagnóstico y se recogieron y analizaron los datos clínicos y morfológicos de interés.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 2 casos con diagnóstico de TLA/LPSBD. El caso 1, se trata de un hombre de 50 años que acude a urgencias por hematemesis, disnea y disfonía, es derivado al servicio de ORL. En la laringoscopia directa se evidencia una tumoración procedente del vestíbulo laríngeo, se realiza traqueotomía urgente y posteriormente una cervicotomía con extirpación de la lesión. El caso 2, se trata de un hombre de 54 años que acude a su médico de atención primaria por disnea y disfonía, es derivado al servicio de ORL. En la exploración se evidencia una gran masa dependiente de repliegue aritenopiglotico, el TAC de cuello es informada como tumoración laríngea compatible con lipoma submucoso, se realiza laringoscopia directa con extirpación de la lesión. Ambas lesiones fueron remitidas al servicio de Anatomía Patológica, siendo informadas como Liposarcomas bien diferenciados de tipo fusocelular, en el estudio inmunohistoquímico arrojaron positividad para CDK4 y MDM2. Posteriormente se confirmó el diagnóstico con la técnica FISH para el gen MDM2 que resultó positiva para la amplificación.

CONCLUSIONES: Los LPSBD/TLA es una entidad rara en cabeza y cuello, especialmente en laringe e hipofaringe. En esta localización, el riesgo de metástasis es muy bajo por lo que el pronóstico es bueno, aunque suelen recidivar y causar síntomas locales si la extirpación no es completa. En casos de recidivas recurrentes la laringectomía es el tratamiento de elección. Clínica e histológicamente esta entidad se suele confundir con lipomas u otro tipo de lesiones benignas, por ello es necesario tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales para un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno.

TUMORES RAROS DE CABEZA Y CUELLO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Cepeda García, Elena; Álvarez Rodríguez, Roberto; Rodríguez López, Antia; Seijo Raposo, Jorge; Escalona Canal, María Eugenia; Reguera Arias, Ana
Presentador: Cepeda García, Elena

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se consideran tumores raros aquellos que tienen una incidencia inferior a 6 casos por cada 100.000 habitantes. Los tumores raros de cabeza y cuello constituyen menos del 10% de los tumores de esta localización y carecen de evidencia suficiente para una atención estandarizada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron en el estudio todos los tipos histológicos de tumores malignos de cavidad nasal, senos paranasales, nasofaringe, glándulas salivales y oído medio, con la excepción de que de los carcinomas escamosos solo se incluyeron aquellos que eran primarios de cavum y oído; además se incluyeron los tumores neuroendocrinos, adenocarcinomas y carcinomas odontogénicos, independientemente de su localización.

RESULTADOS: Hemos recogido un total de 214 pacientes con tumores raros de cabeza y cuello en los últimos 10 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso de cavum y oído (22,9%), seguido del carcinoma adenoide quístico (10,7%), adenocarcinoma de células acinares (7,9%) y carcinoma mucoepidermoide (7,0%). Del total de pacientes, hubo 143 hombres y 71 mujeres. La edad media de todos ellos fue 62 años.

CONCLUSIONES: Los tumores raros de cabeza y cuello se caracterizan por un amplio y heterogéneo espectro histológico, lo que supone un desafío diagnóstico y clínico. Un correcto diagnóstico patológico junto con discusión en comités multidisciplinarios son cruciales para manejar mejor a estos pacientes y conducir a la estrategia terapéutica más adecuada.

A RARE TUMOR IN AN UNUSUAL LOCATION HARBOURING A SPECIFIC GENE FUSION:HYALINIZING CLEAR CELL CARCINOMA OF THE TONSIL WITH EWSR1-ATF1 FUSION GENE

Reina Licona, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; Bravos Collazos, Yoselin Cristina; Gonzalez Matea, Manuel; Nam Cha, Syonghyun
Presentador: Reina Licona, Lucía Alejandra

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: HCCC is a rare tumor, that originates from the intraoral minor salivary glands, it is usually of low-grade malignancy with an indolent clinical course. This entity is frequently misdiagnosed and confused with "look alike" tumors such as: squamous cell carcinoma, clear cell variant of mucoepidermoid carcinoma, monomorphic variant of epithelial-myoepithelial carcinoma and metastatic clear renal cell carcinoma. Therefore, the use of molecular tools is helpful, and sometimes crucial in reaching the diagnosis through the detection of the EWSR1-ATF1 fusion transcript.

MATERIAL Y MÉTODOS: 63 yo male with heart disease and low-risk COPD, with a previous oncologic history of a clear renal cell carcinoma, which was surgically treated. Currently being treated by Hematology because of a recent diagnosis of a small cell lymphocytic lymphoma/CLL-B, discovered by the swelling and hypertrophy of the right tonsil which was biopsied. During the clinical follow-up, a PET scan revealed an increased uptake in the right tonsil and a right level II cervical adenopathy. A tonsillectomy was performed, histopathologically analyzed and eventually molecular techniques (FISH and NGS) were solicited.

RESULTADOS: The first histopathological study reported a poorly differentiated squamous cell carcinoma. The case was later reviewed at the request of the Head and Neck Tumor Committee. The tissue sample revealed an infiltrative lesion made up of epithelial nests sorrounded by a hyalinized stroma without any obvious connection to the superficial squamous epithelium. The cells appear bland and monomorphic with clear to eosinophilic cytoplasm. An image of lymphovascular invasion was present, although no necrosis, atypia or perinueral invasion was found. Immunohistochemistry showed tumor cell positive for p63 and main epithelial markers, and negative for p16, CA-IX, RCC, PAX-8 and SMA. PDL-1 22C3 result for CPS was 71. FISH analysis confirmed presence of rearrangement of the ESWR-1 gene, this was accompanied by NGS study that validates the gene fusion between EWSR1-ATF1. The patient has currently received his last radiotherapy session and is being closely followed up with a pending PET scan.

CONCLUSIONES: HCCC originating in unusual locations (like the tonsil) accompanied with high grade features (lymphatic invasion) are extremely rare. The concurrent CLL at this site and the previous history of renal clear cell carcinoma could lead to misdiagnosis, which can be avoided through a comprehensive morphologic study and molecular detection to get to the definitive diagnosis. This further demonstrates how important and fundamental the molecular tools are in regard to identifying and correctly classifying specific tumors.

UN RARO TUMOR LINGUAL MESENQUIMAL DE HISTOGENESIS DESCONOCIDA.

Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; Pérez Zunino, Ana; Sabio Amat, Miguel Ángel; Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth; Fernández De Mera, José Juan

Presentador: Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Tumor Ectomesenquimal condromixoide es una neoplasia constituida por células fusiformes y poligonales que se disponen en un estroma mixoide y collagenizado, que presentan la fusión RREB1:MRTFB. Generalmente, se encuentra localizado en dorso lingual anterior, pero también puede situarse en paladar y en mandíbula. Se trata de un tumor muy raro, con menos de 100 casos descritos en la bibliografía británica, con pronóstico indolente, que habitualmente afecta a adultos jóvenes y que, histopatológicamente está formado por lóbulos bien delimitados de cordones, sábanas o redes de células eosinófilas con núcleos ovoides y monofásicos; que pueden tomar una morfología estrellada, poligonal o fusiforme. El estroma puede ser mixoide, collagenizado o focalmente hialino. Su diferenciación es polifenotípica, con GFAP difusamente positivo la mayoría de las veces, y EMA, citoqueratinas, S100, etc focalmente positivos. Por último, las técnicas de biología molecular pueden ser de utilidad en casos dudosos, pues el 90% de los casos presenta fusión RREB1:MRTFB (MLK2).

Como objetivo de esta comunicación, planteamos la presentación de un caso de esta neoplasia en dorso lingual de un varón de 78 años, describiendo sus características morfológicas e inmunohistoquímicas y destacando la importancia del análisis molecular para su correcta identificación, diferenciándolo de otras neoplasias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo el procesamiento y análisis de una elipse de tejido mucoso procedente de dorso lingual anterior, de 10x6x6 mm, con la lesión descrita; la cual, a nivel macroscópico, presentaba una localización submucosa y media 5x4x5 mm. Se realizaron técnicas clásicas de tinción, histoquímica, y de inmunohistoquímica; así como, un panel de secuenciación masiva (NGS) para detectar las alteraciones moleculares previamente descritas.

RESULTADOS: El estudio histopatológico reveló una lesión nodular, multilobulada, no encapsulada, submucosa, que estaba formada por una celularidad ovoides y fusiforme, pálidamente eosinófila, que presentaba núcleos levemente atípicos, y que se encontraba dispuesta en el espesor de una matriz eminentemente mixoide y collagenizada, tal y como reveló el trícromico de Masson. Además, presentó positividad difusa para GFAP, y focal para S100. El resto de marcadores fueron negativos (Citoqueratinas, SOX10, Actina de músculo liso, desmina, calponina, etc).

El estudio molecular por secuenciación masiva, reveló un reordenamiento que afectaba a los genes RREB1 y MLK2, propia de esta neoplasia, descartando otros tumores que pudieran guardar un parecido morfológico.

CONCLUSIONES: -El Tumor Ectomesenquimal condromixoide es una lesión de histogénesis incierta que, en general, tiene un comportamiento benigno, aunque puede ser localmente agresivo.

-Se trata de una neoplasia muy rara, con menos de 100 casos publicados en la bibliografía británica.

-A nivel morfológico, tiene una estructura generalmente, polilobulada, y se encuentra formada por células pálidas, eosinófilas, fusiformes u ovoides, con ligera atipia, que se disponen sobre un estroma mixoide.

-El estudio inmunohistoquímico suele revelar una diferenciación polifenotípica, presentando una positividad difusa para GFAP con frecuencia, y focalmente positiva o negativa para otros marcadores.

-El análisis molecular es importante en neoplasias de histogénesis indeterminada porque permite descartar otras entidades que no tienen asociada, de manera específica, la alteración propia de este tumor.

EVALUACIÓN DE HIBRIDACIÓN IN SITU DE RNA PARA LA DETECCIÓN DE VPH EN CARCINOMAS DE CABEZA Y CUELLO P16 POSITIVOS: SERIE DE CASOS

Cadavid Fernandez, Natalia; Tenelanda Santillan, Angie Gabriela; Veliz Dominguez, Alejandra Sofia; Moles Caparros, Silvia; Meléndez Gispert, Maria Rosa; Ariño Palao, Carmen; Reguero Callejas, Maria Eugenia; Garcia-Cosío Piqueras, Monica; Moreno Moreno, Esther

Presentador: Cadavid Fernandez, Natalia

HOSPITAL RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El virus del papiloma humano (VPH) es un agente etiológico bien establecido en un subgrupo de carcinomas epidermoides de cabeza y cuello, con implicaciones clínicas y pronósticas importantes, así como en otros tipos de carcinomas. La sobreexpresión de p16 mediante inmunohistoquímica se emplea como marcador subrogado de infección por VPH en orofaringe, aunque se recomienda confirmación de su presencia y tipaje por técnicas moleculares. Tradicionalmente, esta detección se ha realizado mediante PCR de ADN en laboratorios de microbiología, aunque esta técnica no determina si el virus se encuentra en fase transcripcional. La hibridación in situ (HIS) de ARNm de los oncogenes E6/E7 del VPH permite detectar y cuantificar el virus en fase transcripcional en tejidos fijados en formol e incluidos en parafina (FFPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 16 casos de carcinomas de cabeza y cuello p16 positivos. En cada muestra FFPE se realizó HIS de ARNm (RNAScope™) de los oncogenes E6/E7 de VPH de alto riesgo. Los resultados se compararon con la tipificación de VPH realizada mediante PCR de ADN en microbiología. Se evaluó la concordancia entre ambas técnicas y se analizaron las discrepancias.

RESULTADOS: De los 16 casos analizados, 14 fueron carcinomas epidermoides no queratinizantes, 1 carcinoma adenoide quístico de alto grado y 1 carcinoma nasosinusal multifenotípico. La tipificación por PCR de ADN detectó VPH en 15 de los 16 casos, sin poder tipificarse uno de los casos debido a material insuficiente. Se detectaron genotipos de alto riesgo (VPH 16 en el 75% de los casos, seguido del 26 y 82) en 14 casos, 11 confirmados con HIS de ARNm. En uno de los casos se detectó el genotipo 6 de bajo riesgo, que también resultó positivo por hibridación con muy baja cuantificación. La HIS de ARNm fue positiva en 13 de los 16 casos, incluyendo el caso con material insuficiente para PCR de ADN. Los 3 casos negativos por HIS mostraron resultado positivo con PCR para virus 16.

CONCLUSIONES: La HIS de ARNm demuestra ser una herramienta altamente sensible y específica para la detección de infecciones activas por VPH en carcinomas p16 positivos. A diferencia de la PCR de ADN, que amplifica secuencias virales sin diferenciar su actividad biológica, la HIS de ARNm permite evaluar la transcripción de los oncogenes E6/E7, asegurando una correlación más precisa con la implicación del virus en la carcinogénesis. La discrepancia observada en tres casos con PCR positiva e HIS negativa sugiere que el ADN viral detectado podría corresponder a una infección no transcripcionalmente activa, lo que refuerza la ventaja de la utilización de HIS de ARNm para identificar únicamente infecciones con relevancia biológica, por su implicación diagnóstica y pronóstica. Además, su capacidad de cuantificación añade un valor adicional para la estratificación de los casos según la carga viral. El caso con un genotipo de bajo riesgo detectado por PCR de ADN, que fue positivo con HIS de ARNm de alto riesgo, refuerza la especificidad de la técnica para detectar cargas virales mínimas que pueden no ser detectadas en el estudio de PCR. Su implementación en los servicios de anatomía patológica elimina la necesidad de enviar muestras a microbiología, optimizando tiempos y recursos. Estos hallazgos respaldan el uso de HIS de ARNm como una alternativa ventajosa en la evaluación de carcinomas asociados a VPH, con potencial impacto en el diagnóstico y manejo clínico de los pacientes.

Patología de Cabeza y Cuello

1871

METÁSTASIS GANGLIONAR DE CARCINOMA SECRETOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; Sabio Amat, Miguel Ángel; Pérez Zunino, Ana; Avellaneda Ortiz, Henry Steven; Fernández Sánchez-Arévalo, Claudia; González Ibáñez, María Victoria

Presentador: Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma secretor es una neoplasia maligna poco frecuente, que ocurre predominantemente en las glándulas salivales, aunque también se ha descrito en otras localizaciones como la cavidad nasal, la piel y la tiroides. Su identificación es crucial para el manejo clínico, especialmente cuando se presenta como una adenopatía metastásica de origen desconocido. El diagnóstico se basa en la histología e inmunohistoquímica, con positividad para S100, SOX10 y mamoglobina, y negatividad para p40 y/o p63. Se asocia con reordenamientos genéticos específicos, principalmente ETV6:NTRK3 y ETV6:RET. En el caso descrito, el estudio molecular mediante NGS y la revisión anatomopatológica resultaron clave para la clasificación de la neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 67 años, asintomática, que acude a Medicina Interna tras la detección de una adenopatía axilar izquierda. La lesión fue inicialmente considerada como inflamatoria, pero ante su persistencia se realizó biopsia con hallazgos compatibles con carcinoma papilar renal tipo 2. A pesar de los hallazgos histológicos, las pruebas de imagen (TAC, PET-TC y RM) no evidenciaron lesión primaria a nivel renal ni en otras localizaciones. Ante la peculiaridad del caso, se realizó una segunda revisión anatomopatológica y se solicitó análisis molecular por NGS.

RESULTADOS: El estudio histológico de la adenopatía axilar mostró una neoplasia con crecimiento lobulado y áreas quísticas, revestidas por células epitelioides, con citoplasma eosinófilo y núcleo central con nucleolo. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para S100, panTRK, mamaglobina, CK7, GATA3 y panCK, con negatividad para DOG1, p63 y PAX8, lo que orientó el diagnóstico hacia un carcinoma secretor metastásico. Los estudios de imagen no evidenciaron lesiones primarias en el riñón ni en otros órganos. La evaluación mediante NGS permitió descartar mutaciones asociadas a carcinoma renal y confirmó la presencia de fusión de ETV6:NTRK3, compatibles con carcinoma secretor.

CONCLUSIONES: - Este caso subraya la importancia del análisis inmunohistoquímico y molecular en el diagnóstico diferencial de neoplasias metastásicas de origen incierto.
- La correcta caracterización de la neoplasia es esencial para definir el seguimiento y manejo clínico más adecuado.
- El pronóstico del carcinoma secretor es generalmente favorable, con bajo riesgo de metástasis a distancia, aunque la transformación de alto grado y el estadio clínico avanzado son factores de mal pronóstico.

Patología de Cabeza y Cuello

1611

METÁSTASIS POR ADENOCARCINOMA INTESTINAL EN CAVIDAD NASAL: UN HALLAZGO POCO USUAL.

Torrealba Lozada, Ricardo José; Calvo Gómez, Jordi; Dualde Beltrán, Delfina; Tarazona, Noelia; Maroñas, María; Compañ, Amparo; Alfaro Cervelló, Clara

Presentador: Torrealba Lozada, Ricardo José

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La cavidad nasal como asiento de metástasis por tumores extranasales es extremadamente rara, conllevando además en la mayoría de los casos un mal pronóstico. Presentamos el caso de una metástasis en raíz nasal como manifestación de recidiva tumoral en un paciente con antecedente de adenocarcinoma de sigma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un paciente con antecedente de adenocarcinoma de sigma, tratado con hemicolectomía izquierda y quimio-radioterapia por metástasis pulmonares y hepáticas con remisión completa. Meses después consulta por aumento de volumen en raíz nasal de 4 meses de evolución. En la exploración la lesión era de consistencia firme y dolorosa. Se le realiza tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y toma de biopsia para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS: Tanto la RM como la TC revelaron una lesión en raíz nasal con captación de contraste heterogénea, matriz calcificada y extensión ósea local, sugestiva de probable neoplasia maligna de estirpe linfoproliferativa o sarcomatosa. La evaluación histopatológica mostró una lesión constituida por células de hábito epitelial, núcleos atípicos hiper cromáticos, que formaban glándulas irregulares con áreas de patrón cribiforme. Las células neoplásicas mostraron expresión inmunohistoquímica de CDX2, CK20 y SATB2. Se realizó intervención quirúrgica para exéresis completa y reconstrucción local.

CONCLUSIONES: El presente caso enfatiza la importancia de considerar metástasis en localizaciones atípicas en pacientes con antecedentes oncológicos. Ante el hallazgo de una neoplasia en cavidad nasal de morfología intestinal es importante realizar el diagnóstico diferencial entre el adenocarcinoma nasosinusal de tipo intestinal y una metástasis de un adenocarcinoma primario colorrectal. Es fundamental tener siempre presentes los antecedentes del paciente y, dada la agresividad de estas lesiones, aplicar un enfoque multidisciplinar y personalizado de cara al tratamiento.

QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE: UN QUISTE MANDIBULAR POCO FRECUENTE

Betancor Santos, M^a De Los Angeles; Brygadyr , Yaroslav; Rodríguez Pérez, Irene; Angulo Biedma, Bárbara; Azúa-Romeo , Javier

Presentador: Betancor Santos, María De Los Angeles

HLA MONCLOA. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ANALIZA SOCIEDAD DE DIAGNÓSTICO SL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Es un quiste benigno de origen odontogénico descrito en 1962 como un posible análogo oral del pilomatrixoma cutáneo. Supone <0,3% de los quistes odontogénicos. Se localizan con mayor frecuencia en la región anterior de la mandíbula, no tienen predominancia de género, tiene pronóstico excelente, pocas recurrencias (< 5%) y en raras ocasiones se ha descrito transformación maligna. Están asociados a mutaciones de ? catenina (CTNNB1).

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 26 años con un quiste periodontal entre piezas 24/25.

RESULTADOS: Microscópicamente se observa una lesión quística tapizada por epitelio odontogénico con una capa bien definida de células basales en empalizada y células epiteliales suprabasales dispuestas de forma laxa que se asemejan al retículo estrellado (ameloblastoma-like). A nivel suprabasal se observan células fantasma (pálidas y eosinofílicas) con presencia de microcalcificaciones. No se observa atipia citológica ni imágenes de invasión del estroma. Presenta positividad para ? catenina, LEF-1 y ki-67 es bajo.

CONCLUSIONES: Aunque es una entidad rara, es imprescindible conocer su existencia, ya que forma parte de un espectro de lesiones constituidas por células fantasma, desde la forma benigna y quística (la cual presentamos) hasta su homólogo maligno (carcinoma odontogénico de células fantasma).

ADENOMA TIROIDEO DE PROBABLE ORIGEN EN CUERPO ULTIMOBRANQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Espada Bonilla, Abel; Azaña González, Carlos; Segura Sánchez, Juan; Fontillón Alberdi, María; Japón Rodríguez, Miguel Ángel

Presentador: Espada Bonilla, Abel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Exponemos el caso de un tumor tiroideo inusual, cuyas características sugieren una posible relación con restos del cuerpo último branquial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 39 años que acude por percibir nódulo cervical derecho con molestias a la movilización lateral del cuello, sin otra sintomatología. Se realiza ecografía tiroidea en la que se visualiza nódulo mixto de 43 mm en lóbulo tiroideo derecho, sin adenopatías sospechosas. Con posterioridad se decide realización de hemitiroidectomía derecha.

RESULTADOS: Al examen macroscópico de la lesión se identifica una tumoración de 9 cm, bien delimitada de contorno expansivo no encapsulada de aspecto mixoide. Microscópicamente se caracteriza por un crecimiento multinodular de nidos sólidos de células epitelioides con degeneración quística ocasional, que se acompaña de estroma fibroso, lipomatoso y mixoide, con presencia focal de agregados linfoides Se observan ocasionales folículos tiroideos sin signos histológicos de malignidad. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CK 5/6 en capa basal de los nidos epiteliales sólidos y quísticos, y positividad para TTF1 en la capa luminal de los nidos sólidos, así como en los folículos tiroideos. No se observan signos de malignidad histológica tales como necrosis, mitosis atípicas ni pleomorfismo. No se observan signos de invasión vascular ni capsular.La ausencia de crecimiento invasivo y atipia citológica, así como el bajo índice proliferativo, sugieren que se trata de una neoplasia benigna, relacionada con restos del cuerpo último branquial. Finalmente se emite el diagnóstico de tumor benigno con componente tiroideo folicular y restos del cuerpo últimobranquial.

CONCLUSIONES: Nos encontramos ante una neoplasia de características benignas, de morfología inusual, que presenta un componente estromal heterogéneo y nidos sólidos epiteliales compatibles con remanente del cuerpo ultimobranquial. Con esta orientación diagnóstica se realiza búsqueda bibliográfica encontrando sólo un caso publicado de morfología similar cuyos autores proponen la terminología de adenoma tiroideo de probable origen en cuerpo ultimobranquial.

NEOPLASIAS CERUMINOSAS BENIGNAS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO: INFRECUENTES PERO CARACTERÍSTICAS

Oliver Ledesma, Marina; Martínez Miguel, Jennifer; Pueyo Arias, Pablo; Ruiz Quintero, Geraldinne; Barredo Santamaría, Inmaculada; Saiz Ruiz De Loizaga, Marta
Presentador: Oliver Ledesma, Marina

HOSPITAL DE GALDAKAO (LABEAGA AUZOA 48960)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias ceruminosas benignas del Conducto Auditivo Externo (CAE) son lesiones que derivan de las glándulas sudoríparas apocrinas modificadas que se localizan en la porción cartilaginosa del CAE. Constituyen menos del 1 % de todas las neoplasias primarias del oído, y pueden suponer un desafío para el patólogo en lo que respecta al diagnóstico diferencial con otras entidades y con las neoplasias ceruminosas de carácter maligno. En este estudio se presenta un caso y se realiza una revisión de la literatura acerca de este grupo de neoplasias.

Se trata de una mujer de 66 años que acude a consulta refiriendo sensación de taponamiento ótico de 4 meses de evolución. Por otoscopia se observa en CAE una lesión polipoides de 0,7 cm, que por radiología presenta densidad de partes blandas sin signos de infiltración de tejidos vecinos. Se realiza extirpación de la lesión para completar estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: La lesión se recibe en nuestro servicio, se procesa y se obtienen bloques que se tiñen con Hematoxilina & Eosina para la evaluación morfológica. Tras una primera valoración, se solicitan las siguientes técnicas de inmunohistoquímica: Antígeno de Membrana Epitelial (EMA), citoqueratina 7 (CK7), citoqueratina 5/6 (CK 5/6), cromogranina y sinaptofisina.

RESULTADOS: Microscópicamente se observa en dermis una lesión de configuración nodular, bien delimitada y no encapsulada; el revestimiento epidérmico es íntegro y no muestra alteraciones. La lesión está compuesta por glándulas de tamaño variable, algunas de ellas con dilataciones quísticas, y presentan escaso estroma entre sí. Dichas glándulas están revestidas por una doble capa de células, observándose una capa externa de células mioepiteliales y una capa interna compuesta por células cilíndricas con secreción por decapitación y gránulos intracitoplasmáticos de color amarillento. No se identifican áreas de necrosis, invasión linfovascular ni signos de atipia manifiesta. Mediante técnicas de inmunohistoquímica, ambas capas se tiñen con EMA, la capa de células luminales con CK7, las células mioepiteliales con CK 5/6 y la tinción con marcadores neuroendocrinos es negativa. Con todos los hallazgos descritos, el diagnóstico final es de adenoma ceruminoso del CAE.

CONCLUSIONES: Las neoplasias ceruminosas benignas del CAE son lesiones de crecimiento lento que se presentan en la sexta década de la vida y afectan por igual a ambos sexos. Clínicamente cursan con pérdida auditiva, sensación de taponamiento u otitis externa, y el curso clínico es prolongado debido a su crecimiento lento.

A nivel histológico, son lesiones bien delimitadas compuestas por glándulas de secreción apocrina que contienen gránulos intracitoplasmáticos, los cuales otorgan a estas lesiones un aspecto característico. Los gránulos contienen sustancias que contribuyen a la formación del cerumen y proporcionan inmunidad local al CAE. Existen tres subtipos de neoplasias ceruminosas benignas incluidas en la Clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la Organización Mundial de la Salud. Hallazgos sugestivos de adenocarcinoma de glándulas ceruminosas son, entre otros, las áreas de necrosis, los focos de invasión perineural y linfovascular y la pérdida de los gránulos intracitoplasmáticos. En el diagnóstico diferencial se incluyen entidades como el paraganglioma o el tumor neuroendocrino del oído medio.

ADENOMA PLEOMORFO CON CÉLULAS BIZARRAS: CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS Y RELEVANCIA

Chao Crecente, Montserrat; Gómez Márquez, María; Dimas Vázquez, Nicole; Nogales Moro, Adrián; Pinilla Pagnon, Ignacio; García De Casasola Rodríguez, Gonzalo; Ariño Palao, Carmen; Abascal Camacho, María Luisa; Suárez Pita, Daniel; Domínguez Martínez, María Victoria; Gallego Gutiérrez, Irene
Presentador: Chao Crecente, Montserrat

HOSPITAL UNIV. SEVERO OCHOA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenoma pleomorfo es una de las neoplasias benignas más comunes de las glándulas salivales, caracterizada por su heterogeneidad en cuanto a su patrón celular y tejido mesenquimal. Sin embargo, en algunos casos, puede presentar características atípicas que simulan malignidad. Se presenta un caso poco frecuente de adenoma pleomorfo con la presencia de células bizarras, que son inusuales en este tipo de tumor. Las células bizarras se distinguen por su morfología anómala con presencia de núcleos irregulares y citoplasma aumentado, lo que plantea desafíos tanto en el diagnóstico como en la diferenciación de otros tumores malignos. En este caso se detalla el perfil clínico, histológico y las implicaciones de la presencia de estas células atípicas en el adenoma pleomorfo, así como las posibles consideraciones para su manejo y pronóstico. La identificación temprana de tales características puede ser crucial para evitar diagnósticos erróneos y determinar el tratamiento adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS: El paciente, un varón de 51 años con hipertensión arterial tratada y sin otros antecedentes, consultó por tumoración en la región parotídea derecha, de 6 meses de evolución y crecimiento progresivo. La exploración física mostró una lesión dura, móvil, sin alteraciones en bucofaringoscopia ni fibroscopia. Una RMN reveló una lesión de 36x21x26 mm sugestiva de adenoma pleomórfico. Se realizó parotidectomía. Macroscópicamente, se recibieron dos fragmentos: uno de 1,5x1,5 cm, y otro de 3,8x2,5 cm, blanquecino e indurado. Fueron procesados y teñidos con tinciones rutinarias de H&E y posteriormente se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico y descartar malignidad.

RESULTADOS: Microscópicamente, se observa una neoplasia encapsulada, compuesta por células epiteliales dispuestas en estructuras tubulares y áreas condromixoides, típicas del adenoma pleomórfico. Se identificaron zonas de alta densidad celular con patrón difuso y presencia de abundantes células bizarras, caracterizadas por núcleos hiper cromáticos de morfología irregular, junto con metaplasia escamosa y perlas córneas. No se observaron figuras de mitosis. Focalmente se observó pérdida de la integridad capsular. La inmunohistoquímica mostró positividad para CAM5.2, CKHMW, p63, SOX10, vimentina y CK7, marcadores consistentes con diferenciación epitelial y mesenquimal; negatividad para MSA y beta catenina, descartando otras entidades. Las células pequeñas fueron positivas para Calponina y S-100, indicando un componente mioepitelial. Las células bizarras presentaron positividad focal para S-100. El diagnóstico diferencial incluyó carcinoma ex-adenoma pleomórfico, pero la ausencia de mitosis, el perfil inmunohistoquímico y la arquitectura apoyan el diagnóstico de adenoma pleomórfico con células bizarras y metaplasia escamosa.

CONCLUSIONES: Los adenomas pleomorfos tienen una arquitectura y citomorfología diversa. Pueden presentar ciertas características atípicas que no son indicadoras de malignidad, entre ellas la presencia de células bizarras. Los adenomas pleomorfos con células bizarras son poco frecuentes y suelen aparecer en áreas de infarto secundario a punciones previas, aunque en raras ocasiones se ven en tumores sin punción con aspiración con aguja fina (PAAF) previa como ocurre en este caso. Las células bizarras suponen un reto diagnóstico especialmente en las PAAF, por lo que es importante conocer este subtipo poco frecuente de adenoma pleomorfo.

Patología de Cabeza y Cuello

1826

SARCOMA SINOVIAL PEDIÁTRICO EN CABEZA Y CUELLO. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS Y DE SU COMPLEJO MANEJO.

Vivanco Vivanco, Blanca; Coca Pelaz, Andrés; González Gutiérrez, M. Paz; Rodríguez Santamarta, Tania; Fuente Díaz, Cristina; Junceda Antuña, Susana; Aguirregomezcora García, Fernando Rafael; Blanco Lorenzo, Verónica
Presentador: Vivanco Allende, Blanca

HOSPITAL UNIV. CENTRAL DE ASTURIAS.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma sinovial es un sarcoma de partes blandas de alto grado que rara vez afecta cabeza y cuello. Por tratarse de tumores en esta localización el diagnóstico y el tratamiento suele ser complejo. Por ello es de interés hacer un diagnóstico lo más temprano posible y realizar un manejo terapéutico adaptado a la edad y localización de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos de pacientes en edad pediátrica: El primero; niña de 2 años, con clínica de odinofagia y dificultad respiratoria. En la exploración física presenta una lesión supraglótica que impresiona de quiste. Ante el empeoramiento clínico se propone drenaje con toma de biopsia. El segundo paciente es un varón de 12 años con una lesión tumoral nodular bien delimitada, única, en labio inferior. Ante la sospecha clínica de mucocoele se realiza exéresis de la misma

RESULTADOS: El estudio histológico de la primera muestra revela una lesión mesenquimal fusocelular con expresión inmunohistoquímica (IHQ) focal de CQA/E1/AE3, EMA y difusa para CD99, SS18-SSX-L. Muestra negatividad para el resto de los marcadores realizados. Se emite el diagnóstico de Sarcoma Sinovial Monofásico. Los estudios de imagen descartan enfermedad a distancia. La paciente es sometida a cirugía conservadora de laringe con resección incompleta, quimioterapia y protonterapia. La segunda muestra consiste en una resección parcial de labio, con una lesión de 0,5 cm con márgenes libres. Está constituida por dos componentes: fusocelular y glandular mucosecretor. Con expresión de SS18-SSX-L, TLE, Bcl2, CD99 y calponina en el componente fusocelular y para EMA, CQ7 y CQ19 en el componente glandular. Los estudios de imagen descartan enfermedad a distancia, se realiza ampliación de márgenes y seguimiento.

CONCLUSIONES: El sarcoma sinovial es un sarcoma de alto grado y de comportamiento agresivo que se suele dar en extremidades (periarticulares). La localización en cabeza y cuello es poco frecuente (5-7%), siendo la hipofaringe la localización más común. La edad de aparición suele ser en la adolescencia o en adultos jóvenes. Aunque en cabeza y cuello se da en edades más tempranas. Radiológicamente plantea dificultades diagnósticas, siendo a veces difíciles de diferenciar de lesiones benignas. Por todo ello no suele ser la sospecha diagnóstica y el abordaje terapéutico no siempre es el adecuado inicialmente. El diagnóstico definitivo es histológico. El sarcoma sinovial monofásico plantea el diagnóstico diferencial histológico con otras lesiones fusocelulares malignas como el fibrosarcoma, tumor maligno de vaina nerviosa periférica, leiomiোসarcoma, tumor fibroso solitario. El estudio IHQ es imprescindible para el diagnóstico destacando la expresión de SS18-SSX-L. En cuanto al sarcoma sinovial bifásico, dada la localización (labio), el tamaño y la ausencia de rasgos histológicos evidentes de malignidad nos planteó como primera opción un tumor de glándula salival. También en este caso, los marcadores IHQ fueron determinantes. Con lo que proponemos ampliar el estudio IHQ en lesiones fusocelulares o mixtas que nos plantean dudas diagnósticas. En cualquier caso el tratamiento quirúrgico en esta localización es complejo y son frecuentes las recidivas.

Patología de Cabeza y Cuello

1831

HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN LA SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTARIA

Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Arolo, María Carolina; Fortiñón Alberdi, María; Ayra Arango, Carmen; Espada Bonilla, Abel
Presentador: Sosa Monsalve, Pablo Manuel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor tenosinovial de células gigantes (TGCT) es una neoplasia benigna que afecta la membrana sinovial, las vainas tendinosas y las bursas. Es más común en grandes articulaciones y excepcionalmente en el tobillo, hombro y articulación temporomandibular (ATM). El diagnóstico se realiza mediante estudio radiológico y biopsia. Presentamos el caso de una citología obtenida por PAAF de la forma localizada en ATM por ser inusual el diagnóstico por este método.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 72 años que presenta una tumoración preauricular izquierda no dolorosa de años de evolución, no adherida a planos profundos y sin afectación del nervio facial. Sin contar con un estudio radiológico, se enfoca como tumor parotideo, por lo que se solicita una PAAF, obteniéndose extensiones que se tiñen con MCG y Papanicolaou. Posteriormente, se amplía el estudio realizándose un TAC. A pesar de que la tumoración presenta características benignas, se decide realizar una tumorectomía.

RESULTADOS: La PAAF evidencia una proliferación de células ovales y fusiformes con escasa atipia, abundante pigmento herrumbroso con disposición en herradura y numerosas células gigantes multinucleadas. El diagnóstico citológico sugiere granuloma de células gigantes, sin poder descartar otras lesiones como la sinovitis villonodular pigmentaria o quiste óseo aneurismático. El TAC muestra una lesión redondeada, de márgenes bien delimitados y atenuación heterogénea en íntima relación con el cóndilo mandibular ipsilateral, sin que ocasione erosión de la cortical ósea ni infiltración de partes blandas circundantes. A valorar posible sinovitis villonodular focal. La biopsia recibida con posterioridad está constituida por varios fragmentos hemáticos cuyo estudio microscópico muestra la presencia de abundantes células epitelioides ovoides con depósito de hemosiderina, acompañadas de células multinucleadas y extravasación hemática. Los hallazgos eran concordantes con el diagnóstico de tumor tenosinovial de células gigantes.

CONCLUSIONES: El TGCT en la ATM es una patología rara pero clínicamente relevante. El diagnóstico requiere una combinación de estudios de imagen, junto con un análisis histopatológico para diferenciarlo de otras lesiones sinoviales y neoplasias malignas, siendo la PAAF un método poco frecuente de estudio, aunque muy sugestivo de la entidad cuando se presentan todas las características típicas, como fue en este caso.

Patología de Cabeza y Cuello

1839

TUMOR MALIGNO DE VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA EN GLÁNDULA PARÓTIDA – UN CASO EXCEPCIONAL

Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Gallardo Chamizo, Francisco De Asís; Márquez Lobo, Bέλgica; Iglesias Conejero, Paula; López Hidalgo, Javier Luis

Presentador: Monsalve Sosa, Pablo Manuel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Tumor Maligno de Vaina Nerviosa Periférica (TMVNP) es una neoplasia agresiva derivada de las células de Schwann que rodean los nervios periféricos. Representa aproximadamente el 5-10% de todos los tumores malignos de partes blandas y está fuertemente asociado con la neurofibromatosis tipo 1 (NFI) en un alto porcentaje de los casos. Las localizaciones más frecuentes incluyen extremidades y tronco, mientras que su presencia en la cabeza y cuello es excepcional. Dentro de esta región, la glándula parótida es una localización sumamente rara, con muy pocos casos documentados en la literatura científica. Debido a su infrecuencia, el diagnóstico diferencial con otras neoplasias parotídeas es un desafío.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 60 años con una tumoración en la celda parotídea izquierda de crecimiento progresivo y dolor leve. La masa era móvil y se realizó una PAAF que resultó sugestiva de malignidad.

El paciente fue intervenido posteriormente, realizándose una parotidectomía superficial izquierda. Se identificó una lesión nodular blanquecina de 2 × 1,7 cm, con centro necrótico y situada a menos de 0,1 cm del margen de resección. Se realizaron tinciones de hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS: El estudio histológico mostró una proliferación celular epitelioide y fusocelular con citoplasma eosinófilo y vacuolado, núcleos ovoides, cromatina abierta y una media de 9 mitosis por 10 CGA. Presenta una disposición en fascículos, con alternancia de zonas hiper- e hipocelulares y necrosis extensa, afectando 50% de la lesión. La inmunohistoquímica fue positiva para S100, H3K27me y SOX10, confirmando el diagnóstico de Tumor Maligno de Vaina Nerviosa Periférica (TMVNP).

CONCLUSIONES: El Tumor Maligno de Vaina Nerviosa Periférica representa aproximadamente 5-10% de los tumores malignos de partes blandas, pero su localización en la glándula parótida es sumamente rara. Hasta la fecha, solo se han reportado pocos casos en la literatura científica. Dada su baja frecuencia, su diagnóstico diferencial con otras neoplasias parotídeas (carcinomas epiteliales, sarcomas, schwannomas malignos) es fundamental. La confirmación histopatológica e inmunohistoquímica es clave, con S100, SOX10 y H3K27me como marcadores diagnósticos.

Este caso contribuye a la escasa bibliografía existente y subraya la importancia de considerar esta entidad en tumores parotídeos de comportamiento agresivo.

Patología de Cabeza y Cuello

1848

CARCINOMA LINFOEPITELIAL NASOSINUSAL: UN ENIGMA ONCOLÓGICO VINCULADO AL VIRUS DE EPSTEIN-BARR.

Ortega Pinto, Eugenia Isabel De La Milagrosa; Jiménez Almonacid, Justino

Presentador: Ortega Pinto, Eugenia Isabel

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma linfopitelial (LEC) es un subtipo infrecuente de neoplasia que afecta principalmente la fosa nasal y los senos paranasales. Se diferencia del carcinoma escamoso no queratinizante de nasofaringe (cavum) por su localización y comportamiento clínico. Suele aparecer en hombres entre la quinta y la sexta década de la vida, y se asocia en gran medida con la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB). Debido a su naturaleza, el LEC puede generar dificultades diagnósticas; es fundamental descartar previamente un carcinoma nasofaríngeo con extensión a la fosa nasal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe el caso de un varón de 77 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía e hipoacusia, quien presentó en julio de 2022 una lesión en la fosa nasal izquierda con extensión al seno maxilar ipsilateral, sin afectación de la pared posterior del cavum, además de adenopatías cervicales bilaterales. Con el fin de determinar la naturaleza de la neoplasia, se practicó una biopsia de la lesión.

RESULTADOS: El estudio de los fragmentos biopsiados mostró un sínctico de células neoplásicas de tamaño intermedio a grande, con núcleos redondos, cromatina vesiculosa y nucléolos prominentes, dispuestas en nidos y lóbulos. Estas células se encontraban inmersas en un denso infiltrado linfoplasmocitario, sin evidencia de queratinización. El estudio inmunohistoquímico mostró que las células tumorales eran positivas para citoqueratina 5/6 y p40, mientras que NUT y p16 fueron negativas. La hibridación in situ confirmó la presencia de VEB. Estos datos permitieron diagnosticar un carcinoma escamoso no queratinizante asociado a VEB primario de fosa nasal, comúnmente denominado carcinoma linfopitelial. El tumor se estadificó radiológicamente como pT2N2. Dada la edad y condición del paciente, se optó inicialmente por radioterapia y tres ciclos de quimioterapia con cisplatino, con una respuesta clínica completa según PET-TAC. Posteriormente, se mantuvo estable en los controles de seguimiento hasta septiembre de 2024, cuando se objetivó una lesión nodular de 9 × 8 mm en el cornete inferior izquierdo (SUVmax 7.64), sugerente de recidiva. La biopsia confirmó la recurrencia del carcinoma linfopitelial conocido. A lo largo de los años, se han realizado múltiples estudios de imagen, en ninguno de los mismos se ha observado afectación o extensión al cavum.

CONCLUSIONES: El carcinoma linfopitelial (LEC) primario de la fosa nasal es una neoplasia excepcionalmente rara que puede resultar difícil de diagnosticar, ya que es necesario descartar un carcinoma nasofaríngeo con extensión a la fosa nasal. Esta localización en el tracto nasosinusal otorga al LEC características clínico-patológicas distintas a las de otras neoplasias de la región nasofaríngea, aunque comparta con ellas la infección por el virus de Epstein-Barr. A pesar de que el LEC puede presentar metástasis cervicales, su comportamiento clínico parece mostrar un mejor pronóstico que el de otros carcinomas nasofaríngeos, incluso cuando los ganglios linfáticos ya están afectados. No obstante, la evidencia sobre la supervivencia a largo plazo es limitada debido a la baja incidencia de esta enfermedad. En conclusión, el LEC sinonasal requiere de un alto índice de sospecha clínica e histopatológica para su diagnóstico, y la confirmación de VEB resulta clave. El diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno de esta patología pueden mejorar significativamente el pronóstico en comparación con otros carcinomas.

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR MEDIANTE NGS Y FISH DE 194 CARCINOMAS DE MAMA LUMINALES Y CORRELACIÓN CON SU CLASIFICACIÓN MEDIANTE LA PLATAFORMA MAMMAPRINT®

Perez Mies, Belén; Caniego Casas, Tamara; Marotta, Annalisa; Rosas Hernández, Marta Gabriela; Ariño Palao, Carmen; Zazo Hernandez, Sandra; Rodríguez Villena, Amanda; Melendez Gispert, Rosa; Carretero Barrio, Irene; Palacios, Jose
Presentador: Pérez Mies, Belén

HOSPITAL RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:54-18:06 Sala D)

INTRODUCCIÓN: La subclasificación del carcinoma luminal en estadios temprano en Luminal A o Luminal B es esencial, ya que los tumores Luminal B requieren quimioterapia adyuvante. Las plataformas multigen se han consolidado como herramientas para predecir el riesgo de recaída, identificando pacientes que podrían evitar la quimioterapia. No obstante, el uso de plataformas tiene un coste elevado, hay baja concordancia entre los resultados de diferentes plataformas para un mismo tumor y su uso en carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) es controvertido. Además, al basarse en estudios de expresión génica, no se conocen las alteraciones moleculares implicadas en su resultado. El objetivo del estudio es conocer las alteraciones moleculares relacionadas con el resultado de Mammaprint® en una amplia cohorte de una única institución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó estudio de secuenciación de nueva generación (NGS) a 194 carcinomas de mama previamente analizados mediante Mammaprint®, elegidos de forma dirigida (47% clasificados como alto riesgo (AR), con enriquecimiento en grados 2 (78%) y CLI (28%)). Se extrajo ADN de los mismos bloques de parafina enviados a Mammaprint®. Para la NGS, se empleó un panel propio diseñado usando la plataforma Sure-Design de Agilent Tech (Santa Clara), que incluye los 60 genes más frecuentemente mutados en cáncer de mama. Se seleccionaron sólo aquellas variantes patogénicas con >500 lecturas y una frecuencia alélica >5%. Adicionalmente, se construyó un microarray de tejido para evaluar mediante FISH las amplificaciones más comunes en cáncer de mama: CCND1, MYC, FGFR1 y MDM4 (sondas CCND1/CEN11, MYC/CEN8, FGFR1/CEN8, and MDM4/1p12 dual color Probe Kit Zytovision). Además, se realizó inmunohistoquímica de p53 (clon IR616, Agilent), considerando su sobreexpresión, ausencia total de tinción o la tinción citoplasmática como patrón mutado. El análisis estadístico se realizó con SPSS utilizando pruebas chi-cuadrado o test exacto de Fisher, considerándose significativo con $p < 0,05$.

RESULTADOS: Los genes mutados con más frecuencia fueron PIK3CA (41,6%), TP53 (12,4%), CDH1 (12,4%) y GATA3 (9,3%). Las mutaciones de TP53 y GATA3 fueron excluyentes entre sí y casi exclusivas de los carcinomas con fenotipo ductal (CDI) ($p < 0,05$), mientras que CDH1 estuvo mutado en el 41,1% de los CLI y en ningún CDI ($p < 0,001$). Se observó asociación significativa entre las mutaciones de TP53 y GATA3 y resultado de AR en Mammaprint® en toda la serie. p53 mostró un patrón mutado de expresión en el 10% de los tumores, asociándose con la presencia de mutaciones de TP53 ($p < 0,001$) y con resultado de AR ($p < 0,001$). Hubo amplificación de CCND1 en 19,8%, MDM4 en 15,7%, MYC en 14,4% y FGFR1 en 8,3% de los casos. Se encontró asociación significativa entre la amplificación de MYC ($p = 0,017$) y FGFR1 ($p = 0,043$) con el resultado de AR. Si valoramos de forma independiente el grupo de CLI, ninguna de las alteraciones descritas predice el resultado de AR.

CONCLUSIONES: El 57% de los resultados de AR en CDI por Mammaprint® pueden predecirse estudiando mutaciones de GATA3 y TP53 y amplificaciones en FGFR1 y MYC. Sin embargo, estas alteraciones no predicen el resultado en CLI. La expresión inmunohistoquímica de p53 es un buen marcador subgrupo de mutaciones de TP53 en cáncer de mama. Sería interesante confirmar los resultados con otra plataforma para comprobar su robustez.

Investigación financiada por el Instituto de Salud Carlos III (PI22/O1892, PMP22/O0054)

CORRELACIÓN DE LOS LINFOCITOS INFILTRANTES DEL TUMOR (TILs) CON EL RESULTADO DE LA PLATAFORMA MAMMAPRINT® EN 427 CASOS DE CARCINOMA DE MAMA LUMINAL EN ESTADIOS PRECOCES

Ariño Palao, María Carmen; Carretero Barrio, Irene; Caniego Casas, Tamara; Meléndez Gispert, Rosa; Cadavid Fernández, Natalia; Tenelanda Santillán, Angie Gabriela; Molés Caparrós, Silvia; Véliz Domínguez, Alejandra Sofía; Palacios Calvo, Jose; Pérez Mies, Belén
Presentador: Ariño Palao, Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:06-18:18 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El estudio del microambiente tumoral en el carcinoma de mama ha puesto de manifiesto que un valor elevado de linfocitos infiltrantes del tumor (TILs) es criterio de buen pronóstico en los subtipos triple negativo y HER2+, mientras que su papel en los carcinomas luminales no está del todo aclarado. En la práctica clínica, las plataformas multigen como Mammaprint® son claves para personalizar el tratamiento adyuvante permitiendo evitar tratamientos con quimioterapia. Aunque se han correlacionado resultados de bajo y alto riesgo de la plataforma Mammaprint® con diferentes características clínico-patológicas, no existen estudios que los relacionen con la presencia de TILs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con carcinoma de mama luminal en estadio precoz y resultado valorable de Mammaprint® entre los años 2012-2022. Se anotaron características clínico-patológicas: tipo y grado histológico (GH), invasión linfovascular (ILV), infiltración perineural, tamaño tumoral, estadio ganglionar y presencia de carcinoma in situ. En la laminilla del bloque remitido a Mammaprint® se evaluó el porcentaje de TILs acorde a Salgado et al. 2014, así como su distribución espacial dentro del tumor (en estroma, en margen, tumor inflamado (ambos) y sin respuesta inmune). Los TILs fueron analizados como variable continua y cualitativa, categorizados en bajos y altos.

El estudio estadístico se realizó con SPSS, utilizando Chi-cuadrado para variables categóricas y T-student para cuantitativas. El punto de corte para TILs altos o bajos se estableció mediante un análisis de la curva ROC.

RESULTADOS: La serie se compone de 427 casos, incluyendo 72 carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI, 17,8%) y 355 carcinomas no-lobulillares infiltrantes (82,2%). El 65% de los casos corresponden a grado 2, 18% grado 1 y 17% grado 3. En el 40% de los casos el resultado de Mammaprint® fue de alto riesgo. La media de TILs en el grupo de bajo riesgo fue de 8,4% y en el de alto riesgo de 14,4% ($p < 0,001$). La distribución de los TILs fue además diferente, con un mayor número de tumores inflamados y TILs en margen en los de alto riesgo ($p < 0,001$).

El punto de corte para definir TILs altos se estableció en $\geq 15\%$. El 34% de los casos presentaron TILs altos. Los TILs altos se asociaron significativamente con factores de mal pronóstico como GH 3 ($p < 0,001$) o ILV ($p = 0,043$). El CLI asocia menos TILs que los carcinomas no-lobulillares ($p = 0,040$). Analizando de forma independiente los 210 carcinomas no lobulillares grado 2, un número elevado de TILs también se asocia con AR ($p = 0,003$). Sin embargo, en este subgrupo no hay diferencias en la distribución de los TILs.

CONCLUSIONES: La presencia de un número elevado de TILs definidos como la presencia de TILs $\geq 15\%$ se relaciona con el resultado de alto riesgo en la plataforma Mammaprint®. Existe, además, una distribución espacial diferente entre los casos de alto riesgo y bajo riesgo. La presencia de TILs en carcinomas luminales se relaciona con datos de mayor agresividad y su asociación con resultado de alto riesgo se mantiene en el subgrupo de carcinomas no lobulillares grado 2. Por el contrario, el CLI muestra menor respuesta inmunogénica. Aunque en esta serie un número elevado de TILs se asocia con resultado de alto riesgo en la plataforma Mammaprint®, se necesitan más estudios para comprender su significado pronóstico.

Investigación financiada por el Instituto de Salud Carlos III (PI22/O1892, PMP22/O0054).

CONCORDANCE ANALYSIS OF HER2-LOW STATUS IN BREAST CANCER AND CORRELATION WITH PROTEIN LEVELS BY MASS SPECTROMETRY

Mauchanski , Siarhei; Fasani , Roberta; Guardia Reyes, Xavier; Serna Alonso, Garazi; Mezheyeyski , Artur; Aguilera Pujabet, Mónica; Peg Cámara, Vicente; Gallego , Francisca; Saura Manich, Cristina; Nuciforo, Paolo

Presentador: Mauchanski , Siarhei

VALL D'HEBRON INSTITUTO DE ONCOLOGÍA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:40-17:45, Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: Recent progress in the development of novel antibody-drug conjugates has shown promising efficacy in treating patients with low expression of human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) breast cancer (BC). However, differentiating low expressing tumors from negative ones remains challenging using conventional immunohistochemistry (IHC) methods, highlighting the need for more quantitative and reproducible approaches. This study evaluates the interobserver consistency in subcategorizing BC with HER2-low expression levels and the efficiency of an FDA-approved IHC assay in differentiating different protein levels in HER2-low BC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paired core needle biopsies (CNB) and surgical resections (SR) from 241 patients with invasive BC were centrally stained with the FDA-approved PATHWAY HER2 IHC assay and independently scored by two pathologists. HER2 status was defined according to the latest ASCO-CAP guidelines. Concordance rates between observers and between CNB and SR across HER2 subgroups were determined. Levels of HER2 protein were quantified by Mass Spectrometry (MS) and compared across IHC subgroups.

RESULTADOS: The interobserver agreement rates in CNB were 99.4% (kappa (k) = 0.987) for two-group classification (negative (N) vs. positive (P)), 95.2% (k = 0.966) for three-group classification (0 vs. low (L) vs. P) and 89.2% (k = 0.951) for four-group classification (0 vs. ultralow (UL) vs. L vs. P). The interobserver agreement rates in SR were 98.7% (k = 0.973) for two-group classification, 95.7% (k = 0.971) for three-group classification, and 94.3% (k = 0.98) for four-group classification. Subgroups comparison showed the lowest interobserver agreement in distinguishing UL vs L in CNB (k = 0.426). The overall concordance of HER2 status between CNB and SR specimens ranged between 97.5-99.4% (k = 0.947-0.987) for two-group, 81.3-83.5% (k = 0.861-0.887) for three-group, and 75.7-76.2% (k = 0.834-0.887) for four-group classification. The highest reclassification rates were observed in CNB initially categorized as HER2-UL, with 79-100% of cases being reassigned to either 0 or L in SR.

Median HER2 protein levels by MS were 3324 (range: 350-17447), 429 (350-1748), 433 (0-1349), and 0 (0-730) amol/μg in HER2 P, L, UL, and 0 IHC subgroups, respectively. Levels were significantly higher in HER2 P vs other IHC subgroups (all p-values <0.001). No significant differences were observed between 0 vs UL, 0 vs L and UL vs L subgroups. Importantly, 43% (34 of 80) of IHC-0 cases had detectable HER2 by MS compared to 21% (13 of 63) of cases MS-undetectable classified as HER2-UL or L by IHC.

CONCLUSIONES: Differentiating former HER2-negative BC into low-expression subgroups reduces the agreement between pathologists and between CNB and SR specimens, with the greatest classification challenge occurring for HER2-UL cases. The observed similar HER2 protein levels among IHC 0, UL, and L by quantitative MS indicate that current IHC assays might be suboptimal in differentiating tumors with low HER2 expression, pointing out the need of developing better approaches to improve it.

CARCINOMA DE MAMA BILATERAL: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO RETROSPECTIVO DE 113 PACIENTES.

Menor Vila, Víctor; Genaro Montoyo-Pujol, Yoel; Troncoso Hernández, Evelyn; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Pérez Rico, Andrea; Ponce Lorenzo, José; Delgado García, Silvia; Ballester Galiana, Hortensia; Martín Bayón, Tina; Martínez Gauffin, Lucía; Peiró Cabrera, Gloria

Presentador: Menor Vila, Víctor

HOSPITAL GENERAL DEL DOCTOR BALMIS
ALICANTE/ISABIAL

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 5)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es la neoplasia maligna más frecuentemente diagnosticada en mujeres. Se estima que hasta un 11% de las mujeres que han padecido un CM presentan mayor riesgo de desarrollar un segundo tumor mamario. Nuestro objetivo fue la revisión retrospectiva de las características clínico-patológicas (edad, fenotipo, grado histológico, lateralidad o tamaño tumoral) de pacientes con CM bilateral sincrónicos (CMBS) (<6 meses entre ambos tumores) o metacrónicos (CMBM) (>6 meses).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de 113 pacientes con CMB diagnosticadas, tratadas y con seguimiento clínico en el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Los análisis descriptivos y la asociación entre variables se determinaron utilizando las pruebas estadísticas de χ^2 o test de Fisher. Para la comparación entre variables se aplicó el test T de Student o la U de Mann-Whitney, dependiendo de su distribución.

RESULTADOS: Incluimos 57 (50,4%) pacientes con CMBS y 56 (49,6%) con CMBM (n total=113 pacientes; 226 tumores). La edad media al diagnóstico en los CMBS fue de 59 ± 16 años, mientras que en el 1º CMBM fue de 53 ± 11 años, siendo estas diferencias significativas (p=0,014). El 2º CMBS se diagnosticó, en promedio, 9 ± 5 años, con una edad media de 62 ± 12 años. En cuanto al tamaño tumoral, la media en los CMBS fue de 28 ± 24 mm, mientras que en el 1º CMBM de 27 ± 21 mm (p=ns). En el 2º CMBM, el tamaño medio fue de 19 ± 20 mm. Asimismo, los CMBS mostraron un predominio de grado histológico II (49%), mientras que los CMBM fueron mayoritariamente de grado III (55% y 52%, respectivamente; p=0.013). Respecto a la lateralidad, los 1º CMBM se desarrollaron principalmente en la mama derecha (55%; 31/56). En cuanto a los inmunofenotipos, el Luminal A fue el más frecuente, tanto en los CMBS (63%; 72/114) como en los CMBM (43%; 24/56 y 39%; 22/56, en el 1º y el 2º tumor, respectivamente). Sin embargo, la proporción de tumores triples negativos (TN) fue mayor en los CMBM (18%; 10/56) en el primer diagnóstico y 29% (16/56) en el segundo comparados con los CMBS (4%; 4/114). La combinación de fenotipos Luminal A ambos y Luminal A + Luminal B/HER2- fue la más frecuente en los CMBS (68%; 39/57) frente al 39% (22/56) en los CMBM. Por el contrario, la combinación de fenotipos más agresivos (ambos TN y TN+HER2-puro) fue mayor en los CMBM (13%; 7/56 vs 2%; 1/57). Asimismo, en los CMBM, el fenotipo TN lo fue también en el 2º tumor (60%; 6/10), mientras que en los Luminal A, un 25% (6/24) fueron fenotipos más agresivos (TN o HER2-puro) (p=0.009).

CONCLUSIONES: En nuestra serie clínica observamos que en las pacientes con CMBS se presentaron a una edad más avanzada que los CMBM (59 vs 53 años), con un intervalo en estos últimos de 9 años. No se observaron diferencias en cuanto al tamaño entre los CMBS (28 mm) y el primero de los metacrónicos (27 mm). Sin embargo, éste fue menor en el 2º de los tumores, atribuible a una detección más precoz, dado el seguimiento clínico-radiológico más estrecho de las pacientes. Asimismo, los CMBM presentaron frecuentemente un grado histológico III y una mayor proporción de fenotipos agresivos, especialmente TN, comparado con los CMBS, lo que sugiere un comportamiento biológico más agresivo que en los CMBS.
(ISABIAL; Expte.2024-0318)

CARCINOMA SECRETOR: INFORMACIÓN CLÍNICA, PATOLÓGICA Y MOLECULAR SOBRE UN SUBTIPO RARO DE CÁNCER DE MAMA

Blázquez Muñoz, Irene; Blázquez , Irene; Brasó-Maristany , Fara; Bosch Schips, Jan; Fullana , Maria Neus; Valenti , Carla; López-Vilaró , Laura; Carretero-Barrio , Irene; Vethencourt , Andrea; Sanfeliu , Esther; Soler-Monsó, Teresa
Presentador: Blázquez, Irene

ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 6)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma secretor de mama (SBC) es un subtipo excepcionalmente raro, generalmente con perfil inmunohistoquímico (IHC) triple negativo, que comprende sólo entre el 0,02% y el 1,5% de todos los cánceres de mama. Inicialmente descrito como carcinoma de mama juvenil, el SBC ahora se observa tanto en pacientes jóvenes como adultos. Supone un reto diagnóstico debido a su rareza y superposición histológica con otros subtipos. Si bien el SBC generalmente tiene un pronóstico favorable, algunos casos presentan mala evolución clínica. Este estudio tiene como objetivo dilucidar las características clínicas, patológicas y moleculares del SBC, con especial énfasis en casos con recidivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio incluye 15 pacientes diagnosticadas de SBC entre 1996 y 2024 en 8 centros españoles. Cada diagnóstico fue revisado por dos patólogos expertos en patología mamaria. Se realizó un análisis exhaustivo de los datos clínicos, la histopatología, los perfiles IHC, la positividad de NTRK (evaluada IHC con el clon EPRI7341) -, el estado de translocación mediante hibridación in situ con fluorescencia (FISH) (ZytoLight SPEC NTRK3 Dual Color Break Apart Probe (Ref. Z-2206-200)) y el subtipo molecular PAM50 utilizando la plataforma nCounter. La revisión histológica y estudio de PAM50 se realizó sobre tejido tumoral y ausencia de tejido mamario normal.

RESULTADOS: Se analizaron 15 pacientes con un total de 23 muestras de SBC primarios y recidivantes. De éstas, 13 de ellas corresponden a muestras pareadas de tumor primario y recidiva/s de 5 pacientes diferentes. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue de 58 años. El tamaño medio del tumor fue de 22,06 mm y el 20% de los casos tenían afectación de los ganglios linfáticos axilares al momento del diagnóstico. En los tumores primarios, el grado histológico fue moderadamente diferenciado (G2) en 6 y bien diferenciado en 9 (G1); los receptores de estrógenos fueron débiles en el 46,67% (7 muestras primarias, 3 "low" <10% y 4 >10%); los receptores de progesterona también fueron positivos débiles en el 18,75% (4 muestras primarias, 3 <10% y 1 >10%); y Her2 negativo en todos, siendo las recidivas de las mismas características. El índice Ki67 medio fue de 7,73% (rango 1-22%). Después de un seguimiento medio de 172 meses (rango 48-480), cinco pacientes presentaron recurrencias, dos de las cuales fallecieron debido a metástasis pleural. Todos los tumores mostraron positividad nuclear de NTRK y reordenamientos por FISH (ETV6-NTRK3). El análisis PAM50 únicamente de la zona tumoral reveló que 12 de 15 casos primarios (80%) eran de subtipo Normal-like, 1 caso Basal-like y 2 casos no valorables. De las 8 recurrencias analizadas 3 fueron Basal-like (2/5, 40%), 3 Normal-like (2/5, 40%), una fue no valorable y una está pendiente el resultado.

CONCLUSIONES: Casi el 50% de los casos de SBC expresaron receptores hormonales (aunque la expresión es baja y débil), lo que desafía la visión de que estos tumores son generalmente triple negativos-like. Además, muestran una capacidad de proliferación baja. Molecularmente, la mutación canónica NTRK está presente en todos los casos, y la mayoría de los tumores se clasifican como Normal-like según PAM50, mientras que casi la mitad de las recurrencias analizadas fueron Basal-like. Está en curso análisis mutacional de secuenciación de próxima generación (NGS) (TSO500) para identificar posibles marcadores genéticos específicos en estos casos.

LESIONES PAPILARES DE LA MAMA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Carilla Sanromán, Andrea; Ezaguirre Zarza, Beatriz; Ríos Ballestín, Guillermo; Roche Latasa, Belén; Medrano Ruiz, Juan; Leon , Liliana; Martínez Castillón, Javier; Martínez Arnau, Neus; Delgado Fernández, Jorge Luis; Gimeno Esteras, Ester
Presentador: Carilla Sanromán, Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias papilares de mama constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que abarcan desde entidades benignas como el papiloma intraductal hasta carcinomas invasivos. Estas neoplasias se definen por la presencia de una morfología caracterizada por la formación de papilas, es decir, ejes fibrovasculares recubiertos por epitelio, pudiendo estar rodeados o no por una capa de células mioepiteliales. La naturaleza de dicho epitelio determina el comportamiento de la neoplasia. Su adecuada caracterización y clasificación resulta clave, puesto que el tratamiento varía sustancialmente entre las distintas entidades.

Sin embargo, su diagnóstico en muchas ocasiones supone un reto para el patólogo, debido a la gran heterogeneidad de patrones histológicos que abarcan estas lesiones, la importancia de la morfología para establecer el diagnóstico de las lesiones invasivas y la ausencia de criterios clásicos como la presencia de células mioepiteliales para discernir entre las neoplasias in situ y las invasivas.

Debido a estas dificultades diagnósticas y a su gran incidencia en la práctica clínica, consideramos pertinente realizar una revisión de dichas lesiones, sus criterios diagnósticos y sus principales características a partir de un estudio descriptivo de nuestra casuística.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo analizando las lesiones papilares de mama diagnosticadas en nuestro centro en los últimos 10 años. Por otra parte, se han revisado los criterios diagnósticos propuestos por la OMS para cada una de las entidades, y se ha realizado una reevaluación de los casos recopilados.

RESULTADOS: En total, se han identificado 375 neoplasias papilares de mama, de las cuales 262 fueron papilomas intraductales; 42 carcinomas papilares encapsulados; 54 carcinomas papilares sólidos y 17 carcinomas papilares invasivos. Durante la revisión de las lesiones, 6 de ellas fueron reclasificadas, pasando de un diagnóstico inicial de carcinoma papilar encapsulado a carcinoma papilar sólido. Cabe destacar la dificultad para la tipificación y el estadiaje del carcinoma papilar encapsulado y el carcinoma papilar sólido, ya que se trata de neoplasias de comportamiento similar a los carcinomas in situ, pero es preciso descartar que presenten áreas de infiltración, lo que se define por criterios morfológicos, sin existir técnicas de inmunohistoquímica que ayuden al diagnóstico. Además, la ausencia de células mioepiteliales no define la presencia de un componente infiltrante. En los casos que muestran un componente infiltrante, la estadificación se debe realizar de acuerdo al tamaño de dicho componente, presentando un pronóstico y tratamiento diferentes.

CONCLUSIONES: Las neoplasias papilares de la mama abarcan un amplio espectro de lesiones benignas, atípicas y malignas. Su adecuada clasificación es fundamental, puesto que el pronóstico y el tratamiento varían sustancialmente entre ellas. Sin embargo, la tipificación de estas lesiones resulta compleja, en especial en el caso de las variantes de carcinoma papilar sólido y carcinoma papilar encapsulado, en los que la morfología constituye el único criterio para establecer su diagnóstico. Además, los criterios habituales de benignidad, como la presencia de células mioepiteliales, no son válidos en estos casos. Por lo tanto, recalcamos la importancia de conocer los patrones y criterios diagnósticos de estas lesiones, con el fin de realizar una adecuada caracterización de las mismas.

INFLUENCIA DEL ESTATUS DE P53 EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO HORMONAL PERIOPERATORIO EN CÁNCER DE MAMA LUMINAL

Martínez Gauffin, Lucía; Montoyo Pujol, Yoel Genaro; Delgado García, Silvia; Ballester Galiana, Hortensia; Martín Bayón, Tina Aurora; Ponce Lorenzo, José J; Parra Trujillo, Daniel; Menor Vila, Víctor; Troncoso Hernández, Evelyn; Peiró Cabrera, Gloria
Presentador: Martínez Gauffin, Lucía

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS. ?INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE (ISABIAL)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tratamiento hormonal (TH) perioperatorio es una opción terapéutica común en pacientes con cáncer de mama (CM) Luminal. Sin embargo, entre el 30% y 40% desarrollan resistencias a esta modalidad terapéutica, lo que conlleva mayores tasas de recidiva y un peor pronóstico. La mutación del gen TP53 y/o ausencia/sobreexpresión de p53 se identifica en 30-55% de CM inmunofenotipo Luminal B. El papel del estatus de p53 en cuanto a la respuesta a TH en estos tumores no está bien definido. Este estudio analiza los cambios de expresión de receptores hormonales (estrógeno -RE- y progesterona -RP-) y Ki67 entre la biopsia con aguja gruesa (BAG) diagnóstica de CM Luminal y la pieza quirúrgica (antes vs. después de la TH perioperatoria) y de la p53 en la BAG, con el fin de identificar posibles correlaciones con implicación pronóstica y terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo (enero 2020-julio 2024) de 237 CM Luminal A y B con TH perioperatorio. Se evaluó la expresión por inmunohistoquímica de RE, RP, Ki67 en BAG y en la pieza quirúrgica. Los resultados del estudio de expresión de p53 (0%=negativo/mutado, 1-75%/1-3+=normal/wild type-WT y >75%/3+= sobreexpresado / mutado) realizado solo en la BAG se compararon con los de RE/RP (método Allred) y Ki67 (<14%, 15-19%, ?20%) pre- y post-TH. Se analizaron las correlaciones utilizando pruebas estadísticas de ?2 o test de Fisher.

RESULTADOS: La mediana de edad fue de 61 años (rango 34-89 años) y la mayoría de los tumores fueron ductales NOS (71%), Luminal A (74%) y grado histológico II (62%). Se encontró expresión media/alta de RE (Allred 5, 98%), RP (Allred 4, 62%) y 15% para Ki67 en la BAG. En la pieza quirúrgica observamos expresión media/alta de RE (Allred 5, 92%), RP (Allred 3, 26%) y 6% para Ki67. Entre los tumores con p53 WT observamos que los RE se mantuvieron altamente expresados (190/202; 94%), los RP predominantemente se negativizaron (47/120; 39%) y la expresión de Ki67 se redujo a <15% (34/49; 69%) tras la TH perioperatoria (todas las p<0.0001). Sin embargo, en los casos con p53 negativa o sobreexpresada (probablemente mutada), los RE se mantuvieron en 81% (26/32; p=ns), los RP se negativizaron en 55% (11/20; p=0.018) y el índice de Ki67 bajó en 64% (7/11; p=0.088) después del tratamiento.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes con CM lumbinales con TH previo a la cirugía, observamos que los tumores con p53 WT muestran una reducción significativa de la expresión de los RP y Ki67. Sin embargo, estos cambios no son significativos en los casos con p53 probablemente mutada. En ninguno de los casos la expresión de RE se vio afectada. De este modo, nuestros datos apoyan que el estatus positivo de p53 podría ser un factor predictivo de mala respuesta y, por tanto, de resistencia a este tratamiento, lo que además tiene un potencial valor pronóstico. Financiado por ISABIAL (Expte. 2023-0140; Expte. 2024-0314)

METÁSTASIS GÁSTRICA Y GANGLIONARES COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN CARCINOMA LOBULILLAR OCULTO DE MAMA

Martín Salvago, M^a Dolores; Roldán Mateo, Lucía; Moscoso López, Vanessa Andreina; Alzate Isaza, Vanessa; Vázquez González, Estefanía; Luque Barona, Rafael Jesús
Presentador: Martín Salvago, M^a Dolores

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. 5^o ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La metástasis gástrica del cáncer lobulillar invasivo de mama es relativamente rara y suele presentarse varios años después del diagnóstico primario. Puede diagnosticarse erróneamente como cáncer gástrico primario, sobre todo si el tumor primario mamario no es conocido en el momento del diagnóstico. En estos casos un análisis histológico detallado y un estudio inmunohistoquímico completo juegan un papel muy importante. Presentamos un caso de carcinoma lobulillar de mama que debutó con metástasis gástrica y ganglionares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 58 años que es derivada desde el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama por presencia de varios ganglios axilares bilaterales con características sospechosas. Tras completar el estudio, no se identifican alteraciones en ambas mamas y se biopsia uno de los ganglios, de 13 mm. Una semana después se realiza una gastroscopia por un cuadro clínico de náuseas y dispepsia, observándose una mucosa gástrica congestiva y edematosa, con algunos pliegues engrosados, de la que se toma biopsia. Ambas biopsias, ganglionar y gástrica, son estudiadas en nuestro servicio de forma casi simultánea, pero por patólogos distintos, dificultando este hecho el diagnóstico.

RESULTADOS: El ganglio linfático axilar mostró una infiltración por una celularidad epitelial con patrón de crecimiento en fila india, extensión extracapsular y un perfil inmunohistoquímico (positividad para CK7, GATA 3, GCDFP-15, mamoglobina y RE 95% 3+ y negatividad para CK20, CDX-2 y E-Cadherina) compatible con metástasis de un carcinoma lobulillar de mama, grado histológico 2, luminal B, con focos de pleomorfismo celular. Los hallazgos histológicos en la biopsia gástrica fueron similares, mostrando una infiltración de la lámina propia por un carcinoma pobremente cohesivo con un estudio inmunohistoquímico superponible.

CONCLUSIONES: Las neoplasias metastásicas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las neoplasias gástricas, en particular aquellas con un patrón de crecimiento difuso/sólido.

Los carcinomas gástricos metastásicos de morfología difusa y de primario desconocido, como el caso que presentamos, pueden representar un problema clínico y ser diagnosticados erróneamente como un carcinoma primario de estómago. Los carcinomas gastrointestinales de células en anillo de sello y los carcinomas lobulillares invasivos de mama son las fuentes más comunes de estas metástasis, ambos muy similares histológicamente a un carcinoma gástrico pobremente cohesivo, con el que comparten también mutaciones con pérdida de función en el gen CDH1, que codifica la proteína de adhesión celular E-cadherina.

La sospecha clínica, cuando la hay, y un análisis histológico detallado que incluya algoritmos inmunohistoquímicos, son necesarios para el diagnóstico del cáncer gástrico metastásico de la mama. Es importante incluir en el estudio marcadores de origen mamario como GATA-3, mamoglobina, GCDFP-15 y RE, que deben ser positivos en el caso de las metástasis del carcinoma lobulillar de mama, mientras que los carcinomas difusos gastrointestinales son negativos a esos anticuerpos y suelen ser positivos para CK20 y CDX-2.

SERIE DE CASOS DE CARCINOMAS MIXTOS DE MAMA

Leon , Liliana; Roche Latasa, Belén; Viso Soriano, María Jesús; Eizaguirre Zarza, Beatriz; Pérez Ibañez, Antonia; Vázquez Álvarez, Vanessa; Carilla Sanromán, Andrea; Delgado Fernández, Jorge Luis; Rodríguez Carpio, Robert Ricardo; Calavera Ambrosi, Juan
Presentador: Leon , Liliana

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas mixtos de mama (componente ductal y lobulillar en la misma lesión) son entidades poco frecuentes. Según la clasificación de la OMS representan el 5%. La relación entre ambos componentes no está clara, planteando algunos autores que representan tumores de colisión, originándose de distintas estructuras, mientras que otras publicaciones recientes sugieren que el componente lobulillar se origina del ductal representando una sola entidad en distinto estadio evolutivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos 20 casos de carcinomas mixtos de mama en nuestro hospital recogidos a lo largo de 3 años. El componente lobulillar no solo fue diagnosticado por criterios morfológicos, sino que en todos los casos se realizó E-cadherina por inmunohistoquímica mostrando una pérdida absoluta.

En todos los casos, además se realizó inmunohistoquímica de receptores de progesterona (RP) y estrógenos (RE), p53, HER2, E-cadherina y Ki67. PIK3CA fue estudiada por PCR.

RESULTADOS: En nuestro estudio no hemos observado diferencias en el componente lobulillar y ductal en RE, RP, p53 y PIK3CA. En ambos componentes los receptores hormonales fueron positivos, observando una disminución de la intensidad de la tinción en el componente lobulillar en el 30% de los casos. Todos nuestros casos son p53 no mutado (wild type) y la alteración molecular más frecuente fue en el PIK3CA, hallándose en un 60% de los casos.

Estos hallazgos nos sugieren que el componente lobulillar se origina del componente ductal después de alteraciones génicas específicas que conllevan a nivel inmunohistoquímico la pérdida de E-cadherina, sin mostrar alteraciones en receptores, p53 ni PIK3CA.

CONCLUSIONES: - Nuestro estudio demuestra una relación inmunohistoquímica entre el componente ductal y el componente lobulillar.

- El carcinoma lobulillar debería ser diagnosticado por sus rasgos morfológicos y la pérdida completa de E-cadherina.

- Nuestro estudio sugiere que el componente lobulillar se origina del componente ductal desdiferenciado y se acompaña en todos los casos de una pérdida de E-cadherina por mutaciones subclonales en el proceso de desdiferenciación.

- PIK3CA es la alteración molecular más frecuente, observándose en el 60% de los casos.

- P53 fue no mutado en todos los casos estudiados y en ambos componentes.

¿PODEMOS MEJORAR EL VALOR PREDICTIVO DE LA CARGA TUMORAL TOTAL EN OSNA, PARA GANGLIOS NO CENTINELAS METASTÁSICOS, EN LAS LINFADENECTOMÍAS AXILARES?

Kosalka , Klaudia Teresa; Cabezas Quintario, María Antonia; Martínez Izquierdo, María De Los Ángeles; Alonso García, Soledad R.; Pérez Acosta, Eva; Tirado Zambrana, Pernilla Seidi; Muñoz Rodríguez, Jorge; Nogales Gonzalez, Nuria; Such Hurtado, Lucia; Álvarez Rodríguez, Federico Antonio
Presentador: Kosalka , Klaudia Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSCG) es el procedimiento de elección para la estadificación ganglionar del cáncer de mama y permite seleccionar pacientes en los que la linfadenectomía no aporta ningún beneficio adicional. Desde que Giuliano et al publicaran el ACOSOG Z001, el aumento en la disparidad de criterios respecto a la actitud terapéutica de ahorrar o no linfadenectomías axilares (Lax) y su morbilidad asociada (en 40-60% de las mismas, el único ganglio positivo es el centinela), llevó a que en 2022 se publicara un nuevo consenso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, sobre la BSCG y el manejo axilar en el cáncer de mama, recomendando la técnica One-step-nucleic acid amplification (OSNA) siempre que sea posible, ya que permite el estudio total del ganglio y se basa en la detección por PCR del ARNm de la citoqueratina 19 (CK19), presente en el 95% de los carcinomas de mama. OSNA además ofrece una cuantificación reproducible y estandarizada del volumen de la metástasis y, mediante el cálculo de la carga tumoral total (CTT), individualiza la probabilidad de encontrar más ganglios no centinela metastásicos, así como el pronóstico, sin aparente impacto clínico si <25.000 copias.

El objetivo de nuestro estudio ha sido intentar establecer un punto de corte que nos permita mejorar la probabilidad de más ganglios no centinelas positivos en las Lax.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron 616 casos de BSCG por OSNA en pacientes con cáncer de mama, realizados desde julio de 2017 a febrero de 2025. Los resultados de OSNA se clasificaron según el número de copias. Se utilizó una curva ROC general y otra estratificada por número de ganglios centinelas estudiados en cada paciente, para evaluar el punto de corte de CTT con mayor sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS: De las 616 BSCG, 109 tuvieron una CTT en rango de macrometástasis (>5000) y de ellas, 82 presentaron una CTT >25000, a las que se les realizó Lax. En 43,9% de las mismas, el único ganglio positivo fue el centinela, con una media de copias de 1.131.746. En las Lax positivas, la media de copias fue de 1.203.153.

Se generó una curva ROC cruzando los resultados de la CTT y las Lax, que mostró un AUC de 0,57 y un punto de corte de 510.000 copias, con una S de 36% y una E de 84,6%. Se generó otra curva ROC estratificando por el número de ganglios estudiados, con los siguientes resultados:

- 1 ganglio: AUC: 0,43; punto de corte: 960000; S: 21,4%; E: 90,0%.
- 2 ganglios: AUC: 0,62; punto de corte: 490000; S: 54,5%; E: 83,3%.
- 3 o más ganglios: AUC: 0,68; punto de corte: 293800; S: 63,6%; E: 81,8%.

CONCLUSIONES: Al igual que en la literatura publicada, casi 44% de las Lax realizadas con >25000 copias, fueron negativas. Las medias de CTT en ambos grupos (solo BSCG y Lax) fueron parecidas, con una leve tendencia a que el número de copias fuera más alto en el grupo de Lax positivas.

Si bien el punto de corte obtenido en la primera curva ROC de 510.000 copias, maximiza la Sensibilidad y Especificidad, este valor no es asumible en nuestro ámbito. Al estratificar en función del número de ganglios centinelas aislados, estos valores aumentaron considerablemente, lo que sugiere que lo más conveniente sería estudiar más de un ganglio centinela, para que la CTT tenga un verdadero valor predictivo aplicable en la práctica clínica.

METÁSTASIS DE CARCINOMA ENDOMETRIAL EN MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Murillo Lázaro, Cristina; Sánchez Muñoz, César; Emparanza García, Cayetana; García Rivas, Manuel; Parra Tercero, Ana Rosa; Bergua Arroyo, Sergio; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; García López, Henar; López Clemente, Daniel

Presentador: Yunge Del Pozo, Gonzalo José

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 53 años con antecedentes de adenocarcinoma endometrial de tipo predominantemente endometriode, G2, con metástasis pulmonares al momento del diagnóstico. En estudio radiológico de mama se describe una lesión BI-RADS 4C en región retroareolar y unión de cuadrantes externos de 16x17x11mm la cual se biopsia con aguja gruesa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se remiten a nuestro servicio 4 cilindros de parénquima mamario con proliferación neoplásica pobremente diferenciada de patrón sólido que se extiende en nidos por lecho fibroadiposo, formada por células de escasos citoplasmas y atipia citológica severa, con numerosas imágenes mitóticas (hasta 8 mitosis/10 CCA) y necrosis central.

RESULTADOS: Se realiza estudio inmunohistoquímico obteniendo el siguiente fenotipo:
- Positividad para: CK7, vimentina, PAX8, receptores de estrógenos.
- Negatividad para: CK20, p63, CK19, sinaptofisina, cromogranina A, receptores de progesterona, GATA3 y mamoglobina.
Dados los antecedentes de la paciente y las características histológicas e inmunohistoquímicas encontradas se realizó el diagnóstico de carcinoma pobremente diferenciado sugestivo de metástasis de carcinoma endometrial.

CONCLUSIONES: La mama es un sitio poco frecuente de metástasis, siendo estas principalmente de origen mamario contralateral o hematopoiético. Las metástasis de origen uterino (particularmente endometrial) son muy raras, encontrando en la literatura escasas publicaciones que describen dicho hallazgo. Un estudio de 84 casos de metástasis no mamarias encontró 4 casos de origen endometrial (4,7% del total). Dos reportes de casos describen metástasis mamarias de origen endometrial: uno con positividad para GATA3 y PAX8 asociado a pérdida de ARID1A y ARID1B, siendo diagnosticado de metástasis de componente desdiferenciado; y el segundo caso siendo positivo para GATA3 y negativo para PAX8. Se ha descrito en la literatura expresión de GATA3 en carcinomas endometriales hasta en un 13% de los casos, de forma tanto focal y parcheada, como de forma difusa; lo que dificulta el diagnóstico.
En nuestro caso la morfología del tumor hacía muy difícil la orientación diagnóstica sin el apoyo de la inmunohistoquímica y los antecedentes clínicos de la paciente; algo frecuente y fundamental en el estudio de los tumores pobremente diferenciados. Es importante destacar que, a diferencia de los casos encontrados en la literatura, nuestro caso presenta positividad para PAX8 y negatividad para GATA3. Creemos que es un caso muy interesante ya que nos enfrenta a una entidad muy infrecuente y con un inmunofenotipo que nos permite realizar el diagnóstico de forma más fiable que en otros casos descritos previamente.

A DECADE OF HUMAN EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR 2 TESTING IN BREAST CANCER: A COMPREHENSIVE REAL-WORLD DATA ANALYSIS IN SPAIN (2013-2023)

Peg Camara, Vicente; Burgués Gasión, Octavio; Ruiz Diaz, Iruné; Carcedo Rodríguez, David; García , José Francisco; Monzón Naranjo, Mario Antonio; Tonic , Ivana; Segura , Ana; Pérez-Mies , Belén; Alfonsín Barreiro, Natividad; Fiaño Valverde, María Concepción

Presentador: Peg , Vicente

HOSPITAL UNIV. VALL D´HEBRON. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Analysis of the human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) allows targeted therapies to be tailored to individual breast cancer (BC) patients. HER2 status is assessed by a combination of immunohistochemistry (IHC) and in-situ hybridisation (ISH) if result of IHC is IHC1+2+. The aim of this analysis was to describe the HER2 status in BC and describe the evolution of HER2 positivity over the 10 years of the Spanish registry CONFIRMA HER2.

MATERIAL Y MÉTODOS: A retrospective observational study of HER2 testing performed between May 2013 and October 2023 in 160 Spanish hospitals and recorded in the CONFIRMA HER2 registry was conducted. The study described IHC and ISH results, HER2 status and the evolution of HER2 positivity over time. Frequencies and percentages of these study variables were obtained.

RESULTADOS: 199,934 HER2 determinations recorded in the CONFIRMA HER2 registry were finally analysed. The results of the IHQ were IHC 0 in 35.5%, IHC 1+ in 27.8%, IHC 2+ in 22.7%, IHC 3+ in 11.2% and 2.9% were invalid/not evaluable. An ISH was performed in 52,837 (26.4%) cases, and in 82.1% of these cases the result was a non-amplification. Finally, based on these two tests, the result for HER2 determination was 15.0% HER2-positive, 83.2% HER2-negative, and 1.8% were invalid/not assessable. Among the 166,373 HER2-negative cases, 54.9% would be classified as HER2-low (IHC 1+ or IHC 2+/ ISH not amplified), representing 45.7% of the total. After excluding invalid/not assessable results, 87.7% of the evaluable cases would be HER2-positive, and when analyzing the evolution of this HER2 positivity over time, some variation in HER2-positive rates can be observed, which may be due to the influence of published scientific recommendations.

CONCLUSIONES: To our knowledge, this is the first study to collect and analyze the largest amount of real-world HER2 testing data in Spain. The CONFIRMA HER2 registry provides essential information on HER2 status as determined by IHC and ISH, which is essential to improve the coverage of BC diagnosis, characterization and treatment in Spain.

HAMARTOMA MIOIDE EN LA MAMA: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS.

Jiménez Abadía, Victoria; Córdoba Iturrigagoitia, Alicia; Belouqui Pérez De Obanos, Raquel; Amat Villegas, Irene; Cevallos Abad, M^o Isabel; Gonzalez Zuñiga, Ana María; De Oliveira Gomes, Andreina; Ruiz Estigarribia, Liz María

Presentador: Jiménez Abadía, Victoria

HOSPITAL DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hamartoma mamario es una lesión infrecuente dentro de los tumores benignos de mama, caracterizada por la combinación en diversa proporción de tejido glandular, adiposo y fibroso. El hamartoma mioide, es un subtipo raro, definido por una proliferación de células de músculo liso, que representa menos del 5% de los tumores mamarios. Se presenta típicamente como una lesión unilateral y asintomática. Su diagnóstico puede ser un desafío debido a su similitud con otras lesiones benignas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de la base de datos de nuestro servicio entre 2018 y 2025, con el objetivo de identificar los casos de hamartoma mioide diagnosticados. Se analizaron los datos clinicopatológicos, las pruebas de imagen y los hallazgos histopatológicos definitivos.

RESULTADOS: Se identificaron cuatro casos en mujeres de entre 24 y 39 años.

Dos pacientes fueron diagnosticadas mediante BAC, sin procedimientos diagnósticos ni terapéuticos adicionales. En las otras dos se realizó el diagnóstico tras tumorectomía y mastectomía realizada por otro motivo. En todas ellas el estudio histológico reveló un patrón mixto compuesto por ductos mamarios, acinos, células musculares, tejido adiposo y estroma fibroso. Las células mioides se disponían siguiendo un patrón fascicular y difuso, intercaladas con estructuras ducto-lobulillares. Presentaban buena diferenciación, sin atipia, mitosis, ni rasgos de malignidad. El componente epitelial mostraba, además, adenosis, adenosis esclerosante y/o hiperplasia pseudoangiomatosa estromal.

La Inmunohistoquímica en todos los casos fue positiva para actina de músculo liso, confirmando así el diagnóstico. Todas las pacientes evolucionaron favorablemente, sin evidencia de recurrencia ni cambios radiológicos.

CONCLUSIONES: El hamartoma mioide mamario es una entidad excepcional cuya superposición histológica con otras lesiones fibroepiteliales puede dificultar su diagnóstico, siendo el fibroadenoma su principal diagnóstico diferencial. En nuestra serie, todas las pacientes eran mujeres jóvenes, lo que sugiere que esta entidad puede presentarse en edades tempranas.

Evidencias recientes han demostrado que los componentes estromales (incluyendo músculo liso, fibroblastos y tejido adiposo) pueden presentar reordenamiento del gen HMGA2, lo que sugiere un mecanismo patogénico común con otras neoplasias benignas como lipomas, fibroadenomas o leiomiomas, entre otros.

Asimismo, existen diferentes hipótesis sobre el origen de las células musculares lisas en estas lesiones, incluyendo la metaplasia leiomiomatosa de las células estromales, del mioteliopio o de las paredes de los vasos.

Dado su comportamiento benigno, el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, con excelente pronóstico y bajo riesgo de recurrencia, como se evidenció en nuestras pacientes. La descripción de nuevos casos es fundamental para mejorar el conocimiento sobre esta entidad poco frecuente y optimizar su reconocimiento en la práctica diagnóstica.

CARCINOMA ESCAMOSO Y SU RELACIÓN CON LA SILICONA LÍQUIDA. UN PROBLEMA EMERGENTE.

Puchaicela Godoy, María Gabriela; Carrillo García, Paula; Mendizabal Cajal, Daniela; Herrero Aguilar, Ivet Alexandra

Presentador: Puchaicela Godoy, María Gabriela

HOSPITAL SON LLATZER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La mamoplastia está relacionada con diversas complicaciones, incluidas neoplasias malignas. El tipo más común asociado es el adenocarcinoma. El carcinoma de células escamosas (CCE) primario de la mama es muy poco frecuente representa menos del 0,1% de los carcinomas invasivos. Se han descrito casos de CCE que surgen de la superficie de la cápsula del implante o tras la inyección de silicona líquida, derivado de la fibrosis que encapsula la vacuola perisilicona ocasionando cambios inflamatorios crónicos y metaplasia escamosa. El carcinoma escamoso es un subtipo de carcinoma metaplásico mamario que conlleva dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento. La OMS establece tres criterios para diagnosticar el carcinoma escamoso de mama como la presencia exclusiva de carcinoma de células escamosas sin otros cambios neoplásicos, ausencia de carcinoma escamoso en cualquier otro sitio primario y ausencia de afectación de la piel suprayacente o del pezón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 62 años con antecedentes de infiltración cosméticas de silicona líquida en ambas mamas, con diseminación por territorio subcutáneo mamario y a otros sitios corporales; refiere presencia de un nódulo en mama derecha de 6 meses de evolución y dolor acompañado de eritema cutáneo en los cuadrantes internos en las últimas semanas. En la TAC de tórax indica una masa sólida, hipodensa, de más de 12x8 cm en mama derecha con engrosamiento de dermis e hipodermis. Se decide realiza biopsia BAC para diagnóstico definitivo.

RESULTADOS: Se recibe cinco cilindros de tejido que miden todos ellos 0,1 cm de diámetro y una longitud entre 0,4 y 1,3 cm. Se incluyen en su totalidad y se procesan en parafina para su estudio en microscopio óptico convencional.

Microscópicamente se observan extensas áreas de epitelio escamoso metaplásico con focos de carcinoma escamoso invasivo bien diferenciado. Además de la presencia de numerosas estructuras vacuoladas de diferentes tamaños morfológicamente compatibles con silicona acompañadas de cambios inflamatorios y con necrosis grasa. Inmunohistoquímicamente es negativo para los receptores hormonales y el HER-2/neu. El índice de proliferación Ki67 presenta positividad en el 15 al 20% de la población tumoral.

CONCLUSIONES: El carcinoma escamoso asociado a implantes mamarios, BIA-SCC, es una entidad actualmente reconocida. Surge de los cambios inflamatorios crónicos y metaplásicos ocasionados por la prótesis o las inyecciones de gel de silicona líquida. Suelen ser tumoraciones de tamaño grande que ocasionan eritema, edema y dolor local. La silicona líquida se asocia a complicaciones como mastitis, sarcoma, linfoma y problemas sistémicos como el síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes, ASIA. Esta problemática pone de manifiesto el riesgo carcinogénico asociado a los implantes o a las inyecciones de silicona líquida. En nuestro caso revela un carcinoma escamoso metaplásico bien diferenciado, triple negativo.

Existen pocos casos reportados de carcinoma escamoso asociado a implantes mamarios, y aún menos los relacionados con la silicona líquida. Debido a la escasez de información, no se cuenta con pautas terapéuticas específicas para su manejo. En los casos descritos, la respuesta a la neoadyuvancia es limitada, con resultados parciales y recurrencias agresivas tras la cirugía.

HALLAZGOS INCIDENTALES EN LA MAMA: TUMORES SINCRÓNICOS Y DE COLISIÓN

Giménez Abadía, Victoria; Amat Villegas, Irene; Ruiz Estigarribia, Liz María; De Oliveira Gomes, Andreina; González Zúñiga, Ana María; Ruiz De Azua Ciria, Yerani; Córdoba Iturrigagoitia, Alicia; Panizo Santos, Ángel

Presentador: Giménez Abadía, Victoria

HOSPITAL DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La coexistencia de dos tumores primarios en un mismo paciente es un fenómeno bien documentado; sin embargo, su presencia simultánea en una misma localización es un hallazgo infrecuente. Esta situación puede manifestarse de dos maneras: como tumores sincrónicos o como tumores de colisión, si están en contacto ambas lesiones. Según la literatura, la localización más habitual de estos últimos es en aparato gastrointestinal y sistema endocrino. En la mama, la incidencia global de tumores epiteliales es muy elevada; sin embargo, su coexistencia con neoplasias hematológicas es excepcional. El manejo terapéutico de estos tumores es complejo y depende de la agresividad y estadio de cada neoplasia. En este trabajo, presentamos una serie de casos de tumores sincrónicos y de colisión en la mama con el objetivo de contribuir a su conocimiento y difusión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de los casos diagnosticados en nuestro servicio entre los años 2000 y 2025, en los que se identificó la presencia simultánea de un tumor epitelial mamario y una neoplasia hematológica. Se recogieron las siguientes variables clinicopatológicas: edad, sexo, subtipo histológico, tratamiento y evolución clínica de los pacientes.

RESULTADOS: Se recogieron 10 casos correspondientes a 9 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre 43 y 81 años. En cuanto al componente epitelial, ocho pacientes presentaban un carcinoma infiltrante de tipo no especial, uno tenía un carcinoma lobulillar y el último, un fibroadenoma. Respecto a la parte hematológica, nueve de ellos correspondían a procesos linfoproliferativos B y el restante un linfoma Hodgkin. Por otra parte, del total, siete casos se presentaron de forma sincrónica y tres en colisión. Entre los antecedentes clínicos de interés, dos pacientes padecían artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate, uno tiroiditis Hashimoto y cuatro presentaban un historial conocido de neoplasia hematológica. En relación con el manejo terapéutico, a excepción de dos pacientes en los que se trató primero la neoplasia hematológica en el resto se dio prioridad al tratamiento del carcinoma mamario. La evolución fue desfavorable para la mayoría, con altas tasas de metástasis y recaídas, lo que refleja la complejidad de este contexto clínico.

CONCLUSIONES: Los tumores de colisión y sincrónicos entre tumores epiteliales de mama y neoplasias hematológicas constituyen una entidad infrecuente siendo en muchas ocasiones un hallazgo incidental durante el estudio de los ganglios axilares en el estadije del tumor mamario, como así ha sido en varios de nuestros pacientes. Asimismo, el carcinoma que con más frecuencia se combina con una neoplasia hematológica es el no especial, tal y como se refleja en la literatura. El reconocimiento temprano permite evitar errores diagnósticos y tener un adecuado enfoque terapéutico que debe ser coordinado entre hematología y oncología. La decisión sobre el orden de tratamiento debe basarse en las características de cada tumor, aunque en la mayoría de los casos se prioriza el abordaje del carcinoma mamario por su manejo quirúrgico más inmediato, dejando el tratamiento hematológico para una fase posterior, salvo en casos de enfermedad hematológica avanzada.

EL ROMPECABEZAS DE LAS LESIONES PAPILARES DE MAMA: DE PAPILOMA INTRADUCTAL A CARCINOMA PAPILAR SÓLIDO INVASIVO, CON DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA Y EXPRESIÓN DE NTRK

Castro Romero, Carolina Stephanía; Abengózar Muela, Marta; Fernández Ariati, Lucía; Lorenzo Meza, Shirley Amarilis
Presentador: Castro Romero, Carolina Stephanía

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 60 años que consulta por un nódulo palpable en mama izquierda y secreción serohemática a través del pezón hace un mes. Tras el examen físico, la ecografía confirma un nódulo de 1 cm y la mamografía bilateral es de sospecha (BI-RADS 4c). Se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) con resultado de Carcinoma invasivo de tipo no especial, grado histológico 1 (G1) con diferenciación neuroendocrina (Luminal A), categoría diagnóstica (NHSBPS): B5b y papiloma intraductal. Sin lesiones a distancia en el estudio de extensión. Se decide cirugía conservadora y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSCC) con probable tratamiento adyuvante si procede. A continuación, presentamos los hallazgos de la pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos los cortes histológicos del caso perteneciente al archivo de nuestro centro evaluando hallazgos citomorfológicos y expresión inmunohistoquímica frente a p63, CK5/6, Rc. Estrógenos, Rc. Progesterona, Ki67, HER2, cromogranina y sinaptofisina.

RESULTADOS: Observamos un espectro de lesiones papilares. En el centro, un papiloma intraductal; surgiendo de éste, grandes nidos de aspecto sólido, bordes redondeados, con finas papilas; y hacia la periferia nidos irregulares, angulados, con patrón infiltrativo (en archipiélago) y desmoplasia estromal. Se observó la presencia de mioepiteliales (p63+) en la periferia y en el interior del papiloma, y la pérdida casi completa en ambas localizaciones en los nidos que surgen de él. En el componente invasivo los Rc. Estrógenos y Progesterona fueron (+), CK5/6 (-), Ki67: 5%, HER2 negativo (1+/3+), sinaptofisina y cromogranina (+). Las células tumorales mostraron positividad difusa, nuclear, citoplasmática y de membrana frente a NTRK (EPRI341-Ventana), sin evidencia de translocación de NTRK1, NTRK2 ni NTRK3 mediante PCR (Idylla TM) ni FISH (Zyto Vision®), que objetivó polisomía en los tres genes.

El diagnóstico definitivo fue de Carcinoma papilar sólido (CPS) invasivo, G1 (Luminal A) de 12 mm asociado a CPS in situ y a un papiloma intraductal. Los bordes quirúrgicos y ganglios linfáticos se encontraban libres (pT1c N0s; 8ª Ed. AJCC).

CONCLUSIONES: Las lesiones papilares de mama son un reto diagnóstico en BAG y se requiere estudiar toda la lesión tras cirugía para un diagnóstico definitivo.

El CPS de mama es una entidad poco frecuente con características clínico-patológicas distintivas y un pronóstico en general excelente. Debe distinguirse del carcinoma de mama convencional para evitar un tratamiento excesivo.

El carácter "in situ" o invasivo del CPS es controvertido. La WHO (8ª Ed. AJCC) distingue las dos entidades. La presencia de nidos irregulares y reacción desmoplásica estromal son clave para el diagnóstico del componente invasivo. La ausencia de células mioepiteliales en la periferia de los nidos neoplásicos no excluye que sea "in situ". Los marcadores neuroendocrinos son de gran utilidad para el diagnóstico diferencial del CPS ya que un 30-60% de los casos los expresan. Resulta de interés estudiar NTRK en aquellos tumores con histología infrecuente o comportamiento clínico inesperado. Algunos tejidos sobreexpresan NTRK de forma fisiológica (cerebro, tejido cardiovascular o endocrino). Tumores con diferenciación neuroendocrina podrían expresar NTRK fisiológicamente, quizás en relación a polisomías sin implicación patogénica ni clínica conocida, por lo que resultaría interesante profundizar en este tema.

ESTADO DE P53 EN EL CÁNCER DE MAMA BILATERAL: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN TUMORES SINCROÑICOS Y METACRÓNICOS

Troncoso Hernández, Evelyn; Montoyo Pujol, Yoel G.; Casco Zenúiga, Roger Eduardo; Martínez Gauffin, Lucía; Menor Vila, Víctor; Ballester Galiana, Hortensia; Delgado García, Silvia; Martín Bayon, Tina; Ponce Lorenzo, José J.; Peiró Cabrera, Gloria
Presentador: Troncoso Hernández, Evelyn

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama bilateral (CMB) es poco frecuente (1-5%), presentándose de forma sincrónica (CMBS; simultáneamente o en un intervalo < 36 meses) o metacrónica (CMBM; diagnóstico del 2º tumor > 6 meses). TP53 es un gen supresor tumoral y su proteína (p53) regula el crecimiento celular. Las mutaciones en TP53, así como la sobreexpresión o negatividad de p53 se han asociado a mayor agresividad tumoral, resistencia a tratamientos y mal pronóstico en numerosas neoplasias, incluido el CM. Su papel en el CMB no está claro. Nuestro objetivo fue evaluar el estado de p53 en pacientes con CMB y correlacionarlo con características clínico-patológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 113 pacientes (216 tumores) con CMB, analizando datos clínico-patológicos (edad, tamaño tumoral, grado histológico -GH- e inmunofenotipos) e inmunohistoquímicos de p53: negativo/mutado (mut) (0%), normal/wild type (wt) (1-75%/1-3+) y sobreexpresado/mut (>75%/3+). Para los análisis descriptivos y la asociación entre variables, utilizamos el χ^2 o test de Fisher. Para la comparación entre variables se aplicó el test T de Student o la U de Mann-Whitney, según su distribución.

RESULTADOS: Incluimos 57 pacientes con CMBS: 42 (74%) fueron p53-wt y 15 (26%) p53-mut. Los 56 casos de CMBM eran 29 (52%) p53-wt y 27 (48%) p53-mut. La edad media en los CMBS p53-wt fue de 59 $\pm$ 15,5 años y en los p53-mut de 60 $\pm$ 17,4 años (p=ns). En los CMBM, la edad media en el 1º tumor fue de 53,5 $\pm$ 11,5 años en los p53-wt y de 51,6 $\pm$ 11 en los p53-mut (p=ns). En el 2º tumor la media fue de 63 $\pm$ 12 años y 60 $\pm$ 12 años (p=ns), respectivamente. El intervalo medio entre ambos fue de 9,5 $\pm$ 6 años en p53-wt y de 8,4 $\pm$ 5 años en p53-mut (p=ns). Observamos diferencias significativas del tamaño entre los CMBS p53-wt y p53 mut (25 $\pm$ 23 mm vs 38 $\pm$ 26 mm) (p=0.035). En los CMBM no hubo diferencias según p53-wt vs p53-mut en el tamaño del 1º (31 $\pm$ 21 mm vs 24 $\pm$ 21,3 mm) ni del 2º tumor (17 $\pm$ 18 mm vs 20 $\pm$ 23 mm) (p=ns). Sin embargo, en los CMBM p53-wt, el tamaño del 2º tumor (17 $\pm$ 18 mm) fue significativamente menor que el del 1º (31 $\pm$ 21 mm) (p=0.028), pero no en los CMBM p53-mut. Entre los CMBS p53-wt predominó el grado II (57%) y en los p53-mut fue el grado III (40%). En los CMBM p53-wt, el 1º tumor fue frecuentemente GH III (41,4%) y el 2º GH II (46,4%). Los CMBM con p53-mut en ambos tumores eran de alto GH (70,4% y 66,7%, respectivamente) (p=0.067). El fenotipo Luminal A fue más frecuente en ambos CMBS, tanto en los p53-wt (47,6%) como en los p53-mut (40%). También en los CMBM p53-wt predominó el Luminal A tanto en el 1º como en el 2º tumor (52% y 55%, respectivamente). En contra, los CMBM p53-mut presentaron una mayor frecuencia de TN en el 1º (33%) y el 2º (44,4%) (p=0.087).

CONCLUSIONES: El estado de p53 tiene un impacto diferencial en los CMBS y CMBM. En el CMBS, la p53-mut se asocia a tumores de mayor tamaño y grado III, indicando una mayor agresividad desde el inicio de la enfermedad. Sin embargo, la distribución fenotípica se mantiene estable, con una baja presencia de subtipos agresivos. En los CMBM, la p53-mut es más frecuente, con intervalos diagnósticos más cortos entre ambos tumores, alto GH y fenotipos agresivos, comparado con los p53-wt. Estos hallazgos sugieren que el estatus de p53-mut confiere mayor agresividad en CMBS y CMBM, destacando la necesidad de un seguimiento más riguroso en estas pacientes. ISABIAL (Expte. 2024-0318)

HER2: EL DESAFÍO DE INTERPRETAR LOS RESULTADOS DE UN BIOMARCADOR PRONÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN CÁNCER DE MAMA

Erazo Alarcón, Shirley Adela; Vázquez Benítez, Greissy; Martín Acosta, Paloma; Vicente Lago, Yolanda; Silvestre Egea, Gala; Tisner Pensado, Yago; Perez Faccaro, Analía; Gil Bernabé, Paloma; Martín Poza, Silvia; Ruiz Becerra, Esteban
Presentador: Erazo Alarcón, Shirley Adela

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: HER2 es un biomarcador con valor pronóstico y predictivo para la respuesta a la terapia anti-HER2, se debe evaluar de forma rutinaria en todos los carcinomas infiltrantes de mama. Su valoración inicial se realiza por inmunohistoquímica (IHQ). Cuando el resultado es equivoco (2+), se requiere una reevaluación mediante hibridación in situ por fluorescencia (FISH), que en la mayoría de los casos permite definir si el resultado es positivo o negativo. Sin embargo, en algunos escenarios se observan patrones de expresión/amplificación no clásicos. En esta revisión presentamos tres casos, con patrones atípicos de HER2 y los retos que esto implica en la interpretación diagnóstica y en la toma de decisiones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan tres casos de carcinoma infiltrante de mama con metástasis ganglionares, en los que se identificaron patrones discordantes para HER2. La evaluación de estos casos requirió el uso de IHQ, FISH y la revisión por consenso de patólogos especialistas.

RESULTADOS: En el primer caso, la IHQ para HER2 en la metástasis ganglionar mostró un patrón heterogéneo con dos áreas, una 3+ y otra 1+. Debido a esta heterogeneidad, se realizó FISH, que confirmó la existencia de dos poblaciones diferentes, las áreas 3+ presentaron amplificación de HER2 con múltiples señales no cuantificables, formando agregados. Se concluyó que la metástasis ganglionar presentaba amplificación con un patrón heterogéneo, con una ratio de HER2/CEP17 >2 y más de 6 copias por núcleo. En el segundo caso, la IHQ en la biopsia mamaria fue negativa para HER2 (1+), pero en la metástasis ganglionar se identificaron dos poblaciones distintas, una 1+ y otra 3+. El análisis por FISH confirmó la heterogeneidad intratumoral en el ganglio. La biopsia de mama no presentó amplificación del gen, confirmando la heterogeneidad tanto intratumoral en la metástasis, como intertumoral entre la mama y el ganglio. En el tercer caso, la IHQ en la metástasis ganglionar mostró un resultado equivoco (+2). Ante esta situación, se realizó FISH, obteniendo una ratio de HER2/CEP17 de 1.40 (<2) y un promedio de 4.13 (≥4 y <6) copias de HER2 por núcleo, clasificándolo dentro del grupo 4 (ASCO/CAP para ISH). Siguiendo las recomendaciones de las guías, se reevaluó la IHQ de HER2 por los patólogos especialistas en mama. Tras consenso, se determinó que la expresión de HER2 era heterogénea y que la subpoblación con tinción de membrana completa de al menos intensidad moderada alcanzaba el 10% de la celularidad, reclasificando el caso como HER2 positivo (3+).

CONCLUSIONES: Los patrones equivocados de HER2, tanto por IHQ como por FISH, generan dificultad en la interpretación de los resultados, requieren una reevaluación minuciosa y en algunos casos la reclasificación del tumor, lo que tiene implicaciones directas en la selección de candidatas para terapia anti-HER2. La interpretación de HER2 (IHQ/FISH) debe realizarse por patólogos entrenados en la técnica y en laboratorios inscritos en programas de calidad. El conocimiento de la heterogeneidad intratumoral es importante para la interpretación de HER2, siendo necesario evaluar toda el área tumoral y si hay discordancias realizar el estudio en otras preparaciones (cilindros/ganglios).

MASTITIS GRANULOMATOSA NEUTRÓFÍLICA QUÍSTICA: TRES CASOS EN TRES AÑOS

Racean , Steliana Florina; Galan , Nicoleta Elena; Lag Asturiano, Encarnación
Presentador: Racean , Steliana Florina

HOSPITAL SAN PEDRO LOGROÑO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La mastitis granulomatosa neutrofílica quística es una entidad poco frecuente, recientemente descrita, caracterizada por criterios histopatológicos bien definidos que la diferencian de otros tipos de mastitis crónicas idiopáticas. Se distingue por la presencia de bacilos grampositivos dentro de espacios quísticos rodeados de neutrófilos, en un contexto de inflamación granulomatosa supurativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan los casos de tres pacientes de sexo femenino, con edades comprendidas entre la tercera y quinta década de vida, sin antecedentes relevantes. Dos de ellas presentaban nódulos mamarios palpables y la tercera acusó dolor mamario intermitente con sospecha clínica de mastitis versus carcinoma inflamatorio. En el estudio radiológico se clasificaron como lesiones BIRADS 3, 4 y 5 y se les realizó biopsia con aguja gruesa.

RESULTADOS: Los estudios histopatológicos de las tres biopsias revelaron mastitis granulomatosa, con la presencia de espacios microquísticos rodeados de neutrófilos que contenían bacilos grampositivos en su interior, compatibles con *Corynebacterium*.

CONCLUSIONES: La presentación de estos casos es relevante debido al escaso reconocimiento de esta entidad entre patólogos y radiólogos, a pesar de tener características ya bien definidas. Esta patología puede simular lesiones malignas y su identificación es crucial debido a su asociación con la infección por especies de corinebacterias, lo que permite orientar el tratamiento antibiótico de manera adecuada, más allá del tratamiento antiinflamatorio utilizado en las mastitis idiopáticas.

EL DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES MESENCQUIMALES MAMARIAS.

Hernández Martínez, Desiré; Vega González, Jesús; De La Torre Serrano, Montserrat; García Egido, Alejandro; De Hita Castillo, Miguel; Lampe Brusel, Ignacio; Oteo Cerrato, Elvira; Platero Sanz, Sara; Bergillos Gimenez, Maria Reyes; Colino Gallardo, Ana María; Pascual Martín, Alejandro
Presentador: Hernández Martínez, Desiré

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: el miofibroblastoma es un tumor mamario benigno poco frecuente que muestra ligera predilección masculina. La importancia clínica de esta entidad radica principalmente en su reconocimiento como una neoplasia benigna.

MATERIAL Y MÉTODOS: se expone un caso de una mujer de 41 años remitida desde el servicio de Radiología por presentar una imagen de BIRADS 4B en unión de cuadrantes externos de mama derecha. la BAG realizada en un primer tiempo no permitió dar un diagnóstico de certeza, POR LO QUE se procedió a la resección COMPLETA de la lesión.

RESULTADOS: En la PIEZA DE tumorectomía se observó una lesión indurada de bordes mal delimitados que se correspondía con una neoplasia morfológica e inmunofenotípicamente compatible con miofibroblastoma.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial del miofibroblastoma plantea un desafío para los patólogos ya que incluye procesos reactivos, neoplasias benignas y malignas. Diferenciar estas entidades en la biopsia con aguja gruesa es particularmente difícil, por lo que es necesaria una escisión.

RELACIÓN ENTRE MACROMETÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA Y METÁSTASIS AXILARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Lopez Prieto, Ana; Alfonso Rosa, Carmen María; Rendón García, Rosa; Machuca Aguado, Jesús; Ríos Martín, Juan José

Presentador: López Prieto, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El estudio del ganglio centinela en el cáncer de mama es clave para determinar el manejo terapéutico. La técnica OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) permite evaluar rápidamente el estado patológico de estos ganglios mediante la cuantificación de ARN tumoral. Actualmente, solo la presencia de macrometástasis, definidas por más de 20,000 copias de ARN tumoral, altera la decisión terapéutica.

Este estudio analiza la incidencia de macrometástasis en el ganglio centinela mediante OSNA y su relación con las metástasis en los ganglios axilares tras vaciamiento. Además, se evalúa el número de ganglios afectados y el perfil inmunofenotípico de las pacientes sometidas a vaciamiento ganglionar axilar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama entre 2022 y 2023. Se incluyeron todas las pacientes sometidas a estudio de ganglio centinela con OSNA. De ellas, se seleccionaron aquellas con macrometástasis en el ganglio centinela, definidas por más de 20,000 copias de ARN tumoral, y que fueron sometidas a vaciamiento ganglionar.

Los datos recolectados incluyeron edad, tipo de intervención quirúrgica, tamaño de la lesión, estadio patológico, administración de neoadyuvancia, tipo histológico, índice de proliferación Ki67, sobreexpresión de HER2, inmunofenotipo, número de copias en OSNA, ganglios positivos para macrometástasis y micrometástasis, y ganglios afectados en el vaciamiento axilar.

RESULTADOS: Entre 2022 y 2023, se estudiaron 721 pacientes con cáncer de mama mediante OSNA. De estas, el 11% (79/721) presentó al menos un ganglio centinela positivo, y el 81% de estas pacientes (64/79) se sometieron a vaciamiento ganglionar. En el vaciamiento axilar, el 35,9% (23/64) presentó metástasis en los ganglios axilares, mientras que el 64,1% (41/64) tuvo resultados negativos.

En las pacientes con vaciamiento negativo (n=40), el 46,3% (19/41) presentaba inmunofenotipo luminal A, el 51,2% (21/41) luminal B, y el 2,4% (1/41) HER2. Ninguna paciente fue triple negativa. Por otro lado, las pacientes con vaciamiento positivo (n=23) se distribuyeron de la siguiente manera: 52,2% (12/23) luminal A, 39,1% (9/23) luminal B, y 8,7% (2/23) triple negativa. Ninguna paciente pertenecía al grupo HER2.

Respecto al número de ganglios positivos en el vaciamiento, el 43,5% (10/23) tuvo un único ganglio afectado, el 21,7% (5/23) presentó dos, el 13% (3/23) tres, y el 21,7% (5/23) más de tres.

CONCLUSIONES: La técnica OSNA es un método sensible para la detección de metástasis en el ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, persiste la incertidumbre sobre la implicación clínica de un ganglio centinela positivo, particularmente en relación con la metástasis en los ganglios axilares.

Nuestros resultados indican que una proporción significativa de pacientes con ganglio centinela positivo no presentan metástasis en el vaciamiento axilar, lo que sugiere un enfoque más personalizado en las decisiones terapéuticas. Esto podría incluir ajustar el umbral para considerar macrometástasis o incorporar otros criterios más allá del número de copias para determinar la necesidad de vaciamiento axilar.

Además, el bajo porcentaje de pacientes con cáncer de mama que presentan ganglio centinela positivo (11%) y el elevado costo de la técnica OSNA intraoperatoria invitan a reflexionar sobre la necesidad de una selección más estricta de pacientes para este estudio, considerando diferir el análisis en algunas de ellas

MASTITIS GRANULOMATOSA QUÍSTICA NEUTRÓFÍLICA: SERIE DE CASOS DE UNA ENTIDAD RARA Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Veras Lista, Mariña; Bermejo Olano, María Del Mar; Vázquez Tarrío, Eva; Curto Aguilera, Daniel; Serrano, Jorge; Revilla Sánchez, Enrique; Parrilla Rubio, Lucía; Martínez López, Mario

Presentador: Veras Lista, Mariña

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La mastitis granulomatosa quística neutrofílica (MGQN) es un subtipo raro de mastitis definida por su asociación con *Corynebacterium* spp y una histología característica. Sin embargo, la presencia de esta bacteria no siempre es demostrable, y en algunos casos la MGQN se solapa con otras entidades infeccioso-inflamatorias a nivel clínico e histológico. Por ello, la MGQN se encuentra infradiagnosticada. El objetivo de este estudio es realizar un estudio clínico-patológico de esta entidad y, mediante comparación con sus principales diagnósticos diferenciales, identificar sus rasgos más específicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda con los términos "mastitis granulomatosa quística neutrofílica", "mastitis granulomatosa lobulillar" (MGL) e "inflamación aguda abscesificada" (IAA) en los últimos cinco años en nuestro centro y se comparan los datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos e histológicos de ambos grupos. Se revisa la literatura.

RESULTADOS: Se obtienen 7 casos de mujeres con MGQN, 8 casos de MGL y 14 de IAA. Del grupo de IAA, en 1 caso se describe en el informe características sugestivas de MGQN, por lo que para este estudio se incluyen como parte del grupo de MGQN. Los grupos finales presentan n=8, n=8 y n=13 casos, respectivamente. La edad media en el grupo de MGQN es de 34,1 años (28,9-43,4), en el de MGL de 32,7 (23,1-43,4), y en el de IAA, de 45,5 (21,7-73,8). La mayoría de MGQN presenta un primer episodio valorado como absceso y tratado empíricamente con antibiótico. Sólo 12,5% responde y hasta un 62,5% se resuelven espontáneamente. En cambio, menos de 25% del grupo de IAA mejora sin tratamiento, un 30,7% requiere antibiótico, y un 38,5%, drenaje quirúrgico. 75% de los casos de MGL requieren también algún tipo de tratamiento. Ninguna de las MGQN es positiva para *Corynebacterium* spp. 62,5% de las MGQN se diagnostican como BIRADS-4 (sospecha de malignidad) frente a 50% de MGL y 38,5% de IAA.

87,5% de los casos diagnosticados como MGQN presentan granulomas epiteloides no necrotizantes, en 3 de estos casos (37,5% del total) rodeando una vacuola central. 100% presenta neutrófilos, 87,5%, infiltrado inflamatorio crónico, y 75% células gigantes multinucleadas (CGM). Solo en 2 casos de IAA se describe reacción fibrohistiocitaria y CGM. Se realizará revisión de las características histológicas del grupo de MGL y correlación con su comportamiento clínico-radiológico.

CONCLUSIONES: Los hallazgos clínico-histológicos en las MGQN coinciden mayoritariamente con la bibliografía, excepto por la ausencia de positividad para *Corynebacterium* spp. Esto puede atribuirse al limitado tamaño muestral o a la antibioterapia empírica, pero también plantea si esta bacteria es o no el agente causal de la entidad.

El hallazgo más característico, pero menos frecuente, es la vacuola central rodeada de neutrófilos. Los granulomas son más frecuentes pero menos específicos (también se observan en MGL). En los casos de MGQN que presentan la histología típica, se observa un patrón clínico-radiológico consistente (pacientes más jóvenes, mayor grado BIRADS, no respuesta a antibiótico). Conocer esta presentación típica puede facilitar el diagnóstico ante una histología dudosa: la MGQN debe encontrarse entre nuestro diferencial ante un patrón morfológico inflamatorio mixto en una paciente joven que presente estas características clínicas.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO: CASO CLÍNICO

Fernández Abad, Luisa; Tinajero Ramírez, Jessica; García Higuera, Isabel; Echevarría Iturre, Celina; García Toro, Enrique; Rodrigo Gómez De La Barcena, Maximiliano
Presentador: Fernandez Abad, Luisa

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Paciente mujer de 45 años que acude a patología mamaria, remitida de su médico de atención primaria por hinchazón de pezones y mamas. Recibe Fucibet sin mejoría.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADOS: Se realiza ecografía de ambas mama, donde se identifica en mama izquierda una lesión con bordes irregulares que mide 26x18,1 mm, sospechosa de neoplasia. En la RMN se identifica en los tercios anterior y medio de unión de cuadrantes superiores(UCS), una lesión tumoral con bordes irregulares, que se extiende hacia el cuadrante superointerno (CSI), retroareolar en cuadrante superior externo (CSE) y en menor medida en unión de cuadrantes externos (UCE) y cuadrante inferointerno (CII). Presenta unas dimensiones de 28,6x39,2x41,2 mm. A unos 7,5 mm de su región posterior, se identifica un nódulo satélite de 8x5,7 mm. Tras diagnóstico por BAG, se decide mastectomía total simple izquierda y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Macroscópicamente, se identifica una lesión espiculada, mal delimitada, en UCS hacia CSI y en región retroareolar , de 2x3,5x3,7 cm. Dicha lesión es blanquecina, sólida, identificándose en su seno marcador hidromark. El resto de la mama presenta un aspecto anodino. Microscópicamente se identifica una neoproliferación que crece en forma de nidos sólidos, estructuras cribiformes y túbulos, que se disponen sobre un estroma fibromixoido. Está conformada por una doble población constituida por una hilera en empalizada periférica de células mioepiteliales y con una segunda población de células epiteliales de núcleos redondeados de pequeño tamaño, de cromatina finamente distribuida, hiper cromáticos y que, en los territorios cribiformes o ductales contienen un material de secreción basófilo. Se identifican muy aisladas mitosis y de manera focal invasión perineural. Toda esta lesión se encuentra acompañada de microcalcificaciones. Mediante técnicas inmunohistoquímicas se observa positividad en el componente de células epiteliales para C-KIT, AE1/3, CAM5.2 y CK7, observándose positividad en el componente mioepitelial para CK5/6, caderina y p63. Se diagnostica de carcinoma adenoide quístico, grado III de la clasificación de Ro et al.

CONCLUSIONES: El carcinoma adenoide quístico corresponde un 1-3,5% de todos los cánceres de mama. Es similar al carcinoma de glándulas salivales, pero de comportamiento más indolente. Puede darse a cualquier edad. Clínicamente es una masa palpable, firme, que en ocasiones puede presentar dolor. Suele encontrarse en CSE o en región retroareolar. Mayoritariamente es unifocal y su tamaño se encuentra entre 1-3cm. En la mamografía se comporta como una masa, bien definida, lobulada, sin calcificaciones. En ecografía se presenta como una masa heterogénea e hipoeoica. Según la WHO el carcinoma adenoide quístico puede clasificarse como clásico, sólido-basaloide o transformación de alto grado. Otra posible clasificación es la de Ro et al. Según su componente sólido: I. Sin componente sólido. II. Menos de 30% de componente sólido. III. Más de un 30% de componente sólido. Los tumores con mayor componente sólido tienden a ser mayores y pueden tener más recurrencias.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Olaya Posada, Marcela
Presentador: Olaya Posada, Marcela

HOSPITAL CLÍNICO RIO CARRIÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma neuroendocrino primario de mama representa el 0,1% de todos los cánceres de mama, es mas común en mujeres de edad avanzada, morfológicamente son similares a los de pulmón y se clasifican según la WHO en sólido (bien diferenciado), de célula pequeña y de célula grande y suelen ser positivos hasta en el 50% de las células para synaptofiscina, ENS, cromogranina. El grado tumoral y el ki67 son factores pronósticos importantes para la supervivencia libre de enfermedad y la edad y los RE para la supervivencia a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de paciente femenina de 46 años consulta por nódulo en UCS de MD de 25 mm al que se le realiza BAG ecoguiada, observándose una proliferación de grandes células atípicas que infiltran formando nidos y cordones con necrosis, sin invasión perivascular, con positividad para CD56 y ENS; negatividad para RE, RP, Her2, TTF1, CDX2, GDFP15, PAX8. Se realiza octreoscan mostrando positividad sólo en la lesión de MD.

RESULTADOS: Hasta el 2% de los carcinomas NE pueden metastatizar en mama y suelen ser triple negativos, como nuestro caso, el octreoscan ha permitido soportar el diagnóstico de carcinoma NE primario de mama. Se realizó ganglio centinela y tumorectomía, ya que su tratamiento debe hacerse igual que el carcinoma ductal infiltrante. Tiene mejor pronóstico en comparación con otros carcinomas de mama.

CONCLUSIONES: El carcinoma NE de mama es una enfermedad rara. La WHO lo clasifica en Sólido (buen pronóstico), de célula pequeña y de célula grande. Aunque suele expesar receptores hormonales, el octreoscan ayuda a su diagnóstico en triple negativo. Los factores pronóstico son el grado tumoral, el ki67, la edad y los RE.

FIBROMATOSIS DESMOIDE MAMARIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN PERIODO DE 30 AÑOS.

Cevallos Abad, María Isabel; Amat Villegas, Irene; Beloqui Pérez De Obanos, Raquel; Ruiz De Azua Ciria, Yerani; Córdoba Iturrigagoitia, Alicia

Presentador: Cevallos Abad, María Isabel

HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La fibromatosis desmoide es un tumor mamario raro, representando menos del 0.2% de las neoplasias en esta localización. A pesar de su baja incidencia, constituye un desafío diagnóstico tanto para el radiólogo, ya que simula tumores malignos en mamografía, como para el patólogo, dado que el diagnóstico diferencial es amplio. Afortunadamente, contamos con herramientas que nos permiten clasificar adecuadamente este tipo de lesiones. En este trabajo, presentamos la experiencia de nuestro centro con la fibromatosis desmoide mamaria a lo largo de un periodo de 30 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de nuestros registros desde 1996 hasta la fecha. Se seleccionaron únicamente los casos con diagnóstico confirmado de fibromatosis en biopsia por aguja gruesa (BAG), segmentectomía o punción con aguja fina (PAAF). Además, se documentaron las características clínicas, radiológicas y terapéuticas de cada paciente.

RESULTADOS: Se identificaron 14 pacientes (13 mujeres y 1 varón), con una edad media al diagnóstico de 44 años (rango: 24-74 años). El diagnóstico se realizó mediante BAG en 11 casos, segmentectomía en 2, y PAAF en 1. En las mamografías, 9 pacientes fueron clasificados en categoría BIRADS 4. El tamaño promedio de las lesiones fue de 17 mm (rango: 5-50 mm). De los pacientes diagnosticados por BAG, 7 fueron sometidos posteriormente a segmentectomía, de los cuales 6 presentaron márgenes afectos; los 2 pacientes diagnosticados mediante cirugía también tuvieron márgenes positivos. En cuanto al seguimiento, solo se encontraba documentado en 8 pacientes, sin evidencia de recurrencia ni de reintervención. Dos pacientes tenían antecedentes quirúrgicos previos en la mama afectada, uno por simetrización y otro por mastectomía.

CONCLUSIONES: La fibromatosis desmoide mamaria es una entidad rara, pero relevante debido a su semejanza radiológica con lesiones malignas, la dificultad en su resección quirúrgica y su tendencia a la recurrencia. Los hallazgos encontrados en nuestra serie son consistentes con la literatura disponible, aunque con la limitación de no contar con datos completos de seguimiento y recurrencia.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE MAMA DE CÉLULA GRANDE

Parra Tercero, Ana Rosa; Emparanza García, Cayetana; Bergua Arroyo, Sergio; Murillo Lázaro, María Cristina

Presentador: Parra Tercero, Ana Rosa

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas neuroendocrinos (CN) de mama son una entidad infrecuente, suponiendo menos del 0.1% del total de casos de cáncer de mama (1), la literatura de estos casos no es muy extensa, sobre todo en lo referente a los carcinomas neuroendocrinos de células grandes (CNCG). A continuación, presentamos un caso diagnosticado de CNCG, así como una revisión de las neoplasias neuroendocrinas de mama diagnosticadas en los últimos 10 años en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 76 años que ingresa por caídas y desorientación. En la analítica se observa hipercalcemia grave de posible origen paraneoplásico. Durante la exploración se palpó una lesión en cuadrante superior externo de mama izquierda, con adenopatías ipsilaterales. Se realizó ecografía de mama evidenciando masa multicéntrica de 13 cm tomándose una BAG que fue remitida a nuestro servicio. Seguidamente se realizó TAC en el que se observaron múltiples metástasis a nivel hepático y ganglionar (supra e infradiaphragmático).

RESULTADOS: En la BAG de mama se observó un carcinoma invasivo grado 3 de Nottingham con un patrón de crecimiento sólido constituido por células de núcleo pleomórfico con nucleolo, citoplasma moderado, desproporción núcleo-citoplasma, abundantes figuras de mitosis y áreas de necrosis. Mediante técnicas de IHQ resultó positivo para cromogranina, sinaptofisina y CD56 en la práctica totalidad de la celularidad, siendo positivo también Gata3, receptores de estrógenos (en un 90%) y progesterona (en un 30%) y Her 2 negativo. El índice proliferativo (Ki67) fue muy elevado siendo el diagnóstico de Carcinoma neuroendocrino de célula grande.

CONCLUSIONES: Los CN de mama son neoplasias malignas de alto grado encontrándose su biología y clínica pobremente comprendidas actualmente.

La organización mundial de la salud (OMS) en su 5ª edición clasifica las neoplasias neuroendocrinas (NE) de mama en Tumores neuroendocrino (TN) (bien diferenciados, grado 1-2 de Nottingham) y Carcinoma neuroendocrino (agresivos, grado 3 de Nottingham), mostrando tanto el TN como el CN más del 90% de células con expresión de marcadores neuroendocrinos. El CN se subdivide a su vez en CN de célula pequeña (CNCP) y CNCG enfatizando que estos tumores son histológicamente e inmunohistoquímicamente indistinguibles de su contrapartida de CN de pulmón, se han descrito similitudes genéticas con el CN extramamario, incluidas las aberraciones altamente prevalentes en la vía P53/RB. Se diferencian de los Carcinomas invasivos no específicos con diferenciación neuroendocrina que estos últimos muestran entre el 10-90% de expresión de marcadores neuroendocrinos. (2)

La literatura disponible sobre estos tumores es muy reducida debido a su infrecuencia, describiéndose menos de una veintena de casos.

En nuestra revisión de los últimos 10 años de neoplasias neuroendocrinas de mama en nuestro servicio, atendiendo a la actual clasificación de CN se evidencia lo infrecuentes que son los CN ya que sólo se ha diagnosticado un CNCP y este caso descrito de CNCG.

SIRINGOCISTOADENOCARCINOMA DE LA MAMA: UN CASO RARO Y ÚNICO EN NUESTRA INSTITUCIÓN.

García Galvis, Olga Fernanda; De La Hera Magallanes, Ana Isabel; Esqueda Azpíroz, Elbimar Del Carmen; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Marín Asensio, Sergio José; Serrano Aguirrezabal, Jose Alberto; Guzman Gomez, Yedra; Sáez Álvarez, Samuel Alvarez; Martínez Martínez, Carlos Javier; Honrado Franco, Emiliano

Presentador: García Galvis, Olga Fernanda

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El Siringocistoadenocarcinoma es una neoplasia de anexos cutáneos extremadamente rara. Es la contraparte maligna de siringocistoadenoma papilífero o del adenoma sebáceo. Se presenta especialmente en cabeza, cuello, tórax, área suprapúbica y región perianal, con menos de 50 casos publicados desde que fue descrita en 1980, es muy raro en la mama. Reportamos un caso de siringocistoadenocarcinoma papilífero de la mama en UCE a 3,5 cm del pezón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente de 87 años enviada desde atención primaria por un nódulo de la mama que notó un mes antes de consultar. No tiene antecedentes personales ni familiares de neoplasias. Radiológicamente en la ecografía: se observa un nódulo en UCE de la mama derecha, sólido quístico, parcialmente circunscrito que mide 50,7 x 25,5 mm de margen anterior discontinuo del que parten múltiples tractos irregulares de grosor no uniforme, subdérmicos y alcanzan dermis profunda con axila derecha negativa. La mamografía concluye BI-RADS 5.

RESULTADOS: La pieza de mastectomía muestra una tumoración de 40x30x30 mm en UCE ulcerada con bordes sobre-elevados de centro carnoso, al corte el tumor se circunscribe a la epidermis y dermis superficial sin que afecte el parénquima mamario. Histológicamente la neoplasia presenta en profundidad dos componentes: uno corresponde a adenocarcinoma invasivo que está constituido por glándulas con tendencia a confluir, tapizadas por células atípicas, con actividad mitótica y positividad en el estudio de inmunohistoquímica para CK7 que es a su vez p63 negativo. El otro componente corresponde a diferenciación hacia carcinoma escamoso invasivo de tipo verrucoso, que es positivo con p63 y negativo para CK7. Ambos componentes invaden el tejido fibroconectivo de la dermis, sin evidencia de infiltración al parénquima mamario.

En la parte superficial (adenocarcinoma in situ), el tumor se caracteriza por la presencia de frondas anchas papilomatosas que están revestidas por un epitelio proliferativo de células columnares o cuboideas, con áreas de decapitación del citoplasma y crecimiento micropapilar o cribiforme, hay moderada atipia con presencia de nucléolo, numerosas figuras mitóticas y focos de necrosis, éste epitelio es positivo con CK7 en los estratos superiores y negativo en las células basales. En contraste las células basales presentan positividad para p63 y son negativas para CK7, lo que favorece el diagnóstico de adenocarcinoma in situ.

Los marcadores de inmunohistoquímica para receptores de estrógenos, receptores de progesterona, GATA3 y GCDPFI5 fueron negativos en los dos componentes del tumor.

CONCLUSIONES: El siringocistoadenocarcinoma papilífero es una neoplasia extremadamente rara descrita especialmente en pequeñas series y reporte de casos, encontrando uno descrito en la mama como inusual presentación. Es un tumor que se origina en glándulas sudoríparas ecínas, glándulas apocrinas o en glándulas pluripotenciales. Clínicamente debuta como un nódulo o tumoración y placas inflamatorias con o sin ulceración. Histológicamente el componente infiltrativo, en nuestro caso, debe diferenciarse del carcinoma de bajo grado de tipo adenoescamoso de la mama, el cual forma pequeños ductos o pseudoglándulas de células atípicas, en medio de tejido mamario normal, característica que no se observa en nuestro caso. La falta de expresión inmunohistoquímica de los marcadores propios de la mama, apoyan nuestro diagnóstico.

MASTITIS GRANULOMATOSA NEUTRÓFÍLICA QUÍSTICA: SERIE DE 3 CASOS

Soto Ramos, Cinthia; Rojas Pulgarin, Paola Andrea; Gaspar Lopez-Cozar, Paula; Rodríguez Lobalzo, Sergio Adrian

Presentador: Soto Ramos, Cinthia

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La mastitis granulomatosa neutrofílica quística es una enfermedad inflamatoria que se presenta típicamente en mujeres jóvenes como un tumor mamario doloroso, mal definido, de rápido crecimiento asociado a abscesos, fistulas y/o úlceras pudiendo simular un carcinoma, su etiología no es clara, la teoría mas aceptada la considera una inflamación local autoinmune y se ha descrito una fuerte asociación con el bacilo *Corynebacterium*. Esta entidad tiene características histopatológicas específicas que la diferencian de otras mastitis crónicas idiopáticas como ser: la presencia de bacilos grampositivos dentro los espacios de apariencia quística rodeados de neutrófilos, en un contexto de inflamación con granulomas no caseosos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudian las muestras de 3 pacientes mujeres de 25, 31 y 40 años respectivamente, quienes presentaron episodios recurrentes de mastitis. A la primera paciente se le realizó una BAG y cultivo de exudado debido a la mala evolución de la mastitis tras varios meses de tratamiento con antibióticos y corticoides, a la segunda paciente se le realizó una biopsia amplia de lesión (tumorectomía) ante la recurrencia de la mastitis a pesar de tratamiento antibiótico y a la tercera paciente se le realizó una BAG de un nódulo quístico (BIRADS 3) ante la falta de respuesta al tratamiento con antibióticos y corticoides.

RESULTADOS: En el estudio histológico de las muestras de las 3 pacientes se observaron infiltrado inflamatorio mixto, con presencia de granulomas y microabscesos de predominio neutrofílico alrededor de vacuolas lipídicas, sin evidencia de malignidad. Con la tinción de Gram se pudo observar el bacilo sólo en una de ellas, en otra paciente se aisló el microorganismo en el cultivo realizado y en la última el cultivo fué negativo.

CONCLUSIONES: La mastitis granulomatosa neutrofílica quística es una enfermedad inflamatoria, benigna, crónica e infrecuente que tiene características histopatológicas específicas que la diferencian de otras mastitis crónicas idiopáticas como ser: la presencia de bacilos grampositivos dentro los espacios de apariencia quística rodeados por neutrófilos, en un contexto de inflamación con granulomas no caseosos.

Ya que esta entidad presenta una alta tasa de recaídas, ante la sospecha de una mastitis granulomatosa es importante la búsqueda del bacilo *Corynebacterium* en los cultivos, el tratamiento antibiótico dirigido prolongado, acompañado por la inmunosupresión y en casos seleccionados asociados a cirugía.

CUANDO LAS HOJAS SE VUELVEN TEMPESTAD: TRES CASOS DE TUMOR PHYLLODES MALIGNO CON DIFERENCIACIÓN HETERÓLOGA ATÍPICA

Agüera Sánchez, Alfonso; Martínez Díaz, Francisco
Presentador: Agüera Sánchez, Alfonso

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor phyllodes maligno es una neoplasia fibroepitelial mamaria infrecuente que representa menos del 1% de los tumores mamarios. Se caracteriza por su rápido crecimiento, alto índice de recidiva y potencial metastásico. Su diagnóstico diferencial con el fibroadenoma y otros tumores mesenquimales es desafiante, dada su variabilidad histológica y potencial agresividad. La conducta clínica y terapéutica no está completamente estandarizada, y la recurrencia local y la diseminación a distancia pueden comprometer seriamente el pronóstico vital de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de tres casos de tumor phyllodes maligno diagnosticados en nuestro servicio. Se recopilaron datos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, así como la evolución clínica y terapéutica de cada paciente. Las muestras fueron procesadas mediante técnicas histológicas convencionales y marcadores inmunohistoquímicos de proliferación celular y diferenciación mesenquimal.

RESULTADOS: Los tres casos correspondieron a mujeres de entre 45 y 66 años con masas mamarias de rápido crecimiento. Histológicamente, se observaron estroma hiper celular, pleomorfismo nuclear y elevada actividad mitótica.

- Caso 1: Mujer de 58 años con tumoración mamaria ulcerada de 15 cm, sometida a mastectomía simple. Histológicamente, se observó una proliferación bifásica con pleomorfismo celular marcado, alta actividad mitótica y extensas áreas de necrosis. La lesión alcanzaba el margen profundo a 3 mm del músculo pectoral. La paciente evolucionó sin recidivas a corto plazo.
- Caso 2: Mujer de 66 años con tumoración en mama izquierda de 8,5 cm, sometida a tumorectomía. El estudio histológico mostró una neoplasia bifásica con gran actividad mitótica (>30 mitosis/10 CGA), hemorragia y necrosis focal. La lesión respetó los márgenes quirúrgicos. No se evidenció invasión linfovascular. La paciente continúa en seguimiento sin evidencia de recurrencia.
- Caso 3: Mujer de 45 años con tumoración retroareolar de 6 cm, sometida a nodulectomía con ampliación de márgenes. La histología reveló un tumor bifásico con diferenciación heteróloga adiposa, alto índice mitótico y células gigantes multinucleadas atípicas. La lesión contactaba con varios márgenes quirúrgicos, recomendándose la reintervención quirúrgica.

CONCLUSIONES: El tumor phyllodes maligno es una entidad agresiva con comportamiento clínico variable. El grado de malignidad lo determina el grado de pleomorfismo sarcomatoso del componente mesenquimal. Además, la presencia de alta celularidad estromal (ausencia de elementos epiteliales en al menos un campo de baja potencia), diferenciación heteróloga atípica y una alta actividad mitótica son indicadores de agresividad correlacionados directamente con el riesgo de metástasis, destacando la importancia del seguimiento prolongado. La cirugía con márgenes libres sigue siendo el pilar del tratamiento, requiriéndose más estudios para definir el papel de la quimioterapia y/o la radioterapia en estos pacientes.

LESIONES B3 DE ELLIS EN BIOPSIAS DE MAMA, ¿PODEMOS MEJORAR EN SU MANEJO?

Blanco Fernández, Andrea; Ángeles Reinoso, Gael Martín; Suárez Gauthier, Ana; Cornejo Ladrero, Jose Ignacio; Cazorla Jiménez, Alicia; Rojo Todo, Federico
Presentador: Blanco Fernández, Andrea

HOSPITAL UNIV. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones B3 en biopsia de mama, según la clasificación de Ellis, representan un desafío diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica. Estas lesiones, caracterizadas por su potencial incierto, requieren un manejo cuidadoso y personalizado para garantizar la seguridad del paciente y evitar el sobre- y el infratratamiento. En 2024 se publicó un consenso europeo sobre el manejo y seguimiento de estas lesiones por expertos en mastología.

El objetivo de este trabajo es valorar el manejo de las pacientes diagnosticadas como B3 durante 2024 en nuestro centro y evaluar posibles estrategias terapéuticas conservadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan 141 biopsias de 138 mujeres entre 15 y 83 años diagnosticadas como B3 en BAC o BAV mamarias.

Se revisan el diagnóstico previo, el manejo terapéutico (BAV escisional vs cirugía), los hallazgos radiológicos y la correlación con el diagnóstico final, realizando un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: De las 141 lesiones, 94 (67%) eran lesiones sin atipia (B3A), incluyendo 55 papilomas (PID), 10 lesiones esclerosantes complejas (LEC), 22 tumores fibroepiteliales complejos (TFE), 1 Angiolipoma y 6 lesiones de otro tipo sin atipia; los 47 restantes (33%) corresponden a lesiones con atipia celular (B3B) como papilomas con atipia (PIDA), neoplasia lobulillar in situ (NLIS), atipia plana epitelial (FEA) e hiperplasia ductal atípica (HDA). En el estudio radiológico 102 se presentaron como nódulos o distorsiones, 30 microcalcificaciones y 9 como reales en RM. Del grupo sin atipia B3A el 65% se resecó quirúrgicamente, el 20% por BAV y en 15% no se tiene seguimiento anatomopatológico. Del grupo con atipia B3B se resecó por cirugía casi el 66%, por BAV el 17% y no se tiene seguimiento del 17%.

La concordancia entre las biopsias previas y el diagnóstico final fue:

-En el grupo B3A 71% de casos concordantes y 29% de discordantes.

-En el grupo B3B 41% de casos concordantes y 59% de discordantes.

Los discordantes del grupo B3A fueron:

-14 lesiones fibroepiteliales en las que se encontró solo Fibroadenoma

-2 LEC, de las cuales 1 mostró FEA y la otra solo cicatriz

-7 papilomas ID, de los cuales 1 mostró NLIS y el resto solo cambios cicatriciales sin encontrarse papiloma.

Los discordantes del grupo B3B fueron:

-13 casos en los que no se verificó la presencia de atipia epitelial o solo se vieron cambios cicatriciales.

-10 casos en los que se encontraron focos de Carcinoma intraductal.

La mayoría de las lesiones B3 no atípicas se confirman en la muestra final y solo en un caso de nuestra serie se encuentran focos tumorales en forma de NLIS. De las lesiones diagnosticadas como TFE complejas, 13 correspondieron a Fibroadenomas y 7 a Tumores Filodes. De las lesiones B3 con atipia se verificó la presencia de atipia en 16 casos (41%) y se modificó el diagnóstico a Carcinoma intraductal en 4 casos.

CONCLUSIONES: Dado el bajo riesgo de malignidad en las lesiones B3A, siguiendo las recomendaciones del Consenso europeo, siempre que sea posible se puede realizar extirpación por BAV con seguimiento posterior. La excepción son los TFE complejos, que requieren de la extirpación quirúrgica completa para valorar los márgenes. En las lesiones B3B se sigue recomendando la extirpación quirúrgica por el riesgo de malignidad en la muestra definitiva, aplicándose la BAV escisional de forma individualizada en correlación con la radiología si es posible. Estos casos deben considerarse de forma individualizada en el Comité de tumores.

ANGIOSARCOMA DE MAMA. PRIMARIO Y RADIOINDUCIDO, DOS NEOPLASIAS GENÉTICAMENTE DISTINTAS.

Leon Gil, Johanna Gabriela; Rivas Hernandez, Raquel; Jimenez Perez, Andrea Beatriz; Batista Batista, Cesarina Altagracia; Clavijo Paz, Martha Isabel; Valle Blanco, Pedro; Chinchilla Tábara, Luis Miguel; Sancho De Salas, Magdalena; González Rivero, Joaquín; Gómez Muñoz, María Asunción

Presentador: León Gil, Johanna Gabriela

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los angiosarcomas de mama (AM) son los tumores mesenquimales malignos más frecuentes, teniendo un origen endotelial. Existen dos tipos: AM primarios y AM secundarios a radiación. Aunque estos dos tipos son morfológicamente indistinguibles, son neoplasias genéticamente diferentes y con clasificación independiente en la OMS. Los AM secundarios surgen en pacientes con antecedentes de cáncer de mama (CM) que han recibido tratamiento quirúrgico conservador y radioterapia (RT) local, después de un lapso habitualmente mayor de tres años y presentan amplificaciones en el gen MYC. Presentamos 7 casos de AM diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en el programa informático de anatomía patológica de los casos de AM diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años (2014-2024). Revisamos la historia clínica, antecedentes, las pruebas de imágenes, diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

RESULTADOS: Todas las pacientes eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 61 años (46 a 84 años). Solo una paciente fue diagnosticada con AM primario (46 años). Las seis restantes tenían antecedente de CM tratado con cirugía conservadora y RT local, con un período de latencia de aparición del tumor de entre 3 a 10 años.

Seis pacientes se sometieron a mastectomía radical (MR), y dos casos se incluyó el estudio de ganglios linfáticos (GL). Una paciente presentó metástasis viscerales diseminadas al momento del diagnóstico y falleció posteriormente, lo que impidió realizar el tratamiento quirúrgico como al resto de los casos.

Aunque la literatura describe los AM secundarios a radiación como tumores predominantemente dérmicos con infiltración variable de tejido celular subcutáneo y usualmente sin afectar tejido mamario profundo, solo dos de los seis casos con MR respetaban el tejido glandular mamario. El estudio microscópico reveló una neoformación vascular maligna, de patrón infiltrante con distintos grados histológicos de diferenciación. Los GL estudiados fueron negativos. En todos los casos se realizaron técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) que confirmaron origen vascular y se descartó otro tipo de neoplasias malignas. Se determinó la expresión de CMYC por IHQ siendo positiva en los casos con antecedente de RT y negativo a en el AM primario. Cuatro pacientes actualmente en remisión completa de la enfermedad. Una paciente presenta progresión de la enfermedad con metástasis a distancia, y otra paciente sufrió éxito debido a metástasis pulmonares, hepáticas y óseas.

CONCLUSIONES: Anteriormente, los AM se clasificaban de acuerdo con los grados de diferenciación histológica, al igual que otros sarcomas en diferentes localizaciones. Sin embargo, se ha demostrado que este enfoque no condiciona el pronóstico, ya que incluso tumores bien diferenciados (bajo grado) tienen capacidad de metastatizar. El tratamiento de elección es la MR con márgenes libres sin estudio de GL dado que diseminación suele ser visceral y no nodal. La técnica IHQ para CMYC junto al antecedente de RT, es un marcador útil para identificar los AM radioinducidos y permite evaluar los márgenes quirúrgicos con mayor precisión.

ANÁLISIS DE ANHIDRASA CARBÓNICA EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: CORRELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS Y SUPERVIVENCIA

Pérez Parra, David; Casas Miras, Ana; Blasco Muñoz, Soledad; González Lorca, Laura; Ortiz González, Ana; Isaac Montero, María Alejandra; Melania Ramirez, Melania; Espin García, Salvador

Presentador: Pérez Parra, David

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA - ROSELL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En la progresión del cáncer, el microambiente tumoral, caracterizado por condiciones como la hipoxia y de alteración del pH, desempeña un papel fundamental. En este contexto, la anhidrasa carbónica que trata de un marcador inducible por hipoxia, ha sido relacionada con diversos parámetros clínicos y con un peor pronóstico del cáncer de mama triple negativo (TNBC). El trabajo actual tiene como objetivo analizar la expresión de esta enzima mediante técnicas de inmunohistoquímica en una serie de casos y evaluar su posible correlación con variables histológicas, oncológicas y de supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron los datos clínicos y patológicos de 46 pacientes con diagnóstico de TNBC, obtenidos a partir de herramientas historia clínica informatizada y programas de trabajo del servicio de Anatomía Patológica. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, administración de tratamiento neoadyuvante, expresión de Ki67, p53 y BCL2, grado y subtipo histológico, clasificación pT y pN, y supervivencia global. Para la evaluación inmunohistoquímica, se utilizaron microarrays de muestras tumorales de tejido parafinado, con posteriores tinciones tanto de hematoxilina-eosina como con el anticuerpo EP161 dirigido contra la anhidrasa carbónica. Se consideró positiva cualquier tinción citoplasmática o de membrana al igual que en la literatura revisada.

RESULTADOS: De los 46 casos analizados, independientemente del tipo de muestra tumoral observada, bien de biopsia inicial diagnóstica o pieza quirúrgica, 23 mostraron expresión positiva para anhidrasa carbónica y 23 fueron negativos. La edad media de las pacientes fue de 56,15 años, con una mediana de 55 años. En cuanto al tratamiento neoadyuvante, 25 pacientes no recibieron tratamiento quimioterápico neoadyuvante frente a 21 casos que sí fueron tratados.

No se halló asociación estadísticamente significativa entre la expresión de anhidrasa carbónica y las variables clínico-patológicas evaluadas previamente referidas. En términos de supervivencia, la mediana de seguimiento fue de 46,5 meses (media de 47 meses). En el análisis por subgrupos, se observó una asociación significativa entre la positividad para anhidrasa carbónica y una menor supervivencia en pacientes que no recibieron tratamiento neoadyuvante ($p=0,045$).

CONCLUSIONES: clínico-patológicas podría deberse a un tamaño muestral limitado o a diferencias metodológicas en la evaluación de la tinción.

El método de análisis empleado se basa en criterios utilizados en estudios previos; sin embargo, la reproducibilidad de los puntos de corte empleados podría representar un desafío. Futuras investigaciones con muestras más amplias y metodologías estandarizadas permitirán esclarecer con mayor precisión el papel pronóstico de la anhidrasa carbónica en el TNBC.

Patología de la Mama 1896

UN CASO ATÍPICO DE ADENOSIS TUMOR

Rojas Pulgarín, Paola Andrea; Gaspar López-Cózar, Paula; Soto Ramos, Cinthia; Rodríguez Lobalzo, Sergio Adrián
Presentador: Rojas Pulgarín, Paola Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor adenosis es una entidad que resulta de la fusión de varios focos de adenosis esclerosante asociado a fibrosis y microcalcificaciones, suele afectar a mujeres premenopáusicas y se caracteriza por tener un tamaño menor a 2cm. Presentamos el caso de una paciente de 43 años con un tumor adenosis de 11cm asociado con un carcinoma lobulillar in situ asociado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 43 años que consulta por quistes mamarios bilaterales, en ecografía presenta un área de múltiples quistes agrupados con contenido denso, de pequeño tamaño en CSE de la mama izquierda y que en conjunto miden 5,1x2,07cm (BI-RADS 3), y en mama derecha documenta un nódulo hipocogénico en forma de pequeños quistes agrupados de 11mm en CIE (BI-RADS 3), se realiza una biopsia de la lesión localizada en mama izquierda en la cual se observa una extensa adenosis esclerosante con focos de carcinoma lobulillar in situ, por lo que en comité se decide realizar una resonancia magnética la cual informa extensa área de realce no nodular de 10 x 5,3 x 5cm que ocupa la totalidad del CSE de la mama izquierda y parcialmente el CSI y CIE, adicionalmente reportan que dicha lesión se encontraba en íntimo contacto con la pared torácica anterior sin aparentes signos de infiltración y a 10mm de complejo areola pezón, con una distribución regional y patrón de realce en empedrado. En mama derecha la resonancia describe un nódulo de morfología irregular y realce homogéneo de 10mm en CIE de categoría 4 BI-RADS. Al cual también le es realizada una biopsia en la cual se observa una extensa adenosis esclerosante con presencia de microcalcificaciones. Se expone caso en la unidad funcional de mama debido al riesgo y difícil seguimiento y en conjunto con la paciente se acuerda realizar mastectomía bilateral.

RESULTADOS: Estudiamos las piezas quirúrgicas de mastectomía bilateral donde macroscópicamente se observa en la mama izquierda una tumoración multimicronodular de aspecto fibroso que abarca el CSE hasta la zona central con un área total de 11cm sin afectar márgenes quirúrgicos. En mama derecha se observa una lesión nodular de 1,1cm de diámetro máximo localizada en CIE que no afecta márgenes quirúrgicos. Microscópicamente en mama izquierda se observa una gran área de adenosis esclerosante y microcalcificaciones compatible con tumor adenosis con extenso carcinoma lobulillar in situ asociado, el cual presenta áreas de tipo pleomórfico. También se observa un foco de carcinoma ductal in situ de 3,5mm, grado nuclear II. Con las técnicas de inmunohistoquímica se observó inmunotinción con p63 en las células mioepiteliales. En la mastectomía derecha se observa adenosis esclerosante con presencia de microcalcificaciones y cambios de células columnares, sin evidencia de malignidad.

CONCLUSIONES: El tumor adenosis o también llamado adenosis esclerosante nodular es una entidad benigna que clínicamente puede presentarse como masa mamaria palpable. Es importante reconocerla dado a que puede asociarse a carcinoma lobulillar in situ creando radiológicamente una imagen similar al carcinoma invasivo como en nuestro caso, el cual adicionalmente resalta por una manifestación atípica de tumor adenosis debido a su extenso tamaño.

Patología de la Mama 1899

CARACTERIZACIÓN ANATOMO-PATOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA SECRETOR: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO.

Reyes Sanchez, Teresa; Azaña Gonzalez, Carlos; Masero Carretero, Jose Manuel; Jurado Escamez, Pilar
Presentador: Reyes Sanchez, Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma secretor es una variante poco común de carcinoma de mama. Tiene características histopatológicas, inmunohistoquímicas y citogenéticas propias, que lo diferencian del resto de carcinomas mamarios. Suele presentarse con mayor frecuencia en mujeres, entre la cuarta y la sexta década de la vida. Fue descrito inicialmente en niños, de ahí su nombre primitivo (carcinoma de mama juvenil), término que ya se encuentra en desuso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 68 años, sin antecedentes personales de interés. Consulta por palpación de nódulo en mama izquierda. Exploración: nódulo de 4 cm en UCS mama izquierda, móvil e irregular. Mamografía: Realce no masa UCS MI de 24x25 mm. BIRADS 5. Se realiza BAG ecoguiada y tumorectomía con ampliación de márgenes quirúrgicos posterior.

RESULTADOS: BAG "CSE, mama izquierda": CARCINOMA INFILTRANTE TIPO SECRETOR, GRADO 2 DE NOTTINGHAM (TUBULOS 2; NUCLEOS 3; MITOSIS 1) IHQ: RE (+, 10%), R.P (-), Ki-67: (5%), CK19 (-), HER-2: NEGATIVO (1+), SOX10 (+), MUC4 (+), S100 (+) y CK5/6 (+), R. Andrógenos (-) Tumorectomía "mama izquierda": Pieza de 7,5 x 6 x 4 cm con elipse cutánea de 4 x 0,9 cm. A los cortes seriados, se identifica una lesión de 3,4 x 2,2 cm, coloración blanquecina, bordes irregulares y mal delimitados, se encuentra a 1 mm del margen profundo. DIAGNOSTICO: CARCINOMA INVASIVO DE MAMA DE TIPO SECRETOR, DE 3/4CM, GRADO 2 DE NOTTINGHAM (TUBULOS 2; NUCLEOS 3; MITOSIS 1)(pT2). ESTUDIO MOLECULAR: SE OBSERVA REORDENAMIENTO DEL GEN ETV6 en la región cromosómica 12p13 mediante hibridación in situ (FISH)

CONCLUSIONES: El carcinoma secretor es un tipo poco común de carcinoma mamario, correspondiendo a menos del 0,05 % del total. Clínicamente es una masa móvil, indolora y de crecimiento lento, sin asociarse a cambios hormonales o antecedentes familiares neoplásicos mamarios. Histopatológicamente, se identifican células tumorales poligonales con citoplasma granular o vacuolado eosinofílico y núcleos redondos a ovalados dispuestos en patrones de crecimiento microquístico/en panel, sólido, tubular o papilar. Las áreas microquísticas parecen sinular folículos tiroideos y pueden fusionarse. Las secreciones eosinofílicas intracitoplasmáticas y extracelulares están presentes de manera constante y se tiñen positivamente con PAS. El pleomorfismo nuclear es leve o moderado y la actividad mitótica es baja, la gran mayoría son de grado 1 o 2. Se pueden ver células en anillo de sello y componente in situ, ambos presentes en nuestro caso. Inmunohistoquímicamente las células tumorales son positivas para SOX10, S-100, MUC-4, negativos para RE/RP y HER 2, aunque como ocurre en nuestro caso no es infrecuente que los RE/RP sean positivos débiles y HER 2 negativo. El Ki67 suele ser <20%. En cuanto al estudio molecular se caracteriza por ser patognomónico el reordenamiento del gen ETV6-NTKR3, lo que nos daría la clave definitiva en el diagnóstico diferencial con otros subtipos tumorales, en el que se pueden incluir, el carcinoma con diferenciación apocrina (AR positivo), carcinoma de células acínicas, carcinoma hipersecretor quístico in situ y carcinoma de células altas con polaridad invertida. En conclusión, el carcinoma secretor de mama es una neoplasia poco frecuente y poco conocida, sus características morfológicas, inmunohistoquímicas y citogenéticas especiales nos deben plantear su inclusión como diagnóstico diferencial en una biopsia mamaria, sobre todo teniendo en cuenta el muy buen pronóstico que generalmente presenta y el beneficio posterior al paciente.

LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILs), COMO BIOMARCADOR PREDICTIVO EN CÁNCER DE MAMA HER2 METASTÁSICO

Villar Espada, María; Buezas Pérez, Rafael; Falcón González, Alejandro; López García, M^a Ángeles; Vieites Pérez-González, Begona

Presentador: Villar Espada, María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es una enfermedad heterogénea, correspondiendo aproximadamente el 15-20% al subgrupo HER2 positivo (HER2+). En los últimos años, la evaluación morfológica de los linfocitos infiltrantes tumorales o TILs, ha ganado valor como biomarcador pronóstico y predictivo en CM, principalmente en el subtipo triple negativo. En base a las recomendaciones del International TILs Working Group 2014 (ITWG), los TILs se definen como el infiltrado mononuclear (linfocitos y células plasmáticas) presente dentro del estroma intratumoral. En el contexto del cáncer de mama HER2 + metastásico, algunos estudios han demostrado que niveles elevados de TILs se asocian con una mayor tasa de respuesta patológica completa tras tratamiento neoadyuvante, mayor período libre de progresión y mayor supervivencia global.

MATERIAL Y MÉTODOS: La serie incluye un total de 18 pacientes con cáncer de mama HER2+ con metástasis al debut o en la progresión. Se establecieron dos grupos de estudio en función de la respuesta metabólica en PET-TAC tras 18 meses de tratamiento: grupo 1 con respuesta metabólica completa, compuesto por 11 pacientes, y grupo 2 que incluía 7 pacientes sin respuesta completa. Se recogieron datos clínico-patológicos como el subtipo histológico, inmunofenotipo o progresión de la enfermedad, entre otros. Se evaluó el porcentaje de TILs estromales en ambos grupos, siguiendo las recomendaciones del ITWG. En 15 pacientes la evaluación se realizó a partir de biopsia con aguja gruesa (BAG), una en biopsia cutánea de mama y dos en pieza quirúrgica. Tras la cuantificación de TILs, se establecieron dos categorías: alto (≥20%) y bajo (0-19%). El índice de proliferación celular (Ki67) se categorizó como: bajo (0-20%), moderado (21-30%) y alto (>30%). La expresión de HER2 se dividió en base al score inmunohistoquímico, 3+ o 2+ con amplificación confirmada mediante hibridación in situ. Se analizaron las correlaciones entre el valor de los TILs y las diferentes variables clínico-patológicas evaluadas.

RESULTADOS: En el grupo 1 (61,1%), se observó una tendencia a mejor respuesta en el grupo con TILs alto (72,7% vs. 42,9%), aunque sin significación estadística (p=0,205); esta tendencia no se confirmó en el grupo 2. La progresión ocurrió en el 55,6% del total de la serie, sin diferencias significativas según los TILs. Se observó una tendencia a mayor supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes con TILs alto (p=0,132) y a mejor respuesta en HER2 3+ frente a 2+ FISH+ (p=0,06), así como en Ki67 >30% (p=0,32), sin alcanzar significación. La respuesta fue menor en tumores con mayor expresión hormonal (p=0,46 y p=0,86). No hubo diferencias en subtipo histológico (p=0,518), presentación metastásica (p=0,387), ni en supervivencia global (p=0,37). El tiempo hasta alcanzar respuesta metabólica fue menor en el grupo con TILs alto (mediana 7 vs. 17,3 meses).

CONCLUSIONES: El estudio demuestra una tendencia, no confirmada con significación estadística, que sugiere el posible valor de los TILs como marcador predictivo de respuesta al tratamiento y mejor supervivencia libre de progresión. Esta tendencia predictiva parece ser más débil en el grupo de tumores con coexpresión de receptores hormonales. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para poder confirmar el papel de los TILs como biomarcador predictivo en cáncer de mama metastásico HER2+, de cara al manejo terapéutico de estas pacientes.

CARCINOMAS DE MAMA TRIPLE NEGATIVO CON MONOSOMÍA DEL CROMOSOMA 17 COMO MARCADOR SUBROGADO DE MUTACIÓN GERMINAL EN BRCA1

Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; García Galvís, Olga Fernanda; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Marín Asensio, Sergio José; Serrano Aguirrezábal, José Alberto; López González, Ana; Lopez Flores, Mariana Alejandra; Izquierdo García, Francisco Miguel; Sáez Álvarez, Samuel; De La Hera Magallanes, Ana Isabel; Honrado Franco, Emiliano

Presentador: Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama triple negativo (TNBC) es un subtipo tumoral caracterizado por la ausencia de receptores hormonales y la falta de expresión o amplificación del gen HER2. Representa aproximadamente el 20 % de los casos diagnosticados de cáncer de mama, siendo más frecuente en personas menores de 50 años. Se asocia con un pronóstico desfavorable y con diversas mutaciones genéticas en línea germinal, como BRCA1. Los tumores de mama con mutación en BRCA1 hasta en un 60% pierden una copia del cromosoma 17. Según el modelo del doble hit de Knudson, este sería el segundo evento después de la mutación germinal de BRCA1, ya que la monosomía del cromosoma 17, implicaría la pérdida de una de las copias del gen BRCA1. El gen HER-2 se encuentra entre el centrómero del cromosoma 17 y BRCA1, por lo cual podríamos observar la pérdida de una copia del gen HER-2 mediante una técnica de hibridación, como marcador subrogado de la pérdida de una copia de BRCA1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudia un grupo de 96 pacientes con cáncer de mama de los cuales 65 son tumores triple negativo. En los 96 tumores, se realizó la hibridación para el gen HER-2 mediante hibridación con plata (SISH). En 63 de estos pacientes, se estudió la mutación en línea germinal de BRCA1/2. En todos los pacientes tenemos datos de edad, perfil inmunohistoquímico y grado.

RESULTADOS: De los 65 tumores triple negativo, 26 presentaron monosomía del cromosoma 17 (40%). Después de realizar el estudio molecular de los BRCA en sangre de estos pacientes, 5 de ellos son BRCA1 (20%), VSI de BRCA1 y uno es un BRCA2. Los 5 tumores BRCA1, son grado III, dos de ellos son de tipo medular y en todos ellos, la edad de la paciente, es menor de 50 años. De los pacientes estudiados para la mutación en línea germinal de BRCA1/2, 10 eran BRCA1, 6 BRCA2 y 43 negativos. También observamos 3 VSI BRCA1 y 1 VSI BRCA2. De los BRCA1 el 60% tenía monosomía del cromosoma 17, 16% de los BRCA2 y 23% de los noBRCA1/2 y solamente el 10% de los tumores no triple negativo. Uno de los tumores con VSI BRCA1 también mostraba monosomía del cromosoma 17. La monosomía del cromosoma 17 está estadísticamente relacionada con los tumores BRCA1 (p: 0,05) y los triple negativos (p:0,045) y no hay relación estadística con los BRCA2, noBRCA1/2 y los no triple negativo.

CONCLUSIONES: Los tumores triple negativo son un tipo de tumor que frecuentemente muestran monosomía del cromosoma 17, siendo este un fenómeno, que se repite en la mayoría de los carcinomas de mama de pacientes con mutación germinal en BRCA1. Por esto, consideramos que sería de gran utilidad el estudio de los tumores triple negativo mediante hibridación de HER-2, para seleccionar pacientes candidatos a análisis de la mutación germinal en BRCA1, principalmente si las pacientes son menores de 50 años y el tumor es de grado III o tienen una morfología de tumor medular o medular atípico. Además, en el caso de VSI BRCA1, la monosomía del cromosoma 17, puede sugerir que se trate de una mutación.

Patología de la Mama

2009

ADENOMIOEPITELIOMAS MAMARIOS. EXPERIENCIA Y CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (2016-2024)

García Fuertes, Sonia; Franco Rubio, Nacho; Ponce Casas, Eduardo; Vilorio Guzmán, Reynaldo; Larrosa Martínez, Diego; Cardiel García, María José; Del Agua Arias-Camison, Celia; Mejía Urbaz, Elaine; Olmedo Arbizu, Emma; Valero Torres, Carolina
Presentador: García Fuertes, Sonia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los adenomioepiteliomas (AME) mamarios son tumores bifásicos infrecuentes generalmente benignos, que se caracterizan por una proliferación de pequeñas estructuras glandulares tapizadas por un revestimiento interno de células epiteliales y una capa externa prominente de células mioepiteliales. La mayor parte de los AME clásicos presentan un curso clínico benigno, con pocos casos descritos asociados a transformación maligna, siendo la resección quirúrgica con márgenes el tratamiento de elección. El objetivo de nuestro trabajo es presentar los casos de AME diagnosticados en nuestro servicio en el período 2016-2024.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda en PAT-WIN de los AME mamarios diagnosticados en el período comprendido entre 2016 y 2024, encontrando dos casos, ambos diagnosticados como AME de tipo clásico, sin evidenciarse criterios histológicos de malignidad en ninguno de los mismos.

RESULTADOS: Caso 1

Presentamos el caso de una paciente de 74 años de edad con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda en 2003 a quien, durante un control anual, se le objetiva la presencia de un nódulo polilobulado altamente sospechoso de malignidad de 18 mm en región retroareolar de mama derecha, categorizado como BI RADS 5. El estudio histológico tanto de la BAG como de la pieza quirúrgica, evidencia una proliferación bifásica de aspecto benigno con un patrón predominantemente sólido, con presencia de pequeñas estructuras ductales dispuestas de forma aislada, con un marcado componente de células mioepiteliales, puesto de manifiesto por inmunorreactividad frente a calponina. El resto del parénquima mamario muestra, asimismo, otras lesiones benignas como papilomas intraductales o hiperplasia ductal florida.

Caso 2

Presentamos el caso de una paciente de 68 años de edad con antecedentes de exéresis de dos fibroadenomas en mama derecha a quien, durante un estudio de imagen de control, se le objetiva la presencia de un nódulo sólido de contornos lobulados, de 18 x 14 mm situado en intercuadrantes externos de mama derecha, categorizado como BI RADS 4c. El estudio histológico de la biopsia asistida por vacío (BAV) exhibe una proliferación bifásica de aspecto benigno formada a expensas de estructuras ductales revestidas por células epiteliales cúbicas sin atipia, con un prominente componente de células mioepiteliales. El resto del parénquima mamario se acompaña de cambios de células columnares y adenosis esclerosante.

CONCLUSIONES: Los AME son neoplasias bifásicas raras de composición epitelial/mioepitelial con inmunofenotipo triple-negativo, si bien son consideradas como de bajo potencial maligno. Se trata de una entidad con pocos casos descritos de recidiva local, asociados a exéresis incompletas, por lo que el tratamiento de elección es la resección completa con márgenes negativos. Es imprescindible un estudio histológico completo aunque se han descrito casos aislados con metástasis y/o transformación maligna (normalmente del componente mioepitelial) asociados a histologías benignas.

Patología de la Mama

2012

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTE MAMARIO

Castillo Justo, María Elena; Bautista López, Nazaret; Gonzalez Fabrega, Almudena; García Púlido, Noelia; Corrales Mateo, David
Presentador: Castillo Justo, María Elena

HOSPITAL SANTA ANA DE MOTRIL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El linfoma Anaplásico de Células Grandes (LACG) asociado a implantes mamarios es un tipo raro de Linfoma no Hodgkin, descrito en el contexto de la cirugía reconstructora de mama mediante implantes, del que se han comunicado más de 500 casos en 23 países desde 1997. Está constituido por células grandes, irregulares, de núcleo reniforme excéntrico, citoplasma basófilo y región de Golgi eosinófila (Hallmark cells) que mediante inmunohistoquímica expresan característicamente CD30, siendo negativos para ALK. El objetivo de nuestra publicación es realizar una revisión a partir de los casos descritos en nuestro hospital, siendo de interés por la escasa incidencia descrita y los pocos trabajos científicos realizados a nivel nacional sobre esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una revisión de la base de datos de pacientes diagnosticados en nuestro hospital, con el fin de detallar los casos informados, describir su epidemiología y etiopatogenia, unificar criterios y diagnósticos, y establecer la trascendencia y magnitud de la enfermedad en nuestro medio.

RESULTADOS: Se identifica un solo caso registrado en el año 2024 que cumplía los criterios.

Corresponde a una mujer de 80 años intervenida de mastectomía izquierda en 2005 que se somete a cirugía reconstructiva en 2011.

La paciente consultó por dolor mamario izquierdo en 2021. Se solicitó mamografía que descartó la sospecha de complicación de prótesis mamaria y se decide alta hospitalaria y seguimiento por su médico.

En 2024 presenta deformidad importante de la mama izquierda. Se realiza ecografía que describe integridad de la prótesis y presencia de colección hipocóica periprotésica. Se realiza PAAF con control ecográfico y se obtiene muestra para citología (con el que realizaremos extensiones y botón celular).

El estudio anatomopatológico identifica una población linfóide de predominio grande, con atipia citológica y frecuentes figuras mitóticas, que muestra positividad intensa para CD-30, BCL-2 y Granzima; siendo negativos ALK y CD20. La paciente es diagnosticada de LACG asociado a implante mamario.

CONCLUSIONES: La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha recogido 94 casos de LACG asociado a implantes mamarios hasta el año 2023.

No es posible determinar el riesgo de desarrollar un LACG tras la colocación de un implante.

Se estima una incidencia en torno a 1/2832 mujeres con implante. La etiología no está clara pero existe una relación evidente con los implantes mamarios de cubierta texturizada, presente en la mayoría de los casos.

La infección crónica en el lugar de la colocación del implante parece tener un papel importante y el mecanismo de acción parece ser una respuesta inmune intensa a la silicona por parte de los linfocitos T, que acabaría originando el linfoma.

La ecografía representa la prueba más eficiente para evaluar la presencia de derrame periprotésico, así como de utilidad para guiar la toma de muestra para citología o biopsia ante la sospecha de LACG.

El diagnóstico definitivo se realiza tanto en el líquido aspirado del seroma como en el tejido biopsiado. Se observan células linfoides con rasgos distintivos de éste tipo de neoplasia (Hallmark cells) que inmunohistoquímicamente expresan de forma uniforme CD30 y son negativas para ALK.

Los implantes mamarios siguen presentando garantías de seguridad y eficacia.

Es importante comunicar los casos a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Patología de la Mama

1789

HEMANGIOMA CAVERNOSO EN LA MAMA DE UN PACIENTE VARÓN.

Vázquez Tarrío, Eva María; Mota Pedroso, María Claudia; Parrilla Rubio, Lucía; Martínez López, Mario
Presentador: Vázquez Tarrío, Eva María

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores vasculares benignos de la mama masculina son extremadamente raros, y el hemangioma mamario es una neoplasia poco frecuente. Sus características en mamografía y ecografía suelen ser inespecíficas, lo que hace necesaria la toma de muestras de tejido para su confirmación, ya que el principal diagnóstico diferencial es el carcinoma de mama en el varón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hemangioma cavernoso benigno en la mama de un paciente varón de 73 años, acompañado de una revisión de la literatura existente.

RESULTADOS: El paciente, en seguimiento por medicina interna debido a una enfermedad inflamatoria intestinal con IGRA positivo pero sin signos de tuberculosis, presentaba un nódulo palpable en la región superior de la mama izquierda, sin cambios en la piel ni retracción. La ecografía reveló un nódulo lobulado, circunscrito, denso y heterogéneo de 5x10x7 mm en el intercuadrante superior de la mama izquierda, sin microcalcificaciones. No se identificó flujo Doppler ni ganglios axilares anormales, y la mama derecha no presentaba alteraciones. Debido a la apariencia ecográfica sospechosa (BIRADS 4), se realizó una biopsia central guiada por ecografía. El estudio histológico mostró una proliferación bien delimitada de vasos sanguíneos dilatados y de paredes delgadas, recubiertos por células endoteliales aplanadas sin atipia ni actividad mitótica, hallazgos compatibles con hemangioma cavernoso. El paciente permanece en seguimiento mamográfico y ecográfico.

CONCLUSIONES: Los hemangiomas mamarios en varones son infrecuentes y suelen manifestarse como una masa palpable. Dado que sus características por imagen son inespecíficas, el diagnóstico diferencial es amplio e incluye tanto lesiones benignas como malignas, lo que generalmente requiere estudio histológico para su confirmación. Entre los diagnósticos diferenciales más relevantes se encuentran el angiosarcoma y la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

Patología de Partes Blandas

1979

ANÁLISIS DE UTILIDAD DIAGNÓSTICA, PRONÓSTICA Y TERAPÉUTICA DEL USO DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA (NGS) EN SARCOMAS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 77 CASOS

Prados Villanueva, Carlos; Enguita Valls, Ana Belén; Molina Herrera, Elidia; Prieto González, Rocío; Rodríguez Peralto, José Luis; Ruano Domínguez, Yolanda
Presentador: Prados Villanueva, Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:54:18:06 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas son tumores infrecuentes y heterogéneos que requieren diagnósticos cada vez más precisos. Muchas de estas neoplasias presentan alteraciones genéticas recurrentes, haciendo imprescindible el uso de técnicas moleculares para mejorar el diagnóstico, pronóstico y acceso a ensayos clínicos. Métodos convencionales como la inmunohistoquímica (IQ), RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) y FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) presentan limitaciones debido a la preanalítica y la complejidad de las alteraciones. La secuenciación masiva (NGS) con paneles dirigidos se ha convertido en una herramienta clave en la identificación de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 77 casos de sarcomas (17 óseos, 50 de partes blandas (de estirpe principalmente adipocítica, fibro-miofibroblástica, fibrohistiocítica y de diferenciación incierta) y 10 de células redondas y pequeñas indiferenciadas), obtenidos mayoritariamente por cilindros, incluyendo metástasis y piezas quirúrgicas.

Se diagnosticaron previamente mediante hematoxilina-eosina, IQ y FISH, realizándose posteriormente técnica de NGS con el panel OncoPrint™ Childhood Cancer Research Assay (OCCRA) de ThermoFisher. La extracción de los ácidos nucleicos (ADN y ARN) se realizó de forma automática con Genexus™ Purification System. La preparación de librerías y templado se efectuó en el Ion Chef™ Instrument y la secuenciación en el Ion S5XL™. Los datos se analizaron mediante los programas Torrent Suite Software v.5.18.1 y Ion Reporter v.5.20.8.0.

Se evaluaron variables demográficas, clínicas y moleculares, determinando la utilidad diagnóstica según los criterios de la OMS, las variables pronósticas con una revisión en PubMed y las opciones terapéuticas con la base de datos OncoKB.

RESULTADOS: La edad media fue de 42,1 años (rango 0-90), con 13 casos de recidiva, 24 con antecedentes oncológicos, 15 pacientes en tratamiento oncológico, y 21 metastásicos. Se decalcificaron 18 casos de los 77 (23%), siendo solo 4 no valorables. En los 59 casos restantes, 9 fueron no valorables a nivel de ARN aunque en 5 de ellos se pudo realizar el análisis de ADN. Las técnicas convencionales resultaron insuficientes en algunos casos, confirmando la necesidad de la NGS. De esta manera se detectaron alteraciones moleculares diagnósticas en el 35% de los casos (27 de 77), alteraciones con valor pronóstico en el 9% de los casos (7 de 77) y alteraciones accionables con tratamiento aprobado en el 15% de los casos (11 de 77). Asimismo, la NGS detectó alteraciones no identificadas por FISH en 3 casos por técnica no valorable y/o problemas en la interpretación: 1) Liposarcoma mixoide con fusión FUS::DDIT3; 2) Sarcoma de Ewing con fusión EWSR1::ERG; 3) Condrosarcoma mixoide extrasquelético con fusión de EWSR1::NR4A3.

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra que las técnicas moleculares, especialmente de NGS, son esenciales para lograr diagnósticos precisos y mejorar el asesoramiento pronóstico y terapéutico.

No solo se identificaron alteraciones que ajustaron los diagnósticos, también permitió descartar otras entidades, así como pasar de diagnósticos sugestivos a confirmados y, en uno de ellos, cambiar completamente el diagnóstico. Por último, ha permitido el hallazgo de potenciales dianas terapéuticas, un tema ampliamente pendiente en sarcomas y cada vez más demandado desde la oncología.

Patología de Partes Blandas

1980

SARCOMA METHYLATION CLASSIFIER: EXPERIENCE IN CLINICAL PRACTICE

Perez-Casanova , Luis; Cuevas Bourdier, Adrian; Vernerey , Frédéric; Schwartz , Chantal; Gerardy , Juan-Jaques; Berchem , Guy; Frauenknecht, Katrin; Mittelbronn , Michel

Presentador: Perez-Casanova , Luis

LABORATOIRE NATIONAL DE SANTÉ (LNS)

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:06-18:18 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Sarcomas are a heterogeneous group of malignant tumors of soft tissue and bone, posing diagnostic challenges due to their morphological and genetic variability. Histopathological evaluation remains the cornerstone of diagnosis, yet many sarcomas lack defining molecular alterations. Advanced classification tools are needed to improve accuracy. As, in recent years, DNA methylation profiling has increasingly raised attention as a diagnostic marker for tumor classification in central nervous system, a Sarcoma Classifier was developed at the DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) to facilitate the diagnosis. Some studies have shown that while this classifier provides valuable insights, it successfully assigns only about 55-61% of cases to a distinct methylation class, with an 83-88% concordance rate compared to histological diagnosis. The aim of this study is to evaluate this accuracy and assess the performance in a monocentric approach on selected cases at the National Center of Pathology (NCP) in Luxembourg.

MATERIAL Y MÉTODOS: We retrospectively analyzed 67 routine cases (2006-2024) that underwent histological examination and genome-wide DNA methylation profiling using Infinium MethylationEPIC array (Illumina). IDAT (Intensity Data) files were processed via www.molecularneuropathology.org. A calibrated score of 70.90 was considered a definitive match, while scores 0.30 to 0.89 were recorded as potentially suggestive for diagnosis. Data on histopathology, DNA methylation classification, copy number variation (CNV) profile, and other molecular alterations (NGS/FISH) were collected.

RESULTADOS: Among 67 cases, 44 (65.7%) matched a methylation class, consistent with prior validation studies. Of these, 41 cases (93.2%) confirmed or refined the initial diagnosis, while three cases underwent significant reclassification. When categorized by WHO classification, 16/22 (72%) benign lesions matched, none of the three intermediate tumors matched, and 28/42 (66%) malignant tumors matched. Notably, 6/18 (33%) histologically undifferentiated sarcomas matched the undifferentiated pleomorphic sarcoma (UPS) class, and all three suspected synovial sarcomas were correctly classified. The classifier contributed diagnostic revisions in four cases, including one with borderline score (0.893). In two cases where the sarcoma classifier suggested a different diagnosis, the original histologic interpretation was retained (metastatic chondrosarcoma and pleomorphic rhabdomyosarcoma). CNV analysis provided additional insights, identifying recurrent chromosomal alterations, including amplifications and deletions, which contributed to the interpretation of difficult cases and supported classifier predictions in some cases with a <0.9 score.

CONCLUSIONES: This study reinforces the utility of the Sarcoma Methylation Classifier as a complementary diagnostic tool, particularly for complex or ambiguous sarcoma cases. While the classifier has demonstrated its potential in refining differential diagnoses and guiding molecular investigations, it needs cautious interpretation. As the classifier continues to evolve with additional reference samples and refined algorithmic models, it may further enhance sarcoma diagnostics and contribute to the identification of novel subtypes. Future integration with multi-omic approaches and clinical validation will be essential for optimizing its role in routine pathology practice.

Patología de Partes Blandas

2346

EVALUACIÓN DE EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PD-L1 Y ATRX EN SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS SIN TRANSLOCACIÓN RECURRENTE

Krupinska , Martyna Aleksandra; Hernández León, Carmen Nieves; González García, Hortensia Celeste; Marrero Afonso, Jorge Salvador; Salido Ruiz, Eduardo

Presentador: Krupinska , Martyna Aleksandra

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:35-17:40 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Los tumores malignos mesenquimales representan menos del 1% de los cánceres en adultos con más de cien tipos histológicos diferentes descritos. Se caracterizan por su agresividad y a menudo se diagnostican en estadios avanzados. Genéticamente, se clasifican en aquellos con cariotipos simples (con mutaciones específicas) y aquellos con alteraciones cromosómicas complejas. Las aberraciones del gen ATRX (relacionado con el mantenimiento de los telómeros) son unos de los eventos genéticos más frecuentes. El tratamiento de los sarcomas localizados se basa en la cirugía, mientras que la terapia de la enfermedad avanzada es difícil por su heterogeneidad. La inmunoterapia, particularmente los inhibidores de PD-1/PD-L1, ha mostrado eficacia en otros tipos de cáncer, pero su aplicación en sarcomas aún está en investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado búsqueda de adultos con sarcomas de tejidos blandos sin translocación recurrente identificada y sin terapia neoadyuvante preoperatoria. Se ha seleccionado un corte representativo de cada tumor. La inmunotinción se ha realizado sobre secciones de tejido de 3 ?m utilizando Ventana Benchmark Ultra autostainer con los anticuerpos anti-PD-L1 (SP263, Ventana) y anti-ATRX (HPA001906, Sigma-Aldrich). Se ha evaluado al menos 1 cm² de proliferación tumoral viable en cada caso. El estado de PD-L1 se considera alto cuando 725% de las células tumorales exhiben tinción de membrana; o 725% de células inmunitarias mononucleadas asociadas al tumor presentan tinción (plasmáticas excluidas). La expresión aberrante de la proteína ATRX corresponde a la pérdida de tinción nuclear. Para el análisis estadístico se ha empleado el software R (versión 4.4.0), se realizó la prueba de significancia con el test exacto de Fisher y se creó un modelo de regresión logística binario.

RESULTADOS: Se incluyeron 92 casos diagnosticados entre 2012 y 2024 (38 mujeres, 54 varones; media: 63 años) que corresponden 7 tipos de sarcomas (30 casos de leiomiomasarcoma, 9 de angiosarcoma, 14 de liposarcoma desdiferenciado, 9 de liposarcoma pleomórfico, 6 de tumor maligno de vaina de nervio periférico, 15 de mixiofibrosarcoma, 15 de sarcoma indiferenciado). En once casos (11/92, 12%) hubo pérdida de expresión nuclear de ATRX, compatible con mutación del gen ATRX. No se han demostrado diferencias significativas entre tipos de sarcomas respecto a la expresión tipo mutacional ATRX (p-value: 0.93) ni tampoco con el grado histológico (p-value: 0.32). En diez casos (10/92, 11%), la evaluación de expresión PD-L1 ha resultado en la asignación de estado alto. Se identificaron diferencias significativas en la expresión alta de PD-L1 entre los tipos de sarcomas (p-value: 0.037). Se ha identificado el angiosarcoma como el tipo con mayor probabilidad de presentar el estado de PD-L1 alto (OR:14.5; IC-95% 1.57-328,38; p=0.0309).

CONCLUSIONES: Las alteraciones del gen ATRX son hallazgos frecuentes pero inespecíficos en los tipos de sarcoma estudiados. La expresión de PD-L1 es variable y está relacionada con el tipo histopatológico. Entre los tipos de sarcomas estudiados, el angiosarcoma muestra la mayor probabilidad de presentar expresión alta de PD-L1.

PAPEL PRONÓSTICO DEL PUNTO DE ROTURA DE LA FUSIÓN GÉNICA NAB2::STAT6 EN EL TUMOR FIBROSO SOLITARIO

Merino García, José Ángel; Viejo Martínez, Celia; Prieto Potin, Ivan; Pérez Buira, Sandra; López Muñoz, Samuel; Márquez Gaffaro, Gloria; López Jiménez, Carlos; Hindi Muniz, Nadia; Martin Broto, Javier; Rojo Todo, Federico

Presentador: Merino García, José Ángel

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:40-17:45 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario (TFS) se caracteriza por la presencia de la fusión génica NAB2::STAT6, que actúa como factor de transcripción en el tumor. Numerosas variantes se asocian con distintas características clínico-patológicas y localizaciones de la enfermedad. La tecnología RNAseq por NGS permite la detección precisa de los exones que flanquean el punto de rotura de la fusión y es un método cada vez más instaurado en la práctica clínica. Aunque la clasificación de riesgo actual en TFS se basa en las características clínicas y morfológicas, se debe determinar más en profundidad la asociación de las variantes de fusión con la conducta tumoral, especialmente en aquellas menos comunes. Este estudio tiene como objetivo describir las distintas variantes de fusión en la serie de TFS de nuestro centro y estudiar su relación con las características clínico-patológicas y la evolución de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudió la serie de casos con características histológicas, inmunofenotípicas y moleculares consistentes con el diagnóstico de TFS en nuestro centro entre 2021 y 2025. Se realizó tinción de hematoxilina/eosina y e inmunohistoquímica de CD34 y STAT6. Se extrajo RNA a partir de 2 secciones de Sum de material fijado en formol y embebido en parafina y a partir de 100 ng de ARN tumoral se determinó el perfil mutacional mediante RNAseq (Trusight RNA pancancer, Illumina, San Diego, California, USA) en la plataforma MiseqDx (Illumina, San Diego, California, USA). El análisis e interpretación de los resultados se realizó con el software RNA seq alignment Integrative GenomeViewer. Se agruparon las variantes de fusión en dos grupos, según los dominios de STAT6 presentes en la proteína quimérica, STAT6-full si incluía todos los dominios o STAT6-TAD si solamente mantenía el dominio de activación de la transcripción (TAD). Los datos descriptivos se expresaron como mediana con su rango intercuartílico y las comparaciones de proporciones emplearon el test de Fisher con el software GraphPadPrism.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 25 casos. La mediana de edad de la serie fue 52 (43-64) años, 48% mujeres, localizados en un 28% en abdomen/peritoneo, 20% en extremidades y el resto en cabeza/cuello, SNC/dural (16%), pared torácica (12%) y pleura/pulmón (8%). La mediana del tamaño tumoral fue 5 (3-10) cm, el conteo mitótico fue 2 (0-9) mitosis/mm2 y 20% de los casos mostraron necrosis tumoral. El 96% de los casos fue positivo para STAT6, mientras que el 83% fue CD34 positivo. Las variantes de fusión más frecuentes presentaron puntos de rotura entre los exones 6:16/17 (36%), 4:2 (12%), seguido de 7:20 (8%) y 2:5 (8%). El resto de los casos mostró punto de roturas 2:1/2/16, 3:19/20, 4:1 y 6:2/3/15 (4%). El 40% de las variantes de fusión fue STAT6-full. El resto de variantes de fusión se clasificó como TAD, aunque 4 casos tenían el punto de rotura afectando al exón 19/20, haciendo el dominio TAD no funcional. Cinco casos presentaron recurrencia de la enfermedad, todos ellos incluidos en el grupo TAD con puntos de rotura 2/6:16/17.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de precisión resulta esencial para un correcto tratamiento y manejo del TFS. Aunque la presencia de expresión de STAT6 resulta crucial para su diagnóstico, la detección mediante NGS de las variantes de fusión ofrece un potencial marcador molecular pronóstico, siendo las variantes de fusión 6:16/17 las más prevalentes en el grupo TAD y asociándose a un mayor riesgo de recurrencia en comparación con el grupo STAT6-full.

LIPOMA DE CÉLULAS ANISOMÉTRICAS/LIPOMA DISPLÁSICO: UN SIMULADOR DEL TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO. ESTUDIO CLINICOPATOLÓGICO DE 59 CASOS

Morante Palacios, María C; Guncay Morocho, Tania; Castillo Fernández, Laura; Tardío, Juan C

Presentador: Morante Palacios, María Claudia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 1)

INTRODUCCIÓN: El lipoma de células anisométricas (LCA), también denominado lipoma displásico (LD), fue descrito por Evans en 2015. Desde entonces, se ha reflejado escasamente en la literatura, con menos de 100 casos publicados. No está incluido en la clasificación de la OMS de tumores de tejidos blandos (2020). Su importancia radica en las características histopatológicas comunes con el tumor lipomatoso atípico, una neoplasia localmente agresiva. Su relación con el lipoma de células fusiformes y con el tumor lipomatoso fusocelular/pleomórfico atípico es controvertida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 69 piezas de resección quirúrgica de LCA/LD, correspondientes a 63 tumores primarios de 59 pacientes (2 pacientes tenían 2 LCA y uno tenía 3) y 6 recidivas. Se han revisado las historias clínicas, las preparaciones histológicas HE y los estudios inmunohistoquímicos (MDM2, CDK4, RB1, p53, p16), de FISH (amplificación MDM2) y de NGS (OncoPrint Comprehensive Assay v3GX).

RESULTADOS: Los LCA/LD constituyen un 1.8% de los lipomas de nuestro Servicio en el mismo periodo de tiempo. Corresponden a 47 hombres y 12 mujeres (H/M:3.9), con un rango de edad de 32-78 años (mediana: 53 años). Todos se localizaban en el tejido subcutáneo, mayoritariamente en el cuello posterior/espalda/hombro (50 casos). 42 tumores se remitieron íntegros y 27 fragmentados. Todos los remitidos íntegros mostraban un borde expansivo y medían entre 16 y 107 mm (mediana 43.5 mm). Cinco (8%) presentaron recidiva (uno en 2 ocasiones), 9-38 meses después de la resección del primario (mediana: 27.5 meses). Cinco de las 6 recidivas se produjeron en lesiones que se recibieron fragmentadas.

Histopatológicamente, todos los tumores exhibían una marcada variación en el tamaño de los adipocitos, junto a frecuentes necrosis unicelulares de adipocitos rodeadas por histiocitos, un número variable de células con vacuolización nuclear ("lochkern cells") y aislados lipoblastos con atipia nuclear. No se observaron células estromales atípicas ni focos extensos de necrosis grasa.

El estudio inmunohistoquímico muestra aisladas células neoplásicas positivas para MDM2 en 44/55 tumores estudiados (80%), con negatividad para CDK4 (0/9) y pérdida de expresión de RB1 en más del 75% de las células en los 48 tumores testados. Se evidencia positividad para p53 en menos del 5% de las células tumorales (10 casos estudiados), positividad que pone de relieve las células con atipia nuclear. Expresión nuclear y citoplásmica de p16 se observa en 1-20% de las células neoplásicas (13 casos), con 3 casos con positividad > 10%. Ninguno de los 26 casos estudiados por FISH mostraba amplificación de MDM2. La NGS (3 casos) no identificó alteraciones moleculares.

CONCLUSIONES: El LCA/LD es un tumor adiposo benigno, probablemente infradiagnosticado, con un bajo índice de recidiva. La ausencia de células estromales atípicas y de amplificación de MDM2 permite su diferenciación del tumor lipomatoso atípico. Las características observadas en nuestra serie (marcada mayor frecuencia en hombres, localización exclusiva en el tejido subcutáneo con ausencia de ejemplos profundos, preferencia por la región cervicodorsal, borde expansivo, bajo índice de recidiva) hacen improbable que corresponda únicamente a una variante "rica en grasa" dentro del espectro morfológico del tumor lipomatoso fusocelular/pleomórfico atípico como se ha sugerido en la literatura. Dichas características, junto a la pérdida de expresión de RB1, apoyan una posible relación con el lipoma de células fusiformes.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: SERIE DE CASOS EN LOCALIZACIONES RARAS.

Moreno Martínez, Miguel; Vidal Aguirre, Steffi Verónica; García Domínguez, Francisco; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Carrasco Fernández, Daniel; Catalina Fernández, Inmaculada; Atienza Cuevas, Lidia; Benavides De La Fuente, Cristian; Moreno García, María Isabel; Palomo González, María Jesús
Presentador: Moreno Martínez, Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor de células granulares es un tumor neuroectodérmico benigno infrecuente, derivado de las células de Schwann. Principalmente aparece en cabeza y cuello, afectando en la mayoría de los casos a lengua y partes blandas. En esta serie de casos presentamos tres tumores de células granulares de localización rara siendo estas: escroto, tráquea y vía biliar extrahepática, y otros dos en partes blandas (axilar y retromandibular).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reporta una serie de cinco tumores de células granulares de distintas localizaciones, analizando sexo, edad, localización, número, tamaño, diagnóstico clínico de presunción y relación con los bordes de resección.

RESULTADOS: Las secciones histológicas de las distintas lesiones correspondieron a proliferaciones de células de talla mediana/grande, redondas y poligonales, con núcleos excéntricos ovoides y citoplasma amplio granular y eosinófilo, dispuestas en cordones y nidos mal definidos, separados por bandas de colágeno. Todas ellas expresaron inmunotinción positiva difusa para proteína S-100 y SOX10, siendo algunas positivas para CD68 y, focalmente, para calretinina. Todas presentaron inmunotinción negativa para marcadores musculares y citoqueratinas.

La edad de los pacientes era entre 48 y 64 años, con una media 55,8 años. Cuatro de los cinco pacientes fueron mujeres. En todos los casos la lesión era única y su tamaño oscilaba entre 0,6 y 1,5 cm, con una media 1,1 cm. Los diagnósticos de presunción variaban según la localización de las lesiones: las lesiones de axila y escroto se remitieron como quistes, la retromandibular como linfadenitis reactiva, la de vía biliar como colangiocarcinoma y la traqueal simplemente como "masa". En tres de los cinco casos la resección fue completa, en uno de ellos contactaba con el borde quirúrgico y en otro, debido a la forma en que fue remitido, no fue posible determinarlo.

CONCLUSIONES: El tumor de células granulares es un tumor benigno raro, pero, cuando aparece, suele hacerlo principalmente en cabeza y cuello, y extremidades superiores. Puede aparecer en cualquier edad, pero lo hace principalmente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, como es el caso de nuestros pacientes. Por esto los casos de axila y retromandibular suponen una presentación relativamente clásica de esta lesión. Así mismo, el rango de tamaños de las lesiones se encontraba dentro de lo descrito en esta entidad, que oscila entre 5 y 30 mm de diámetro.

La localización anatómica de tres de estos casos es donde radica su principal interés. La localización en la vía aérea es muy infrecuente. En la revisión bibliográfica se obtuvieron 47 artículos en los que se analizaban 1499 casos de tumores de células granulares, de los cuales solo 36 afectaban al árbol respiratorio. Por otro lado, solo del 5 al 7% de estos tumores aparecen en el tracto gastrointestinal, y menos del 1% en la vía biliar, por lo tanto, es una localización marcadamente infrecuente. Sin embargo, es el tumor no epitelial más frecuente en vía biliar.

La localización escrotral también es altamente infrecuente ya que solo hemos encontrado en la literatura reportes de casos aislados o pequeñas series de casos. De hecho, el caso publicado en 2016 (Richmond et al) fue considerado el noveno caso registrado en la literatura.

Por último, destacar que el tratamiento óptimo de esta lesión es la escisión completa con márgenes de seguridad ya que pueden recurrir localmente.

TUMOR VASCULAR AGRESIVO EN EL MEDIASTINO CON ALTERACIONES MOLECULARES POCO FRECUENTES Y REVISIÓN DE CASOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Viejo Martínez, Celia; Merino García, Jose Angel; Prieto Potin, Ivan; Castellano Megias, Victor; Trascasa Caño, Alvaro; Lopez Carreira, Montserrat; Zazo Hernandez, Sandra; Rojo Todo, Federico
Presentador: Viejo Martínez, Celia

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores mesenquimales del mediastino representan un grupo heterogéneo de tumores raros que suponen un 7-9% y son de diagnóstico complejo. Las lesiones vasculares son muy infrecuentes y representan entre 1 y 4,5% de todos los tumores en esta localización. Presentamos el caso de un hemangioendoteloma epiteloide (HE) en el mediastino y revisamos los casos de esta entidad en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se selecciona un total de 9 casos de HE entre 2018 y 2025, seis mujeres y tres varones entre 23 y 75 años (n= cinco en hígado, n= tres en pulmón, n= uno en mediastino). Nos centraremos en el caso del mediastino; un varón de 49 años que acudió a nuestro centro para tratamiento y valoración en el 2024. Se encontraba en seguimiento desde el 2022 por varios taponamientos cardíacos que precisó varias pericardiocentesis. En el 2023 los taponamientos cardíacos no mejoraron y se realizó un PET-TAC donde se objetivó una lesión lítica de 2,1 cm en el 7º arco costal. A mediados del 2024 se observó una masa de nueva aparición de 3,3 x 2,7 cm en aurícula izquierda con engrosamientos pericárdicos, además de la lesión lítica ya conocida. Se decidió realizar una biopsia diagnóstica.

RESULTADOS: Histológicamente se observaron hileras, nidos sólidos y espacios vasculares irregulares revestidos por células epiteloideas, con atipia moderada-severa sobre un estroma fibroso con zonas mixoides focales y leve infiltrado inflamatorio crónico. Las células tumorales presentaron un citoplasma eosinófilo abundante, algunas de ellas con vacuolas citoplasmáticas y núcleos redondos a ovoides, de cromatina abierta, con pseudoinclusiones nucleares y nucleolos patentes. Se identificaron 2 figuras de mitosis/ 1 mm² y ausencia de necrosis tumoral. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad difusa para CD31, CD34 y ERG y parcheada para MDM2 y TFE3; siendo negativo para CK CAM5.2, S100 y CAMTA1 y expresión conservada de INI1 y BAP1. Se identificó polisomía de la región cromosómica 12q mediante estudio de FISH para la sonda MDM2 (Vysis, Abbott Molecular, USA) y se detectó la fusión génica WWTRI:ACTL6A mediante tecnología RNAseq (TruSight RNA Pan-Cancer Panel, Illumina, USA). El resto de HE recogidos; localizados en el hígado y pulmón presentaron una morfología típica de HE y siete presentaron la fusión WWTRI: CAMTA1 y uno YAPI:TFE3. En nuestra serie siete pacientes presentaron metástasis y dos de ellos no.

CONCLUSIONES: Las lesiones vasculares en el mediastino son un desafío diagnóstico. El HE es una neoplasia vascular maligna de bajo grado que se localiza en pulmón, hígado y partes blandas profundas siendo el mediastino una localización rara; apareciendo en mujeres de mediana edad. Su comportamiento clínico depende de su localización, morfología y alteraciones moleculares. Las fusiones génicas más frecuentes son WWTRI:CAMTA1 (90%) o YAPI:TFE3, (5%) y en estudios previos se observó una supervivencia a los cinco años de 59% versus 86%. La fusión WWTRI:ACTL6A presenta predilección por el corazón con una morfología y comportamiento clínico más agresivos. En el mediastino puede presentar un solapamiento histológico y radiológico principalmente con el sarcoma íntimo y el angiosarcoma. Los estudios inmunohistoquímicos y moleculares son una herramienta esencial para un correcto diagnóstico integrado de estas neoplasias lo que permite un manejo más adecuado de los pacientes.

Patología de Partes Blandas

1890

FIBROMIXOMA PLEXIFORME: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rojas Pulgarín, Paola Andrea; Soto Ramos, Cinthia; Gaspar López-Cózar, Paula; Abitei, Ioana Cristina
Presentador: Rojas Rojas, Paola Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 54 años con antecedentes de tabaquismo e hidrosadenitis supurativa, que es ingresado por bajo nivel de conciencia, fiebre de 39°C y elevación de reactantes de fase aguda. La tomografía abdomino-pélvica reporta una lesión quística compleja sugerente de quiste de duplicación que parece depender de la pared gástrica y presencia de líquido libre abdominal. Se realiza una laparoscopia exploradora objetivándose una tumoración pediculada, cerebroides, que depende de fundus gastrico, con algunas adherencias a bazo, varios implantes en peritoneo parietal diafragmático y repliegues peritoneales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos la pieza quirúrgica de una gastrectomía atípica de 7 cm de longitud que presenta en una de sus caras una zona excrecente hacia tejido graso de aspecto multinodular (nódulos de hasta 1,8 cm) que mide 10 cm de diámetro máximo. A la apertura se observa una lesión nodular interparietal de 5cm de diámetro máximo con dos zonas mucosas de aspecto ulcerado de 1cm y 17cm. Para el estudio microscópico realizamos tinciones de hematoxilina-eosina y múltiples técnicas de inmunohistoquímica, complementadas de estudio molecular de secuenciación masiva (NGS).

RESULTADOS: El estudio histológico revela una proliferación de células miofibroblásticas con áreas mixoides y patrón de crecimiento plexiforme con afectación de la pared gástrica alcanzando y ulcerando la mucosa y formación de numerosos nódulos mixoides en la grasa perigástrica. Las técnicas de inmunohistoquímica muestran inmunotinción focal para CD10, Caldesmon, CD34, Actina de Musculo Liso, tinción con Azul Alcian Pas de las áreas mixoides y negatividad para DOG1, C-KIT, Desmina, CKA6/EA3, EMA, S100, Receptor de Estrógenos, MUC4, Calponina, STAT6, ALK y γ -Catenina. Se observa un índice proliferativo bajo con Ki 67<1%. El estudio molecular de secuenciación masiva (NGS) no detecta fusiones y presenta algunas variantes con baja frecuencia alélica, inespecíficas.

CONCLUSIONES: Los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos anteriormente descritos son compatibles con fibromixoma plexiforme, una neoplasia mesenquimal poco frecuente, benigna y de buen pronóstico. Puede manifestarse en un amplio rango de edad, afectando tanto a hombres como a mujeres. Suele localizarse en el estómago y duodeno, aunque también se puede presentar en otros sitios del tracto gastrointestinal. Clínicamente puede manifestarse con dolor abdominal, ulceración, obstrucción del tracto gastrointestinal y sangrado. Es importante su reconocimiento ya que por sus características se debe tener en cuenta en primer lugar como diagnóstico diferencial con el tumor de estroma gastrointestinal (GIST), pero también con otras lesiones mixoides que pueden asentar o invadir la pared del estómago (Schwannoma, Neurofibroma, pólipo Fibroide Inflamatorio, Tumor Miofibroblástico Inflamatorio, Fibromatosis Desmoide Intraabdominal, Tumor Fibroso Solitario y neoplasias del músculo liso), aunque solo el neurofibroma plexiforme comparte su característico patrón de crecimiento.

Patología de Partes Blandas

1900

HEMANGIOMA ANASTOMOSANTE CON CAMBIOS GRASOS EN EL SENO RENAL QUE REMEDA UN ANGIOMIOLIPOMA.

Bravo Blanco, David; Ramírez Feliz, Máximo Leonardo; Giuffrida, Pablo; Goncalves Villarreal, Katherin; García Miranda, Iker; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Andrés Álvarez, Leire; Imaz Murga, Miren Igone; Mosteiro González, Lorena
Presentador: Bravo Blanco, David

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hemangioma anastomosante es una lesión vascular infrecuente, benigna, que suele afectar a pacientes con edad media de 60 años y se ha descrito en varias localizaciones, siendo el riñón y el retroperitoneo los más habituales. En la literatura se han descrito pocos casos con cambios grasos por lo que supone un reto diagnóstico a la hora de identificarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analiza el caso de un paciente varón de 59 años en seguimiento por nefrología por enfermedad renal crónica, que presenta empeoramiento de la función renal y se identifica por RMN una lesión de estirpe lipomatosa en el seno renal. Se deriva a Urología y tras la nefrectomía, la pieza quirúrgica es derivada a nuestro Servicio de Anatomía Patológica, para su estudio histológico e inmunohistoquímico.

RESULTADOS: Macroscopia: pieza de 1022 g y 20 x 10,5 cm. Al corte, se identifica en el seno renal una tumoración de aspecto adiposo que mide 7 cm de diámetro máximo y muestra en su porción central, área grisácea de consistencia aumentada y límites imprecisos. La tumoración se encuentra aparentemente bien delimitada y empuja y desplaza la pelvis renal. Riñón de aspecto atrófico. Se incluyen múltiples secciones representativas del tumor y del riñón. En el hilio se identifica nódulo grisáceo de 1,5 cm.

Microscopia: secciones de tumoración constituida por vasos capilares anastomosados con numerosos trombos de fibrina y hematopoyesis extramedular intraluminal, entremezclados con abundante tejido adiposo. Las estructuras vasculares están revestidas por células endoteliales, en ocasiones de núcleo prominente, sin atipia. El nódulo identificado en el hilio corresponde a una invasión vascular venosa. El parénquima renal muestra acusada atrofia tubular con tiroidización, esclerosis glomerular y fibrosis intersticial con inflamación crónica. Los márgenes quirúrgicos se encuentran libres.

Estudio inmunohistoquímico:

- CD34, CD31, ERG positivo en los endotelios vasculares.
- Actina positivo en las células pericitarias.
- D2-40, HMB-45, Melan-A, catepsina K negativos.

FISH: MDM2: no se evidencia amplificación del gen.

CONCLUSIONES: - Un tumor de predominio adiposo y situado en el seno renal puede hacernos pensar en un angiomiolipoma como posible diagnóstico. No obstante, la morfología anastomosante de los vasos, los trombos de fibrina y, sobre todo, la hematopoyesis extramedular orienta al diagnóstico definitivo de hemangioma anastomosante con cambios grasos.

- La ausencia de hallazgos que sugieran malignidad (atipias celulares, varias capas endoteliales, necrosis o mitosis) permiten excluir otros diagnósticos como el liposarcoma o angiosarcoma.

Patología de Partes Blandas

1904

CONDROSARCOMA MESENQUIMAL
EXTRAESQUELÉTICO PARAESPINAL

Castro Maldonado, Adriana Valentina; Carrasco Fernandez, Daniel; Moreno Martinez, Miguel; Vidal Aguirre, Steffi; García Domínguez, Francisco; Baez Perea, Jose María; Baez Rivas, Marina; Muriel Cueto, Pedro Jesús

Presentador: Castro Maldonado, Adriana Valentina

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una mujer de 31 años que acude por dorsalgia media irradiada a cara anterior dorsal derecha de un mes de evolución con escaso control terapéutico, que tras estudio de imagen se identifica una lesión dorsal extraaxial (extramedular/extradural) del lado derecho a nivel de D5-D6 (2.7 cm) en el 2017. Tras resección quirúrgica completa se emite el diagnóstico de condrosarcoma mesenquimal extraesquelético.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras la resección, recibimos múltiples fragmentos irregulares duros y blandos que en conjunto ocupan un volumen aproximado de unos 8 cc de los cuales se tomó un muestreo representativo. En los cortes histológicos se observó una proliferación neoplásica dimórfica constituida por una población de células indiferenciadas redondas y ovales con escaso citoplasma con ocasionales figuras mitóticas y un índice proliferativo (ki67) del 3% en las áreas más activas. Las mismas que crecen con un patrón hemangiopericitóide alternando con otras áreas en sábanas. Presentando inmunotinción para CD99, BCL2 y Vimentina, siendo negativa para miogenina, citoqueratina de amplio espectro, CD31, CD34, citoquerina 7, citoqueratina 20, desmina, S-100 y EMA. En el seno de la población celular proliferante se observaron islotes de cartilago bien diferenciado, la mayoría con osificación central, que expresa inmunotinción para S100.

RESULTADOS: El condrosarcoma mesenquimal es un tumor mesenquimal primitivo, bifásico, maligno, de alto grado, con un componente de cartilago hialino organizado y bien diferenciado. (WHO) representando el 2% de todos los condrosarcomas. Algunas series refieren la predominancia mínima de este tumor en varones sobre mujeres (en ratio 1.5:1). El rango de edad oscila entre la segunda y tercera década, teniendo de media 30 años. La localización donde aparece el tumor en este caso (extraesquelético) no es muy común ya que suele tener distribución en hueso, tejidos blandos e intracrañeales. Las lesiones intraóseas se ubican sobre todo en mandíbula (50%), costillas o pared torácica, vértebras (sacra/espinal) o en fémur. Las meningiomas son una de las localizaciones extraesqueléticas más comunes y la visceral es inusual.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de esta neoplasia debe realizarse con precaución, ya que la muestra podría presentar solo áreas con componentes indiferenciados, lo que podría llevar a confusión con otras neoplasias de células pequeñas. El condrosarcoma mesenquimal es una neoplasia de comportamiento agresivo, con una tasa de supervivencia de entre 5 y 10 años. El curso clínico suele ser largo y requiere seguimiento constante debido a la alta tasa de recurrencia. Los niños y adultos jóvenes tienen un pronóstico algo mejor, mientras que el origen axial está asociado con un pronóstico peor. En nuestro caso la paciente, a pesar de su edad, ha presentado tres recidivas locales siendo tratada una de ellas en el instituto Curie en Orsay (Francia) con protonterapia (2018). Además ha sido diagnosticada en el 2020 de múltiples metástasis pulmonares tratadas con quimioterapia.

Patología de Partes Blandas

1916

SARCOMA DE EWING EXTRAESQUELÉTICO
PRIMARIO CUTÁNEO: UN DESAFÍO
DIAGNÓSTICO

Fernández De Los Reyes, Irene; Álvarez Gigli, María Laura; Córdoba Iturrriagaola, Alicia; Guerrero Setas, David; Llanos Chavarri, María Concepción

Presentador: Fernández De Los Reyes, Irene

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Sarcoma de Ewing extraesquelético primario cutáneo (SEWC) es un tumor extremadamente infrecuente. La apariencia histológica es similar a otros tumores de células pequeñas, redondas y azules como el Carcinoma de células de Merkel, linfomas o tumores anexiales poco diferenciados, considerándose un reto diagnóstico en sí mismo, siendo necesarias la combinación de técnicas inmunohistoquímicas y moleculares para llegar al diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 41 años, que presenta desde hace 2 años un nódulo de crecimiento lento en la planta del pie. Se remite con el diagnóstico clínico de granuloma piógeno vs tumor aneal vs melanoma. Recibimos en el servicio de anatomía patológica un fragmento cutáneo de 2,4x1,6cm con una tumoración indurada, blanquecina de 1,2x1,1cm.

RESULTADOS: En el estudio histológico se reconoce un tumor dérmico formando nódulos separados por un estroma laxo con abundantes vasos y focos de hemorragia reciente. De forma focal se reconoce melanina. La epidermis se encuentra respetada y se dispone en forma de collarrete. Las células tumorales son de mediano tamaño, con aspecto monomorfo y núcleos vesiculosos con nucleolo. Se cuantifican 6mitosis/3mm2 y un Ki67 del 14%. Con técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) es positivo para CD99, FLI1 y NKX2 con S100 focal, siendo negativo para panqueratina AE1/AE3, CD31, Actina, Desmina, SOX10, Melan A, ERG, Cromogranina, Sinaptofisina, INMS1, EMA, CD68 y ALK1. El estudio por FISH reveló una ruptura gen EWS (22q12). La NGS detectó como variante alélica patogénica la fusión EWSR1 (exón 7): FLI1 (exón 6) con 12 transcritos (16.9% de las lecturas). Tras el diagnóstico se realizó estudio de extensión (TAC, RMN y PET) siendo negativo.

CONCLUSIONES: El SEWC es un tumor infrecuente diagnosticado generalmente en adultos jóvenes, con predominio femenino, localizado en tronco o extremidades y de pequeño tamaño. Histológicamente se trata de una neoplasia indiferenciada constituida por células pequeñas, redondas y azules, separadas por septos finos de colágeno con formación de estructuras vasculares y pseudovasculares. Con frecuencia se reconoce melanina o glucógeno. Con técnicas IHQ muestran positividad intensa de membrana con CD99, marcador sensible e inespecífico, y con frecuencia son positivos nucleares para FLI1 y NKX2. El resto de marcadores son negativos, sin embargo existen casos reportados S100 y/o panqueratina AE1/AE3 positivos, dificultando así su diagnóstico. Debido a la ausencia de marcadores específicos, el diagnóstico final debe realizarse mediante técnicas moleculares. La traslocación t(11;22) (q24; q22) que resulta en la fusión del gen EWSR1 con el gen FLI1 en 22q12, aparece aproximadamente en el 90%-95% de los tumores, observándose en un 5%-10% de los casos la traslocación t(21;22) (q22;q12), con la fusión EWSR1-ERG.

El tratamiento, al igual que en el Sarcoma de Ewing óseo (SEW), consiste en cirugía amplia, radioterapia y quimioterapia. Diversos autores abogan por realizar un tratamiento menos agresivo, dado el buen pronóstico del SEWC en comparación con el SEW. Se estima que la supervivencia a los 10 años es de un 91%, mientras que en el SEW la supervivencia a los 5 años es del 68%, descendiendo a un 39% en los casos metastásicos. Este mejor pronóstico parece estar relacionado con la localización superficial, el pequeño tamaño y la detección temprana de estos tumores. En conclusión, aportamos un nuevo caso de SEWC, tumor raro de la piel con complejidad diagnóstica.

SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS: RETO DIAGNÓSTICO EN BIOPSIAS PERCUTÁNEAS

Moreno Ramirez, Vanessa; Cañestro Rueda, Elena; Cívico Amat, Vicente
Presentador: Moreno Ramirez, Vanessa

HOSPITAL QUIRONSALUD MALAGA Y MARBELLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma alveolar de partes blandas (SAPB) es una neoplasia maligna muy poco frecuente, representando 1% de los sarcomas de partes blandas, actualmente clasificada como neoplasia de tipo incierto. Esta entidad fue descrita por primera vez en 1952 por Christopherson y colaboradores, en base a la observación de 12 casos presentados en pacientes jóvenes, localizados en extremidades inferiores, con un patrón histológico muy característico y con un curso clínico muy similar, incluyendo el debut con metástasis a distancia, preferentemente a nivel pulmonar. A día de hoy, aunque su origen sigue siendo incierto, se caracteriza a nivel molecular por la traslocación der(17)t(X;17)(p11.2;q25), que resulta en la fusión del gen ASPSCR1-TFE3, diagnóstico que puede demostrarse mediante la inmunorreactividad nuclear para TFE3. Dado que clínicamente y por pruebas de imagen, estas neoplasias resultan un reto diagnóstico, la realización de una biopsia percutánea es esencial para su diagnóstico temprano y correcto manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente masculino de 37 años de edad que consulta por una masa en el muslo izquierdo, de lento crecimiento e indolora. En la exploración se palpa lesión endurecida en vasto externo de MII. Se realizan estudio de diagnóstico por imagen con sospecha por RM de hemangioma intramuscular. En la ecografía doppler la lesión es altamente vascularizada, por lo que, ante la sospecha clínica de una lesión maligna, se indica la realización de una biopsia percutánea y estudio de extensión (TC toraco-abdominopélvico), donde se evidencia a nivel pulmonar múltiples micronódulos de aspecto metastásico. Se reciben siete cilindros de tejido, fijados en formaldehído tamponado al 10% por 24 horas. Se realiza procesamiento, inclusión en parafina y cortes histológicos teñidos con hematoxilina-eosina y posterior estudio de histoquímica con tinción de PAS e inmunohistoquímica.

RESULTADOS: En el estudio histológico se evidencia una proliferación neoplásica de patrón organoide, con canales vasculares sinusoidales interpuestos, constituida por células poligonales, de citoplasmas amplios, eosinófilos, algo granulares y núcleos medianamente atípicos, vesiculares, con nucleolo prominente. Con tinción de hematoxilina-eosina se apreciaban estructuras cristaloides intracitoplasmáticas PAS y PAS-diastasa positivas. Se observaron aisladas mitosis y no se evidenció necrosis. La inmunohistoquímica mostró positividad para Vimentina y negatividad para S-100, HMB45, AE1/AE3, Actina, Desmina y Miogenina. Una vez excluida la posibilidad de una metástasis de melanoma y de carcinoma, excluido el PECOMA, orientamos el diagnóstico de un SAPB basados en la clínica y el estudio histológico, realizando el estudio de inmunohistoquímica con el TFE3, con resultado de positividad nuclear difusa e intensa. Ante todos los hallazgos descritos realizamos el diagnóstico de Sarcoma alveolar de partes blandas.

CONCLUSIONES: El diagnóstico del SAPB en las biopsias con aguja gruesa requieren de una estrecha correlación clínico-patológica que permitan orientar dicha consideración diagnóstica. La histología con la minuciosa observación de los cristaloides intracitoplasmáticos PAS positivos y la demostración de la fusión del gen ASPSCR1-TFE3 mediante la inmunoexpresión del TFE3, son confirmatorios de este diagnóstico.

TUMORES ADENOMATOIDES. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 10 CASOS.

Sánchez Ramírez, Inmaculada; Osuna Soto, Julio; Sanz Zorrilla, Alicia; Leiva Cepas, Fernando; Moreno Rodríguez, María Del Mar
Presentador: Sánchez Ramírez, Inmaculada

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores adenomatoides (TA) son neoplasias benignas de origen mesotelial. La mayoría suelen ser hallazgos incidentales, y las localizaciones más habituales son el tracto genital femenino (útero y trompas de Falopio) y masculino (testículo y estructuras anejas testiculares), siendo la neoplasia más frecuente del epidídimo. Es excepcionalmente raro en pleura y glándula suprarrenal. Histológicamente están formados por espacios pseudoglandulares de patrón variable. Los datos sobre sus características epidemiológicas son limitados, debido a que los casos descritos en la literatura son escasos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron todos los diagnósticos de TA desde el año 2003-2023, detectándose 10 casos, y se realizó un análisis de las características clínico-patológicas de los mismos.

RESULTADOS: De los 10 casos, 8 de ellos se diagnosticaron en hombres, y 2 en mujeres. Respecto a la localización, 4 se dieron en estructuras anejas testiculares (3 en epidídimo y uno en cordón espermático), 2 en el testículo, detectándose un caso en las siguientes localizaciones: trompa derecha, cuerpo uterino, glándula suprarrenal y pleura. El rango de edad al diagnóstico oscilaba entre los 28 y los 71 años (edad media al diagnóstico 51 años). El tamaño estaba comprendido entre 0,12 y 8,5 cm, encontrándose el mayor de ellos en la glándula suprarrenal. En 4 de los casos el diagnóstico fue incidental (trompa, útero, pleura y cordón espermático). En el cordón espermático se encontraba asociado a un tumor germinal mixto, y en el cuerpo uterino se asociaba a un leiomioma.

Respecto al patrón histológico, 8 de los casos estaban formados por estructuras túbulo-quísticas tapizadas por células neoplásicas en un estroma fibroso, en un caso se observó un patrón casi sólido, con cordones y nidos de células con abundantes vacuolas citoplasmáticas, dando una apariencia de células en anillo de sello, con estructuras túbulo- quísticas dispersas. En la suprarrenal el tumor presentaba una arquitectura quística macroscópicamente apreciable, con formaciones papilares cubiertas por células neoplásicas, y en las áreas más sólidas se observaban estructuras tubulares en un estroma con abundantes células vacuoladas. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para calretinina, D2-40 y WT1.

CONCLUSIONES: Los TA son un diagnóstico poco frecuente en nuestro centro. La localización más prevalente fueron las estructuras paratesticulares, concretamente el epidídimo, siendo excepcional en la glándula suprarrenal y en la pleura. La mayoría de los casos se diagnosticaron en varones, y el patrón histológico más predominante es el túbular/microquístico. Aunque la mayor parte se derivaron por ser clínica o radiológicamente detectables, una proporción significativa fueron hallazgos incidentales. Pese a ser entidades poco frecuentes, es necesario reconocerlos, ya que sus márgenes mal definidos y a veces infiltrativos pueden llevar a confusión con un carcinoma. Técnicas inmunohistoquímicas como la calretinina, el WT1 y el D2-40, y la expresión retenida de BAP1 en la pleura, son importantes para su diagnóstico.

HIBERNOMA, UNA ENTIDAD BENIGNA INFRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO

Quina Sandoval, Romina Wendy; Del Olmo Morales, Miriam; Benito Sánchez, Sonia; García Perez, Marie Laure; Parrón Collar, Damaso

Presentador: Quina Sandoval, Romina Wendy

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hibernoma es un tumor raro benigno del tejido adiposo pardo representando un 1,6 % de los tumores lipomatosos. Fue descrito por primera vez por Merkel en 1906. Suelen aparecer entre la segunda y cuarta década de la vida. Son más prevalentes en mujeres.

Cursan como masas palpables blandas, móviles, indoloras y de crecimiento lento siendo frecuente su hallazgo incidental. Tienden a localizarse en el muslo, seguido del hombro, espalda, cuello y pared torácica. Su diagnóstico diferencial es amplio y comprende tanto entidades benignas como malignas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de 51 años con un nódulo subcutáneo en región paravertebral dorsal izquierda de 2 años de evolución. Ecográficamente, se observó una lesión ovalada encapsulada de 5,9 x 1,3 x 5,8 cm, bien circunscrita compatible con tumoración lipomatosa. Se realiza biopsia excisional siendo remitida al Servicio de Anatomía Patológica para su estudio.

RESULTADOS: Macroscópicamente, observamos un nódulo de aspecto adiposo encapsulado de 8 x 4 x 1,5 cm. Al microscopio visualizamos una lesión neoplásica compuesta por células poligonales de grasa parda, con citoplasma granular eosinófilo y núcleos periféricos, sin atipia celular, necrosis o mitosis significativa. La inmunohistoquímica mostró expresión positiva para S100 y negativa para CDK4 y MDM2. Se descartó, de entre los diagnósticos diferenciales, el tumor lipomatoso atípico y el liposarcoma bien diferenciado. Tras un estudio exhaustivo, se planteó el hibernoma con variante morfológica típica. Finalmente, concluimos que nuestro caso correspondía a dicha patología, descartando además, las otras tres variantes menos comunes de este tipo de lesiones (mixoide, de células fusiformes y el tipo lipoma).

CONCLUSIONES: El hibernoma es un tumor benigno poco frecuente que puede imitar una lesión maligna de tejidos blandos. La escisión completa es el tratamiento de elección. No se han reportado casos de recidivas, metástasis o transformación maligna hasta la fecha, por lo que su pronóstico es excelente.

NEOPLASIA DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS EN INTESTINO DELGADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

López Henríquez, Rocío; Martín Concepción, José Adán; Hernández León, Carmen Nieves; Betancor Fernández, Isabel

Presentador: López Henríquez, Rocío

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Ewing es una neoplasia mesenquimal de células pequeñas y redondas, que generalmente se presenta en huesos y tejidos blandos, aunque su localización en el tracto gastrointestinal es excepcional. La identificación de este tipo de sarcoma en órganos como el intestino delgado representa un desafío diagnóstico debido a su morfología y características inmunohistoquímicas que pueden simular otros tipos de tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 57 años que consultó por dolor abdominal crónico, estreñimiento y pérdida de peso progresiva durante varios meses. En un inicio, se consideró enfermedad inflamatoria intestinal debido a los síntomas. Sin embargo, una resonancia magnética evidenció un engrosamiento mural del asa de ileon proximal, lo cual orientó hacia una posible neoplasia. Se realizó una ecografía con punción y biopsia, los cuales fueron positivos para un carcinoma, morfológicamente sugestivo de carcinoma neuroendocrino. No obstante, la inmunohistoquímica fue inconcluyente, lo que llevó a la decisión de realizar una resección quirúrgica del segmento intestinal afectado.

RESULTADOS: La pieza quirúrgica de intestino delgado mostraba una lesión tumoral sólida, blanquecina, de consistencia firme y bien circunscrita, con dimensiones de 5,5 x 4,8 x 4 cm.

Al microscopio se observa una proliferación tumoral de células pequeñas y redondas que forman nidos y masas sólidas, en ocasiones con necrosis central focal y con estroma fibroesclerótico entre ellas. Afecta todas las capas de la pared intestinal desde mucosa que muestra signos de necrosis, hasta serosa antimesentérica y la grasa mesentérica.

Las células tumorales presentaban un escaso citoplasma, núcleos pequeños y figuras mitóticas que oscilaban entre 5-8 mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA). En cuanto a la inmunohistoquímica, los resultados fueron los siguientes: CK (+), CK19 (+), CD99 (membrana, +), NSE (+), PAX8 (-), SOX10 (-), CK7 (-), CDX2 (-), Calretinina (-), SATb2 (-), sinaptofisina/cromogranina (-), S100 (-), CD56 (-), CD117 (-), CD45 (-), TLE1 (-), Desmina (-), ERG (-), CD34 (-). La positividad de FLI1 fue variable. El índice de proliferación Ki67 era del 20-25%.

Los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos orientaron a un sarcoma indiferenciado de células pequeñas y redondas. Se realizó FISH del gen EWSR1 observándose reordenamiento. Este reordenamiento plantea un diagnóstico diferencial entre sarcoma de Ewing, tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas, y sarcoma con fusión EWS- no ETS. La negatividad para desmina orientaba sobre todo a sarcoma de Ewing en lugar de las otras dos entidades.

Para confirmar el diagnóstico, se llevó a cabo un estudio de NGS (secuenciación de nueva generación), el cual reveló una fusión EWSR1-FLI1, lo que estableció el diagnóstico definitivo de sarcoma de Ewing de origen intestinal.

CONCLUSIONES: Ante un tumor de células pequeñas y redondas en el tracto gastrointestinal debemos tener presente el sarcoma de Ewing. En particular, al considerar la localización intestinal, es importante tener en cuenta que la presencia de marcadores epiteliales, en nuestro caso CK y CK19, no debe descartar el diagnóstico de sarcoma de Ewing, ya que estos pueden expresarse de manera aberrante en este tipo de tumor.

HIBERNOMA CON CUERPOS DE PSAMOMA: UN HALLAZGO INUSUAL EN UN TUMOR DE GRASA PARDA

Prados Perez, Elena; Nicolau Payeras, Margalida; Rodríguez Tur, Carolina Inés; Vallès Bonhomme, Elisabeth
Presentador: Prados Pérez, Elena

HOSPITAL UNIV. SON ESPASES. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Varón de 42 años, acude por una gran tumoración en el brazo. Se trata de una masa axilar bien delimitada en el brazo derecho, extendiéndose caudalmente hasta el tercio superior/medio del brazo. Ubicada en el compartimento braquial posterior (extensor), mide 12x3.7x3 cm y se sitúa entre el coracobraquial, dorsal ancho y cabeza larga del tríceps braquial, adyacente al paquete vascular de la arteria axilar y humeral. Tras presentar el caso en el comité de tumores musculoesqueléticos se decide realizar exéresis de la tumoración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Macroscópicamente, la pieza de resección presenta una forma alargada y ovoide, con bordes ligeramente irregulares en los márgenes pero bien delimitados. La superficie externa es lisa y al corte se observa parénquima de coloración marrón-rojiza.

RESULTADOS: Microscópicamente, se identifican tres tipos celulares principales: células multi vacuoladas con citoplasma espumoso y núcleos pequeños sin atipia, adipocitos maduros y células con citoplasma granular eosinófilo. Se distinguen células en distintos grados de vacuolización y una abundante red capilar, sin signos de malignidad evidentes. Además, se observa inflamación perivascular, así como abundantes y llamativos cuerpos de psamoma. El estudio inmunohistoquímico realizado muestra positividad intensa y difusa para S100 y un índice de proliferación celular Ki67 inferior al 3%.

CONCLUSIONES: El hibernoma es un tumor benigno de tejidos blandos muy poco frecuente que se origina en los adipocitos pardos, de evolución lenta y típicamente hipercaptante en PET, característica del tumor que puede llevar a confusión. La inflamación perivascular está posiblemente relacionada con la interacción metabólica del tumor con su microambiente. El diagnóstico diferencial del tumor incluye el liposarcoma, incluido el muy infrecuente subtipo hibernoma-like. Ha sido particularmente llamativa la presencia de cuerpos de psamoma, un hallazgo inusual en este tipo de tumor, que representa un proceso de calcificación distrófica y se observa con más frecuencia en el carcinoma papilar de tiroides (PTC), el meningioma o el cistoadenocarcinoma seroso papilar de ovario, entre otros. Este hallazgo, no descrito hasta la fecha en la literatura en hibernomas, puede inducir a error, especialmente si el diagnóstico es en extendidos citológicos.

En conclusión, los hibernomas presentan varias formas histológicas, pudiendo incluso ser confundidos con el liposarcoma hibernoma-like. Además, la hipercaptación en PET, reflejo de su elevado metabolismo, puede llegar a desorientar el diagnóstico. Describimos el primer hibernoma con cuerpos de psamoma en el que formulamos nuevas hipótesis sobre patogénesis y la relación con los procesos de calcificación distrófica queriendo dar paso a una posible nueva clasificación histológica.

SARCOMA EPIDIDIMARIO CON REORDENAMIENTO EWSR1::POU2AF2: EXPANDIENDO EL ESPECTRO DE LOS SARCOMAS CON REORDENAMIENTO DE POU2AF3.

Abdulkader Sande, Sámer; Caneiro Gómez, Francisco Javier; Pérez Beliz, Edurne; García Acuña, Silvia Margarita; Abdulkader Nallib, Ihab; Sánchez Ares, María
Presentador: Abdulkader Sande, Sámer

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas con reordenamiento del gen EWSR1 comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias de células pequeñas y redondas caracterizadas por su agresividad y diversidad fenotípica. Recientemente, se han descrito sarcomas con fusión EWSR1::POU2AF3 en cabeza y cuello, caracterizados por crecimiento infiltrativo y expresión de marcadores neuroendocrinos y epiteliales.

Presentamos el primer caso de un sarcoma con reordenamiento EWSR1::POU2AF2 en el epidídimo, una localización no descrita previamente. Este tumor presenta similitudes morfológicas e inmunohistoquímicas con los sarcomas con reordenamiento de POU2AF3. Dado que POU2AF2 y POU2AF3 actúan como coactivadores del factor de transcripción POU2F3, proponemos que esta entidad podría formar parte del mismo espectro neoplásico, ampliando su variabilidad anatómica y molecular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó una lesión epididimaria en un paciente de 35 años. La pieza quirúrgica, de 9 × 5 × 2,5 cm y 27 g de peso, fue procesada para estudio histológico, inmunohistoquímico (IHQ) y molecular.

El análisis histológico incluyó tinciones de hematoxilina-eosina (HE) y evaluación arquitectural y celular. Se realizó un amplio panel IHQ con marcadores epiteliales, neuroendocrinos, mesenquimales y tumores indiferenciados de células pequeñas. El estudio molecular abarcó hibridación in situ por fluorescencia (FISH) para EWSR1 y FUS, así como secuenciación masiva (NGS) para detectar reordenamientos génicos.

RESULTADOS: El estudio microscópico reveló una neoplasia mal delimitada con autólisis extensa, caracterizada por una proliferación sólida ("en sábana") de células pequeñas e inmaduras, con escaso citoplasma y núcleos redondeados con cromatina grumosa. Se observaron vasos de pequeño calibre, tabiques fibrosos incompletos y restos de epidídimo.

La IHQ mostró inmunorreactividad intensa y difusa para CD56 y SOX9, así como positividad difusa para sinaptofisina. Se identificó expresión en células aisladas para cromogranina y EMA, mientras que INSM1 presentó un patrón en mosaico. CK AE1/AE3 y CK8/18 fueron positivos en un patrón "dot-like" focal y parcheado, respectivamente. Además, se detectó expresión de S100, CD99 y GFAP en un subconjunto celular con un patrón similar al de las células sustentaculares del paraganglioma. No se observó expresión de SOX10, CD45, SALL4, calretinina ni SATB2, así como tampoco de marcadores de diferenciación muscular.

El análisis molecular por NGS confirmó el reordenamiento EWSR1::POU2AF2. La combinación de hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares sugiere que este tumor pertenece al espectro de los sarcomas con reordenamiento de POU2AF3, respaldado por la relación funcional entre POU2AF2 y POU2AF3 como coactivadores de POU2F3.

CONCLUSIONES: Describimos el primer caso de sarcoma con reordenamiento EWSR1::POU2AF2 en el epidídimo, ampliando el espectro anatómico y molecular de los sarcomas con reordenamiento de POU2AF3. La caracterización inmunohistoquímica y molecular es fundamental para su diagnóstico diferencial con otras neoplasias de células pequeñas y redondas.

Dado el comportamiento agresivo descrito en los sarcomas con reordenamiento de POU2AF3, es crucial realizar un seguimiento clínico estrecho y la evaluación de respuestas a diferentes estrategias terapéuticas. Se requieren más estudios para determinar su pronóstico y explorar potenciales terapias dirigidas.

CORDOMA

METASTÁSICO

DE LOCALIZACIÓN INESPERADA

Reguera Arias, Ana; Sanromán Budiño, Begoña; Álvarez Martínez, Mónica; Pombo Otero, Jorge; Bescansa Pous, Ivet; Rodríguez Méndez, Natalia

Presentador: Reguera Arias, Ana

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. A CORUÑA. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cordoma convencional es un tumor primario óseo infrecuente, que surge a nivel del esqueleto axial y afecta a adultos desde la quinta a las séptima década de la vida. El 50% de los cordomas surgen en la región sacrococcígea, el 35% en la base del cráneo y el 15% en otra localización de la columna vertebral.

Se trata de un tumor maligno e indolente, que se presenta como una lesión lítica y destructiva, de crecimiento lento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años que presenta una tumoración en cara dorsal de antebrazo derecho. En el estudio de imagen (RMN) se observa una lesión quística de partes blandas, profunda, de 24mm, localizada en la musculatura del compartimento antebraquial posterior, en las inmediaciones de la cortical ósea de la diáfisis radial.

Revisando la historia clínica vemos que el paciente presenta, como antecedente personal, una intervención quirúrgica realizada tres años antes, de resección de tumor retrorrectal de 9cm, con diagnóstico de cordoma convencional.

RESULTADOS: Se realiza exéresis de la tumoración subcutánea que macroscópicamente se corresponde con un nódulo redondeado, encapsulado y color blanco, de 24mm, que al corte está constituido por una lesión de aspecto quístico. Tras el estudio histológico se observa una proliferación de células epitelioides grandes, con citoplasma eosinófilo, separadas en lóbulos por tabiques fibrosos.

Están dispuestas formando cordones o nidos, embebidos en una matriz mixoide extracelular abundante, presentando mínimo pleomorfismo nuclear y extensa necrosis.

Tras estudio con técnicas inmunohistoquímicas resulta positivo con citoqueratinas, EMA, S100 y Brachyury.

CONCLUSIONES: Los cordomas son tumores primarios óseos de crecimiento lento y localmente agresivos, con una alta tendencia a la recurrencia posquirúrgica.

Sin embargo, las metástasis a distancia son poco frecuentes y suelen aparecer varios años después del diagnóstico inicial.

Las localizaciones de metástasis más frecuentes incluyen pulmón (52%), hígado (23%), ganglios linfáticos (20%) y hueso (16%).

La afectación cutánea por cordomas (denominado en la literatura como "cordoma cutis") es todavía más excepcional, derivando ésta habitualmente de cordomas de origen sacro, como es nuestro caso.

Por tanto, la metástasis debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de una nueva lesión cutánea en un paciente con antecedentes clínicos de cordoma.

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

FIBROSARCOMATOSO CON PATRÓN ANÓMALO ATÍPICO EN FISH

García De Sola Llamas, Carmen; Pérez Pérez, Manuel; Ríos Martín, Juan José; Trigo Sánchez, Inmaculada

Presentador: García De Sola Llamas, Carmen

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo raro caracterizado por su crecimiento lento y alta tendencia a la recurrencia local. La mayoría de los casos presentan una localización dérmica, sin embargo, existen variantes con presentación subcutánea, lo que puede generar dificultades diagnósticas y un posible comportamiento biológico distinto. La variante fibrosarcomatosa (DFSP-FS) es una forma más agresiva, con mayor tasa de recurrencia y un leve aumento en el riesgo metastásico. Genéticamente, el DFSP está asociado en > 90% de los casos a la fusión COL1A1-PDGFB, detectable mediante FISH en la mayoría de los casos, aunque en algunos casos se han descrito otras alteraciones moleculares, especialmente en la variante fibrosarcomatosa. Presentamos un caso de DFSP-FS con presentación clínica subcutánea y un patrón anómalo atípico mediante FISH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 37 años con tumoración lumbar izquierda de seis años de evolución, con crecimiento acelerado en los últimos meses. Inicialmente se diagnosticó como lipoma y se programó su resección quirúrgica. En el servicio de anatomía patológica se recibió una tumoración sólida de 11 x 8 cm que externamente presentaba una pseudocápsula y tejido adiposo adheridos. A los cortes seriados presentaba una superficie parduzca fibroelástica fibroelástica sin áreas de necrosis o hemorragia. Se realizó una amplia batería de pruebas inmunohistoquímicas y estudio de reordenamiento del gen PDGFB mediante técnica de hibridación in situ con fluorescencia (FISH).

RESULTADOS: El estudio histológico reveló una neoplasia fusocelular altamente celular con atipias nucleares leves a moderadas, patrón fascicular y estoriforme, sin necrosis. Inmunohistoquímicamente, la lesión mostró tinción fuerte y difusa para CD34 y resultó negativa pancitoqueratina, S100, SOX10, HMB45, Desmina, AML, MYO D1, Beta-catenina, CD99, TLE1, AME, STAT6, CDK4 y MUC4. Se realizó FISH para evaluar la presencia de la translocación COL1A1-PDGFB. El estudio molecular mediante FISH no evidenció la fusión COL1A1-PDGFB típica, sino una amplificación del extremo 3' del gen PDGFB en el 80% de los núcleos evaluados (una señal de fusión, dos a cinco señales rojas y una o ninguna señal verde). Las pruebas de imagen mostraron una lesión residual en el tejido subcutáneo lumbar sin metástasis a distancia. Se planificó una nueva resección quirúrgica para obtener márgenes libres de tumor. Todos los hallazgos nos orientaron al diagnóstico de DFSP de tipo fibrosarcomatoso (DFSP-FS).

CONCLUSIONES: El DFSP-FS subcutáneo es una presentación atípica que puede generar retos diagnósticos. Sin embargo hemos encontrado series con casos muy similares al nuestro. Por otro lado, la ausencia de la fusión COL1A1-PDGFB en FISH no excluye el diagnóstico de DFSP, ya que en el panorama molecular del DMFSP también pueden observarse otras alteraciones moleculares mucho menos frecuentes entre las que se describen amplificaciones del gen PDGFB, especialmente en casos con progresión fibrosarcomatosa. Este caso resalta la importancia del análisis molecular y de un abordaje multidisciplinario para el correcto diagnóstico y tratamiento del DFSP-FS con patrones moleculares inusuales. Asimismo nos recuerda que nunca podemos descartar un diagnóstico de DMFSP por no ser de localización dérmica.

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS (TDCPR) PARATESTICULAR. UNA ENTIDAD INFRECUENTE, DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y MAL PRONÓSTICO.

Rollán López, Lucas; Domínguez Cañete, Juan José; Rueda Correa, Francisco; Baena Romero, Victor; Ferrara Coppola, Connie Catherine; Padilla Ansala, Carlos; Vera Díaz, Enni Carolina; Vieru, Coca-Mihaela; Yuste Del Pozo, Verónica; Saez García, Miguel Ángel

Presentador: Rollán López, Lucas Ignacio

HOSPITAL DE LA DEFENSA "GÓMEZ ULLA"

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El TDCPR es una neoplasia maligna de estirpe mesenquimal de localización abdominal, de predominio masculino y una incidencia 0.3-0.7 casos/millón. La localización paratesticular es infrecuente, encontrando en la literatura aislados casos descritos. El pronóstico es malo con escasas opciones terapéuticas testadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 22 años que acude a urgencias por dolor abdominal y síndrome constitucional de un año de evolución. En el examen físico se observa aumento no doloroso del testículo derecho. En las técnicas de imagen identifica la masa testicular junto con masas abdominales, diafragmáticas y pericárdicas. Se interviene al paciente y se remite un orquiectomía de 276.64 g y 11x8x5,8 cm, con segmento de conducto espermático de 0,6x1 cm. A la apertura se identifica una tumoración sólida, paratesticular, lobulada y blanco-amarillenta, de 8,2x5cm.

RESULTADOS: Histológicamente, se observa crecimiento de múltiples nidos celulares y cordones sólidos compuestos por elementos celulares de pequeña talla y escaso citoplasma con límites intercelulares difusos. Los núcleos son redondeados de cromatina granular sin evidencia de nucléolo, con frecuentes figuras de mitosis, muchas atípicas. Asienta sobre un estroma desmoplásico con áreas de necrosis. Se aprecian invasión linfovascular.

Con técnicas inmunohistoquímicas, se visualiza reactividad focal paraneural con desmina, marcaje difuso para enolasa, CD56, CAM 5.6, Citokeratina 7 (CK7), EMA, CD10 y receptores de andrógenos de forma parcial. El resto de los marcadores inmunohistoquímicos (WT-1, CD99, GFAP, NKX3.1, S-100, myo D1, miogenina, SMA, HcG, CDX-2, GATA3, OCT3/4, TTF-1, p40, PLAP, CD117, B-catenina, HMB45, melan-A, calretinina, CD30, CD3, inhibina, receptores de estrógenos y progesterona, glicipan 3, sinaptofisina y cromogranina) no presentaron tinción.

Se realiza NGS con análisis genómico de 500 genes, en la que no se identifican mutaciones clínicamente relevantes. Se identifica la translocación t(11;22)(p13;q12) EWSR1-WT1 mediante FISH.

CONCLUSIONES: El TDCPR es entidad infrecuente, con morfología y translocación característica, cuyo diagnóstico precoz es indispensable por su alta mortalidad.

La presencia de tinción con CK7 nos puede inducir al diagnóstico de un carcinoma indiferenciado que puede conllevar un tratamiento inadecuado con su morbilidad asociada.

La tinción con WT-1 (c-terminal) y ausencia de WT-1 (n-terminal) es característica por la translocación descrita.

Debemos conocer las limitaciones de la NGS para inversiones o translocaciones.

Bibliografía:

Gerald WL, Rosai J. Case 2. Desmoplastic small cell tumor with divergent differentiation. *Pediatr Pathol.* 1989;9(2):177-83. doi: 10.3109/15513818909022347. PMID: 2473463.

Hendricks, A., Boerner, K., Germer, C.-T., & Wiegering, A. (2021). Desmoplastic small round cell tumors: A review with focus on clinical management and therapeutic options. *Cancer Treatment Reviews*, 93, 102140. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102140>

Romagnol, F. T., Alves, M. T. de S., Oliveira, M. A. S., Carvalho, E. G., Silva, A. M. M. da, Caran, E. M. M. (2021). Desmoplastic small round cell tumor of the testis: A rare tumor at an uncommon location. *Pediatric Hematology Oncology Journal*, 6(3), 142-146. <https://doi.org/10.1016/j.phoj.2021.05.001>

Wei, G., Shu, X., Zhou, Y., Liu, X., Chen, X., & Qiu, M. (2021). Intra-abdominal desmoplastic small round cell tumor: Current treatment options and perspectives. *Frontiers in Oncology*, 11, 705760. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.705760>

FIBROSARCOMA EPILELIOIDE ESCLEROSANTE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y MOLECULARES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Viejo Martínez, Celia; Merino Garcia, Jose Angel; Prieto Potin, Ivan; Guzman Gomez, Laura Patricia; Rojo Todo, Federico

Presentador: Viejo Martínez, Celia

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El fibrosarcoma epiteloide esclerosante (FEE) es una neoplasia fibroblástica maligna rara que aparece con mayor frecuencia en las extremidades inferiores. Su comportamiento clínico es agresivo, y ocurre en el 50% de los casos haciendo metástasis en un 40-50%, afectando principalmente a pulmón, pleura, hueso y cerebro. Histológicamente presenta fibroblastos epitelioides dispuestos en cordones y nidos sobre un estroma esclerosante. Se considera que el FEE tiene una relación biológica con el Sarcoma Fibromioides de bajo grado, siendo la fusión génica más frecuente EWSR1:CREB3L1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 49 años, que en 2020, se le identificó una lesión asintomática en 2020 de 9 x 4 x 7,5 cm en el glúteo derecho tras una caída accidental, mostrando, por radiología calcificaciones en su zona central con realce periférico sugestivos de una miositis osificante como primera posibilidad diagnóstica. Continuó con controles radiológicos, y en 2024, inicia clínica de dolor, realizándose una nueva resonancia magnética en la que se observó un crecimiento de la lesión de 11,2 x 10,2 x 5,6 cm con contornos lisos y bien definidos; por lo que se decidió realizar una biopsia diagnóstica.

RESULTADOS: El estudio histopatológico mostró una proliferación mesenquimal, compuesta por células de aspecto epiteloide con núcleos hiper cromáticos irregulares, algunos aumentados de tamaño, con escaso citoplasma eosinófilo y dispuestas de forma dispersa, formando cordones o grupos sobre un estroma colagenizado. No se identificó necrosis ni figuras de mitosis. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para MUC4, CD99 débil y parcheado, FLI1, ERG y EMA de forma parcheada. SATB2, CKAE1/AE3, CD34, CD56, AML, CD138 fueron negativos. El índice de proliferación con Ki67 fue de 10%. Se realizó estudio molecular por tecnología RNAseq (TruSight RNA Pan-Cancer Panel, Illumina, USA) donde se detectó la fusión génica EWSR1:CREB3L1. Con este dato, se estableció un diagnóstico integrado de FEE. El paciente recibió tratamiento neoadyuvante con radioterapia (42,75 Gy en 15 fracciones), seguido de una resección tumoral. En la evaluación de la pieza quirúrgica se observó un 60% de celularidad viable, acompañado de extensa fibrosis, necrosis de tipo isquémica y celularidad atípica atribuible a cambios post-tratamiento sin cambios en el tamaño tumoral.

CONCLUSIONES: Debido a su posible confusión a nivel radiológico con lesiones benignas, como la fascitis nodular o la miositis osificante, resulta fundamental una evaluación temprana mediante la realización de biopsia con aguja gruesa (BAG) que incluya además de un estudio morfológico, características inmunofenotípicas y moleculares que caractericen la entidad para un diagnóstico preciso que permitan un abordaje terapéutico oportuno.

Patología de Partes Blandas

1701

TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS REDONDAS PEQUEÑAS Y AZULES CON FUSIÓN NUMA1::BRAF.

Flores García, Adriana Teresita; González López, Guillermo; Prados Pérez, Elena

Presentador: Flores García, Adriana Teresita

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La denominación "tumor de células redondas azules" es un término que engloba a neoplasias diversas como el sarcoma de Ewing, el rabdomiosarcoma alveolar, el neuroblastoma, y el sarcoma sinovial, entre otros¹. Muchos de ellos se caracterizan por la presencia de fusiones génicas¹. Son tumores de difícil diagnóstico, y a veces son necesarias las técnicas moleculares para su caracterización. Presentamos un tumor de células redondas con una fusión novedosa NUMA1::BRAF, no descrita hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 76 años que consultó por una masa axilar de dos meses, de la cual se realizó exéresis.

RESULTADOS: La pieza reveló la presencia de un tumor constituido por una sábana de células redondas, pequeñas, con núcleo redondeado y con tendencia focal a hacerse fusiforme. Los núcleos eran monótonos y sin nucléolo prominente. Se identificaron frecuentes mitosis, apoptosis, y focos de necrosis, así como zonas de hemorragia intratumoral. La inmunohistoquímica mostró positividad difusa con SATB2, débil y focal para CD99, y fue negativa para queratina AE1/AE3, SOX10, S100, MelanA, CD45, desmina, miogenina, BCOR y SS18. Con el diagnóstico provisional de tumor maligno de células redondas pequeñas indiferenciado, se solicitó NGS, que reveló una fusión NUMA1::BRAF. El estudio de extensión no mostró enfermedad a distancia. El paciente recibió radioterapia adyuvante, y se encuentra libre de enfermedad a los 6 meses de la cirugía.

CONCLUSIONES: BRAF es una serina/treonina quinasa que interviene en la vía de señalización MAPK, que está implicada en la proliferación celular². Las fusiones de BRAF surgen de la unión de su extremo C-terminal con el extremo N-terminal de otro gen, de forma que la proteína de fusión carece del dominio de regulación N-terminal de BRAF2. Estas fusiones se han descrito en tumores como el nevus de Spitz, el melanoma, y tumores sólidos³. Por otro lado, NUMA1 es una proteína implicada en el mantenimiento del huso mitótico, cuya fusión con otros genes se ha descrito en tumores sólidos, melanoma, y en un sarcoma uterino fusocelular, entre otros⁴. Hasta ahora no se ha descrito ninguna fusión de estos dos genes en un tumor de células redondas pequeñas^{2,3,4}. En este caso, la fusión entre el gen NUMA-1 con el extremo C-terminal de BRAF previsiblemente produce una activación constitutiva de BRAF2.4. Como principal limitación, no se puede descartar la posibilidad de una metástasis indiferenciada de melanoma, dada la localización axilar y que el tumor presentaba una alta carga mutacional. No obstante, no se encontró ninguna lesión cutánea sospechosa, y la neoplasia no expresaba marcadores melanocíticos.

Patología de Partes Blandas

1650

LEIOMIOMA ESOFÁGICO CON ABUNDANTES CÉLULAS CD117 POSITIVAS

Santana Ramos, Marina Alejandra; Flórez Rial, María Del Pino; García Aguilera, Ana Isabel; Rodríguez Moncada, Juan Sebastián; Parmeggiani Bermejo, Sofía; Melgar Melgar, Álvaro

Presentador: Santana Ramos, Marina Alejandra

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas son los tumores mesenquimales benignos más frecuentes del esófago. Se originan en la muscular propia o muscular de la mucosa y expresan marcadores de músculo liso (actina, desmina, caldesmon). Por otra parte, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) potencialmente agresivos, son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, originados en las células intersticiales Cajal, y expresan CD117, DOG1 y CD34. La presencia de células CD117 positivas en un leiomioma esofágico puede llevar a un diagnóstico erróneo. Presentamos un leiomioma esofágico con abundantes células CD117 positivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 28 años que durante el seguimiento por cirugía bariátrica se le detectó una lesión submucosa de 3 cm. La ecoendoscopia evidenció una formación hipoecóica de 4.3 cm. Se realizó punción-biopsia cuyo estudio histológico reveló fragmentos de mucosa esofágica y pared muscular sin atipia. Se realizó resección quirúrgica de la lesión para estudio definitivo.

RESULTADOS: En la pieza quirúrgica, la tumoración medía 6.3x2.5 cm, y estaba bien delimitada. Al corte tenía coloración blanquecina y consistencia firme con un área central gelatinosa. En el estudio histológico se observó una proliferación de células fusiformes con citoplasma eosinófilo, núcleos alargados sin atipia ni actividad mitótica, dispuestas en fascículos entrelazados. No se evidenciaron focos de necrosis ni pleomorfismo celular. En el estudio inmunohistoquímico se observó positividad para desmina, actina de músculo liso y caldesmon, confirmando la diferenciación muscular lisa. Asimismo, se observó negatividad para CD34 y DOG1. Además, se identificaron abundantes células CD117 positivas, lo que planteó el diagnóstico diferencial con el GIST. Se realizó inmunohistoquímica para triptasa, marcador de mastocitos, que también resultó positiva. El análisis molecular mediante secuenciación de nueva generación (NGS) no detectó mutaciones en C-KIT ni en PDGFRA.

CONCLUSIONES: La presencia de numerosas células CD117 positivas en un leiomioma esofágico puede llevar a un diagnóstico erróneo de GIST; sin embargo, hay que considerar que los mastocitos pueden imitar a las células neoplásicas de este tumor. La inmunohistoquímica para triptasa no solo sirve para detectar mastocitos, sino que su presencia en sí misma sirve para apoyar el diagnóstico de leiomioma.

ANGIOFIBROMA DE PARTES BLANDAS, DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Collado Martín, Ana Sofía; Sánchez Magdaleno, Lucía; Montano Lumbrales, Elena; Montes Moreno, Santiago
Presentador: Collado Martín, Ana Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El angiofibroma de partes blandas es una neoplasia benigna que presenta una incidencia baja. Clínicamente se describe como una masa indolora de crecimiento lento y bien delimitada que se localiza con mayor frecuencia en las extremidades inferiores. A pesar de que pueden infiltrar tejidos perilesionales siguen teniendo un curso benigno con escasa capacidad de recurrencia local y no existen casos descritos de metástasis a distancia. Por lo que el tratamiento elegido suele ser realizar una escisión simple únicamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Esta revisión de casos se realizó para describir la clínica, histología, inmunohistoquímica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los angiofibromas de partes blandas. Se realizó mediante una búsqueda retrospectiva desde 2015 hasta 2025 en la base de datos de nuestro centro encontrándose hasta tres pacientes que recibieron dicho diagnóstico en ese periodo de tiempo.

RESULTADOS: Dos de las tres pacientes eran mujeres con una edad media de 58 años que llevaban años con molestias en rodilla y zona supraescapular causadas por una lesión dura no rodadera con diámetros máximos de entre 1,5 y 5 cm. Las lesiones se localizaban en la interfleína articular sin dependencia meniscal, tejido celular subcutáneo e intramuscular, clínicamente se diagnosticaron de quiste meniscal, lipoma y tumor fibroso solitario realizándose una resección marginal (R1), resección incompleta / fragmentada (R2) y una resección marginal (R0), respectivamente. Macroscópicamente se describieron como lesiones nodulares encapsuladas, de coloración blanquecina y parduzca con áreas hemorrágicas. Microscópicamente se observa una proliferación de células fusocelulares con atipia leve y un extenso patrón vascular ramificante sin atipia. Viene acompañada de unas áreas mixoides y otras más fibrosas y un componente inflamatorio formado mayoritariamente por linfocitos. No se observan mitosis atípicas ni necrosis pero una de las tres lesiones que se revisaron presentaba infiltración focal del tejido adiposo circundante. El estudio inmunohistoquímico muestra expresión de CD34 por la celularidad neoplásica y endotelios vasculares y negatividad para STAT6, S100, y SOX10 con un Ki67 menor del 20% en todos los casos. Al tratarse de lesiones benignas, solo a uno de los tres pacientes se le realizó una revisión a los tres meses de la operación que fue normal.

CONCLUSIONES: Los angiofibromas de partes blandas son neoplasias benignas conocidas relativamente hace poco y poco comunes, pero es un diagnóstico a tener en cuenta ante una lesión de partes blandas porque están incluidos en el diagnóstico diferencial de una variedad de tumores de partes blandas intermedios y malignos como puede ser el tumor fibroso solitario o el liposarcoma mixoide. Los hallazgos histopatológicos y fenotípicos suelen ser suficientes para un diagnóstico histopatológico, reservándose el estudio molecular (reordenamiento NCOA2) para casos atípicos.

DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL COMPLICADA.

Salazar Nicolas, Alejandro; Ortuño Moreno, María Isabel; Ruiz Garcia, Gema; Segado Martinez, Marta; Conde Ferreiros, Marta; Aguiar Losada, Begoña; Sanchez Lazzcano, María; Cerezo Aguirre, Clara; Ezkurra Altuna, Ander; Ruiz Diaz, María Trinidad
Presentador: Salazar Nicolas, Alejandro

HOSPITAL UNIV. DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las fibromatosis son un grupo de neoplasias miofibroblásticas, no metastásicas y localmente agresivas que se clasifican en dos subtipos: desmoide (profunda) o superficial (palmar, plantar o en pene). Dentro de la fibromatosis desmoide se divide en extra abdominal, abdominal o intra abdominal. Los tumores se componen por una proliferación de bandas de fibroblastos/miofibroblastos acompañados de vasos sanguíneos. Según su arquitectura, puede mostrar varios patrones histológicos: convencional, hipocelular/hialinizado, mixoide, queloideal, fascitis nodular-like, hiper celular y patrón en cuerno de ciervo (staghorn vessel). Muestran inmunohistoquímicamente positividad para Actina de Musculo Liso, Desmina, Calretinina, Vimentina y Beta Catenina, estando asociada a la mutación CTNNB1 en el 90% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos a una mujer de 23 años con antecedentes personales de astrocitoma intervenido y con colocación de derivación ventrículo-peritoneal que acude a urgencias por clínica de fiebre, dolor epigástrico y leve distensión abdominal. A nivel radiológico se observa una colección de bordes pobremente definidos, lobulada y tabicada en espacio gastro-pancreático-esplénico que mide 89 x 48 x 50 mm. Acude al servicio de Ecoendoscopias donde se realiza punción guiada por ecoendoscopia. Se realizan 5 aspiraciones, de las que se extienden 5 laminillas en Diff-Quit in situ para valoración. El resto del material de la aguja se introduce en medio líquido del que se realiza una extensión en Papanicolaou y citobloque en formol.

RESULTADOS: Muestra de fondo serohemático en el que se observan unas células de aspecto proliferado, de morfología epitelioide, con núcleos espiculados y ovalados con citoplasmas eosinófilos y abundantes junto a un estroma acompañante de aspecto fibrilar/mixoide y vasos sanguíneos de pequeño tamaño. Estas células se disponen en fascículos cortos, no muy compactados, en los que no se identifican áreas de necrosis. Se contabiliza una mitosis en toda la muestra estudiada y un índice de proliferación celular Ki67 inferior al 2%. Panel inmunohistoquímico positivo para Actina de Musculo Liso (débil y parcheado), Desmina (focal), Beta Catenina, (confirmando mutación del gen CTNNB1 c121A>G pThr41Ala) y negativo para S100, CD68, CD34, Proteína fibrilar glial ácida (GFAP), EMA, DOG1, CD117, ALK1, Calretinina, MUC4, MDM2. Esta proliferación descrita, presenta un patrón heterogéno, observándose zonas de mayor componente celular y otras zonas más escasas a nivel celular y un estroma más collagenizado acompañado de un focal infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, con diagnóstico en eus de Hallazgos citológicos, inmunohistoquímicos y moleculares sugestivos de fibromatosis desmoide.

CONCLUSIONES: La fibromatosis desmoide es un tumor benigno con bordes infiltrativos y propensión a la recidiva local, puede estar asociado con poliposis adenomatosa familiar (síndrome de Gardner). Se compone por fascículos largos y amplios con vasos de paredes delgadas y microhemorragias con células blandas, celularidad leve a moderada y atipia mínima. Inmunohistoquímica: Actina de Musculo Liso y beta catenina nuclear positivo. A nivel molecular se pueden observar mutaciones en CTNNB1 y APC.

CONSOLIDACIÓN DE LA TÉCNICA FISH MDM2 EN LESIONES MESENCQUIMALES DE DIAGNÓSTICO INCIERTO

Gonzalez Lorca, Laura; Sanchez Espinosa, Alberto; Blasco Muñoz, Soledad; Perez Parra, David; Alejandra Capozzi, Claudia; Alonso Aguirre, Virginia
Presentador: Gonzalez Lorca, Laura

CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO STA MARÍA DEL ROSELL- SANTA LUCÍA DE CARTAGENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las técnicas de hibridación in situ, desarrolladas hace décadas, siguen utilizándose para confirmar translocaciones genéticas características de patologías específicas. FISH MDM2 es una sonda que detecta la amplificación del gen MDM2, detectado principalmente en tumores mesenquimatosos, principalmente de tejido adiposo y óseo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los resultados dudosos o positivos de los estudios de inmunohistoquímica para MDM2 y CDK4 fueron validados mediante análisis FISH MDM2 en secciones de parafina de 4 micras, preparadas el mismo día de la hibridación. Para este propósito, se utilizó el equipo hibridador MD-Stainer junto con la sonda automática "MAD-010FA" de VITRO S.A. La evaluación se llevó a cabo con un microscopio Olympus BX43, equipado con tecnología de fluorescencia LED.

RESULTADOS: Se han evaluado ocho estudios moleculares, incluyendo casos propios y casos referidos desde centros regionales cercanos, con diagnóstico histológico incierto de lesiones mesenquimales. Estos estudios buscan confirmar tanto liposarcoma bien diferenciado/no diferenciado como otras lesiones con un diagnóstico más probable (fascitis nodular, pólipos fibrovasculares,...), pero que requieren exclusión molecular de una alteración en MDM2. La amplificación de MDM2 mediante el ensayo FISH arrojó un resultado positivo y confirmatorio en el único caso sospechoso de liposarcoma no diferenciado, con resultados negativos en el resto, confirmando el diagnóstico sospechado en 6 de 7 casos y descartando una neoplasia adiposa en el caso restante.

CONCLUSIONES: La determinación de la amplificación de MDM2 ha permitido diferenciar en biopsias pequeñas neoplasias de bajo grado, como lipomas o lipomatosis, de otras de mayor grado y agresividad biológica, como el liposarcoma bien diferenciado o no diferenciado. Un resultado benigno apoya un seguimiento más espaciado y ahorra la nueva toma de muestras o cirugías más agresivas, además de contribuir a la confirmación diagnóstica de otras patologías con menor repercusión clínica.

UN DIAGNOSTICO CORRECTO, UN TRATAMIENTO ADECUADO.

Melguizo García, Verónica; García Pastor, Elena María; Chicharro Parras, Alejandro; Gómez Fernández, Laura; García Muñoz, Isabel; Hierro Martín, Isabel María
Presentador: Melguizo García, Verónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de las neoplasias de células redondas puede constituir un reto diagnóstico, es por ello que el patólogo debe apoyarse tanto en datos clínicos, como son la edad del paciente o la localización de la lesión, en técnicas inmunohistoquímicas y en pruebas moleculares para poder llegar a un diagnóstico correcto. A continuación presentamos un caso en el que se destaca la importancia del diagnóstico diferencial en tumores de células redondas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 21 años que acude a consulta por dolor torácico irradiado a la espalda. Se le realiza TC toracoabdominal que evidencia una masa en pulmón izquierdo con calcificaciones que condiciona estenosis de ramas bronquiales asociando derrame pleural izquierdo. Se le realiza broncoscopia que evidencia compresión extrínseca de entrada de lóbulo izquierdo inferior que no permite el paso del broncoscopio, por lo que se toman biopsias a ciegas. El informe anatomopatológico fue informado como hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con tumor de células germinales de tipo seminomatoso. Recibe tratamiento quimioterápico y tras dos ciclos sin respuesta se solicita revisión del caso en nuestro servicio.

RESULTADOS: Se realizó un nuevo panel de inmunohistoquímica el cual resultó negativo para el tumor de células germinales por lo que se amplió el panel inmunofenotípico para valorar otras posibilidades, abarcando neoplasias de origen epitelial y mesenquimal, y se obtuvo un perfil inmunofenotípico típico de Sarcoma de Ewing. Este hallazgo, junto a la morfología presente en la neoplasia, cumple los criterios diagnósticos esenciales de la OMS para el diagnóstico de SARCOMA DE EWING. El estudio mediante FISH de EWSR1 detectó translocación de 22q12.1q12.2. Tras nuevo diagnóstico se inicia nuevo tratamiento quimioterápico, que tras un primer ciclo presentó respuesta radiológica y después de 9 ciclos respuesta mayor. Actualmente se encuentra en seguimiento por parte de oncología.

CONCLUSIONES: Los tumores de células redondas engloban multitud de neoplasias de distinta estirpe, desde linfomas hasta sarcomas. Con el apoyo de datos clínicos tales como la edad del paciente y localización de la lesión, las pruebas de imagen y la histología, nos permite orientar el caso solicitando para ello las técnicas inmunohistoquímicas necesarias para poder llegar a un diagnóstico. Por otro lado, en los últimos años el avance de la patología molecular ha permitido detectar alteraciones que son características de las distintas lesiones, como en nuestro caso la translocación de EWSR1 en el Sarcoma de Ewing. Este caso permite realizar una reflexión sobre la importancia de integrar tanto la histología como la historia del paciente para poder llegar a un diagnóstico adecuado, apoyándonos en técnicas moleculares para su confirmación. La importancia de proporcionar un diagnóstico preciso en sarcomas de células redondas radica en que algunas de estas lesiones tienen una alta tasa de respuesta a tratamiento neoadyuvante específico.

TUMORES CON REORDENAMIENTO FET::CREB. ANALIZANDO EL ESPECTRO MORFOLÓGICO DE VARIAS ENTIDADES MOLECULARMENTE RELACIONADAS A PARTIR DE DOS NUEVOS CASOS.

Pérez Béliz, Edurne; Caneiro Gómez, Francisco Javier; Sánchez Ares, María; Cameselle Teijeiro, José Manuel; Abdulkader Nallib, Ihab

Presentador: Pérez Béliz, Edurne

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La familia de tumores con reordenamientos FET::CREB incluye un grupo de neoplasias con localización, linaje celular y fenotipo heterogéneos. La familia de proteínas FET, involucradas en la transcripción de genes y reparación del ADN, está formada por EWSR1, FUS y TAF15. La familia CREB de factores de transcripción la componen ATF1, CREB1 y CREM. La fusión más habitual en estos tumores es EWSR1::ATF1, con menor frecuencia de EWSR1::CREB1 y EWSR1::CREM. En este trabajo mostramos dos casos que ejemplifican la diferente presentación clínica y morfológica de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen dos pacientes (casos 1 y 2). El caso 1 corresponde a un varón de 29 años con una lesión intracraneal frontal derecha, de 11 mm y en continuidad con la duramadre. El caso 2 correspondió a una mujer de 57 años con un nódulo pulmonar solitario de 24 mm y escasa captación en PET. En ambos tumores se realizó análisis histopatológico, inmunohistoquímico, estudio de FISH y secuenciación NGS.

RESULTADOS: En el caso 1 el tumor es ovoides, de 10x7 mm y está compuesto por células epiteloides, con pleomorfismo leve, núcleos ovoides con uno o dos nucleolos pequeños y escasa actividad mitótica. El estroma era fibroso con abundantes vasos y un leve infiltrado inflamatorio crónico en la periferia. No se identificó necrosis. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad intensa y difusa para CD99 y vimentina, así como focal para EMA y desmina. Mediante FISH se detectó un reordenamiento en el gen EWSR1, y la NGS se evidenció la fusión génica EWSR1::CREB1. Con estos datos se realizó el diagnóstico de tumor mesenquimal intracraneal con fusión FET::CREB.

En el caso 2, la lesión pulmonar media 25x20 mm, tenía componente endobronquial, y estaba compuesta por células con morfología variable (fusiforme, estrellada y epitelioide), con patrón de crecimiento en cordones, reticular, en nidos y sólido. Los núcleos eran ovoides y vesiculosos, con binucleación ocasional. Había un estroma mixoide prominente bien vascularizado, fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico en la periferia. No se identificó necrosis tumoral ni actividad mitótica significativa. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad intensa y difusa para vimentina, con negatividad para queratinas, p63, S100, AML, desmina y sinaptofisina. El diagnóstico diferencial incluyó neoplasias mioepiteliales, el sarcoma mixoide primario pulmonar, el carcinoma de células claras hialinizante y el condrosarcoma mixoide extraesquelético. Mediante FISH se detectó un reordenamiento del gen EWSR1 y la NGS evidenció la fusión EWSR1::CREM. Con estos datos, se realizó diagnóstico de sarcoma mixoide pulmonar con fusión EWSR1::CREM.

CONCLUSIONES: Se han descrito dos neoplasias de diferente localización y morfología que comparten una fusión, pero cuya relación nosológica no está clara. El tumor mesenquimal intracraneal con fusión FET::CREB es una entidad recientemente incluida en la clasificación de la OMS, que podría corresponder a una variante intracraneal del histiocitoma fibroso angiomatósido. El sarcoma mixoide pulmonar presentó una fusión génica que involucra a CREM, y que no ha sido reportada hasta ahora para esta entidad.

La dificultad de la identificación de estos tumores radica en su solapamiento tanto morfológico como genético. Plantear su unificación dentro de un espectro histológico-molecular común simplificaría su diagnóstico, pero se requiere más información para comprender la relación entre ellos.

LIPOSARCOMA MIXOIDE PLEOMÓRFICO PRIMARIO DE GLÁNDULA TIROIDES.

Alarcon Amaya, Marcela Vanessa; Sifre Ruiz, Anna; Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Esquina Rodríguez, Cristina; Etxebarria Fernandez, Izaskun; Ramirez-Escudero Ugalde, Nicolas; Buda Buda, Mihaela Madalina; Onaindia Perez, Arantza; Gorostiaga Altuna, Iñigo; Catón Santarén, Blanca

Presentador: Alarcon Amaya, Marcela Vanessa

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas primarios tiroideos son tumores extremadamente raros, casi todos ellos corresponden al compromiso tiroideo de un sarcoma de vecindad o bien a la variante anaplasia de carcinoma tiroideo. Presentamos el caso de una mujer de 63 años que consulta por disfagia a la que se le aprecia un tumor tiroideo inoperable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se hace estudio ecográfico, PAAF, TAC y RNM con biopsias secuenciales posteriores de ambos lóbulos. Realizamos técnicas de rutina HE, inmunohistoquímica (S100, MDM2, CDK4, ciclinaD1, PAX8, p53, CK, calcitonina, tiroglobulina y TTF1) y estudio molecular (mutación del gen BRAF, NRAS, amplificación del gen MDM2 y reordenamiento de DDIT3).

RESULTADOS: En las extensiones correspondientes a la PAAF se observa un fondo mixoide con células fusiformes de núcleos blandos con anisonucleosis ocasional. Se informa como Bethesda V y se solicita biopsia para descartar un carcinoma anaplásico. Recibimos biopsia incisional izquierda de 4,5 x 3,5 x 3,2 cm y BAG del lóbulo derecho, ambas con hallazgos microscópicos superponibles. Correspondían a una neoplasia que infiltra el parénquima tiroideo, de hábito mesenquimal con fondo mixoide, constituida por células fusiformes a menudo con vacuolas grasas de tamaño variable, presencia de lipoblastos y células estromales bizarras. El parénquima tiroideo no tumoral mostraba tiroiditis linfocitaria y cambio oncocítico del epitelio folicular. Las células tumorales resultaron positivas para S100 y negativas para TTF-1, CK, calcitonina, tiroglobulina, MDM2 y CDK4.

No se detecta mutación del gen BRAF (exon 15), NRAS (exon 2, 3, 4), amplificación del gen MDM2 ni translocación de FUS-DDIT3 (t2q13.3).

CONCLUSIONES: Dada la similitud histológica de ambas biopsias, correspondientes a cada uno de los dos lóbulos tiroideos, concluimos que la histología es representativa de un liposarcoma. En ausencia de las alteraciones moleculares propias de los liposarcomas más comunes, se realiza el diagnóstico de liposarcoma mixoide pleomórfico.

El liposarcoma mixoide pleomórfico descrito en cabeza y cuello es una variante excepcionalmente rara y agresiva de liposarcoma, compuesto por una mezcla distintiva de zonas relativamente blandas que se asemejan al liposarcoma mixoide convencional y áreas mucho más celulares y atípicas, que se asemejan al liposarcoma pleomórfico con ausencia de amplificación MDM2 y del reordenamiento FUS-DDIT3.

El diagnóstico diferencial en este caso que se considera inoperable y teniendo en cuenta la localización y agresividad, se plantearía con el carcinoma anaplásico de tiroides. Sin embargo, tras el estudio de las biopsias no identificamos componente de carcinoma y en la literatura no se describe diferenciación heteróloga lipomatosa del mismo, por lo que podemos excluir este diagnóstico. Descartamos el liposarcoma mixoide por la ausencia de reordenamiento de DDIT3 y el liposarcoma pleomórfico y el desdiferenciado por la ausencia de amplificación del gen MDM2.

MÁS ALLÁ DE LA DISPLASIA FIBROSA: EL SÍNDROME DE MAZABRAUD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortega Pinto, Eugenia Isabel De La Milagrosa; Kosalka , Klaudia Teresa; Enguita De Valls, Ana Belen

Presentador: Ortega Pinto, Eugenia Isabel

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La displasia fibrosa (DF) es una neoplasia fibro-ósea benigna caracterizada por la imposibilidad de formar hueso laminar maduro. Puede presentarse de forma monostótica o polistótica. En ocasiones, la DF forma parte de síndromes, como el síndrome de Mazabraud, descrito originalmente por Henschen y posteriormente por Mazabraud, caracterizado por la asociación de DF y mixomas intramurales. Otra entidad relacionada es el síndrome de McCune-Albright, que combina DF polistótica, manchas café con leche y endocrinopatías. Ambas entidades comparten la presencia de mutaciones en el gen GNAS. A veces es una biopsia ósea el primer diagnóstico que pone de manifiesto estas patologías.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un hombre de 57 años con antecedentes de fracturas en fémur y tibia hace más de 20 años. En 2015 inició un estudio por múltiples lesiones óseas, predominantemente en los arcos costales. La biopsia inicial fue diagnosticada como tumor fibro-óseo de bajo grado histológico. No obstante, el paciente rehusó continuar con los estudios y tratamientos, por lo que solo se realizaron controles. Durante estos seguimientos, se evidenció un crecimiento lento pero progresivo de las lesiones en los arcos costales. En 2021, ante el notable aumento de tamaño y la aparición de derrame pleural, se reanudó la evaluación diagnóstica y se decidió resecar la lesión por sus efectos compresivos sobre el parénquima pulmonar.

RESULTADOS: Se recibió en fresco pieza de resección de parrilla costal compuesta por segmentos de arcos costales 4to, 5to y 6to, de 30cm de longitud. El corte macroscópico mostró lesiones nodulares de 12,7cm, que expanden la costilla y sobrepasan la cortical. Al examen microscópico, se observaron trabéculas óseas irregulares, ramificadas y anastomosadas, sin borde osteoblástico evidente, inmersas en un estroma fibroso con células fusiformes sin atipia. El estudio de MDM2 por FISH no evidenció amplificación. Mediante NGS, se detectó la variante patogénica c.601C>T, p.Arg201Cys en el gen GNAS (NM_000516.5). Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de DF. Posteriormente, el paciente fue evaluado por medicina interna, donde se estableció el diagnóstico de síndrome de McCune-Albright al cumplir los criterios clínicos pertinentes. En septiembre de 2024, el paciente consultó por una lesión de partes blandas en el muslo. Se realizó una biopsia con aguja gruesa, cuyo examen histológico reveló una lesión hipocelular compuesta por células fusiformes monótonas de citoplasma eosinófilo, núcleos ovalados pequeños e inmersas en un abundante estroma mioxide, sin evidencia de necrosis ni mitosis. El cuadro fue compatible con un mixoma intramurcular, confirmando la coexistencia de síndrome de Mazabraud en un paciente que ya presentaba síndrome de McCune-Albright.

CONCLUSIONES: El síndrome de Mazabraud es una entidad poco frecuente que asocia displasia fibrosa y mixomas intramurales, y puede manifestarse incluso décadas después del diagnóstico inicial de DF. Este caso ilustra la necesidad de incluirlo en el diagnóstico diferencial de lesiones de partes blandas en pacientes con DF. Adicionalmente, el solapamiento con el síndrome de McCune-Albright subraya la importancia de un abordaje multidisciplinario y del papel del patólogo para alertar a los clínicos sobre diagnósticos combinados. La detección de la mutación en el gen GNAS contribuye al diagnóstico definitivo. Reconocer estas asociaciones facilita la toma de decisiones terapéuticas y mejora el pronóstico a largo plazo.

TUMORACIÓN PÉLVICA DE ORIGEN INCIERTO

Serret Miralles, Paula; Español Quintilla, Isabel; Jurado Troyano, Ismael; Castro Crespo, Fco. Javier; Mateos Nogales, Dolores; Esteba Bech De Careda, Lola; Dotor Navarro, Emma; Roig Quilis, Ignasi

Presentador: Serret Miralles, Paula

HOSPITAL DE TERRASSA (CST)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario es un tumor mesenquimal de comportamiento incierto, cuya patogenia radica en una mutación resultante de la fusión de los genes NAB2 y STAT6. Es más frecuente en hombres, entre 40-70 años. Descrito inicialmente en la pleura, la localización abdomino-pélvica representa el 30-40% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 78 años que consultó en urgencias por hematuria y síndrome constitucional. Al examen físico destacó la presencia de un bultoma pélvico de 10 cm, indurado. En la exploración ecográfica ginecológica se objetivó una masa polilobulada, que deformaba la superficie uterina. No fue posible acceder al cérvix mediante espéculo ni tacto vaginal debido al abombamiento de la pared vaginal exterior. Se realizó una cistoscopia que informó de compresión extrínseca y una RMN que informó de una voluminosa masa heterogénea, de bordes definidos, en contacto con la cara anterior uterina y con la columna lumbosacra, comprimiendo vejiga urinaria y desplazando intestinos. El diagnóstico diferencial principal planteó el origen anexial ovárico, el mesenquimal endometrial y el mesentérico, tratándose de una lesión expansiva, no agresiva. Se realizó una laparoscopia exploradora, que localizó la lesión en el espacio de Retzius. Se remitió la pieza quirúrgica al Servicio de Anatomía patológica.

RESULTADOS: Se recibió en formol, un tumor nodular, de 20 x 17 x 14 cm y 2445 gr, con superficie lisa y rojiza. Al corte, era heterogéneo, de aspecto nodular y fascicular, con áreas edematosas y con una zona carnosa de 4 x 2 cm. También se recibió un fragmento membranoso, de 17 x 9 cm, con superficie rosada y lisa.

La histología mostró una lesión circunscrita, no encapsulada, con dos patrones diferenciados. Por un lado, se observó una zona hiper celular, con células epitelioides atípicas, con índice mitótico de 30 mitosis/ 10 CGA, y un índice proliferativo del 70%. Estas áreas se alternaban con zonas de necrosis y zonas escleróticas. Por otro lado, la lesión era mayormente hipocelular, con células fusiformes sin atipia, distribuidas en haces. Había abundante vascularización, focalmente de tipo pericitóide y con focal esclerosis de la pared. La zona tumoral externa mostraba músculo liso de características normales. La otra muestra mostró que el tumor llegaba cerca de la pared vesical, sin infiltrarla.

El diagnóstico diferencial planteó lesiones peritoneales de origen mesotelial y mesenquimal; tumores de partes blandas (fibro y miofibroblásticos, de músculo liso y de estirpe neural); tumores de origen ginecológico y de origen urotelial.

El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD34, STAT6, BCL2, CD99 y, Queratina AE1-AE3 de forma dispersa; y fue negativo para receptores de estrógenos, c-Kit, Inhibina, caldesmon, desmina, actina muscular (IliA, HMB-45,WT1), GATA3 y Calretinina, realizándose el diagnóstico de tumor fibroso solitario (TFS) extrapleural, de riesgo alto según los modelos de estadificación.

No requirió RDT/QMT adyuvante, decidiendo hacer un seguimiento estrecho para poder detectar precozmente la aparición de recidiva.

CONCLUSIONES: El TFS se ha descrito en casi cualquier localización anatómica, con un amplio espectro de hallazgos morfológicos y comportamiento clínico.

Los criterios actuales permiten una predicción parcial del riesgo de recurrencia y de metástasis, siendo la histología por sí sola no suficiente, habiendo que considerar otros ítems como la edad del paciente y el tamaño tumoral.

Patología de Partes Blandas

2360

INCIDENCIA DE TUMORES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE TERCER CÍVEL

Van Der Biezen , Aimee Jaycilaire Cicely; Villca Huayta, Mariana Natty; Arias , Francisco; Agra Pujol, Carolina; Alijo Serrano, Francisco; Menarguez Palanca, Francisco Javier; García Martos, María; López Martínez-Bernal, Beatriz; Cebollero Presmanes, María; López Varela, María Del Carmen; Díaz Crespo, Francisco Javier

Presentador: Van Der Biezen , Aimee Jaycilaire Cicely

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores cardíacos son patologías poco comunes que requieren detección y tratamiento oportuno debido a su alta morbi-mortalidad. Se clasifican en malignos y no malignos; los malignos pueden ser primarios o secundarios. Los tumores primarios son mayormente benignos (90%), mientras que los secundarios son 20 a 30 veces más frecuentes que los primarios. Los avances en técnicas moleculares e imagenológicas han mejorado su detección y comprensión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se detectaron un total de 53 tumores cardíacos en nuestro hospital entre 1997 y 2024: 47 primarios y 6 secundarios. Entre los tumores primarios benignos, el más frecuente fue el fibroelastoma papilar (35%), seguido del mixoma (30%) y el lipoma (3%). En la población infantil se encontraron 4 rhabdomiomas y 1 hemangioma. Entre los tumores malignos, hubo 4 sarcomas y 1 de potencial metastizante incierto.

RESULTADOS: El fibroelastoma papilar es el tumor primario benigno más común, con 19 casos (40%), afectando a 9 mujeres y 10 varones. Se localizó mayormente en las válvulas aórtica y mitral (42% cada una). La mayoría fueron incidentales (73%), mientras que el 27% presentaron síntomas como disnea, palpitaciones y mareo. El mixoma es la segunda neoplasia primaria más frecuente en adultos, con 16 casos (34%), con predominio en mujeres. Se localizó mayormente en la aurícula izquierda (87%) y fue un hallazgo incidental en el 43%. El lipoma cardíaco representó el 4% de los tumores benignos en nuestra serie, localizados en la pared del ventrículo izquierdo. En la población pediátrica, el rhabdomioma fue el tumor más frecuente (4 casos), diagnosticado prenatalmente y extirpado en el período neonatal sin complicaciones. También se encontró un hemangioma (2%) en un paciente con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico. Entre los tumores malignos, se identificó un tumor miofibroblástico inflamatorio en un varón de 66 años y 4 sarcomas. El subtipo más común fue el sarcoma pleomórfico indiferenciado (2 casos), con localización en aurícula izquierda y ventrículo derecho, ambos con desenlace fatal. Además, se encontró un angiosarcoma en un varón de 41 años y un sarcoma sinovial pobremente diferenciado en una mujer de 57 años. Entre los tumores cardíacos secundarios (11%) se encontraron metástasis por melanoma y carcinoma escamoso, un leiomioma intramiocárdico asociado a EBV, infiltración por leucemia linfoblástica T, linfoma T periférico citotóxico-supresor y linfoma B de alto grado de célula grande, cada uno con un caso.

CONCLUSIONES: En resumen, los hallazgos revelan que en los últimos años la incidencia de tumores cardíacos primarios han aumentado y hay menos casos de biopsias de tumores cardíacos secundarios. Esto en parte debido a los avances al uso más amplio de las imágenes multimodales que proporcionan información detallada sin necesidad de procedimientos invasivos. Los tumores cardíacos secundarios suelen indicar una enfermedad metastásica avanzada con un mal pronóstico. Además, las biopsias de tumores cardíacos, especialmente aquellos ubicados en áreas de alto riesgo como la pared libre ventricular o las aurículas, conllevan riesgos significativos, que incluyen perforación, taponamiento y embolización. En muchos casos, los tumores metastásicos pueden biopsiarse en otros sitios menos riesgosos fuera del corazón. Por estas razones, aunque los tumores cardíacos metastásicos son más comunes, suelen ser manejados clínicamente sin la necesidad de una biopsia confirmatoria.

Patología de Partes Blandas

2362

TUMOR MALIGNO INDIFERENCIADO CON DÉFICIT DE SMARCA4, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA MÁS ALLÁ DE LAS LOCALIZACIONES TÍPICAS.

Medina Medina, M^a Carmen; Hinojosa Jury, Mariana Lis; Puglia Santos, Víctor Carlos; Galeano Paniagua, Laura; San Juan Jimenez, Josefa; Machado Puerto, Isidro; Traves Zapata, Víctor; Ferrer Lozano, Jaime Antonio; Chaachou Charradi, Anas; Jiménez Sánchez, Ana Isabel

Presentador: Medina Medina, Carmen

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El SMARCA4 es considerado un gen supresor de tumores perteneciente al complejo SWI/SNF. Las mutaciones inactivadoras de SMARCA4 dan lugar a una pérdida de expresión proteica, detectada por inmunohistoquímica y asociada a neoplasias malignas pobremente diferenciadas o indiferenciadas agresivas.

Dichos tumores pueden plantear un gran desafío en el diagnóstico diferencial, incluyendo entidades tan variables como carcinomas, sarcomas, linfomas, melanoma y tumores germinales, entre otros.

Presentamos 5 casos de tumores indiferenciados con déficit de SMARCA4 de localización gástrica (2), mediastínica y pulmonar de pacientes del área sanitaria de nuestro hospital y un caso de partes blandas diagnosticado en otro hospital de nuestra comunidad en el año 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS: Todos los tumores fueron diagnosticados mediante tinción inmunohistoquímica sobre secciones de tejido parafinado, previamente fijados en formol, considerando patológica la pérdida de expresión nuclear en las células tumorales (con control interno positivo en tejido no tumoral). En nuestro servicio contamos con un anticuerpo monoclonal de ratón BRG-1 (Clon: G-7) AP10744, dilución 1:25, incubación 30 minutos, Genovab Scientific distribuido por Dako.

Caso 1: Mujer de 76 años con dispepsia de 4 meses de evolución con lesión tumoral transmural, en curvatura menor gástrica de 3 cm y metástasis ganglionares locorregionales.

Caso 2: Hombre de 50 años con masa intramural en unión esofagagástrica de 7 cm.

Caso 3: Hombre de 64 años con cuadro constitucional de 2 meses de evolución, encontrándose masas mediastínicas múltiples de 4-7cm.

Caso 4: Mujer de 68 años con masa pulmonar en LII, masa parahilar bilateral, con infiltración de estructuras vecinas y metástasis hepáticas y suprarrenales bilaterales.

Caso 5: Hombre de 27 años con tumor en partes blandas en región frontal derecha con evolución clínica agresiva y metástasis múltiples.

RESULTADOS: A nivel histológico, los tumores mostraron una morfología pobremente diferenciada con rasgos epiteloides, linfopiteloma-like, neuroendocrinos y/o sarcomatoides, algunos con aisladas células rabdoideas y células multinucleadas. El estroma era escaso, mixoide, con infiltrado inflamatorio.

En todos los casos el diagnóstico requirió el uso de múltiples marcadores inmunohistoquímicos. Un caso fue remitido como caso consulta a otro centro hospitalario y en los tumores de localización digestiva, el diagnóstico definitivo se hizo en la pieza quirúrgica. El diagnóstico final lo estableció la pérdida inmunohistoquímica de expresión de SMARCA4.

CONCLUSIONES: Este tipo de tumor debe plantearse en el diagnóstico diferencial de neoplasias malignas indiferenciadas epiteloides o rabdoideas que presentan un comportamiento inmunohistoquímico atípico. Su diagnóstico puede resultar complejo, requiriendo un amplio panel inmunohistoquímico y molecular. Su identificación es clínicamente relevante dado su comportamiento agresivo y las terapias dirigidas emergentes.

ESTUDIO DE LAS DISCREPANCIAS DIAGNÓSTICAS EN TUMORES DE PARTES BLANDAS, ÓSEOS Y SARCOMAS VISCERALES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

Diazgranados Daza, Adriana Paola; Silva , Tulio Mateo; Sese Faustino, Marta; Hernandez Losa, Javier; Ramon Y Cajal Agueras, Santiago; Romagosa Perez-Portabella, Maria Cleofe
Presentador: Diazgranados Daza, Adriana Paola

HOSPITAL VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico histopatológico preciso de los sarcomas óseos y de partes blandas es fundamental para guiar estrategias terapéuticas adecuadas. Sin embargo, debido a su rareza y heterogeneidad, las discrepancias diagnósticas representan un desafío significativo. Este estudio evalúa la concordancia entre el diagnóstico inicial y la revisión en un centro de referencia de sarcomas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de casos enviados como casos consulta y segundas opiniones, para evaluación histopatológica en un hospital de referencia en sarcomas, entre enero 2018 y enero 2022. Se comparó el diagnóstico inicial con el diagnóstico de revisión y se clasificaron en: discrepancias mayores (cambios de maligno-benigno, benigno-maligno y cambios de estirpe), discrepancias menores (cambios de tipo de sarcoma, de gradación o de tipo semántico) y concordancia total. Se registraron datos epidemiológicos, localización tumoral, categorías diagnósticas, procedencia de los casos y el impacto clínico de las discrepancias.

RESULTADOS: De 312 casos recibidos como caso consulta o segunda opinión, se analizaron 173 ya que el resto se recibieron sin diagnóstico del centro de origen. La edad promedio de los pacientes fue de 51.9 años (R: 13-90 años). Los tumores se localizaron predominantemente en tejidos blandos (86 casos, 49.71%), seguidos de los sarcomas viscerales (40 casos, 23.12%), hueso (33 casos, 19.08%) y retroperitoneo (14 casos, 8.09%). Según el tipo de derivación, (95 casos, 54.91%) fueron enviados como segunda opinión y (78 casos, 45.09%) enviados como consulta. Desde el punto de vista geográfico, los hospitales de Cataluña representaron el 50.79% de los casos, seguidos por País Vasco (21.43%) y Canarias (5.56%). La proporción de casos correspondiente a hospitales públicos es de (73 centros, 79.3%), centros privados (15 centros 16.3 %) y centros extranjeros (4 centros, 4.34%).

Del total de casos analizados, en 117 (67.63%) hubo concordancia total, mientras que en 56 casos (32.37%) se hallaron discordancias, divididas en: discrepancias mayores (16 casos, 9.24%) y discrepancias menores (41 casos, 23.69%).

Los diagnósticos finales con mayor frecuencia de discordancia fueron: (6 casos) de sarcomas de la nueva clasificación (NFATC2 (2), NTRK (1), NUTM1 (1), déficit de SMARCA4 (1) y fibroblástico superficial CD34+ (1)), seguido de condrosarcomas (5 casos), tumor maligno de vaina nerviosa periférica (5 casos), sarcomas pleomórficos indiferenciados (5 casos), liposarcomas (4 casos), mixofibrosarcoma (4 casos), rabdomiosarcomas (3 casos), melanoma (2 casos), sarcoma pleomórfico dérmico (2 casos) y leiomiomasarcoma (2 casos).

De los 56 diagnósticos discordantes, 14 casos (25%) no tuvieron impacto en el manejo clínico, 35 casos (62.5%) tuvieron un cambio en la estrategia terapéutica global y 7 casos (12.5%) representaron un cambio de tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES: Los resultados de este estudio destacan la alta prevalencia de discordancias (32.37%) en la patología de los sarcomas, reforzando la importancia de las segundas opiniones especializadas en centros de referencia. Se evidencia la complejidad del diagnóstico de sarcomas y su impacto significativo en las decisiones terapéuticas y los resultados clínicos de los pacientes. Se recomienda fomentar el trabajo en red entre centros especializados y no especializados, así como mejorar el acceso a técnicas avanzadas de diagnóstico para reducir los errores diagnósticos en este tipo de patología.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO INTRACRANEAL GRADO 2. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Moreno García, María Isabel; García Domínguez, Francisco; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Carrasco Fernandez, Daniel; Gervas Rios, Ruth; Moreno Martínez, Miguel; Vidal Aguirre, Steffi Veronica; Brizzi , Maria Emilia
Presentador: Moreno García, María Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario es una neoplasia fibroblástica mesenquimal no meningiotelial que puede afectar al sistema nervioso central. Constituyen menos del 1% de todos los tumores en esta localización y tienen una tasa de incidencia anual prácticamente anecdótica. Su pronóstico es incierto, ya que se han descrito recurrencias e incluso metástasis a distancia décadas después del diagnóstico inicial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 43 años con clínica de cefalea de 4 meses de evolución, alteraciones de la visión periférica en campo izquierdo y escotomas en el ojo derecho. La resonancia magnética muestra una lesión occipital izquierda de aspecto multiquístico con polo sólido, sugestiva de glioblastoma. Al estudio intraoperatorio, la formación presentaba escasa celularidad en la impronta citológica, no mostraba fondo fibrilar y carecía de criterios morfológicos de alto grado en el corte por congelación. Como continuación del estudio, se remitió un fragmento en cuyo espesor se apreció una lesión blanquecina amarillenta de 3 cm de diámetro bien delimitada con áreas quísticas y hemorrágicas.

RESULTADOS: El estudio microscópico del material remitido para estudio intraoperatorio, una vez incluido en parafina, reveló una proliferación de células monomorfas, ovoides, dispuestas al azar, con abundantes vasos de paredes delgadas y algunos de ellos ramificados. Se contabilizaron 2 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, sin observarse focos de necrosis. Las células neoplásicas mostraron expresión nuclear difusa de STAT6, sin expresar somatostatina, EMA, S100, SOX10 y GFAP. Destacaba la positividad para CD34, focal y leve, que sugería un grado histológico superior del correspondiente por recuento de mitosis y ausencia de necrosis; pudiendo ocurrir, que en el resto de la lesión, el índice mitótico y la existencia de necrosis, difiriera de la muestra remitida.

El estudio microscópico de la pieza quirúrgica recibida a posteriori mostró una lesión de características morfológicas idénticas a lo reflejado en el material de la intraoperatoria. La cuantificación de mitosis fue mayor, siendo esta de 6 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, concordante con la expresión de CD34 focal en la primera biopsia.

CONCLUSIONES: Por todo lo expuesto anteriormente, llegamos al diagnóstico de tumor fibroso solitario de grado 2 (OMS, 5ª edición, 2021). Su patogénesis está ligada a la inversión paracéntrica 12q13, resultando en la fusión de los genes NAB2 y STAT6. El hallazgo de esta fusión es virtualmente patognomónica de este tumor. Por ello, la inmunotinción positiva para STAT6 es altamente sensible y específica, diferenciándolo de otros tumores como el meningioma, el sarcoma de Ewing, el sarcoma sinovial y otras neoplasias mesenquimales descritas en esta localización.

La particularidad de nuestro caso se halla tanto en la localización del tumor como en el hallazgo de la expresión focal de CD34, que sugería un grado histológico mayor al correspondiente en la primera muestra y que se confirmó en el material remitido posteriormente. Este dato es de suma importancia para el pronóstico del paciente, ya que conlleva la necesidad de un seguimiento más estrecho del que se hubiera realizado en primera instancia.

Patología de Partes Blandas

2393

VARIANTE ATÍPICA DE LIPOSARCOMA INFLAMATORIO CON PREDOMINIO DE INFLAMACIÓN XANTOGRANULOMATOSA: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO Y MOLECULAR DE UN CASO.

Menor Vila, Víctor; Calle Peñaranda, Nandy; Molina López, Juan Manuel; Chilito Paredes, Paola Andrea; Martínez Gauffin, Lucía; Gracia Sáenz, Leticia; Shalygina, Svetlana; Troncoso Hernández, Evelyn; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Garzón Arana, Alejandro; Cristóbal Redondo, Víctor

Presentador: Menor Vila, Víctor

HOSPITAL GENERAL DEL DOCTOR BALMIS
ALICANTE/ISABIAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se distinguen tres subtipos principales: lipoma-like, esclerosante e inflamatorio. El liposarcoma inflamatorio (LI) es una entidad que se caracteriza por la presencia de un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario prominente (pudiendo representar entre un 20-50% de la lesión) entremezclado con celularidad atípica, siendo su localización más frecuente el retroperitoneo. En este contexto, presentamos una variante atípica de LI de predominio xantogranulomatoso, que representa hasta el 90% de la celularidad tumoral, variante que no ha sido previamente descrita en la literatura científica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 71 años que acude a urgencias por episodios de mareo y sensación de disnea. Tras una evaluación inicial, decide realizarse un TAC en el que se identifica una gran masa en la pared del león de 11,3 cm x 7,1 cm x 12,2 cm, sugiriendo como como primera posibilidad diagnóstica la posibilidad de GIST.

RESULTADOS: Tras los hallazgos iniciales, se realizaron dos biopsias de la lesión, las cuales resultaron poco concluyentes. En ambos casos, se observó un infiltrado inflamatorio mixto abundante, con aisladas células de gran tamaño y marcada atipia nuclear sospechosas de malignidad, siendo estas células negativas para todos los marcadores realizados en una amplia batería de inmunohistoquímica (IHQ). Además, se llevaron a cabo técnicas moleculares (NGS), las cuales no proporcionaron resultados satisfactorios debido a la baja calidad del ADN obtenido. Finalmente, el comité interdisciplinario de tumores decide proceder con la exéresis del tumor.

A nivel macroscópico recibimos una masa de aspecto necrohemorrágico que está en contacto, pero sin permear, la serosa del león. En el análisis microscópico se observa un infiltrado inflamatorio denso, predominantemente compuesto por histiocitos espumosos, acompañado de células plasmáticas, linfocitos y neutrófilos. A lo largo del proceso inflamatorio, se identifican células grandes y pleomórficas, con marcada atipia nuclear y nucleolos prominentes de forma aislada, representando el 5-10% de la celularidad. Igualmente, en el tejido adiposo circundante se encuentran adipocitos de tamaño variable y tractos fibrosos con células atípicas. El estudio IHQ, tanto de las células pleomórficas dentro del infiltrado inflamatorio como las de las células atípicas en los tractos fibrosos del tejido adiposo circundante, se observa positividad para MDM2 y p53, siendo negativas para el resto de la batería de IHQ realizada. A través de FISH, se detecta la amplificación de MDM2. Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado asociado a un proceso inflamatorio florido de predominio xantogranulomatoso.

CONCLUSIONES: El LI es un tumor poco frecuente, representando menos del 1% de los liposarcomas. Generalmente, el LI presenta un infiltrado inflamatorio que constituye entre el 20-50% de la celularidad total. No obstante, en el caso aquí presentado, se observa un proceso inflamatorio significativamente mucho más extenso, llegando a alcanzar hasta el 90% de la celularidad, intensificando la complejidad diagnóstica. Este fenómeno constituye una entidad clínico-patológica altamente inusual, no reportado previamente en la literatura científica. Cabe destacar también la importancia de una evaluación exhaustiva de la grasa periférica, la cual puede ser determinante para un diagnóstico preciso.

Patología de Partes Blandas

2397

NEOPLASIA DE CÉLULAS FUSIFORMES CON COEXPRESIÓN DE CD34-S100 Y REORDENAMIENTO DE ALK: UN CASO INUSUAL EN EL ÍLEON

Pazmiño Arias, Andrea Lisette; García Coscolluela, Andrea; Agüero, Agustina Florencia; Fernández Rodríguez, Concepción; Espinet, Blanca; Salido, Marta; Ippoliti, Gianni; Iglesias Coma, Mar; Romagosa, Cleofé; Ciriaco, Nikolaý

Presentador: Pazmiño Arias, Andrea

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de células fusiformes con coexpresión de CD34 y S100 y reordenamiento de ALK constituyen un grupo emergente de tumores mesenquimales con fusiones de tirosinas quinasas, que excluye a entidades como el tumor miofibroblástico inflamatorio y el histiocitoma fibroso epiteloide. Aunque han sido descritas en tejidos blandos, órganos viscerales y piel, su localización en el tracto gastrointestinal es excepcional. En estos tumores se han descrito patrones histológicos variables, lo que representa un reto diagnóstico si no se cuenta con el apoyo de pruebas moleculares diagnósticas confirmatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 47 años que consulta por dolor abdominal periumbilical, asociado a náuseas, vómitos y fiebre no cuantificada. La tomografía computarizada reveló oclusión intestinal parcial atribuible a brida y una lesión mural ileal de 25 mm, hipercaptante, con proyección endoluminal. Se realizó resección intestinal segmentaria, con posterior evaluación anatomopatológica mediante tinción con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica. Adicionalmente, se realizó estudio de secuenciación masiva (NGS) en ADN y ARN con el panel Oncomine Precision Assay (ThermoFisher), así como de hibridación in situ fluorescente (FISH) para identificar reordenamientos de ALK y amplificaciones de MDM2 (Vysis ALK Break Apart FISH Probe Kit y Vysis MDM2/CEP 12 FISH Probe Kit, Abbott Molecular).

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico mostró una tumoración de bordes bien delimitados, que afectaba todo el grosor de la pared intestinal, constituida por una proliferación neoplásica fusocelular dispuesta en fascículos entrecruzados. Las células presentaban núcleos vesiculosos, nucleolos inconspicuos y citoplasmas eosinófilos mal delimitados, y se disponían sobre un estroma fibroso con áreas collagenizadas, acompañadas de moderado infiltrado inflamatorio linfo-plasmocitario. Se identificaron algunas células con pleomorfismo nuclear. El índice mitótico fue bajo (2 mitosis/10 CGA). No se observaron áreas de necrosis y los márgenes de resección quirúrgica fueron negativos.

El estudio inmunohistoquímico reveló expresión intensa y difusa de CD34 y ALK, con positividad parcheada de S100, y negatividad para SOX-10, C-KIT, DOG1, actina de músculo liso, desmina, STAT6, NTRK y beta-catenina. En el estudio de secuenciación masiva se detectó una fusión de ALK mediante ensayo del desequilibrio de expresión 3'/5', confirmada mediante citogenética. A su vez, el análisis de hibridación in situ por fluorescencia (FISH) del gen MDM2 no mostró amplificación.

CONCLUSIONES: Recientemente se ha expandido el espectro diagnóstico de las neoplasias mesenquimales con reordenamiento de ALK.

Su reconocimiento es fundamental a la hora de realizar el diagnóstico diferencial en tumores fusocelulares con coexpresión de CD34 y S100 y a su vez abre nuevas posibilidades terapéuticas mediante el uso de inhibidores específicos, lo que podría mejorar el pronóstico en estos pacientes con enfermedad avanzada.

STUDIO COMPARATIVO ENTRE UNA NEOPLASIA PÉLVICA PAUCICELULAR CON REORDENAMIENTO DE PLAG1 Y EL ANGIOMIXOMA AGRESIVO/PROFUNDO: ¿SON PARTE DEL ESPECTRO DE UNA MISMA ENTIDAD?

Hidalgo Romero, Albert; Silva, Tulio Mateo; Sese Faustino, Marta; Salazar Huayna, Lourdes Elena; Hernandez Losa, Javier; Calixto Alvarez, Zyanya; Diazgranados Daza, Adriana Paola; Garcia Jimenez, Angel; Romagosa Perez-Portabella, Maria Cleofa
Presentador: Hidalgo Romero, Albert

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Recientemente se ha descrito un tumor de partes blandas de región pélvico-perineal con reordenamiento de PLAG1, caracterizado por una proliferación fusocelular sobre un abundante estroma fibroso. La lesión se acompaña de una proliferación de vasos dilatados de pared fina y expresa Desmina y CD34, lo que recuerda al angiomioma profundo.

Las fusiones del gen PLAG1 se han identificado en diversos tumores, como en el lipoblastoma, adenoma pleomorfo de glándula salival, tumores mioepiteliales de partes blandas y leiomiomas mixoides uterinos.

En este estudio presentamos un caso de tumor de partes blandas localizado en región pélvica con un reordenamiento molecular CHCHD7:PLAG1 y lo comparamos con los angiomiomas profundos diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa el patrón histológico, inmunohistoquímico y molecular de un caso con reordenamiento CHCHD7:PLAG1 y tres tumores diagnosticados previamente en nuestro centro como angiomiomas profundos. Actualmente, se están llevando a cabo análisis moleculares adicionales mediante NGS (Archer) en los casos de angiomioma agresivo.

RESULTADOS: Todos los tumores incluidos en el estudio se presentan en mujeres y están localizados en la pelvis.

Como hallazgos comunes, todos los casos muestran: a) Alto contenido en matriz; b) Patrón vascular prominente con vasos dilatados; c) Morfología celular ovalada/fusocelular con citoplasma escaso mal definido; d) Positividad para Desmina, CD34 y receptores hormonales de estrógenos y progesterona.

No obstante, se observaron diferencias entre el tumor de partes blandas con reordenamiento CHCHD7:PLAG1 y los angiomiomas profundos, destacando: a) Menor edad de presentación (29 años vs 36,46 y 50 años); b) Mayor densidad celular; c) Matriz colágena sin edema ni cambios mixoides; d) Extravasación hemática; e) Mayor presencia de vasos dilatados con menor grosor de pared; f) Núcleos más irregulares, vesiculosos y de cromatina gruesa con nucleolo incipiente.

El seguimiento a los 7 meses evidenció una recidiva local en el paciente con reordenamiento CHCHD7:PLAG1.

CONCLUSIONES: Aunque el tumor de partes blandas con reordenamiento CHCHD7:PLAG1 y el angiomioma profundo comparten muchas características, las diferencias identificadas, tanto en nuestro estudio como en la literatura, sugieren la necesidad de evaluar si se trata de una variante de angiomioma profundo o de una nueva entidad con implicaciones clínicas distintas.

Presentando este caso esperamos contribuir al espectro de hallazgos morfológicos, inmunohistoquímicos y de biología molecular de estos tumores. Sin embargo, es importante realizar más estudios moleculares en este tipo de tumores para mejorar su clasificación y definir su impacto en el manejo clínico de los pacientes.

METÁSTASIS INSOSPECHADA DE CONDROSARCOMA MESENQUIMAL

Gonzalez Obeso, Elvira; Oyazun Bahamonde, Elda Paola; De Uribe Viloria, Marta; Perez Gallego, Lucia; Garcia Lagarto, Elena; Andres Calvo, Maria; Montes Manrique, Mario; Alfonso Hernandez, Sara; Rodriguez Dominguez, Daniel; Toribio Calvo, Borja; Alvarez-Quiñones Sanz, Maria

Presentador: Gonzalez Obeso, Elvira

HOSPITAL UNIV. DE VALLADOLID. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El condrosarcoma mesenquimal es un tumor mesenquimal bifásico muy raro que afecta en una minoría de casos a tejidos blandos. Tiene una alta tasa de metástasis al diagnóstico. Presentamos el primer caso en nuestro centro de una paciente de 71 años que debutó con una masa pancreática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recibimos material procedente de USE-PAAF de una lesión pancreática en una paciente de 71 años sin antecedentes de interés. En la misma semana comentamos en el Comité Multidisciplinar de Tumores Músculoesqueléticos una paciente con masa femoral izquierda que en el estudio de extensión presenta masas en el páncreas. Se trataba de la misma paciente.

RESULTADOS: Los estudios radiológicos la describen en tercio distal medial del muslo izquierdo en partes blandas con bordes definidos de 10 x 6,3 x 8,5 cm que desplaza, sin infiltrar, los vasos femorales. Semiológicamente corresponde a una tumoración densamente calcificada fundamentalmente en su parte central, mostrando cierto patrón radiológico en "punto-rama", lo que sugiere matriz condral. Revisando estudios previos, ya se apreciaba una zona de calcificación de pequeño tamaño a ese nivel en el año 2014, por lo que en principio se trata de una lesión de lento crecimiento con ciertos signos de agresividad ahora. La sospecha diagnóstica fundamental fue de un condrosarcoma de partes blandas de bajo grado. El estudio de extensión con escáner describe en el cuerpo/cola pancreáticos una lesión hipodensa bilobulada de bordes parcialmente definidos, de 39 x 22 x 26 mm, que contacta con la arteria esplénica sin estenosis e infiltra y estenosa la vena esplénica sin adenopatías. Sugestivo de malignidad, a descartar carcinoma de páncreas, menos probable metástasis de tumor músculoesquelético (sin descartarlo dado el contexto de la paciente). Se programa la punción con aguja fina guiada por ecografía y recibimos material que se procesa para citología y bloque celular. Se diagnosticó como Citología positiva para células tumorales malignas y una nota que sugería Proliferación de estirpe mesenquimal maligna. Presentada en el Comité de Tumores Músculoesqueléticos se decide biopsiar de la lesión en fémur izquierdo (Proliferación de estirpe mesenquimal bifásica compatible con sarcoma de alto grado sugestivo de condrosarcoma mesenquimal de grado 2 de la FNCLCC) y en el siguiente Comité se plantea la resección de las metástasis pancreáticas. La pieza de pancreatectomía distal presentaba metástasis multifocales de sarcoma de alto grado compatibles con condrosarcoma mesenquimal, con numerosas imágenes de invasión arterial y venosa. Posteriormente se deriva a centro de referencia para el tratamiento de la lesión en la región femoral. Allí proponen QT de inducción según esquema VDC IE por 2 ciclos y posterior RT secuencial. Reevaluándose a las 4 semanas de fin de RT y TC para programar cirugía a las 5-8 semanas de la RT. La masa ha disminuido de tamaño y la paciente será intervenida a finales de marzo de este año en el centro de referencia. Recibiremos feedback en abril-mayo.

CONCLUSIONES: La forma de presentación del condrosarcoma mesenquimal en esta paciente refuerza la necesidad y la utilidad de los Comités Multidisciplinares que permiten conocer a los pacientes en profundidad y plantear la posibilidad de diagnósticos muy poco frecuentes. El trabajo en equipo y contar con centros de referencia es fundamental para aumentar la supervivencia en pacientes oncológicos complicados.

PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA EXPRESIÓN DE CLDN18.2 EN ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO EN ESPAÑA

Martínez Ciarpaglini, María Carolina; Ortega, María; Pérez Buira, Sandra; Bolea, Aitana; Casado, Beatriz; Palomar, Brenda; Quinceno, Hernán; Torner, Ariadna; Rojo Todo, Federico; Iglesias Coma, Mar
Presentador: Martínez Ciarpaglini, Carolina

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: La proteína Claudina 18.2 (CLDN18.2) ha sido recientemente aprobada como diana terapéutica para el tratamiento en primera línea de pacientes con adenocarcinoma gastroesofágico localmente avanzado o metastásico HER2 negativo. Los ensayos GLOW y SPOTLIGHT demostraron el beneficio clínico de zolbetuximab, un anticuerpo monoclonal dirigido específicamente contra esta molécula, en pacientes con tumores con expresión de membrana, moderada a intensa, de CLDN18.2 en al menos el 75% de las células tumorales. Evaluar la frecuencia y las características clínicas de los pacientes con expresión de CLDN18.2 en nuestro medio resulta fundamental para valorar la magnitud de beneficio poblacional y controlar la calidad en la determinación de los laboratorios.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio, tres centros referentes en patología gastroesofágica de diversas áreas geográficas de España (Madrid, Barcelona y Valencia) seleccionaron retrospectivamente, biopsias endoscópicas parafinadas de pacientes con cáncer gastroesofágico y evaluaron la expresión inmunohistoquímica de membrana de CLDN18.2 (clon 43-14A, Ventana, Roche). Los datos clínico-patológicos y de expresión de otros biomarcadores (HER2, genes reparadores, PD-L1 o EBER) fueron recogidos de la historia clínica y del informe histopatológico.

RESULTADOS: Se seleccionaron un total de 270 casos, 89 de los cuales (33%) fueron positivos para CLDN18.2. El tipo histológico y la expresión de los otros biomarcadores no mostró una correlación significativa con la expresión de CLDN18.2. Sin embargo, los tumores de tipo difuso presentaron con mayor frecuencia niveles intermedios y heterogéneos de expresión ($p=0.003$), existiendo una relación inversa entre el contenido de células en anillo de sello y la expresión de CLDN18.2 ($r=0.29$, $p=0.028$). En el estudio de supervivencia, los casos en estadio clínico avanzado con morfología intestinal positivos para CLDN18.2 presentaron peor supervivencia libre de progresión en relación con los negativos (HR 0.28, IC 1.18-5.63 $p=0.017$). El subtipo difuso no presentó diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia respecto a la expresión de CLDN18.2.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados demuestran una prevalencia de expresión de CLDN18.2 de 33% en pacientes con adenocarcinoma gastroesofágico en nuestro medio, una cifra similar a la reportada en Asia, América y China (30-37%). El tipo histológico difuso merece especial atención diagnóstica, dada la expresión heterogénea y el contenido de células en anillo de sello que puede influir en la interpretación de CLDN18.2. Los tumores de tipo intestinal CLDN18.2 positivos, en estadio clínico avanzado, parecen presentar una peor evolución clínica, sin embargo, es necesario un estudio más amplio para confirmar este hallazgo.
Agradecimientos: Agradecemos a Astellas y a Roche por la financiación del proyecto a través de una beca de colaboración de la SEAP.
Shitara K, et al. Gastric Cancer. 2024 Sep;27(5):1058-1068.
Shah MA, et al. GLOW trial. Nat Med. 2023 Aug;29(8):2133-2141.
Shitara K, et al. SPOTLIGHT trial. Lancet. 2023 May 20;401(10389):1655-1668.
Kubota Y, et al. ESMO Open. 2023 Feb;8(1):100762.

ANÁLISIS PROTEÓMICO CUALITATIVO EN CARCINOMA RECTAL LOCALMENTE AVANZADO, EN PACIENTES CON RESPUESTA COMPLETA A RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE FRENTE A PACIENTES NO RESPONDEDORES

Pérez Béliú, Edurne; Bravo López, Susana Belén; Fernández López, Fernando; Abdulkader Nallib, Ihab
Presentador: Pérez Béliú, Edurne

H. CLÍNICO UNIV. DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El manejo actual de los pacientes con adenocarcinoma rectal localmente avanzado se realiza mediante quimio-radioterapia neoadyuvante. Tras un periodo "ventana" de ocho a doce semanas, son intervenidos mediante resección de recto con escisión total del mesorrecto. Sin embargo, no todos los pacientes responden de la misma manera a la neoadyuvancia. La identificación temprana de los pacientes no respondedores permitiría su derivación directa a cirugía, evitando el decalaje temporal, la progresión de la neoplasia y los efectos adversos asociados a estas terapias. El estudio de biomarcadores en carcinoma colorrectal es un tema recurrente en la literatura. Entre los enfoques destacados, el análisis proteómico se presenta como una herramienta valiosa para identificar biomarcadores proteicos y facilitar la clasificación de los pacientes en respondedores y no respondedores, lo que permitiría personalizar el tratamiento y minimizar los efectos secundarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 32 pacientes con carcinoma rectal localmente avanzado: 16 con respuesta completa (9 mujeres y 7 hombres) y 16 sin respuesta (6 mujeres y 10 hombres) a terapia neoadyuvante. En la biopsia inicial, todos los pacientes fueron diagnosticados de adenocarcinoma rectal bien diferenciado. En todos ellos se realizó estudio inmunohistoquímico de las proteínas reparadoras del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) para descartar el síndrome de Lynch. Posteriormente, tras microdisección y desparafinado de las muestras, se llevó a cabo un análisis proteómico cualitativo mediante micro-LC-MS/MS, identificando las proteínas con el software Protein Pilot, utilizando la base de datos de Humano de Uniprot. El análisis funcional se realizó con los softwares FunRich y Reactome, y las interacciones entre las proteínas se evaluaron mediante STRING.

RESULTADOS: En el grupo de respuesta completa se encontró expresión exclusiva de 29 proteínas, de las cuales pudieron ser mapeadas 27. Se observó un nodo central de interacciones entre 7 de ellas, relacionadas con el spliceosoma, el metabolismo de proteínas y RNA, y con la promoción de la apoptosis y la muerte celular. En el grupo sin respuesta se identificaron 13 proteínas con expresión exclusiva, y todas fueron mapeadas. Las interacciones significativas entre ellas sugieren su implicación en la disminución de la respuesta inmune, en el reclutamiento de células mieloides supresoras y en la progresión, movilidad e invasión tumoral.
CONCLUSIONES: En el grupo de pacientes que mostraron respuesta completa a radioterapia neoadyuvante se identificaron proteínas que promueven la apoptosis, lo cual concuerda con el comportamiento favorable del tumor. Sin embargo, se debe destacar que algunas de ellas se han vinculado a proliferación celular y mal pronóstico en otros tipos de cáncer. Por otro lado, en el grupo de pacientes sin respuesta se observaron proteínas asociadas a la infrarregulación de la inflamación. Esto podría estar relacionado con una respuesta deficiente a la radioterapia, ya que el mecanismo de acción de este tratamiento implica el reclutamiento de células inmunes a través de patrones moleculares asociados a daño. Para comprender mejor el impacto real de estas proteínas en el carcinoma rectal, será necesario llevar a cabo un análisis cuantitativo adicional. Además, se requerirá un estudio de validación en una nueva cohorte de pacientes para poder establecer un panel proteico específico que permita predecir con mayor precisión el tipo de respuesta al tratamiento.

VALOR PRONÓSTICO DEL TUMOR BUDDING BD0 Y POORLY DIFFERENTIATED CLUSTERS G0 EN EL CARCINOMA COLORRECTAL PT1

Saez De Gordoa Elizalde, KarmeLe; Rodrigo Calvo, Maite; Archilla, Iván; Ramonda, Martín; Daca, María; Pellisé, María; Cuatrecasas Freixas, Miriam; Consortium, EpiTl

Presentador: Saez De Gordoa Elizalde, KarmeLe

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:06-19:18 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma colorrectal (CCR) en estadio pT1 infiltra la submucosa y suele tratarse localmente por endoscopia. La decisión de la necesidad de cirugía posterior se basa en la presencia de características histológicas que confieren riesgo de metástasis ganglionar. El "Tumor Budding" (TB) o gemaciones tumorales son células tumorales aisladas o en grupos de ≥ 4 células que se encuentran en el margen infiltrante del tumor. Se dividen en Bd1 o bajo, Bd2 o intermedio y Bd3 o alto según el número de TB. Recientemente se ha descrito una nueva categoría sin TB o Bd0, que es más frecuente en CCR precoz (pT1) y que está relacionada con mejor pronóstico. Los "Poorly Differentiated Clusters" (PDC) o grupos pobremente diferenciados son grupos de ≥ 5 células tumorales en el frente invasivo o en el seno del tumor y se asocian a metástasis ganglionares en el CCR pT1. El objetivo de este estudio es identificar CCR pT1 con TB Bd0 y sin PDC (G0), y evaluar su relación con otros factores histológicos y el pronóstico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio multicéntrico retrospectivo en el que se escanearon las preparaciones de hematoxilina-eosina (H-E) de 2.430 CCRs en estadio pT1. Se seleccionaron los casos tratados por endoscopia (1.543; 71% de ellos tratados posteriormente con cirugía). Veinte patólogos especialistas en patología gastrointestinal evaluaron las características histológicas de riesgo de metástasis ganglionar, incluyendo el TB y los PDC. Se realizó una reunión de consenso antes de iniciar la evaluación de los casos. Se recogieron datos clínicos, histológicos y de seguimiento en la base de datos RedCap. Se evaluó la asociación entre la presencia de TB y/o PDC y el riesgo de recidivas en todos los casos incluidos y de metástasis ganglionares únicamente en los casos operados.

RESULTADOS: En 931 casos (60,3%) no se identificaron TB con H-E (Bd0); en 440 casos (28,5%) había 1 a 4 TB (bajo grado, Bd1); 112 casos (7,3%) presentaban TB intermedio (Bd2, de 5 a 9 TB) y 60 casos (3,9%) presentaban ≥ 10 TB (alto grado, Bd3). En cuanto a los PDC, la mayoría de casos no presentaba ningún PDC (G0: 1.131 casos; 73,3%), 311 casos G1, entre 1 y 4 grupos (20,2%); 62 casos G2, entre 5 y 9 grupos (4%) y 39 casos G3, con más de 10 PDC (2,5%). Los casos clasificados como Bd0 se relacionaron de manera estadísticamente significativa con menor riesgo de metástasis ganglionares ($p = 0,001$), mientras que no se encontró asociación con el riesgo de recidivas ($p = 0,491$). Igualmente, los casos con PDC G0 tenían menor proporción de metástasis ganglionares, pero no de recidiva ($p = 0,046$ y $p = 0,291$, respectivamente). Adicionalmente, en 775 casos (50,2%) no se identificaron TB ni PDC y presentaron menos metástasis ganglionares que los casos con presencia de TB y/o PDC (6,11% frente a 13,95%; $p = 0,003$).

CONCLUSIONES: La presencia de cualquier grado de TB y PDC se asocia a un mayor riesgo de metástasis ganglionares en CCR en estadio pT1. Se ha identificado un subgrupo de pacientes con ausencia de TB y PDC que presentan muy bajo riesgo de diseminación ganglionar. Estos hallazgos reiteran la importancia de incluir el TB y los PDC en el diagnóstico patológico de los CCR pT1, debido a que su presencia confiere peor pronóstico.

ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD EN ADENOCARCINOMAS COLORRECTALES ESTADIO II RICOS EN ESTROMA

Romo Navarro, Angel; Ruiz Martín, Juan; Recuero Pradillo, María; Sánchez Muñoz, César; Carabias López, Esperanza; Murillo Lázaro, Cristina; María; Sánchez Simón, Raquel; Carrero Castaño, Alejandro; Opazo Rodríguez, María-Sonsoles; Campos Martín, Yolanda

Presentador: Romo Navarro, Angel

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO. 5ª ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:00-18:05 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: En torno a un 15-20% de los pacientes con adenocarcinoma colorrectal en estadio II (pN0) acaban recidiando e incluso muriendo por enfermedad a distancia. Se han propuesto factores de alto riesgo como: pT4, invasión linfática, venosa o perineural y menos de 12 ganglios aislados, entre otros. Proponemos evaluar el porcentaje estromal como factor de riesgo de recidiva en una cohorte retrospectiva de dichos pacientes, ya que, aunque ha sido descrito como factor de mal pronóstico y predictor de quimiorresistencia, su uso no se ha estandarizado en los informes diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión: adenocarcinomas colorrectales en estadio II diagnosticados entre los años 2000-2005. Criterios de exclusión: neoadyuvancia, adenocarcinomas sincrónicos, neuroendocrinos o apendiculares, poliposis adenomatosa familiar y enfermedad inflamatoria intestinal. Medición del estroma: Se contabilizó el porcentaje estromal en el borde de avance tumoral (área de 1,5 mm²). Se excluyó del conteo músculo liso, grandes vasos, agregados linfoides, moco o necrosis. Se consideró alto porcentaje estromal $>50\%$ y bajo $\leq 50\%$. Análisis de datos: Se estudió la relación del estroma con la edad, sexo, localización, pT, invasión linfática, invasión vascular, invasión perineural, budding tumoral y tipo histológico (chi-cuadrado). Se realizó un análisis de supervivencia libre de enfermedad (SLE) con curvas de Kaplan-Meier (log-rank) y una regresión de Cox para los citados factores incluyendo la adyuvancia. Se realizó un análisis de concordancia interobservador del porcentaje estromal con 6 patólogos que valoraron 60 casos.

RESULTADOS: Hubo 131 adenocarcinomas colorrectales en estadio II, 16 (12,2%) tuvieron estroma alto y 115 (87,8%) bajo. En el análisis univariante, el estroma alto se asoció de manera estadísticamente significativa con el budding tumoral de alto grado ($p < 0,001$), ambos fenómenos relacionados con la transición epitelio-mesénquima. Los casos con estroma alto tuvieron una media de SLE de 73 meses frente a 190 meses de los casos con estroma bajo (log-rank $p < 0,001$). En el análisis de supervivencia (regresión de Cox) fueron factores de mayor riesgo de recidiva estadísticamente significativos la invasión linfática (hazard ratio=18,27; $p < 0,001$) y el alto porcentaje estromal (hazard ratio=3,398; $p = 0,027$). Se obtuvo una concordancia interobservador en el porcentaje estromal moderada (índice kappa de Fleiss=0,525; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Un porcentaje estromal elevado ($>50\%$) es un factor de riesgo independiente de recidiva en los adenocarcinomas colorrectales estadio II. Su valoración sobre la hematoxilina-eosina es sencilla, obtiene una concordancia interpatológico moderada y puede aportar valor pronóstico en los informes diagnósticos.

EVALUACIÓN COMPARATIVA INTERHOSPITALARIA DE LA POSITIVIDAD DE HER2 EN CÁNCER GASTROESOFÁGICO AVANZADO O METASTÁSICO

Larrubia Loring, Mónica; Pazmiño Arias, Andrea; Gimeno Beltrán, Javier; Naranjo Hans, Dolores; Colomo Saperas, Luís; Torner Calvo, Ariadna; Linares, Josep; Mackie, Simon; Rodríguez-Justo, Manuel; Iglesias Coma, Mar

Presentador: Larrubia Loring, Mónica

SERVICIO DE PATOLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:05-18:10 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Uno de los biomarcadores que se debe testar en la práctica asistencial en los pacientes con cáncer gastro-esofágico (CGE) localmente avanzado o metastásico, es la determinación de sobreexpresión de HER2, ya que pueden beneficiarse de tratamientos dirigidos. La evaluación se basa en unos algoritmos publicados, con unas categorías diagnósticas definidas. Esta sobreexpresión se valora mediante inmunohistoquímica (IHQ), y, en los casos "borderline" (positividad 2+), se debe determinar la amplificación de HER2 mediante técnica de hibridación 'in situ' (FISH, CISH o SISH). La prevalencia reportada de la sobreexpresión de HER2 en este tumor es del 10%-20%, con mayor prevalencia en los adenocarcinomas (ADC) gástricos proximales o de la unión esofagogastrica (UEG), y en el subtipo histológico tubular. Para lograr la adecuada determinación de HER2 se requiere que el patólogo reciba entrenamiento específico y que alcance un grado de experto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo para analizar la tasa de positividad de HER2 en una cohorte de 6.469 pacientes con CGE, de dos centros hospitalarios diferentes (un centro de referencia estatal de Londres y un hospital universitario de Barcelona), desde enero del 2020 hasta octubre del 2024.

Se comparan también el algoritmo, los criterios utilizados por los patólogos para informar los resultados de IHQ y la concordancia entre IHQ y FISH/SISH en los casos 2+ ("borderline").

RESULTADOS: En el centro de referencia, la tasa de positividad de HER2+ varió entre el 19.4% y el 22%, con una variabilidad interobservador de entre el 15.54% y el 23%. Además, aproximadamente 1/3 de los casos HER2 que son equívocos por IHQ presentaron amplificación génica por hibridación 'in situ' (ISH).

En este centro, algunos patólogos utilizan las categorías intermedias 1+/2+ y 2+/3+ para informar el resultado de la IHQ. Es relevante señalar que todos los casos clasificados como 2+/3+ presentaron amplificación de HER2 confirmada por ISH, mientras que, entre los casos 1+/2+, sólo uno mostró amplificación.

En el segundo centro, la tasa de positividad de HER2 varió entre el 10.86% y el 23.80% en el periodo estudiado, salvo en el año 2021 que fue del 36%, coincidiendo con la pandemia de COVID-19. La variabilidad interobservador se encontró entre el 11.11% y el 22.90%. Además, aproximadamente la mitad de los casos HER2 equívoco por IHQ presentaron amplificación génica mediante ISH.

En este centro, todos los patólogos informan la IHQ utilizando las categorías del algoritmo publicado. No obstante, en algunos casos clasificados como 1+ por IHQ se les realizó SISH fuera de protocolo, y ninguno de estos presentó amplificación. De manera similar, en algunos casos 3+ heterogéneos se confirmó la amplificación mediante ISH.

CONCLUSIONES: La tasa de positividad para HER2 en ambos centros se encuentra aproximadamente entre un 10% y un 20% durante el periodo estudiado, lo que concuerda con la literatura existente. La tasa de positividad (IHQ) interobservador varía, pero dentro de los rangos aceptados.

La confirmación por técnica ISH está indicada en los casos clasificados como 2+ en IHQ, ya que son los casos en los que realmente proporciona información adicional. El resto de las categorías, incluso las intermedias, no se beneficiarían de la realización de dicha técnica confirmativa.

Es importante seguir los algoritmos y protocolos diagnósticos publicados, tanto para informar los resultados, como para la realización de técnicas confirmativas.

CARACTERIZACIÓN DE LA HISTOPATOLOGÍA Y SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS DE LA MUCOSA DUODENAL EN INDIVIDUOS SANOS

González Mínguez, Clarisa; Gonzalez Mínguez, Clarisa; Calderon Romero, Alejandra Jose; Riera Bello, Melissa Alejandra; Luizaga Velasco, Luis Antonio; Martín Cardona, Albert; Carrasco -, Anna; Ferrer Cassado, Carme; Tarroch Sarasa, Xavier; Esteve Comas, Maria

Presentador: González Mínguez, Clarisa

HOSPITAL UNIVERSITARIO MÚTUA TERRASSA.

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 2)

INTRODUCCIÓN: El duodeno normal es escasamente conocido porque rara vez se investiga en sujetos asintomáticos. La mayoría de los estudios incluyen pacientes con trastornos digestivos funcionales como "controles sanos", y es sabido que pueden presentar anomalías duodenales. Disponer de un buen estándar de normalidad es fundamental para estudios de celiaquía. Se desconoce si los pacientes con reflujo gastroesofágico (ERGE) son buenos "controles sanos". Objetivo: Evaluar la histología, la morfometría y las subpoblaciones linfocitarias de la mucosa duodenal sana y de pacientes con ERGE

MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión: Voluntarios sanos asintomáticos y pacientes con ERGE. Criterios de exclusión (individuos sanos): Síntomas digestivos, comorbilidades, embarazo, tóxicos, fármacos, alteraciones analíticas y recuento anómalo (>25) de linfocitos intraepiteliales (LIEs). Todos los participantes se evaluaron mediante cuestionario de síntomas, endoscopia alta y analítica (serología celíaca y HLA-DQ). Se evaluaron las siguientes subpoblaciones linfocitarias mediante citometría de flujo: TCR $\gamma\delta$ +, células linfoides innatas CD3-, linfocitos T colaboradores CD4+, linfocitos T citotóxicos/supresores CD8+, doble positivo (CD4+CD8+) y doble negativo (CD CD8-). CEIM: EO1939; ClinicalTrials.gov: NCT05084807.

RESULTADOS: Se valoraron 280 sujetos, 37 cumplieron criterios de inclusión (23 voluntarios sanos [56,5% mujeres, 24,7 $\pm$ 4,16 años] y 14 con ERGE [57,1% mujeres, 33,28 $\pm$ 14,13 años; edad p=0,022]. Todos tenían serología celíaca negativa. En el grupo ERGE, 5 (35,7%) eran DQ2.5+, el resto tenía genética de bajo riesgo o negativa. El grupo ERGE mostró un recuento de LIEs significativamente mayor (mediana[IQR]: 19.5 [16.5-22]) en comparación con el grupo sano (mediana [IQR]: 15 [12-18]), p=0,004. El recuento de eosinófilos, de mastocitos, las subpoblaciones linfocitarias y la morfometría intestinal (altura de las vellosidades y la profundidad de las criptas) fueron similares en ambos grupos (p=ns). No se registraron eventos adversos.

CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que describe la mucosa duodenal en voluntarios sanos y ERGE estableciendo un "gold standard" de normalidad en la mucosa duodenal, fundamental para la investigación de enfermedades como la celiaquía. El aumento de LIEs del grupo ERGE, aunque dentro del rango normal, podría deberse al efecto del ácido gástrico en el duodeno. La normalidad del resto de parámetros sugiere que pueden considerarse "sanos".

ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DE DOS CLONES DE CLAUDINA 18.2 Y SU RELACIÓN CON OTROS BIOMARCADORES EN TUMORES GASTROESOFÁGICOS

Daoud , Mehdi; Moreno Avalos, Elba; Rigmány , Andreea; Secadas Diaz, Víctor; Del Carmen Martínez, Sofía; Cagigal Cobo, María Luisa; Mayorga Fernández, Marta M
Presentador: Daoud , Mehdi

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 3)

INTRODUCCIÓN: Actualmente el estudio de biomarcadores es esencial en el diagnóstico y tratamiento de los tumores gastroesofágicos. Cada día surgen nuevas dianas que precisan de validación. Las moléculas de la familia de la Claudina se encargan de mantener la polaridad celular y la adhesión intercelular. La isoforma de la Claudina 18.2 (CLDN18.2) se expresa en la mucosa gástrica normal, en algunos tumores gástricos y de la unión gastroesofágica, independientemente del HER2, de proteínas reparadoras (IMS) y de PDL-1. En los tumores gástricos con expresión de la CLDN18.2 está indicado el tratamiento dirigido con Zolbetuximab. La expresión de la CLDN18.2 se comprueba mediante tinción inmunohistoquímica con el clon 43-14A que es uno de los aprobados para su uso en España, pero existen otros clones como el ZR451 que deben ser validados. El objetivo de este estudio es la comprobación de la expresión de estos clones en diferentes tipos de tumores gástricos y de la unión gastroesofágica, su validación y correlación con otros datos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 20 muestras de tejido de tumores gástricos y gastroesofágicos: 12 adenocarcinomas de tipo tubular, 6 pobremente cohesivos y 2 ricos en linfocitos. Se utilizaron 2 muestras de tejido gástrico normal, y metaplásico como control interno. Se elaboró un tissue microarray (TMA) y se realizaron tinciones de Hematoxilina-Eosina, pan-CK (CK A1/A3, OMNIS Agilent), CLDN18.2: 43-14A (VENTANA Roche) y ZR451 (OMNIS Agilent). La valoración se realizó simultáneamente por tres patólogos expertos, tras digitalizar las imágenes. Se consideraron positivos para ambos clones de CLDN18.2 los casos con tinción de membrana intensa superior al 75% de células tumorales. Se recogieron los datos clínicos, histológicos y tinciones de HER2, IMS y PDL1.

RESULTADOS: Con el clon 43-14A fueron positivos 7 tumores (31%): 6 tubulares y 1 rico en linfocitos. Con el clon ZR451 fueron positivos 5 tumores (22%): 5 tubulares. No hubo casos en el que el clon ZR451 fuese positivo y el 43-14A negativo. La discrepancia se observa en diferentes tipos histológicos (1 tubular y 1 rico en linfocitos). Se observó que en los casos positivos y los negativos, el porcentaje de células tumorales teñidas con el clon 43-14A era siempre igual o superior al ZR451 de forma significativa (p<0.05). La intensidad de la tinción con el clon 43-14A es igual o mayor que con ZR451. Todos los carcinomas pobremente cohesivos fueron negativos. El único caso con expresión de HER2 (+3) fue positivo para ambos clones de la CLDN18.2. Cinco casos fueron inestables, de los que 2 fueron positivos para los dos clones y 1 sólo para el 43-14A [carcinoma rico en linfocitos]. En los cuatro casos de los que se disponía del resultado de PDL-1 (2 con CPS>10), ambos clones de CLDN18.2 fueron negativos.

CONCLUSIONES: Encontramos una alta concordancia en la expresión de ambos clones de CLDN18.2. La expresión de CLDN18.2 fue mayor en los carcinomas tubulares. A pesar de los datos descritos en la literatura, los carcinomas pobremente cohesivos de nuestra serie fueron negativos. No encontramos asociación de la expresión de CLDN18.2 con otros marcadores. La diferencia en la expresión de ambos clones de CLDN18.2, plantea la necesidad de entrenamiento para su valoración.

PARÁMETROS PREDICTIVOS DE MORFOLÓGICOS DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN EL CARCINOMA COLORRECTAL PRECOZ (PTI)

Musulen Palet, Eva; Arenós , Nil; Camacho , Noemí; Sáez De Gordoá , Karmele; Daca , María; Cano , Pau; Pellicé , María; Fernández-Figueras , María Teresa; Gil , Débora; Cuatrecasas , Miriam
Presentador: Musulen , Eva

HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA-GRUPO QUIRONSALUD E INSTITUT DE RECERCA CONTRA LA LEUCÈMIA JOSEP CARRERAS

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 4)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma colorrectal (CCR) en el estadio más temprano infiltra la submucosa (pT1) y a través de los vasos linfáticos puede extenderse a los ganglios linfáticos. A pesar de que no existen características morfológicas específicas que predigan con exactitud la afectación ganglionar seguimos describiendo una serie de parámetros histopatológicos para guiar el mejor tratamiento tras la resección endoscópica del CCR pT1. El objetivo de este estudio es definir una firma histológica con la combinación de los parámetros morfológicos que se describen que permita predecir la afectación de los ganglios linfáticos regionales en el momento de la resección endoscópica del CCR pT1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha seleccionado una serie de 223 CCR pT1 pertenecientes a 223 pacientes (94 mujeres y 129 hombres) de edades comprendidas entre los 52 y 98 años de los cuales 89 presentaban metástasis a los ganglios linfáticos regionales en el momento del diagnóstico. Se consideraron los siguientes parámetros morfológicos: grado de diferenciación tumoral (GDT) (G1 y G2 bajo grado y G3 y G4 alto grado), invasión angiolinfática (IAL), invasión perineural (IP), tumor budding (TB) (Bd0, Bd1-3), poorly differentiated clusters (PDC) (PDC1-3), invasión de la submucosa (ISM) (<1 mm), margen de resección vertical (MRV) (afecto, libre >1mm, libre entre 0,1-1 mm), margen de resección horizontal (MRH). Para cada variable, se llevó a cabo un análisis univariado con la variable objetivo (metástasis ganglionar) utilizando la prueba de χ^2 o el test de Barnard cuando la muestra se consideró demasiado pequeña. Las variables que presentaban significancia estadística fueron seleccionadas para un posterior análisis multivariado junto con los parámetros clásicos (GDT, IAL, TB, ISN y MRV). En el análisis multivariado, por cada combinación de variables, se observó si la diferencia de la proporción de pacientes con metástasis era significativa al compararse con el resto complementario.

RESULTADOS: En el análisis univariado la DGT (p=0,043), IAL (p=0,0026), TB (p=0,0000), PDC (p=0,013), y ISM (p=0,0035) mostraron una distribución con significación estadística con la presencia de afectación ganglionar. El estudio multivariado mostró que la combinación de los parámetros clásicos es un mejor indicador de metástasis que el que se obtiene con el análisis de los parámetros considerados de forma individual (p=0,0066). A pesar de ello, cuando todos los parámetros se combinaron con el valor más favorable se observó un 10% de pacientes con metástasis ganglionares en este grupo (falsos negativos).

CONCLUSIONES: En el CCR pT1 no existen características morfológicas específicas capaces de predecir la presencia de afectación ganglionar en el momento del procedimiento endoscópico ni se obtiene una firma histológica con valor predictivo cuando se combinan entre ellas. Es necesario incorporar nuevas tecnologías que permitan encontrar un biomarcador en el CCR pT1 con el que estratificar el riesgo de afectación ganglionar para decidir el mejor tratamiento.

MÉTODOS DE DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN MUESTRAS ENDOSCÓPICAS GÁSTRICAS EN LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN ESPAÑA: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Sánchez Vázquez, Laura; Tristán Martín, Belén; Moreno Ibérico, Alejandra; Tur González, Raquel; Segovia Blázquez, Beatriz; Martín López, Rocío

Presentador: Sánchez Vázquez, Laura

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES (ÁVILA)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La gastritis por *Helicobacter pylori* afecta a dos tercios de la población mundial. Entre las diversas pruebas invasivas y no invasivas, la histología desempeña un papel fundamental en la detección de *H. pylori* en biopsias gástricas. En Anatomía Patológica, se utilizan diferentes técnicas de tinción histológica, como la tinción de rutina con hematoxilina y eosina (H&E), la tinción de Giemsa y la inmunohistoquímica. En la literatura se ha revisado la sensibilidad de estas técnicas. El objetivo de este estudio es evaluar el abordaje de las biopsias gástricas en España y determinar la técnica complementaria más utilizada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tomando como referencia que los especialistas de digestivo de nuestro centro solo administran el tratamiento en aquellos casos donde el patólogo ha detectado el microorganismo, adquiere especial relevancia su correcta detección. Realizamos una encuesta de difusión nacional dirigida a patólogos que diagnostican muestras endoscópicas gástricas. La encuesta constó de 11 preguntas. Para recopilar información sobre el centro de trabajo, el número anual de biopsias, el flujo de trabajo, la realización de técnicas complementarias y el tipo de técnicas utilizadas.

RESULTADOS: Recopilamos 218 respuestas, de las cuales el 99% (216) realiza la detección de *Helicobacter pylori* en sus centros, mientras que solo 2 lo externalizan. Del total de encuestados, 189 (87%) son patólogos que trabajan en hospitales del sistema público, 16 (7%) en centros privados y 13 (6%) en centros mixtos. Un 11% (25) de los encuestados utilizan exclusivamente hematoxilina para su detección. El resto, un 89% (193), emplea técnicas complementarias: Inmunohistoquímica (36%, 79), Giemsa (34%, 74), Warthin-Starry (26%, 56) y otras técnicas (4%, 9). Dentro de las técnicas de inmunohistoquímica, Roche es la marca más utilizada. En cuanto al flujo de trabajo, el 56% (122) solicita la técnica de forma secuencial para todas las biopsias gástricas, mientras que el 40% (88) las solicita solo cuando el patólogo las considera sospechosas. La mayoría de los facultativos 61%, (166) considera que el uso de técnicas complementarias es necesario y más eficiente en cuanto a tiempo, mientras que un 25% (68) las considera esenciales para evitar falsos negativos con hematoxilina. Un 14% (37) de los encuestados opina que no son necesarias, ya que consideran suficiente la hematoxilina convencional.

CONCLUSIONES: En general, el estudio de *Helicobacter pylori* en biopsias gástricas mediante técnicas complementarias está ampliamente aceptado en nuestro país, siendo la inmunohistoquímica la técnica más utilizada. Sin embargo, aún existe un porcentaje considerable de profesionales que considera suficiente el uso de hematoxilina convencional, lo cual podría llevar a problemas como casos infradiagnosticados, especialmente en casos difíciles de detectar, como aquellos en los que el bacilo adquiere morfología "coccácea"; pacientes tratados previamente o patologías concomitantes.

MUC5AC Y MUTACIÓN V600E DEL GEN BRAF PARA IDENTIFICAR PÓLIPOS SERRADOS DE COLON

Gene Hijos, Miriam; Camacho , Noemí; Urbano , Marina; García , Montserrat; Roca , Sandra; Fernández , Eva; Posadas , Rodolfo; Martínez , María Salomé; Fernández-Figueras , María-Teresa; Musulen , Eva

Presentador: Gené Hijos, Miriam

MGONZALEZ.HJ23.ICS@GENCAT.CAT

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma colorrectal (CCR) puede originarse a través de dos vías de carcinogénesis principales, la vía canónica, a partir del adenoma tubular (AT) y la vía serrada a partir de las lesiones serradas que se inician principalmente en la mutación V600E del gen BRAF (V600E-BRAF). Los pólipos convencionales y los serrados difieren por sus características moleculares e histológicas y también por la diferente evolución de los CCR que originan, siendo el de la vía serrada un subtipo con progresión rápida y de peor pronóstico. Recientemente, se ha relacionado a la metaplasia gástrica (MG) con la lesión inicial de la vía serrada y se ha descrito la expresión de MUC5AC, marcador del epitelio foveolar gástrico, en pólipos con V600E-BRAF, lo que relaciona la diferenciación gástrica con la vía serrada.

El objetivo de este estudio es investigar la utilidad de la expresión de MUC5AC y V600E-BRAF para identificar los pólipos de colon serrados.?

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha seleccionado una serie de 322 pólipos de colon que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) pólipos enteros y bien orientados; b) con morfología inequívoca de los siguientes subtipos según las definiciones incluidas en la 5ª edición de la Clasificación de Tumores del Aparato Digestivo de la OMS: AT, LSS, LSS con displasia de bajo grado (LSS-BG) y con displasia de alto grado (LSS-AG), adenoma serrado tradicional con displasia de bajo grado (AST-BG) y con displasia de alto grado (AST-AG) y pólipos hiperplásicos (PH), ricos en células caliciformes (RCC) y microvesiculares (MV). El análisis de V600E-BRAF se realizó mediante Cobas®4800 (Roche) y la expresión de MUC5AC por inmunohistoquímica (clon MRQ-19, Ventana).

RESULTADOS: Se seleccionaron 322 pólipos de colon de 274 pacientes (108 mujeres y 166 hombres) con edades entre los 26 y 89 años.

Por tipo histológico, 90 (28%) eran AT; 85 (26,4%) LSS, 75 (23,3%) LSS-BG y 6 (1,9%) LSS-AG, 15 (4,7%) AST-BG y uno (0,3%) AST-AG y 50 (15,5%) eran PH, 16 (32%) RCC y 34 (68%) MV.

Por localización, 52 (58%) TA y 82 (49%) LSS se localizaron en el colon derecho y los HP y los AST se distribuyeron por igual entre colon izquierdo y recto (22, 44% vs 20, 40% y 7, 44% vs 6, 38%) (p=0,000).

MUC5AC se expresó en el 54% (174/322) de los pólipos, especialmente en LSS (58%) y HP (56%) pero también en el 48% de los TA (p=0,129). En los HP, MUC5AC se expresó en 28 de 34 (82%) PH-MV, siendo todos (100%) los PH-RCC negativos (p=0,000).

La mayoría de los pólipos (218, 68%) eran BRAF-wt en todos los tipos histológicos. V600E-BRAF siguió el siguiente orden: PH (22/50, 44%), LSS (58/166, 35%), TA (22/90, 24%) y TSA (2/16, 12,5%) (p=0,028).

Los pólipos MUC5AC (+) se repartieron por igual entre los V600E-BRAF y no mutados mientras que la mayoría (87/104, 84%) de los V600E-BRAF expresaban MUC5AC (p=0,000). Los 17 pólipos MUC5AC (-) con V600E-BRAF fueron 9 PH (3 MV/6 RCC), 6 LSS, y 2 AT.

CONCLUSIONES: La expresión de MUC5AC se relaciona con la mutación V600E-BRAF, de manera que podemos afirmar que la metaplasia gástrica es un evento de la vía serrada previa a la mutación del gen BRAF. Sin embargo, ninguno de los dos marcadores tiene utilidad práctica para clasificar a los pólipos de colon en la vía serrada de carcinogénesis.

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES DE APENDICULAR. PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE CON CARCINOMA SINCÓNICO DE MAMA.

Menor Vila, Víctor; Molina López, Juan Manuel; Chilito Paredes, Paola Andrea; Martínez Gauffin, Lucía; Gracia Sáenz, Leticia; Shalygina , Svetlana; Troncoso Hernández, Evelyn; Sala Ferichola, Manuela; Oliva Lozano, Julia; Carbonell Morote, Silvia; Peiró Marqués, Francisca
Presentador: Menor Vila, Víctor

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DEL DR. BALMIS DE ALICANTE/ISABIAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de células caliciformes apendicular es un tumor mucoscretor que puede presentar diferenciación tanto mucinosa como neuroendocrina. Se trata de una entidad muy infrecuente que supone menos del 0,1% de los tumores del tracto digestivo y que afecta por igual a hombres y mujeres entre 30 y 85 años (edad media: 50-60 años). Puede manifestarse en forma de apendicitis, dolor abdominal inespecífico o, menos frecuentemente, como masa abdominal o hallazgo incidental. El pronóstico va a depender del estadio y grado tumoral con una supervivencia media que oscila entre 29 y 204 meses según se trate de un adenocarcinoma de alto o bajo grado, respectivamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 45 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con diagnóstico de carcinoma infiltrante de tipo especial (carcinoma micropapilar) grado III luminal B-like. En el estudio de extensión se identifican signos de carcinomatosis peritoneal y gran masa (8 x 4,3 cm) que ocupa el fondo de saco de Douglas e infiltra ambos ovarios. En sangre periférica se observa discreta elevación de CA 125 sin otros hallazgos de interés. Se decide realizar laparoscopia de estadificación (PCI: 22) con biopsia de implantes peritoneales y anexectomía bilateral.

RESULTADOS: En el estudio microscópico se observa infiltración del epilón y de ambos ovarios por un adenocarcinoma con diferenciación mucinosa y frecuentes células en anillo de sello que, con las técnicas complementarias (inmunoquímica), muestran positividad para CK20 y CDX2; positividad focal para cromogranina; negatividad para CK7, PAX8 y sinaptofisina y actividad proliferativa (Ki67) del 15-20%. Con estos hallazgos se sugiere descartar primario gastrointestinal (estómago vs apéndice cecal). Se revisan las pruebas de imagen, identificándose una lesión que realza con contraste en base apendicular sin lesiones a nivel gástrico. Tras la administración de 4 ciclos de quimioterapia (Folfox) se decide realizar nueva laparoscopia de reestadificación (PCI:18) y apendicectomía. En el examen microscópico del apéndice cecal se identifica un adenocarcinoma de células caliciformes de alto grado con depósitos tumorales en grasa periapendicular, mesoapéndice y, focalmente, serosa apendicular con afectación de margen quirúrgico proximal.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma de células caliciformes es un tumor infrecuente que afecta, casi exclusivamente, al apéndice cecal. Muestra un comportamiento biológicamente agresivo más similar al adenocarcinoma que a los tumores neuroendocrinos y su tratamiento va depender del estadio en el momento del diagnóstico. El diagnóstico sincrónico de adenocarcinoma de células caliciformes y otras neoplasias malignas primarias es muy poco frecuente siendo el colon la localización más frecuentemente descrita. Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar un amplio diagnóstico diferencial de las supuestas metástasis de tumores primarios aparentemente diseminados que incluya la posibilidad de un segundo primario.

CARCINOMATOSIS PERITONEAL-LIKE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (EGIST)

Permintel Cussi, Juan Jose; Relea Calatayud, Fernanda; Jimenez Lara, Araceli; Perez Jimenez, Montserrat
Presentador: Relea Calatayud, Fernanda

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se caracterizan por ser tumores mesenquimales comunes en el tracto digestivo. Sin embargo, de manera incidental, entre un 2 y un 5 % de los casos son extraviscerales y se encuentran en el omento, el mesenterio o el retroperitoneo. Estos tumores presentan una similitud morfológica e inmunoquímica con su contrapartida visceral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión del caso de un paciente varón de 81 años de edad que presenta un cuadro clínico de seis meses de evolución con pérdida de peso (7 kg), escasa tolerancia oral y estreñimiento recurrente. El examen físico muestra hemicólon derecho con posible masa. Se realizaron técnicas de endoscopia digestiva diagnóstica, sin encontrar alteraciones relevantes. Las pruebas de imagen muestran extensa "carcinomatosis peritoneal" con múltiples masas coalescentes en la superficie de las asas intestinales, el omento mayor, la superficie hepática, el mesenterio y la pelvis menor, sin poder evidenciar foco primario. Por ello, se decide realizar una biopsia peritoneal.

RESULTADOS: En la biopsia se observó una proliferación fusocelular con marcada celularidad y patrón sólido, con un recuento mitótico de 5 por campo de gran aumento sin observar necrosis. Mediante inmunoquímica, las células tumorales mostraron expresión inmunoquímica para C-KIT (dot-like), DOG-1 y D240, siendo negativas para CD31, CD34, CKAE1/3, Melan A, CD45, S100, caldesmon, actina de músculo liso, mesotelio, calretinina y STAT6, y presentando un índice proliferativo Ki67 de 30 %. Por tanto, en ausencia de un origen gastrointestinal claro, se sugiere un diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal extravisceral (E-GIST) subtipo fusocelular de alto grado.

CONCLUSIONES: Los tumores del estroma gastrointestinal extravisceral (EGIST) constituyen una patología de complejo diagnóstico, debido a la sintomatología inespecífica con la que suelen manifestarse, a su amplio diagnóstico diferencial con carcinomatosis de origen peritoneal o metastásica y a su estadio avanzado. Por tanto, es imperativo considerar la posibilidad de esta neoplasia a pesar de su baja incidencia cuando se presentan casos similares, con el fin de reducir su morbilidad.

MICROAMBIENTE INMUNITARIO DEL CÁNCER DE COLON Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO.

Bonilla Seara, José Miguel; Valerdez Menéndez, Nicolás; Herrero Casado, Samuel; Álvarez Aguilera, Miriam; Jiménez Rodríguez, Rosa María

Presentador: Bonilla Seara, José Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El valor pronóstico de la población linfóide en el carcinoma colorrectal (CCR) ha sido objeto de estudio en los últimos años. Concretamente, las poblaciones de linfocitos T CD4+, CD8+ y linfocitos T reguladores o Tregs parecen tener un papel clave en la progresión del CCR, reportándose en diferentes estudios que un aumento de estas poblaciones linfoides se asocia a un mejor pronóstico de la enfermedad tumoral. Surge así el llamado Immuno Score (IS), cada vez más presente en la bibliografía y que pretende aportar información pronóstica del CCR durante su diagnóstico. En esta línea de trabajo, nuestro centro ha iniciado un estudio en pacientes con CCR para analizar la posible relación entre la microbiota intestinal y su efecto oncogénico, y el análisis fenotípico de la población linfóide peritumoral y su posible valor pronóstico. Se ha realizado un estudio en pacientes con diagnóstico de CCR con análisis inmunofenotípico de las poblaciones linfoides peritumorales y en mucosa sana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos seleccionado 50 pacientes diagnosticados de CCR, a los que se realiza cirugía sin neoadyuvancia, con una mediana de edad de 74 años al momento de la cirugía. De cada paciente hemos seleccionado 2 áreas de centro tumoral, 2 áreas de la línea de avance tumoral y un área de mucosa sana, por duplicado, que se procesaron mediante "Tissue-Micro-Arrays" (TMAs). A continuación, se realizó estudio inmunohistoquímico con CD3, CD4, CD8, FOXP3 (para identificar linfocitos Tregs), GATA3 (linfocitos Th1) y TBOX (linfocitos Th2) de cada uno de los TMAs, se digitalizaron con el escáner Ventana iScan HT y finalmente se realizó conteaje digital automatizado mediante software QuPath 0.5 y contrastado con un conteaje manual por patólogo.

RESULTADOS: Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,009$) para la ratio de linfocitos CD4+/CD8+, siendo este menor en el tumor que en la mucosa no tumoral, así como para los linfocitos T Tregs, estando aumentados en número en la lesión tumoral. Sin embargo, no hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes poblaciones de linfocitos peritumorales y el estado pTNM. Como factores pronósticos estudiados hemos observado un aumento estadísticamente significativo de linfocitos T CD4+ Th2 y linfocitos T Tregs en las muestras de centro tumoral de los casos con invasión vascular ($p=0,005$ y $p=0,023$, respectivamente), sin observarse diferencias estadísticamente significativas al comparar la invasión linfática ($p=0,87$) y la infiltración perineural ($p=0,62$).

CONCLUSIONES: El sistema Immuno Score promete ser un importante predictor de progresión tumoral en el CCR. Sin embargo, nuestro estudio se ha realizado en piezas quirúrgicas, y no disponemos de momento de datos de progresión de la enfermedad y supervivencia a largo plazo, de modo que hemos utilizado como factor pronóstico la presencia o no de invasión vascular en la pieza tumoral. Los datos que hemos obtenido en relación al ratio de linfocitos T CD4+/CD8+ y el aumento de linfocitos T Tregs apoyan los resultados publicados en estudios previos y están en la línea del Immuno Score. Pero por otro lado, los resultados obtenidos respecto a la relación entre la población de linfocitos T Tregs y el pronóstico, marcado por la invasión vascular ya comentada, es contrario a lo publicado en la mayoría de estudios. Por ello creemos que estos resultados deben contrastarse y ampliarse con datos de supervivencia libre de enfermedad a medio y largo plazo en este grupo de pacientes.

GASTRITIS EROSIVA DIFUSA HEMORRÁGICA TRAS PEMBROLIZUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Cañestro Rueda, Elena; Moreno Ramírez, Vanessa; Casais Juanena, Luis Leonardo

Presentador: Cañestro Rueda, Elena

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DR. SANZ- DR. MORENO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que inhibe el receptor de muerte programada 1 (PD-1), potenciando la respuesta inmunitaria contra células tumorales. Desde su aprobación por la Administración de Alimentos y Medicamentos en 2014 para el tratamiento del melanoma avanzado, su uso se ha extendido a diversas neoplasias malignas, consolidándose como una opción terapéutica eficaz en distintos contextos oncológicos.

A pesar de sus beneficios clínicos, su mecanismo de acción puede desencadenar efectos adversos relacionados con la activación inmunitaria. Entre ellos, aunque poco frecuente, encontramos la gastritis inmunomediada. Al bloquear el punto de control inmunológico PD-1, este fármaco puede desencadenar respuestas autoinmunes que afectan el tracto gastrointestinal, provocando inflamación de la mucosa gástrica. Se han reportado casos de gastritis linfocítica y erosiva-fibrinosa en pacientes tratados con pembrolizumab, algunos manifestándose meses después del inicio de la terapia. El diagnóstico de esta entidad representa un reto diagnóstico debido a su baja incidencia y a que los hallazgos histológicos no son específicos. Un alto índice de sospecha clínica y una evaluación histológica cuidadosa son esenciales para su detección y manejo oportuno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 55 años con antecedente de melanoma tratado con pembrolizumab hace 6 meses ingresa para estudio de epigastralgia.

Se realiza endoscopia en la que se objetiva mucosa eritematosa de manera homogénea, muy friable al mínimo roce con el endoscopio pero sin lesiones claras. En endoscopia posterior la mucosa gástrica se encuentra totalmente denudada con áreas de fibrina y gran friabilidad al roce. En ambos casos las biopsias no son concluyentes.

El cuadro clínico se agrava progresivamente llegando a una intolerancia oral total y empeoramiento sistémico progresivo.

Se realiza nueva endoscopia en la que se observan pliegues gástricos prácticamente ausentes. El fundus sangra de forma profusa con el simple roce del endoscopio. Se toman biopsias.

RESULTADOS: Microscópicamente encontramos una mucosa gástrica con severa y extensa inflamación crónica agudizada e infiltración linfoplasmocitaria difusa que afecta tanto al epitelio glandular y superficial como a la lámina propia. También se observa tejido de granulación, neutrófilos, criptitis y abscesos cripticos. Estos hallazgos histológicos son los que se describen en los casos de gastritis inducida por pembrolizumab.

Tras el tratamiento específico la mejoría clínica fue espectacular permitiendo en menos de una semana alimentación oral y posteriormente alta a domicilio.

CONCLUSIONES: Si bien el pembrolizumab representa un avance significativo en la inmunoterapia contra el cáncer, puede generar efectos adversos inmunomediados, por lo que es fundamental un monitoreo clínico prolongado para detectar y tratar estos efectos adversos.

El reconocimiento temprano y el manejo adecuado de esta toxicidad son esenciales para minimizar complicaciones y garantizar la continuidad del tratamiento oncológico.

Dada su baja incidencia una orientación diagnóstica adecuada es fundamental para detectar precozmente casos de pangastritis secundarias a pembrolizumab.

Así mismo, en casos de gastritis hemorrágica progresiva con biopsias repetidas y resultados no concluyentes, una evaluación completa de la historia clínica puede ser clave para identificar una posible reacción adversa a este fármaco.

MICROAMBIENTE INMUNE EN ADENOMAS CONVENCIONALES CON DISPLASIA DE BAJO GRADO Y CÁNCER COLORRECTAL.

Horndler Argarate, Carlos; Ollero Domenche, Leticia; Estupiñán Valido, Esteban; Martínez Arnau, Neus; Rodríguez Carpio, Robert; Delgado Fernández, Jorge Luis; Guerrero Gómez, Maialen; Martínez Castillón, Javier; Castillo Malla, Jennifer Silvana; Estrada Mallarino, Natalia; Carilla Sanroman, Andrea
Presentador: Horndler Argarate, Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) ha sido el primer tipo de tumor para el que el perfil inmunológico se ha demostrado un indicador pronóstico. Sin embargo, son menos numerosos los estudios sobre el microambiente en pólipos colorectales (PCR) y, el seguimiento de estos pacientes se basa en trabajos observacionales en su mayor parte. La hipótesis de la inmunoodiación sugiere que para que se desarrolle una neoplasia existe un cambio en el perfil inmunológico, por lo que identificar a pacientes con PCR con más probabilidades de escapar a la inmunovigilancia sería de interés para evitar casos de CCR de intervalo. Nuestro objetivo fue valorar si el microambiente inmune en adenomas con displasia de bajo grado (DBG) difería entre pacientes con o sin CCR sincrónico. De esta manera, aquellos pacientes con adenomas no avanzados o sin displasia de alto grado podrían ser reclasificados realizando un seguimiento más estrecho.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron de forma retrospectiva 32 pacientes (16 de ellos con CCR) con 1 ó 2 adenomas tubulares o tubulovillosos, entre 6 y 15 mm y con DBG. En la lámina propia de los adenomas se cuantificaron (en 2 a 5 campos a 400x) las siguientes variables: % de eosinófilos (Eo) y células plasmáticas (CP) en hematoxilina-eosina y, por inmunohistoquímica, el número de linfocitos T (CD3) [T colaboradores (CD4) y T citotóxicos (CD8)], linfocitos B (CD20), células T memoria (CD45RO), células NK (CD56), macrófagos (CD68) [macrófagos M2 (arginasa I)], mastocitos (CD117) y gránzima B.

RESULTADOS: La edad promedio de los pacientes fue de 73 años y el 62% fueron hombres. En el grupo de pacientes sin CCR la mediana de linfocitos T CD4/CD8 y macrófagos CD68/arginasa I fue 95/5 y 56/2 respectivamente y, en el grupo con CCR fue de 90/10 y 100/1 respectivamente. Se observa, por tanto, una mayor proporción de linfocitos T CD4 frente a CD8 y, una baja proporción de arginasa I en ambos grupos. Cuando se compararon las variables frente a la variable independiente (adenoma sin CCR vs adenoma con CCR) se observó una diferencia estadísticamente significativa (p 0.05) para CD68 y gránzima B, que fueron mayores en el grupo de pacientes con CCR.

CONCLUSIONES: En el CCR el incremento de linfocitos T reguladores (T reg), linfocitos B y T auxiliares Th17 y macrófagos M2 (CD163, arginasa I) confiere un peor pronóstico, mientras que el aumento de células T auxiliares Th1 y de memoria, linfocitos T citotóxicos y macrófagos M1 (NOS2, CD86) se asocia con un perfil proinflamatorio antitumoral. En adenomas colorectales se ha observado un incremento de linfocitos T Th1, macrófagos, células NK y neutrófilos y, a medida que progresan se identifica un incremento de las células T reg y T auxiliares Th17. Nosotros encontramos que en el grupo con CCR existe un incremento significativo de macrófagos y, en base a la determinación de arginasa I, sugiere que pudiera corresponderse con un fenotipo M1. Por otro lado, gránzima B también está incrementada sin diferencias significativas en el número de células NK y/o linfocitos T CD8. Pacientes con adenomas con DBG y CCR podrían no presentar un fenotipo protumoral sino una mayor activación inmune mediada por linfocitos T citotóxicos activados y macrófagos M1. Son varias las limitaciones del estudio (tamaño muestral, no determinación de subclases de linfocitos T CD4, ni subanálisis en función de la distancia adenoma-CCR entre otros) pero esto permite formular hipótesis futuras.

LO QUE ESCONDEN LOS DIVERTÍCULOS DE MECKEL

Hernández Valles, Alicia; Bayo Juanas, Paula; Díaz Villareal, Sara Anabel; Lucero Salaverry, María Miguel; Ortiz Muñoz, Macarena De Los Angeles; González González, Diego; Colinas Reyero, Daniel; Madrigal Rubiales, Bestriz; Cuevas González, Jorge; Torres Nieto, María Ángeles
Presentador: Hernández Valles, Alicia

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es la malformación congénita gastrointestinal más común. Afecta al 2% de la población. La obliteración incompleta del canal onfaloenterico durante la 7ª semana de gestación causa la creación de un verdadero divertículo en el intestino delgado. La histología del divertículo de Meckel es la misma que la del íleon y puede contener tejido pancreático, mucosa ectópica gástrica, duodenal, colónica, endometrial y hepatobiliar. El riesgo de complicaciones como la hemorragia, obstrucción gastrointestinal, diverticulitis o la transformación maligna es de aproximadamente un 4%. En la edad adulta el diagnóstico suele ser un hallazgo incidental y ocasionalmente por una complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda retrospectiva en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel, de los casos de los divertículos de Meckel diagnosticados en los últimos 25 años. Se analizan los datos clínicos y los hallazgos histopatológicos encontrados.

RESULTADOS: Se han incluido 58 casos, de los cuales 44 son varones y 13 mujeres (3:1). La media de edad es de 50 años (rango 15 – 97).

De los casos analizados, 21 de ellos presentaron sintomatología con diagnósticos pre-operatorios de abdomen agudo (2), peritonitis (3), sospecha de apendicitis (4), oclusión intestinal (5) y diverticulitis (7). El resto fueron hallazgos incidentales. Los hallazgos histológicos encontrados fueron: 53,4% (31 casos) tejido normal, 15,5% (9 casos) diverticulitis con perforación, 10,3% (6 casos) de mucosa gástrica heterotópica, 8,6% (5 casos) de diverticulitis, 6,9% (4 casos) con tumor neuroendocrino bien diferenciado G1, 1,7% (1 caso) de tejido pancreático heterotópico completo (con componente acinar y endocrino), 1,7% (1 caso) de diverticulitis con mucosa gástrica heterotópica y 1,7% (1 caso) de isquemia.

CONCLUSIONES: El diagnóstico preoperatorio del divertículo de Meckel es difícil ya que en la mayoría de casos es asintomático y cuando hay síntomas estos son muy inespecíficos y pueden simular otras patologías.

La mayoría de casos se presentan en pacientes varones como en nuestra serie, de manera asintomática y como hallazgo incidental.

Una de las complicaciones más frecuentes en los adultos son las inflamatorias hasta en el 58% de los casos, en nuestra serie se presentaron en el 25,9 %. Los hallazgos menos frecuentes descritos en la literatura son la presencia de tejido pancreático heterotópico hasta en el 3% de los casos y el tumor neuroendocrino 0,2- 3,36%. Los resultados obtenidos en nuestra serie de casos son similares a los disponibles en la literatura actual excepto con una mayor incidencia de tumor neuroendocrino bien diferenciado G1 (6,9%).

CARACTERIZACIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS DE LA MUCOSA DUODENAL EN CELIAQUÍA MARSH 1 SERONEGATIVA.

Luizaga Velasco, Luis Antonio; Calderon Romero, Alejandra Jose; Riera Bello, Melissa Alejandra; Ferrer Cassado, Carme; Gonzalez Minguez, Clarisa; Martin Cardona, Albert; Esteve , Maria; Carrasco , Anna; Tristan , Eva; Tarroch Sarasa, Xavier
Presentador: Luizaga Luizaga, Luis Antonio

HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA TERRASSA (ANATOMÍA PATOLÓGICA).

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de enteropatía celiaca de bajo grado y serología negativa es difícil por la inespecificidad del cuadro clínico e histopatológico. La enfermedad celiaca (EC) presenta una expansión de TCR (??; gamma delta)+ y disminución de CD3-.
Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de las subpoblaciones linfocitarias en la celiagua Marsh 1 seronegativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión: Pacientes con celiagua Marsh 1 seronegativa con respuesta clínica e histológica a la dieta sin gluten (DSG), celiagua Marsh 1 seropositiva, Marsh 1 por Helicobacter pylori (HP) y voluntarios sanos asintomáticos. Criterios de exclusión: atrofia duodenal, comorbilidades graves, embarazo y consumo de tóxicos. Se registró la clínica digestiva, histopatología y analítica (hemograma, serología celiaca y HLA-DQ). Se evaluaron las subpoblaciones linfocitarias TCR(??; gamma delta)+ y CD3- con citometría de flujo [Patrón celiaco: TCR(??; gamma delta)+>13% y/o linfograma celiaco (TCR (??; gamma delta)+>8.5% & CD3-<16%]].

RESULTADOS: Se incluyeron 81 sujetos (35 celíacos Marsh 1 seronegativos, 15 celíacos Marsh 1 seropositivos, 13 pacientes con Marsh 1 secundario a HP y 23 voluntarios sanos Marsh 0). En el grupo objetivo celiagua Marsh 1 seronegativa 65.7% eran mujeres; edad media 46. ±12.1 años. Todos los pacientes Marsh 1 celíacos seropositivos y seronegativos presentaron patrón celiaco y ninguno de los Marsh 1 HP o sujetos sanos. Los linfocitos TCR(??; gamma delta)+ de pacientes celíacos Marsh 1 seropositivos estaban significativamente aumentados respecto a seronegativos (p=0.006), mientras que CD3- estaba disminuido sin diferencias entre celíacos. Los TCR(??; gamma delta)+ se mantuvieron elevados antes y después de la DSG en los pacientes con EC seronegativa (13.20% [IQR, 10.21-23.66] vs. 15.14% [IQR, 10.06–21.18]; p=0.694) y EC seropositiva (25.42% [IQR, 13.45-36.00] vs. 25.17% [IQR, 18.3-39.2]; p=1).

CONCLUSIONES: El patrón celiaco de subpoblaciones linfocitarias es un marcador útil para identificar pacientes celíacos con enteropatía de bajo grado seronegativa, antes y después del inicio de la DSG. Recomendamos la inclusión de esta técnica en las guías clínicas.

CARCINOMA NUT GÁSTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO RESUELTO MEDIANTE SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN.

Vázquez Esteban, Guillermo; Berrios Hernández, Mario Luis; Fuente Diaz, Cristina; González Gutiérrez, María De La Paz; Junceda Antuña, Susana; Tornán Cavielles, Juan; Morales Del Burgo, Patricia; Fernández Hernández, Luis Manuel; Torres Rivas, Héctor; Blanco Lorenzo, Verónica; Díaz López, Sofía Marina
Presentador: Vázquez Esteban, Guillermo

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma NUT es una entidad excepcionalmente rara con alteraciones genéticas específicas en el gen NUTM1, que conducen a la formación de proteínas de fusión oncogénicas, principalmente BRD4-NUT. Su localización más frecuente se delimita a estructuras de la línea media, como cavidad nasal, mediastino o pulmón, y se ha documentado de manera excepcional su aparición en estómago, desafiando los paradigmas anatómicos tradicionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 56 años con masa de 5 cm en antro gástrico. En la biopsia endoscópica se identificó una proliferación de células neoplásicas de tamaño pequeño a mediano con escaso citoplasma. Núcleos pleomórficos, redondos u ovales, con nucléolos prominentes. Se observó de manera focal áreas de aspecto fusiforme, plasmocitoide y rabdoide. Se objetivaron frecuentes figuras de mitosis y evidente necrosis. En el panel inmunohistoquímico realizado destacaba la positividad para: citoqueratina AE1/AE3 y NUT. Preservación de la expresión de INI1 y pérdida de SMARCA4. El índice de proliferación Ki-67 fue del 50%.

RESULTADOS: Ante la necesidad de ampliar estudios y la escasez del material remitido, se realizó una eco-endoscopia, obteniendo mayor cantidad de tejido con las mismas características morfológicas e inmunofenotípicas de la biopsia inicial. El estudio molecular mediante secuenciación de nueva generación – NGS (OncoDeep) evidenció una fusión de los genes CREM1-NUT1 y ausencia de mutación en SMARCA4.
 En la mayoría de los carcinomas NUT se ha descrito fusión de NUTM1 con los genes BRD3 o BRD4. Esta fusión supone una reprogramación epigenética que promovería la proliferación y frenaría a su vez la diferenciación celular. Sin embargo, en el caso que presentamos, se ha identificado una fusión diferente. GREM1 es un gen localizado en el cromosoma 15q13.3, miembro de la familia de antagonistas BMP, participa en la regulación de la organogénesis y la diferenciación de los tejidos. Es un gen supresor de tumores, descrito en vía germinal en síndrome de poliposis múltiple hereditaria. NUTM1 es un gen localizado en el cromosoma 15q14, que participa en la regulación de la acetilación de la cromatina y permite la condensación de esta en el proceso de la espermatogénesis. Todavía no se conoce el mecanismo a partir del que estos genes llegan a fusionarse ni cómo esta fusión puede inducir y mantener la oncogénesis.

CONCLUSIONES: El carcinoma NUT se clasifica dentro de los carcinomas poco diferenciados. Se distingue por su agresividad, metástasis tempranas y resistencia a terapias convencionales, lo que le confiere un pronóstico desfavorable. La supervivencia global es inferior a un año y afecta a estructuras de la línea media. Existe, hasta la fecha, un caso descrito con localización gástrica. Estas lesiones suponen un desafío diagnóstico al ser entidades poco frecuentes, con características histológicas inespecíficas, cuyos rasgos se superponen con otras neoplasias poco diferenciadas, generando una amplia gama de diagnósticos diferenciales. Los avances en los estudios inmunohistoquímicos y moleculares abren un nuevo horizonte en el mejoramiento de los diagnósticos para este tipo de neoplasias. La identificación de nuevas mutaciones y su relación con los mecanismos oncogénicos puede ayudar en un futuro a determinar nuevas dianas terapéuticas y herramientas diagnósticas novedosas que permitan avanzar en este campo.

EXPRESIÓN DE CLAUDINA 18.2, NUEVO BIOMARCADOR EN CÁNCER GÁSTRICO: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA Y RESULTADO DE LA INTERPRETACIÓN

Tornero Piñero, Paula; Tornero Piñero, Paula; Rauseo Aristigueta, Paula; Molina Correa, Yesid; Santiago Díaz, Pablo; Casado, Beatriz; Torner, Ariadna; Riera Suso, Jordi; Ara Mancebo, Xavier; Gimeno Beltrán, Javier; Iglesias, Mar
Presentador: Tornero Piñero, Paula

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Claudina 18.2 (CLDN18.2) es un biomarcador predictivo de respuesta a zolbetuximab en cáncer gástrico/unión gastroesofágica (CG/CUEG) en pacientes cuyos tumores expresan CLDN18.2 en la membrana de 775 % de las células tumorales, con intensidad moderada o alta. La prevalencia descrita para este nivel de expresión es del 30-38 %. La interpretación mediante inmunohistoquímica (IHQ) puede ser compleja y está influenciada por la calidad de la muestra. Se requieren 750 células tumorales para considerar que la determinación es válida y 74 fragmentos tumorales para minimizar la heterogeneidad tumoral, a fin de obtener un diagnóstico representativo de la neoplasia en su conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han analizado 118 muestras de pacientes con CG/CUEG, con determinación centralizada de IHQ para CLDN18.2 (clon 43-14A, VENTANA, Roche) en nuestro centro. Las muestras incluyen biopsias y resecciones quirúrgicas de tumores primarios y metástasis, obtenidas de 17 centros a nivel nacional. Las variables analizadas son: localización, subtipo tumoral, porcentaje de expresión e intensidad, número de fragmentos tumorales de las muestras, heterogeneidad de la expresión y artefactos diagnósticos (úlceras, inflamación, necrosis y alteraciones por mala preservación).

RESULTADOS: El 83,89 % de los casos corresponden a CG, el 8,47 % a CUEG y el 7,62 % a metástasis. Se analizaron 110 biopsias y 8 piezas quirúrgicas, siendo el 61,86 % adenocarcinomas tubulares, el 22,03 % pobremente cohesivos y el 16,10 % mixtos.

La positividad de nuestra serie para CLDN18.2 es del 38,98 %, mayor en biopsias (40 %) que en piezas quirúrgicas (25 %). Por localización, es del 38,38 % en CG, 40 % en CUEG y 44,44 % en metástasis. Por subtipo, es del 36,99 % en tubulares, 42,31 % en pobremente cohesivos y 42,11 % en mixtos. No se han hallado diferencias significativas entre centros.

Todas las piezas quirúrgicas contenían 750 células tumorales y presentaban tinción homogénea. Dos biopsias con <50 células tumorales, ambas con resultado negativo, fueron consideradas no válidas para la determinación, lo que representa el 2,7 %. El 47,27 % de las biopsias presentaron 74 fragmentos tumorales, con una positividad del 30,77 %. En las biopsias con <4 fragmentos, la positividad fue del 48,28 %. Un 29,09 % de las biopsias presentaban artefactos. El 34,38 % de las biopsias artefactadas presentaron 74 fragmentos tumorales, con una positividad del 45,46 %, mientras que en las que presentaban <4 fragmentos fue del 19,04 %. En las no artefactadas, el 52,56 % presentaban 74 fragmentos tumorales y una positividad del 29,27 %, mientras que en las de <4 fragmentos fue del 62,16 %.

CONCLUSIONES: CLDN18.2 es un nuevo biomarcador inmunohistoquímico en CG/CUEG, cuya determinación requiere entrenamiento, estandarización de métodos y una adecuada evaluación de la muestra.

La validez de la determinación depende de la presencia de 750 células tumorales, y la heterogeneidad en la expresión de CLDN18.2 está influenciada por el número de fragmentos tumorales.

Debe evaluarse si la positividad en cada centro es concordante con la prevalencia reportada en la literatura.

Las muestras con <4 fragmentos o con artefactos pueden sesgar la positividad, lo que subraya la importancia de una correcta selección y preservación de las muestras para garantizar un diagnóstico fiable y la identificación adecuada de candidatos al tratamiento con zolbetuximab.

Se recomienda incluir todas estas características en el informe anatomopatológico.

“ÚLCERAS GÁSTRICAS DE DIAGNÓSTICO INESPERADO: GASTRITIS SIFILÍTICA”

Rodríguez Gilabert, Carolina; Morán Sánchez, Miguel; Vázquez Tarrío, Eva María; Cáceres Miranda, Jaime Santiago; López Carreira, Monserrat; Ibarrola De Andrés, Carolina
Presentador: Rodríguez Gilabert, Carolina

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por *Treponema Pallidum*, cuya incidencia está aumentando a nivel global (incidencia 24.1% en España entre 2021 y 2023).

La manifestación digestiva es infrecuente (en menos del 1% de los casos) ocurriendo en las fases secundaria y terciaria. Es habitual la coinfección con *H. Pylori*.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos varones de 42 y 35 años sin antecedentes de interés, con epigastralgia y hematemesis agudas. Las tomografías mostraron resultado similar de engrosamiento difuso de la pared gástrica y en las gastroscopias se observó en uno de los casos mucosa gástrica intensamente eritematosa con una úlcera serpiginosa de 2x1cm de bordes sobreelevados (además de otras dos úlceras de 7mm en antral), y en el otro caso gastropatía erosiva con engrosamiento de la mucosa corporeo-antral. En ambos casos se tomaron biopsias.

RESULTADOS: Biopsias del caso 1 (42 años): gastritis crónica antral y fúndica sin atrofia con actividad intensa y ulceraciones con tejido de granulación y superficie fibrino-leucocitaria. Destaca la intensidad del infiltrado linfoplasmocitario, la profundidad del mismo y la masiva destrucción glandular. Se identificaron con Giemsa bacilos de tipo *Helicobacter Pylori*.

Se comprobó la ausencia de enfermedad inflamatoria intestinal, de toma de fármacos gastrolesivos o de inmunodeficiencias. Se descartaron inmunohistoquímicamente carcinoma, linfoma e infecciones por citomegalovirus o Epstein Barr.

La tinción inmunohistoquímica para espiroquetas-*Treponema* fue positiva de forma masiva. También se corroboró la positividad para *H. Pylori*. El estudio serológico paralelo demostró positividad para las pruebas treponémicas y reagínicas, siendo negativo para VIH y virus hepatotrópicos.

Biopsias del caso 2 (35 años): mucosa gástrica con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario moderado y componente activo con permeación glandular. Se observó tejido de granulación, con denso infiltrado inflamatorio difuso linfoplasmocitario e histiocitario. Se identificaron bacilos tipo *H. pylori* con Warthin-Starry.

Se descartó inmunohistoquímicamente malignidad, citomegalovirus y Epstein-Barr. Ante la alarma clínica de una serología positiva, se solicita inmunohistoquímica con resultado positivo masivo para *Treponema*.

CONCLUSIONES: - La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual con una incidencia en aumento en los últimos años, siendo la gastritis una manifestación infrecuente de la enfermedad.

- Ante lesiones endoscópicas atípicas-indeterminadas (úlceras mamelonadas, engrosamiento de la pared gástrica tipo linitis plástica, nodularidad o masas) y/o una histología con densa inflamación linfoplasmocitaria o linfocitocitaria con abundantes plasmáticas, profunda y destructiva, es importante incluirla en el diagnóstico diferencial.

- El diagnóstico diferencial debe incluir otros procesos como linfomas, adenocarcinomas ricos en estroma linfoido, infecciones por citomegalovirus o Epstein Barr o enfermedades inflamatorias como el Crohn.

- Con estos casos queremos recalcar la importancia de incluir la sífilis en los diagnósticos diferenciales, dado la ausencia ocasional de manifestaciones cutáneas o sistémicas en algunas fases, siendo clave su detección por parte del patólogo para su correcto diagnóstico y tratamiento.

CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG TRASCENDENCIA DE LA TINCIÓN EN LA BIOPSIA INTRAOPERATORIA

Megías Ortega, María Luisa; López Nieto, María; Villanueva Domínguez, María Dolores; Fernández Parra, Miriam; Romero Federico, Isabel M^a; Fernández Bertos, J. Ignacio
Presentador: Megías Ortega, María Luisa

HOSP. U. PTA. DEL MAR, CÁDIZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Hirschsprung (H.E) es congénita y produce un defecto en el desarrollo del sistema nervioso entérico que causa un trastorno de motilidad y graves problemas para la evacuación intestinal en el recién nacido. Generalmente, se manifiesta si al cabo de 48h no ha expulsado el meconio provocando un acúmulo de contenido fecal que da lugar a una obstrucción intestinal, abdomen hinchado, megacolon, vómitos (verdes o marrones) y gases. El tratamiento consiste en una cirugía de bypass para extirpar la parte de intestino afectada por la ausencia de células neuronales (agangliones) y unir los extremos en los que se ha demostrado mediante la biopsia intraoperatoria, la presencia de estas. PROPOSITO DEL ESTUDIO: Poner de manifiesto la importancia que tiene una exhaustiva tinción de la biopsia intraoperatoria durante la cirugía de la E.H. ya que el objetivo del estudio es demostrar la presencia de células nerviosas en los plexos mientérico y submucoso, encargadas de estimular los músculos intestinales.

MATERIAL Y MÉTODOS: MATERIAL Y MÉTODO: Contamos con los 9 casos de nuestro Hospital, del periodo 2018 al 2024 pertenecientes a pacientes de 0 años. Las biopsias que necesitó cada caso son identificadas con las letras A, B, C, siendo necesarios varios cortes de cada una, antes de asegurar la ausencia de neuronas en los plexos. Las secciones fueron orientadas de canto para ver el espesor de la pared intestinal, sumergidas en medio FSC 22 de Leica. La criocongelación se hizo a -40° con el sistema PrestoCHILL de Milestone. La temperatura de corte en criostato : -24º realizando cortes a partir de 4 ó 5 micras. Sumergimos los cortes en colorante nuclear(hematoxilina GiLL III de Sigma-Aldrich) 3 min. retiramos el exceso con agua corriente, lavamos con agua carbonatada y contrastamos con eosina alcohólica los citoplasmas durante no más de 20" a 30". Posteriormente, deshidratación, dos baños de xileno y montaje con medio habitual .

RESULTADOS: RESULTADOS: De los nueve casos :
 * dos han necesitado sólo una biopsia intraoperatoria (A)
 * un caso necesitó dos biopsias(A y B)
 * seis casos necesitaron tres biopsias (A, B y C)
 A cada biopsia; A, B, o C se le realizaron varios cortes profundizando en cada uno, hasta poner de manifiesto la presencia de células neuronales en los plexos de la pared intestinal. De ellos, hemos cogido un caso representativo para las fotos.

CONCLUSIONES: DISCUSIÓN: Es habitual que las células nerviosas de los plexos, capten una tinción nuclear más débil que el resto. Ello unido a un corto tiempo de tinción nuclear puede hacer que pasen desapercibidas dando un falso negativo. Si se emite un informe intraoperatorio de agangliones, el cirujano,tendría que extirpar un nuevo segmento intestinal para someterlo a otra intraoperatoria. Para evitar falsos negativos los técnicos tenemos que considerar tres aspectos:
 1/ Obviamente contar con una cuchilla que no provoque estrías y pérdida de tejido.
 2/ Cortar el tej. nervioso a partir de 4 a 6 micras
 3/ Una meticulosa tinción con hematoxilina evitando siempre una coloración nuclear débil o disimulada.

NO TODO EN EL COLON ES ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

García Miranda, Iker; Gonçalves Villarreal, Katherine Andreina; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia; Ramírez Feliz, Maximo Leonardo; Bravo Blanco, David; Fernández Solé, Soledad; Solano Iturri, Jon Danel; Aberasturi Plata, Yoseba; Díaz De Lezcano Manrique De Lara, Ignacio; Muñoz Marcos, Aitziber; Caso Viesca, Ana
Presentador: García Miranda, Iker

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia miointestinal de las venas mesentéricas es una causa infrecuente de colitis isquémica descrita por primera vez en 1991 por Genta y Haggit. Clínicamente imita y se trata como una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con un curso tórpido, pues si bien la inflamación muy probablemente participe en la fisiopatología, ambas entidades tienen etiologías independientes y diferentes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Hombre de 76 años, sin antecedentes llamativos, con una historia de síntomas gastrointestinales que comienzan en septiembre de 2023 y se prolongan hasta agosto de 2024. Presenta colonoscopias que sugieren actividad inflamatoria, sin datos de inflamación en biopsias. Se inicia tratamiento biológico (adalimumab) por desarrollo de corticoddependencia y en la re-biopsia se hace incapí en la ausencia de actividad inflamatoria y la existencia de un daño isquémico distinto al de una colitis isquémica al uso y la presencia de un componente vascular anómalo que sugiere una etiología distinta; a correlacionar con clínica, endoscopia y radiología. Se decide llevar una actitud expectante y ante un empeoramiento clínico y un PET sin datos de vasculitis, se decide intervenir quirúrgicamente.

RESULTADOS: Macroscopia: Resección intestinal de 27,8 cm que se recibe abierta con escaso tejido adiposo focalmente indurado. Se aprecia una mucosa de aspecto edematoso con múltiples úlceras que miden entre 0,3 y 0,6 cm, algunas ellas con fibrina en el lecho. A los cortes, en el tejido adiposo se aprecian focos discretos de color parduzco alrededor de algunas estructuras vasculares y aisladas áreas blanquecino-amarillentas sugestivas de necrosis grasa. Microscopia: Cambios focales erosivos/microulceraciones superficiales, sin un franco componente inflamatorio asociado ni imágenes de criptitis ni microabscesos cripticos. No se objetiva una significativa distorsión arquitectural del componente glandular, predominando cambios de tipo reparativo/regenerativo. Llama la atención la presencia de una llamativa y extensa neoproliferación vascular en mucosa y submucosa con extensión transmural, con engrosamiento hialino parietal y focales fenómenos de trombosis, así como imágenes compatibles con hiperplasia miointestinal en venas de mediano calibre. Dichos cambios se enfatizan por técnicas de tricrómico, elásticas (orceína) e inmunohistoquímicas para desmina y WT-1, con un Rojo congo negativo. Nota: Dichos cambios no se corresponderían con los esperados en una EII y aunque existen cambios isquémicos, no son tampoco los habituales desde un punto de vista morfológico, lo que unido a los fenómenos vasculares anómalos descritos, plantean en concordancia con la clínica y restos de estudios, un diagnóstico de compatibilidad con una entidad descrita, aunque infrecuente, de hiperplasia miointestinal idiopática de venas mesentéricas. **CONCLUSIONES:** Destacar la importancia de un diagnóstico preciso y sus implicaciones en el curso y pronóstico de un cuadro clínico, pudiendo suponer un cambio que suponga la eliminación de síntomas incapacitantes como los gastrointestinales y el dolor. Resaltar la dificultad diagnóstica que implica por un lado, las entidades poco frecuentes y por otro, las condiciones inherentes al tipo de biopsia como una biopsia endoscópica (y por tanto superficial) para un proceso que afecta a los vasos submucosos y mesentéricos. Mantener una buena comunicación entre servicios facilita el abordaje multidisciplinar en la medicina, lo que por extensión, se aplica a la anatomía patológica.

VALORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN UNA SERIE DE 24 CASOS DE SOX11 Y TP53 COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN LINFOMAS NO HODGKIN INTESTINALES.

Casas Miras, Ana; Blasco Muñoz, Soledad; Perez Parra, David; González Lorca, Laura; Aguilar Navarro, Estela; Sanchez Espinosa, Alberto; García García, Sandra; Madrid Molina, Maria Dolores
Presentador: Casas Miras, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA CARTAGENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma es una proliferación neoplásica de células linfoides que representa el 5% de las neoplasias malignas. Los linfomas no Hodgkin (LNH), especialmente los de células B, son los más comunes y se relacionan con alteraciones genéticas, como mutaciones en TP53, asociadas con mal pronóstico. SOX11, un factor de transcripción, regula la agresividad tumoral y la respuesta terapéutica. Estudiamos la expresión inmunohistoquímica (IHQ) de p53 y SOX11 en LNH intestinales y su relación con variables clínicas, histológicas y supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en 24 pacientes diagnosticados con LNH (2019-2025). Se evaluaron p53, clon MRQ-58 (mutado/no mutado) y SOX11, clon DO-7 (+/-) por IHQ. Se analizaron variables como edad, sexo, subtipo histológico dicotómico (células grandes y otros LNH), estadio tumoral (I-II vs III-IV) y supervivencia global y univariante aplicando pruebas estadísticas como chi-cuadrado, t de Student y Kaplan-Meier con p<0,05.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes (17 hombres, 7 mujeres), con una media de 68 años (rango: 38-93). De los 15 linfomas de células grandes, 73,3% eran TP53 no mutados y 26,7% mutados, mientras que en otros LNH fue 66,7% y 33,3%, respectivamente (p=0,728). SOX11 positivo (2 casos) se limitó a linfomas no células grandes (p=0,057). No hubo diferencias significativas en sexo (p53: p=0,967; SOX11: p=0,343). Respecto al estadio tumoral, 12 casos fueron estadio IV, de los cuales 9 eran p53 no mutado y 2 mutado. Solo un caso SOX11 positivo se ubicó en estadio IV (p=0,785). Las pruebas de asociación mostraron que p53 y SOX11 no están vinculados significativamente con el estadio tumoral (p53: p=0,379), ni con la edad (p53: p=0,243; SOX11: p=0,130). En el análisis Kaplan-Meier, no se encontraron diferencias significativas para supervivencia en relación a p53 (p=0,940) ni SOX11 (p=0,378). Aunque el tipo de linfoma mostró una tendencia cercana a la significación en la supervivencia (p=0,074), el estadio tumoral no presentó relación (p=0,834).

CONCLUSIONES: Aunque la mutación en TP53 es frecuente en linfomas gastrointestinales y SOX11 se limita a linfomas no células grandes, ninguno mostró relevancia pronóstica significativa. Las limitaciones del tamaño muestral subrayan la necesidad de estudios más amplios y análisis genéticos detallados para mejorar el manejo de estos linfomas.

ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mendizabal Cajal, Daniela; Calvo Martínez, Cristina; Puchaicela Godoy, Maria Gabriela; Herrero Aguilar, Ivett
Presentador: Mendizabal Cajal, Daniela

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La espiroquetosis intestinal es una infección causada por bacterias del género Spirochaeta, comúnmente de la especie Brachyspira, que afecta principalmente al tracto gastrointestinal. Se ha reportado en diversas partes del mundo, aunque su prevalencia es relativamente baja en comparación con otras infecciones gastrointestinales. A menudo, se asocia con trastornos clínicos como diarrea crónica, síndrome del intestino irritable entre otras, pero también puede ser asintomática. Su aparición puede estar vinculada a factores como la alteración de la microbiota intestinal o el uso de antibióticos. La biopsia intestinal es crucial para el diagnóstico de la espiroquetosis intestinal. Las características clave incluyen: la presencia de espiroquetas, típicamente, en el epitelio de superficie de las vellosidades intestinales. Estas bacterias tienen una morfología característica en espiral, lo que se puede observar mediante tinciones específicas como la tinción de Warthin-Starry o la tinción de plata. Además, se pueden usar técnicas de cultivo y PCR para identificar de manera más precisa las especies de Brachyspira. En muchos casos, la espiroquetosis intestinal se acompaña de una inflamación leve o moderada en la lámina propia del intestino, sin graves alteraciones estructurales en la mucosa. Sin embargo, en casos crónicos o en individuos inmunocomprometidos, puede haber cambios sutiles como el alargamiento de las vellosidades o una moderada hiperplasia en la lámina propia. Esta inflamación se caracteriza por un predominio linfoplasmocitario y, en ocasiones, eosinófilos en la mucosa y submucosa. Sin embargo, la inflamación no es tan prominente como en otras infecciones intestinales bacterianas o víricas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este contexto, se presenta el caso de un paciente de 42 años, homosexual, con VIH y enfermedad de Crohn que acude por presencia de diarreas con deposiciones pastosas-líquidas (entre 3 y 4 al día) y dolor abdominal, tras un año de tratamiento con Ustekinumab. El estudio de la calprotectina fue de 828 microgramos/gramo. El estudio microbiológico fecal fue negativo. Continuando con el estudio se le realizó una colonoscopia con toma de biopsias.

RESULTADOS: En las biopsias recogidas se observaron fragmentos de mucosa intestinal de arquitectura conservada con ligero aumento del componente inflamatorio en lámina propia de predominio linfoplasmocitario. En la superficie vellositaria destaca la presencia de estructuras cilindricas adheridas en banda, de coloración azulada, que muestran intensa positividad a treponema red, compatible con espiroquetosis intestinal.

CONCLUSIONES: Si bien el diagnóstico de espiroquetosis intestinal no es tan frecuente en nuestra práctica diaria, siempre debemos tenerla en cuenta ante clínica intestinal sin cambios histológicos muy evidentes y sobre todo si se trata de pacientes inmunocomprometidos. Estar atentos a los pequeños cambios y observar detenidamente el epitelio de superficie en busca de estas estructuras cilindricas puede llevarnos al diagnóstico correcto ya que si no lo tenemos en cuenta puede pasar inadvertido, la tinción de Warthin-Starry o la tinción de plata también son herramientas que pueden ayudarnos.

INCIDENCIA DE DISPLASIA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL EN BIOPSIAS ALEATORIAS EN EL CRIBADO DE DISPLASIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 250 BIOPSIAS.

Zucchiatti Llanos, Adriana; Silva Alcóser, Luisa; Hidalgo Romero, Albert; Zuñiga Gaitan, Juzzy; Landolfi, Stefania; Zucchiatti Llanos, Adriana
Presentador: Calixto Álvarez, Zyanya

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La displasia convencional (DC) es una lesión intraepitelial bien definida en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, se han identificado hasta siete patrones de displasia no convencional (DNC) que aún no se reportan de manera rutinaria. Por otra parte, se han descrito alteraciones asociadas a criptas (AAC) en EII. Este estudio investiga la incidencia de DC, DNC y AAC en biopsias de vigilancia para la detección de displasia en pacientes con EII.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente 250 biopsias aleatorias de colon de pacientes con EII (2021-2024). Un patólogo gastrointestinal realizó la evaluación histopatológica inicial, y en casos con incertidumbre diagnóstica sobre displasia (DC o DNC), se realizó inmunohistoquímica (IHC) de P53 (DO-7) y SATB2 (EP281). Los casos positivos fueron revisados por un panel de consenso a ciegas.

RESULTADOS: De las 250 biopsias evaluadas, cuatro casos (1,6%) mostraron displasia, todos en pacientes con diagnóstico de EII de más de 20 años de evolución. Tres fueron clasificados como DC de tipo intestinal de bajo grado, mientras que el cuarto, inicialmente interpretado como negativo para displasia, fue posteriormente reclasificado como DNC deficiente en células caliciformes, por revisión histológica e inmunohistoquímica. En este último caso se evidenció un patrón de expresión mutado ("null") de p53 y expresión normal de SATB2. Adicionalmente, se identificaron otras alteraciones morfológicas, incluyendo AAC en un 4,8% de los casos y cambios hiperplásicos en un 4%.

CONCLUSIONES: Estos hallazgos destacan la importancia del cribado para la detección de DC y DNC en la EII mediante biopsias aleatorias y una evaluación histopatológica exhaustiva. La DC está bien reconocida, no obstante, la mayoría de patólogos no están familiarizados con los subtipos de DNC y, por ello, pueden pasar por alto algunas de estas lesiones displásicas al interpretarlas como benignas o reactivas. Sin embargo, su reconocimiento es fundamental, ya que algunos de estos subtipos parecen tener un alto riesgo de progresión (a displasia de alto grado o carcinoma colorrectal) y con frecuencia presentan alteraciones moleculares que se observan en neoplasias avanzadas.

Se ha descrito que las AAC persisten en la mucosa inflamada en casos de colitis ulcerosa de larga evolución y desaparecen cuando la inflamación cede, lo que sugiere una alteración patológica en la criptogénesis y posibles implicaciones en la progresión de la enfermedad. En nuestro estudio, la incidencia de AAC fue del 4,8%, lo que respalda la necesidad de una evaluación más detallada sobre su relevancia en la vigilancia histopatológica y su impacto en la evolución de la enfermedad. Dado que el interés clínico de estos hallazgos aún no está completamente definido, futuros estudios deberían profundizar en su posible relación con la progresión de la enfermedad.

En conclusión, este estudio enfatiza el valor de las biopsias aleatorias en el cribado de displasia en la EII y la necesidad de una evaluación histopatológica detallada. La identificación precisa de patrones displásicos, tanto convencionales como no convencionales, es esencial para mejorar la estratificación del riesgo y proporcionar criterios diagnósticos más precisos para la interpretación histopatológica. El impacto de la DNC y otras alteraciones histopatológicas asociadas a la criptogénesis en la progresión de la enfermedad y el desarrollo de neoplasia colorrectal en pacientes con EII sigue siendo un área de estudio fundamental.

HAMARTOMA NEUROMUSCULAR Y VASCULAR DE APÉNDICE. A PROPOSITO DE DOS CASOS.

Aguirrezabal Marcotegui, Leire; Pereda Martinez, Esther; Fernandez De La Prieta, Iria; Alvarado Cuenca, Irene; Calvo Torio, Paula; Gaafar, Ayman; Arbide Del Rio, Nagore
Presentador: Aguirrezabal Marcotegui, Leire

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hamartoma neuromuscular y vascular es una entidad benigna, descrita inicialmente por Fernando y McGovern en 1982. Son pocos los casos publicados en la literatura médica y la mayoría se han descrito a nivel del intestino delgado. Su etiología no está completamente esclarecida y clínicamente cursa con síntomas abdominales inespecíficos, como pueden ser el dolor abdominal, las náuseas, los vómitos, incluso el sangrado gastrointestinal. Presentamos dos casos clínicos con diagnóstico de hamartoma neuromuscular y vascular de apéndice.

MATERIAL Y MÉTODOS: El primer caso, es el de una mujer de 89 años, con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, Enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo, que consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y vómitos de horas de evolución. Tras una analítica de sangre y un TAC abdominal con el diagnóstico de apendicitis aguda, se le realiza una apendicectomía laparoscópica urgente. El segundo caso, es el de una mujer de 65 años, con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo 2, colon irritable, poliartritis, depresión y fibromialgia. Es derivada a consultas de Coloproctología por dolor abdominal de meses de evolución. El TC abdominal revela un posible mucocelo apendicular, por ello, se decide realizar una apendicectomía laparoscópica programada.

RESULTADOS: Macroscópicamente, el apéndice del primer caso presenta un ligero aumento del tamaño habitual, el del segundo caso, en cambio, el aumento del diámetro es significativo, de hasta 2 cm. En ambos, se palpa una pared de consistencia firme y se observa la luz oculta. Histológicamente, muestran la mucosa sustituida por una proliferación desorganizada de fibras musculares lisas (inmunohistoquímicamente positivas para actina y desmina), vasos sanguíneos de paredes gruesas (positivos para CD34 y CD31) y estructuras nerviosas con células ganglionares dispersas (positivas para S100 y calretinina).

CONCLUSIONES: El hamartoma neuromuscular y vascular, es una entidad poco frecuente que clínicamente es indistinguible de otras patologías apendiculares, por lo que el diagnóstico definitivo solo es posible mediante el estudio histológico. A pesar de su rareza, su conocimiento es relevante, tanto para evitar confusiones diagnósticas con otras neoplasias, como para realizar el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda. La etiología aún no está esclarecida, pero se cree que puede representar una anomalía del desarrollo o una respuesta reactiva a los estímulos crónicos, como la inflamación o la isquemia. La apendicectomía es curativa, puesto que la lesión carece de potencial maligno.

UN HALLAZGO NEUROENDOCRINO EN UNA REGIÓN POCO USUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vega Vega, Alma Dámaris; Delgado Sánchez, Julio José
Presentador: Vega Vega, Alma Dámaris

HUGO DR. NEGRÍN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de origen neuroendocrino son entidades infrecuentes, que principalmente se manifiestan en el tracto gastrointestinal siendo mayor su prevalencia en estómago. Sin embargo, su presentación en el esófago es inusual. En los últimos años ha habido aumento de la incidencia en esta localización, por lo que esta entidad debería considerarse en el diagnóstico diferencial histopatológico de las neoplasias esofágicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 83 años, pluripatológico, con antecedentes de esófago de Barrett, que a raíz del estudio por clínica de disfagia progresiva, se detectó en pruebas de imagen un engrosamiento parietal esofágico con diagnóstico de carcinoma de células pequeñas de esófago medio (T2N1M0) siendo intervenido posteriormente de forma programada.

Se recibe en fresco una pieza de esofaguectomía constituida por un segmento esofágico de 13 cm de longitud y estómago con una línea de grapas correspondiente a margen quirúrgico distal de 18cm. A la apertura del esófago se objetiva una tumoración exofítica blanquecina de 3x2.5cm con un área ulcerada en su epicentro con un espesor de 0.7cm infiltrando hasta la capa muscular a nivel macroscópico.

Se realizó estudio con H&E e inmunohistoquímico: CAM 5.2, AE1/E3, sinaptofisina, cromogranina, p40, p63 y vimentina.

RESULTADOS: Se identifica una tumoración en sábanca que muestra dos componentes de morfología diferenciada. Uno de ellos constituido por células de pequeño tamaño con escaso citoplasma, ovoides y que muestran una relación N/C aumentada, mostrando núcleos hiper cromáticos e irregulares, con cromatina de aspecto granular. Junto a éste se objetiva entremezclado un segundo componente entremezclado, constituido por una proliferación celular de células con citoplasma más amplio, mostrando núcleos elongados con nucleolo prominente que incluye áreas fusocelulares y células gigantes multinucleadas tumorales. Este tumor infiltra la muscular propia.

Se evidencian numerosas mitosis en toda la extensión tumoral y extensa invasión linfovascular.

El tumor muestra expresión de marcadores neuroendocrinos. En conclusión, resulta compatible con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino con dos componentes, uno de célula pequeña y otro de célula grande con presencia de células multinucleadas.

CONCLUSIONES: Dentro de las neoplasias neuroendocrinas, el carcinoma neuroendocrino primario esofágico es poco usual. Empero, su incidencia ha ido en aumento llegando a representar hasta un 2% de todos los carcinomas esofágicos.

La OMS incluye para su diagnóstico como criterio esencial una morfología sugestiva de diferenciación neuroendocrina que debe ser confirmada mediante inmunohistoquímica. Actualmente se consideran dos tipos morfológicos: de células pequeñas (más frecuente) y de células grandes. Asimismo, se han descrito variantes mixtas mucho más infrecuentes como la presente en nuestro paciente.

Se han postulado varias teorías sobre un posible origen derivado de las células de Merkel (CK20 +), frente a un origen de células madre (p63 +).

Tener un conocimiento profundo de las características histopatológicas de estos carcinomas neuroendocrinos inusuales, pero con elevado potencial maligno, permite el diagnóstico precoz y manejo adecuado, consiguiendo una mejora tanto de la supervivencia como de la calidad de vida de estos pacientes. En nuestro caso, tras más de 12 meses de seguimiento, nuestro paciente se mantiene con buena calidad de vida sin recidiva de la enfermedad.

MÁS ALLÁ DEL ADENOCARCINOMA CONVENCIONAL DE COLON

Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Sánchez Muñoz, César; Recuero Pradillo, María; Romo Navarro, Ángel; Emparanza García, Cayetana; García Rivas, Manuel; Parra Tercero, Ana Rosa; Yunge Del Pozo, Gonzalo; García López, Henar; López Clemente, Daniel
Presentador: Manzanero Gómez, Juan Eugenio

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial. Su clasificación histológica incluye adenocarcinomas convencionales y variantes menos comunes con características morfológicas y pronósticas particulares. El carcinoma medular de colon es una entidad poco frecuente, caracterizada por un patrón de crecimiento sólido, una intensa respuesta linfoidal y una asociación frecuente con inestabilidad de microsatélites y mutaciones en BRAF, lo que influye en su pronóstico y opciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 74 años a quien, durante un estudio de extensión por patología vascular, se le identificó una lesión pancreática que, en estudios posteriores y tras la cirugía, se catalogó como una colección purulenta, probablemente secundaria a una microperforación. En la evaluación complementaria mediante colonoscopia, se halló una neoformación ulcerada de la que se tomaron biopsias. Posteriormente, se realizó una hemicolectomía izquierda, permitiendo el estudio anatomopatológico completo.

RESULTADOS: Los hallazgos histológicos en la biopsia de la colonoscopia mostraron una neoplasia pobremente diferenciada, de crecimiento sólido, con reacción linfocítica estromal intensa. La inmunohistoquímica fue positiva para CKAE1/AE3, CK7, CK18 y SATB2, mientras que resultó negativa para CK20, CK17 y CDX2. Los marcadores neuroendocrinos, incluyendo cromogranina y sinaptofisina, fueron negativos, al igual que WT1, calretinina y alfa-1 antitripsina. Además, se observó una expresión alterada de las proteínas reparadoras de ADN: MLH1 y PMS2. Se detectó la mutación BRAF c.1799 T>A (p.V600E) mediante la técnica de High Resolution Melting (HRM).

En la pieza de hemicolectomía izquierda, se confirmó la infiltración tumoral en la capa muscular propia y la grasa pericólica. Se aislaron 15 ganglios linfáticos, todos ellos negativos para metástasis; clasificándose como pT3 pN0.

CONCLUSIONES: El carcinoma medular de colon es una entidad infrecuente que puede simular otros tumores indiferenciados. Su reconocimiento es crucial, ya que su asociación con inestabilidad de microsatélites puede orientar estrategias terapéuticas y sugiere un mejor pronóstico en comparación con los adenocarcinomas indiferenciados convencionales.

La relevancia de este caso radica en su diagnóstico diferencial con una posible neoplasia pancreática. La inmunohistoquímica del carcinoma medular de colon es totalmente diferente a la de un adenocarcinoma convencional de colon, lo que cobra especial importancia en casos como este, en los que inicialmente se sospecha una tumoración pancreática. Esto resalta la necesidad de una evaluación morfológica e inmunohistoquímica exhaustiva, fundamental para alcanzar un diagnóstico certero, especialmente en tumores pobremente diferenciados

CARCINOMA ESCAMOSO METASTÁSICO DE ORIGEN INUSUAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Cigüenza Sancho, Sonia; Gutiérrez Martín, Antonia; Valles Cancela, Mauro Antonio; Vaillo Vinagre, Agustín; Pardo López, María Luisa

Presentador: Cigüenza Sancho, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BÁRBARA DE SORIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamoso (CE) es un tumor ubicuo constituido por células epiteliales con puentes intercelulares o queratinización que, sin embargo, en el estómago es tan infrecuente (<0,1%) que los datos epidemiológicos son muy limitados, no habiéndose identificado características pronósticas específicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Describimos el caso de una paciente de 80 años de edad, independiente para las ABVD, con antecedente de carcinoma urotelial de vejiga (pT1G3) y carcinoma de mama izquierda (pT4bNOM0), hace 5 y 23 años respectivamente. Ante una clínica de síndrome constitucional y disfagia de varios meses de evolución, con elevación de CEA, se realizan TC toraco-abdomino-pélvico y gastroscopia. En la primera prueba, se observan varias lesiones: un nódulo pulmonar en LMD de 16 mm, tres nódulos hepáticos de entre 14 y 36 mm, una lesión gástrica y varias lesiones uterinas calcificadas. La endoscopia muestra una lesión estenosante en cuerpo alto gástrico, con engrosamiento parietal heterogéneo, a 4 cm de cardias, de la que se toman biopsias. Más adelante se realiza PET-TAC, con desaparición del nódulo pulmonar (lo que sugiere etiología infecciosa resuelta), captación centrouterina (de la que se toma biopsia) y adenopatías hipermetabólicas en tronco celíaco, gastrohepáticas y retrocraurales. Una RMN pélvica posterior no identifica la lesión uterina ni otras sospechosas. Se procede al estudio histológico del tejido fijado en formol, mediante tinción con Hematoxilina-Eosina y técnicas IHQ.

RESULTADOS: En el estudio microscópico de las biopsias gástricas (se realizaron dos diferentes, con idéntico resultado) se observa una proliferación celular epiteloide con fenotipo epidermoide, moderadamente diferenciada; cuyo estudio IHQ muestra expresión de p63 y p40 con negatividad para CK7, CK20 y CDX2. No se observa componente de adenocarcinoma. Dada su infrecuencia, se sugiere descartar otro posible origen primario y, una vez excluido, estudiar la lesión completa para descartar origen glandular asociado. Se biopsia una lesión hepática, con diagnóstico de metástasis de CE (positivo para CK AE1/AE3, CK5/6 y p40 y negativo para CEA, TTF-1 y CK20). Her2 y PD-L1 (CPS) resultan negativos y la IMS, no muestra mutaciones. Más adelante se biopsia el endometrio, que muestra fragmentos de endometrio atrófico conservado junto a otros correspondientes a dos poblaciones escamosas diferentes: una de ellas superponible al ca. escamoso no queratinizante de origen gástrico (RE-, p40+, elevado Ki-67), y la otra concordante con epitelio exocervical representado por arrastre, sin atipia (RE+, p40+, Ki-67 muy bajo). Recientemente, se procede al estudio de una adenopatía de tronco celíaco mediante PAAF transgástrica, concordante con metástasis de ca. epidermoide.

CONCLUSIONES: El CE gástrico parece comportarse de manera más agresiva que el adenocarcinoma, en el mismo estadio de enfermedad, siendo probablemente el estadio al diagnóstico el principal determinante del pronóstico. En nuestro caso, la paciente sigue viva 1 año tras el diagnóstico inicial, habiendo recibido tratamiento quimioterápico con Carboplatino + Paclitaxel, con respuesta radiológica parcial de las lesiones y adenopatías. Se suspendió por toxicidad acumulada y se volvió a reiniciar por progresión de la enfermedad, tras un intervalo libre de 8 meses, en segunda línea con Gemcitabina.

TISSUE PCR TO COMPLEMENT HISTOLOGICAL DIAGNOSIS AND MONITOR TREATMENT IN WHIPPLE'S DISEASE.

Celeiro Muñoz, Catuxa; Treviño Castellano, María Mercedes; Pereira Pardo, Sara; De Castro Puente, Miriam; Gago Hermida, María Dolores; Pintos Martínez, Elena

Presentador: Celeiro Muñoz, Catuxa

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Despite all the advances in the field of diagnostic tools, Whipple's disease remains difficult to diagnose because the clinical presentation can be highly variable and with symptoms that are not specific. In addition, it can take a long time between the first symptoms and the full clinical picture. Fluid PCR has proven to be an important adjunctive tool to establish the diagnosis of Whipple's disease, especially in patients with unusual presentations and when the diagnosis cannot be confirmed histologically. It may also be useful for monitoring treatment of the disease. In this work, we have attempted to elucidate the role of tissue PCR in the diagnosis and treatment monitoring of Whipple's disease, as it has been suggested in the literature, but has not been implemented in the hospital. This work was carried out jointly with the hospital's Microbiology Service.

MATERIAL Y MÉTODOS: A total of 13 biopsies from 8 patients with Whipple's disease who were diagnosed between 2003 and 2022 were studied. Clinicopathological and microbiological data were documented. All biopsies were obtained endoscopically and were from the duodenum except one from the jejunum and one from the stomach. The diagnosis of Whipple's disease was made on the basis of histological findings and was confirmed by PCR on tissue in all cases. In three patients we were able to evaluate the histological and microbiological response to treatment by histological study and tissue PCR in biopsies before and after therapy. The histological study was performed by evaluating HE and the special techniques PAS, PAS-D and ZN. Detection of the bacterial genome was performed by real-time PCR amplification of repeated sequences of the WISP protein family with Real Cycler TRWH reagents (Progenie Molecular, Spain) according to the manufacturer's specifications, according to which the detection limit is 10 copies/mL.

RESULTADOS: All biopsies without effect of therapy showed histological features typical of Whipple's disease except two. These cases had unusual features and the diagnosis had not been made at biopsy; one was diagnosed as duodenitis and the other as gastritis. The diagnosis of Whipple's disease was made months later by performing a second duodenal biopsy which was diagnostic in the first case and in the duodenal and jejunal biopsies in the second case. In all pre-treatment samples the PCR was positive for Whipple's tropheryma. All three post-treatment biopsies showed the characteristics of partial response described in the literature. PCR was positive in biopsies four and six months post-treatment and negative after more than 12 months of antibiotics.

CONCLUSIONES: PCR is a useful tool that helps confirm the diagnosis of Whipple's disease, especially in cases with unusual histological features, and is also very useful for monitoring treatment. PAS staining methods are retained for months after initiation of therapy, despite clinical improvement while conversion of the Whipple's PCR result from positive to negative occurs before clearance of PAS-positive foamy macrophages. It should be borne in mind that the involvement may be patchy so we believe it is more cost-effective for PCR on the tissue to be done after histological assessment.

CARCINOMA DE COLON CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: ANÁLISIS DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Del Pino Jiménez, Pablo; Langmuir Sanchez, Andrés; Mantztizidor Otaegi, Oihan; Scholtus, Agustina; Tarragona, Jordi
Presentador: Del Pino Jimenez, Pablo

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de colon de células en anillo de sello (SRCC) es una variante poco frecuente y agresiva del cáncer colorrectal, caracterizada por células con citoplasma mucinoso y núcleos desplazados hacia la periferia. Su pronóstico es generalmente desfavorable debido a su comportamiento infiltrante y diagnóstico tardío. La inestabilidad de microsatélites (MSI), una alteración molecular resultante de defectos en los mecanismos de reparación del ADN por emparejamiento (MMR), ha sido identificada en un subgrupo de estos tumores y podría tener implicaciones pronósticas y terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio, se presentan tres casos de pacientes diagnosticados con SRCC de colon. Se realizó análisis inmunohistoquímico de las proteínas MMR (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2) así como análisis genético de los marcadores moleculares más influyentes en el pronóstico como lo son la presencia de mutaciones en los genes KRAS, NRAS y BRAF.

RESULTADOS: Uno de los tres casos mostró pérdida de expresión de MLH1 y PMS2, confirmando la presencia de MSI-H (alta inestabilidad de microsatélites), mientras que los otros dos casos presentaron un fenotipo estable (MSS). Clínicamente, el caso con MSI-H se asoció con una mejor respuesta a la inmunoterapia, mientras que el caso MSS tuvo un curso más agresivo y menor supervivencia. Además, dentro de los genes evaluados durante la práctica clínica diaria, se ha relacionado la mutación de BRAF V600E como un factor que empeora el pronóstico en los casos MSI-H.

CONCLUSIONES: Estos hallazgos resaltan la importancia de la evaluación del estado de MSI en el SRCC de colon, ya que influye en la selección de estrategias terapéuticas, particularmente en la indicación de inmunoterapia basada en check-point inhibitors (anti-PDL1,...). Junto con el estado de MSI, la pérdida de heterozigosidad representan los dos hallazgos moleculares más frecuentes en los SRCC. Sin embargo, el empeoramiento en el pronóstico que se observa en los casos con MSI-H y mutación de BRAF V600E sugiere que la biología de estos tumores pudiera resultar mas compleja. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la literatura para identificar otras alteraciones moleculares potencialmente involucradas en la patogénesis y progresión de esta neoplasia.

LA IMPORTANCIA DEL TALLADO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS DE PÁNCREAS

Gómez Sánchez, Luis; Pemintel Cussí, Juan José; Jiménez Lara, Araceli; Pérez Jiménez, Montserrat; Herreros Fernández-Arroyo, Pablo; De Lara Simón, Isabel María; Ramos Rodríguez, Claudia Carolina; González López, Lucia; Villasanti Rivas, Natalia; Fernández-Pacheco Sánchez-Migallón, Pedro; Álvarez Díaz, Silvia
Presentador: Gómez Sánchez, Luis

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de páncreas en piezas quirúrgicas siempre han resultado un desafío en el tallado por parte de patólogos y residentes. Pero, ¿únicamente en el tallado? A nivel microscópico es cierto que una de las más frecuentes y conocidas es el adenocarcinoma ductal. En otras ocasiones nos encontramos con lesiones quísticas e intraductales, neoplasias neuroendocrinas o lesiones menos frecuentes (carcinoma de células acinares, adenoescamoso, etc). Sin embargo, el desafío es aún mayor cuando vemos una neoplasia completamente indiferenciada que, sin la ayuda de la inmunohistoquímica, podría ser "cualquier cosa".

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 67 años con neoplasia pancreática de 6 cm sometida a pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía y nefrectomía radical. En el tallado, se aplica el protocolo habitual de piezas quirúrgicas de páncreas para poder llegar a un informe anatomopatológico completo. En un principio, de la lesión se incluyen para estudio varios cortes representativos, al ser muy grande para incluirla completa. Posteriormente se estudia con HE y técnicas de inmunohistoquímica.

RESULTADOS: Microscópicamente se observa una proliferación infiltrante que se compone principalmente de células neoplásicas con mucha atipia, a veces de aspecto sarcomatoide o multinucleadas, así como material osteoide, extensa necrosis y hemorragia. Destaca la presencia de hasta 43 mitosis en 10 campos de gran aumento, muchas de ellas atípicas. También se observan algunas células gigantes de tipo osteoclasto sin atipia, mucho menos llamativas. Ante esta neoplasia indiferenciada, se piden técnicas de inmunohistoquímica para determinar estirpe e intentar llegar a una entidad concreta. Así, las células neoplásicas expresan de forma intensa vimentina, mientras que son completamente negativas para CK AE1/AE3, melan-A y CD45. Se pide un amplio panel posterior, en el que destaca la negatividad para varios marcadores epiteliales (CK19, CK5/6, CK34 beta E12, CK7 y CK20) pero la positividad parcheada para otros (p63, CK8/18 y EMA). Con CD68 se observan numerosos histiocitos mononucleados y las células gigantes de tipo osteoclasto. Con todo ello, se plantea la posibilidad de un carcinoma indiferenciado con células gigantes de tipo osteoclasto. Esta entidad suele presentar un componente precursor de adenocarcinoma ductal convencional, a veces mínimo y difícil de detectar. Por ello, se procedió al retallado de la pieza para incluir y estudiar toda la lesión. Tan solo en uno de los 51 bloques incluidos se identificó un pequeño foco de adenocarcinoma ductal convencional que ocupaba menos del 1% de toda la neoplasia, lo que terminó de confirmar el diagnóstico.

CONCLUSIONES: En múltiples ocasiones, un buen tallado puede dar la clave a la hora de llegar a un diagnóstico concreto. En el caso particular del páncreas, a veces es necesario un estudio exhaustivo macroscópico de toda la lesión que nos facilite determinar de qué neoplasia se trata, especialmente en diferentes tipos de carcinomas muy poco diferenciados. El carcinoma indiferenciado de páncreas con células gigantes de tipo osteoclasto es una entidad reconocida por la WHO, que se compone de células neoplásicas muy atípicas (a veces sarcomatoides y con elementos heterólogos), macrófagos mononucleados no neoplásicos y células gigantes tipo osteoclasto no neoplásicas. Su asociación con un pequeño componente de adenocarcinoma ductal convencional demuestra su origen epitelial, y en caso de no verlo, su búsqueda minuciosa es necesaria.

UN HALLAZGO NEUROENDOCRINO EN UNA REGIÓN POCO USUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vega Vega, Alma Dámaris; Delgado Sánchez, Julio José; Mayorga Ortiz, Lina Paola; Perera Gordo, Enzo; Expósito Remedios, Irene
Presentador: Vega Vega, Alma Dámaris

HUGG DR. NEGRÍN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de origen neuroendocrino son entidades infrecuentes, que principalmente se manifiestan en el tracto gastrointestinal siendo mayor su prevalencia en estómago. Sin embargo, su presentación en el esófago es inusual. En los últimos años ha habido aumento de la incidencia en esta localización, por lo que esta entidad debería considerarse en el diagnóstico diferencial histopatológico de las neoplasias esofágicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 83 años, pluripatológico, con antecedentes de esófago de Barrett, que a raíz del estudio por clínica de disfagia progresiva, se detectó en pruebas de imagen un engrosamiento parietal esofágico con diagnóstico de carcinoma de células pequeñas de esófago medio (T2N1M0) siendo intervenido posteriormente de forma programada.

Se recibe en fresco una pieza de esofaguectomía constituida por un segmento esofágico de 13 cm de longitud y estómago con una línea de grapas correspondiente a margen quirúrgico distal de 18cm. A la apertura del esófago se objetiva una tumoración exofítica blanquecina de 3x2.5cm con un área ulcerada en su epicentro con un espesor de 0.7cm infiltrando hasta la capa muscular a nivel macroscópico.

Se realizó estudio con H&E e inmunohistoquímico: CAM 5.2, AE1/E3, sinaptofisina, cromogranina, p40, p63 y vimentina.

RESULTADOS: Se identifica una tumoración en sábana que muestra dos componentes de morfología diferenciada. Uno de ellos constituido por células de pequeño tamaño con escaso citoplasma, ovaladas y que muestran una relación N/C aumentada, mostrando núcleos hiperocrómicos e irregulares, con cromatina de aspecto granular. Junto a éste se objetiva entremezclado un segundo componente entremezclado, constituido por una proliferación celular de células con citoplasma más amplio, mostrando núcleos elongados con nucleolo prominente que incluye áreas fúsculas y células gigantes multinucleadas tumorales. Este tumor infiltra la muscular propia. Se evidencian numerosas mitosis en toda la extensión tumoral y extensa invasión linfovascular.

El tumor muestra expresión de marcadores neuroendocrinos. En conclusión, resulta compatible con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino con dos componentes, uno de célula pequeña y otro de célula grande con presencia de células multinucleadas.

CONCLUSIONES: Dentro de las neoplasias neuroendocrinas, el carcinoma neuroendocrino primario esofágico es poco usual. Empero, su incidencia ha ido en aumento llegando a representar hasta un 2% de todos los carcinomas esofágicos.

La OMS incluye para su diagnóstico como criterio esencial una morfología sugestiva de diferenciación neuroendocrina que debe ser confirmada mediante inmunohistoquímica. Actualmente se consideran dos tipos morfológicos: de células pequeñas (más frecuente) y de células grandes. Asimismo, se han descrito variantes mixtas mucho más infrecuentes como la presente en nuestro paciente.

Se han postulado varias teorías sobre un posible origen derivado de las células de Merkel (CK20 +), frente a un origen de células madre (p63 +).

Tener un conocimiento profundo de las características histopatológicas de estos carcinomas neuroendocrinos inusuales, pero con elevado potencial maligno, permite el diagnóstico precoz y manejo adecuado, consiguiendo una mejora tanto de la supervivencia como de la calidad de vida de estos pacientes. En nuestro caso, tras más de 12 meses de seguimiento, nuestro paciente se mantiene con buena calidad de vida sin recidiva de la enfermedad.

OUR OWN EXPERIENCE WITH CLAUDIN18.2 IN GASTRIC AND OESOPHAGEAL JUNCTIONAL ADENOCARCINOMA: A CASE STUDY WITH 57 PATIENTS

Celeiro Muñoz, Catuxa; Sanromán Budiño, Begoña; Queipo Gutiérrez, Francisco Javier; Reguera Arias, Ana; Bescansa Pous, Ivet; Bustó Lodeiro, Eladio; Seijo Raposo, Jorge; Hermida Romero, Teresa; Concha López, Ángel
Presentador: Celeiro Muñoz, Catuxa

CHUAC

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: The biomarkers used to identify patients with gastric and oesophageal junctional adenocarcinoma for targeted therapy increased with the recent introduction of immunohistochemical assessment of claudin18.2 (CLDN18.2) for treatment with a monoclonal antibody (Zolbetuximab) targeting this molecule. Zolbetuximab is able to mediate cell death of CLDN18.2 positive cancer cells by antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity and complement-dependent cytotoxicity. The proposed cut-off point for its use is that there is membrane staining in >75% of tumour cells. While to date is still under clinical trials, its high potential calls for its assessment. Here we present our caseload of 57 patients using this biomarker and correlate with other daily-routine biomarkers, as well as with the clinical-pathological data. The aim is for this process to serve as a check on how we are performing the evaluation.

MATERIAL Y MÉTODOS: At our Anatomical Pathology department, we evaluated claudin18.2 expression, HER2 status, mismatch repair deficiency (MMRd) and PDL-1 expression by CPS in 57 gastro-oesophageal junction and gastric adenocarcinomas. We correlated the results with clinicopathological data and with emerging results from the literature. In cases with metastatic lesions, biomarker studies were repeated in the metastatic lesion. From June 2024 to date, 57 cases of gastric adenocarcinoma/gastro-oesophageal junction were diagnosed; 41 patients were male and 16 female. The diagnosis was made by endoscopic biopsy in 44 patients, by needle biopsy in 2 patients and in 11 patients the diagnosis was made on surgical specimen of gastrectomy or metastatic resection.

RESULTADOS: Overall, we observed significantly higher claudin18.2 positivity than described in the literature: 52% (28/54) versus 38% (1730/4507) reported in the series with the highest number of cases [Shitara, K. et al, J Clin Oncol. 2023; 41:4035-4044]. The overlap with other antibodies is scarce: 2/54 with MMRd, 4/54 with PDL1 expression, and 5/54 with HER2 positive. Among subtypes a higher expression of claudin18 with poorly differentiated is observed (25%, 7/28).

CONCLUSIONES: It must be noted that in most cases, assessing positivity is relatively easy. Due to the small size of our sample, interpretation of our results in comparison with other studies is to be considered with caution – increasing the sample size is a main goal for continuing further work. Nevertheless, the results already highlight the importance of tissue section on a glass slide internal controls: we observed one case without internal control that was negative (false negative), which we noticed because it did not test well on the glass slide control. It had to be repeated and the case was changed from negative to positive.

CONOCIENDO A LA CLAUDINA 18.2

García Martín, Rosa María; Redondo Sobrino, M.Pilar; Carrizo Mijarra, Nuria; De Lucas García, Paula; Rodríguez Peralto, Jose Luis

Presentador: García Martín, Rosa María

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico ocupa los primeros puestos de muerte por cáncer en el mundo. La mayoría de los pacientes son diagnosticados cuando el cáncer se encuentra en estadios avanzados o metastásicos, lo que disminuye la posibilidad de cirugía, siendo su tratamiento una combinación específica de medicamentos con resultados inciertos. Analizamos la Claudina 18.2 (CLDN) como un nuevo biomarcador promotor utilizado en cáncer gástrico (CG) y de la unión gastroesofágica.
MATERIAL Y MÉTODOS: En base a los resultados obtenidos en los ensayos en fase III SPOTLIGHT y GLOW que demuestran la eficacia de Zolbetuximab en combinación con quimioterapia en pacientes con CG avanzado CLDN 18.2 positivo. Así como, en las recomendaciones de la FDA en su aprobación de Zolbetuximab como anticuerpo monoclonal contra la CLDN 18.2. Se analiza la biología molecular de la CLDN 18.2. Se describe la correcta selección de pacientes por inmunohistoquímica (IHQ). Se define como realizar la valoración de los patrones de expresión para su evaluación.
RESULTADOS: La Claudina 18 es una proteína transmembranal que presenta dos isoformas: CLDN 18.1 y CLDN 18.2. Se expresa principalmente en el tejido gástrico normal y esta implicada en la unión de las células epiteliales, ejerciendo una función de barrera, resistencia ácida y polaridad celular. Durante la malignización de las células gástricas se produce una pérdida de polaridad celular lo que ocasiona una exposición de la CLDN18.2 en la superficie celular. Esta característica facilita la unión de Zolbetuximab, anticuerpo monoclonal caracterizado por una alta especificidad y afinidad por la CLDN 18.2(Monoterapia), siendo capaz de mediar la muerte celular de estas células positivas para CLDN 18.2.
 La expresión de CLDN 18.2 se evalúa mediante IHQ. La FDA aprobó también para la selección de pacientes susceptibles de monoterapia, el ensayo Ventana CLDN 18(43-14A) para la realización de la tinción IHQ automatizada en sus plataformas BenchMark. El anticuerpo CLDN 18(43-14A) de Ventana, reconoce el extremo C-terminal de la CLDN 18, no siendo específico para la CLDN 18.2, aunque esto no parece ser un problema, dada la insignificante cantidad de la isoforma CLDN 18.1 que se encuentra en el estómago.
 La evaluación de la CLDN 18.2 es relativamente sencilla. Una célula se considera positiva cuando presenta una tinción membranosa nítida (completa, lateral o basolateral). Se definió el valor de corte propuesto como una tinción de membrana para CLDN 18.2 de moderada a fuerte al menos en el 75% de las células tumorales. La tinción granular de membrana, la tinción nuclear y la inmunoreactividad citoplásmica no deben interpretarse como positivas a efectos de puntuación. La intensidad de la tinción se puntúa entre 0 y 3+ (ausente=0, débil=1+, moderada=2+ y fuerte=3+). Las lesiones precursoras (metaplasia, displasia) pueden expresar CLDN 18.2 pero no deben incluirse en la puntuación. Tanto las muestras quirúrgicas como las biopsias son aceptables para la prueba CLDN 18.2. En el caso de las muestras metastásicas obtienen una buena concordancia con la biopsia, aunque en algunos casos con pocas células malignas se requieren entre 50 y 100 células neoplásicas viables para hacer una evaluación adecuada de la expresión de CLDN 18.2.
CONCLUSIONES: La expresión IHQ de CLDN 18.2 es utilizada con éxito en la práctica diaria para la clasificación de pacientes con CG. Hemos descrito los aspectos mas importantes de la tinción e interpretación de esta proteína.

DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DEL TUMOR MESOTELIAL PAPILAR BIEN DIFERENCIADO: UN CASO CLÍNICO

Moreno Iberico, Alejandra; Tristán Martín, Belén; Segovia Blázquez, Beatriz; Tur González, Raquel; Sánchez Vázquez, Laura; Martín López, María Del Rocío

Presentador: Moreno Ibérico, Alejandra

HOSPITAL UNIV. BASURTO. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor mesotelial papilar bien diferenciado es una neoplasia rara derivada del mesotelio, con comportamiento clínico predominantemente benigno que suele localizarse en pleura o peritoneo. En más del 90% de los casos se identifican incidentalmente durante una cirugía abdominal por otra causa, y su diagnóstico diferencial incluye neoplasias malignas como el mesotelioma. Su reconocimiento es fundamental para evitar tratamientos agresivos innecesarios
MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudió un caso de una paciente de 54 años que se le realiza una intervención quirúrgica por diverticulitis crónica fistulizada a ovario izquierdo. Durante el procedimiento se identifica un tejido fungoide en epiplon mayor que se biopsia. Se realizó biopsia escisional con estudio histopatológico e inmunohistoquímica (H&E, calretinina, WT1, D2-40) para caracterización celular.
RESULTADOS: Macroscopicamente se trataba de un fragmento papilar de 2 cm. El examen histológico reveló una proliferación constituida por formaciones estromales papilares revestidas por células mesoteliales bien diferenciadas, sin atipia significativa ni actividad mitótica aumentada. Las células expresaron positividad para calretinina, WT1 y D2-40, confirmando su origen mesotelial. No se identificaron cuerpos de Psammoma ni se evidenció invasión de estructuras adyacentes ni signos de malignidad.
CONCLUSIONES: El tumor mesotelial bien diferenciado es una entidad poco frecuente que debe considerarse en el diagnóstico de masas peritoneales/pleurales, la difuso, se recomienda el término "tumor mesotelial papilar bien diferenciado", en lugar del término histórico "mesotelioma papilar bien diferenciado".

SARCOMA DE KAPOSI GÁSTRICO EN PACIENTE CON VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Racean , Steliana Florina; Galan , Nicoleta Elena; Gascón Meléndez, Neyla Judith

Presentador: Racean , Steliana Florina

HOSPITAL SAN PEDRO LOGROÑO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia angioproliferativa asociada a la infección por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) y su presentación es más frecuente en pacientes con VIH. Este tipo de neoplasia constituye el 60% de los tumores en pacientes con VIH, siendo el sarcoma de Kaposi gástrico la neoplasia abdominal más común en esta población. Alrededor del 50% de los SK gástricos se diagnostican en estado de SIDA y en coexistencia de SK cutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 33 años, recientemente diagnosticado con infección por VIH y grave inmunodepresión (CD4: 35 células/7L), quien acude a consulta por disfagia progresiva a sólidos. Ante este cuadro clínico, se realiza una gastroscopia en la que se observa una úlcera fibrinada en hipofaringe como causa de la disfagia. Además, se aprecian incidentalmente unos pseudonódulos eritematosos múltiples en el fundus y cuerpo gástrico que se biopsian.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico de las lesiones pseudonodulares evidencia la presencia en la mucosa gástrica de una proliferación de células fusiformes asociadas a luces vasculares dilatadas, sin atipia significativa y sin figuras de mitosis, con áreas de extravasación hemática. Mediante estudio inmunohistoquímico, dichas células muestran positividad nuclear para HHV-8, siendo compatibles con sarcoma de Kaposi gástrico.

CONCLUSIONES: El sarcoma de Kaposi es una entidad que debe ser considerada en pacientes con VIH y síntomas digestivos, especialmente en aquellos con inmunodepresión grave. El diagnóstico se basó en las características macroscópicas observadas en la endoscopia y en los hallazgos histopatológicos. Este caso subraya la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes con VIH para detectar y manejar oportunamente posibles neoplasias asociadas. El diagnóstico diferencial debe realizarse con linfomas no Hodgkin o tumores del estroma gastrointestinal y el tratamiento se basa en la terapia antirretroviral y la quimioterapia sistémica, además de radioterapia y otros tratamientos locales en casos seleccionados.

ASOCIACIÓN INUSUAL DE SCHWANNOMA Y TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) GÁSTRICOS SINCRÓNICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Murillo Lazaro, Cristina; Meléndez Asensio, Bárbara; García López, Henar; Ruiz Martín, Juan; Toledo Pacheco, Claudia Cristina

Presentador: Murillo Lázaro, Cristina María

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El Schwannoma es una neoplasia mesenquimal poco frecuente en el tracto gastrointestinal siendo la incidencia de GIST cincuenta veces mayor. La asociación entre ambas en un mismo paciente y de manera sincrónica es todavía más excepcional existiendo tan sólo dos casos más publicados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 64 años al que se le realiza una ecografía por sintomatología urológica evidenciando casualmente en la misma un engrosamiento de la pared gástrica, solicitando por ello un TAC donde se evidencia una lesión de 40 mm dependiente de la pared gástrica con sospecha de tumor mesenquimal tras realización de PAAF. Se realiza posteriormente resección gástrica de la lesión descrita y además se procede a la enucleación en la misma cirugía de una lesión colíndante de 20 mm no detectada previamente con técnicas de imagen.

RESULTADOS: La lesión de mayor tamaño se trata de una neoplasia fusocelular de haces de células que se entrecruzan con agregados linfoides en la periferia y que mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) es positiva para S-100, SOX-10 y PGFA y negativa para C-KIT , DOG-1 y donde se contabilizan hasta 2 mitosis/10 GCA siendo el diagnóstico de Schwannoma celular. La lesión de menor tamaño se trata una proliferación celular de morfología epiteloide que mediante IHQ resulta positiva focalmente para C-KIT y de manera difusa para DOG-1 y CD34 no contabilizándose figuras de mitosis siendo el diagnóstico de GIST. En ambas lesiones se realiza estudio molecular para detectar mutaciones en los exones 9 y 11 del gen C-KIT y mutaciones del exón 18 del gen PDGRF no detectando ninguna de ellas. Así mismo se realizó detección de la mutación del gen de NF1 y NF2 por secuenciación masiva (NGS) en tejido fijado en parafina no encontrando tampoco mutaciones. Posteriormente debido a que esta asociación en tan infrecuente se deriva al paciente al servicio de genética realizando un estudio del exoma clínico analizando mediante NGS un conjunto de 36 genes correspondientes a un panel de tumor del estroma gastrointestinal y Schwannomatosis tras extracción de ADN, no hallando ninguna variante patogénica en los genes estudiados.

CONCLUSIONES: Se presenta un caso de presentación simultánea de un Schwannoma gástrico que ya de por sí es muy infrecuente junto con un GIST epiteloide. Se realiza estudio molecular intentando dar una explicación a una posible alteración genética que pueda derivar en la aparición de estos tumores en un mismo paciente no encontrando ninguna después de analizar 36 genes por NGS en el servicio de genética además de estudio molecular de C-KIT y PDGRF en ambas lesiones no detectando ninguna de estas últimas ni en el Schwannoma ni curiosamente tampoco en nuestro GIST hecho que sucede tan sólo en los 15% de los GIST (no pudiendo excluir alguna mutación en algún exón no estudiada en este análisis). Anteriormente se han descrito dos casos similares uno Yang y col en 2017 y otro Yuxin y col en 2019. Estos últimos también realizaron estudio molecular no encontrando tampoco un mecanismo común implicado en el desarrollo de ambos aunque su estudio no incluyó NGS.

Nuestro caso se trata de la descripción de una asociación inusual de un Schwannoma y GIST gástrico pudiendo ser un hallazgo casual o existir en realidad un misma vía patogénica de algún gen no analizado en nuestro estudio y encontrarnos en realidad ante algún tipo de síndrome, siendo necesario más investigaciones para comprender la biología de estos tumores y poder tratarlos adecuadamente.

CARCINOMA MEDULAR DE COLON: SUBTIPO INFRECUENTE DE CARCINOMA COLORRECTAL. PERFIL CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO Y MOLECULAR DE 19 CASOS

Cristóbal Redondo, Víctor; Chilito Paredes, Paola Andrea; Calle Peñaranda, Nandy; Molina López, Juan Manuel; Blázquez Collado, Luis Alberto; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Troncoso Hernández, Evelyn; Payá Romá, Artemio; Alenda González, Cristina
Presentador: Cristóbal Redondo, Víctor

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR.BALMIS, ALICANTE. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE (ISABIAL).

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Descrito por primera vez en 1977 por Gibbs et al, el carcinoma medular de colon no sería incorporado en la Clasificación de Tumores del Aparato Digestivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta su Cuarta Edición, en 2010. Actualmente, se considera un subtipo infrecuente de adenocarcinoma colorrectal, con una incidencia estimada del 0,03%. Habitualmente, se asocia con inestabilidad de microsatélites, a menudo, en combinación de mutaciones en BRAF. Partiendo de una aproximación histológica tradicional, sería clasificado como alto grado, no obstante, la mayoría de estudios han notificado un pronóstico favorable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fueron incluidos aquellos casos seguidos y tratados en nuestro centro entre los años 2000-2024, con diagnóstico de carcinoma medular de colon, de acuerdo con los criterios morfológicos de la Quinta Edición de la OMS (arquitectura sólida/trabecular, márgenes de crecimiento expansivos y denso infiltrado linfocitario intraepitelial). Se exigió disponer de pieza quirúrgica y que el tumor correspondiese en, al menos, un 50% al patrón medular. Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de la información clínica de los pacientes y se reevaluaron los parámetros histológicos. La inestabilidad de microsatélites fue estudiada mediante inmunohistoquímica. Las mutaciones en BRAF y en KRAS se examinaron a través de PCR.

RESULTADOS: Un total de 19 casos cumplieron los criterios de selección: 11 mujeres (57,9%) y 8 hombres (42,1%), siendo la media de edad de 70 años (rango 45-91). 17 de ellos (89,5%) presentaron, en algún momento, clínica: dolor abdominal (9/19; 47,4%), alteración en el hábito deposicional (4/19; 21,1%), sangre en heces (4/19; 21,1%) y/o síndrome constitucional (6/19; 31,6%). En casi todos los casos (17/19; 89,5%), el tumor se localizó en colon derecho, con un tamaño medio de 6,62 cm (rango 2-10). 14 de ellos (73,7%) eran histológicamente puros, mientras que 5 (26,3%) coexistían con otros patrones morfológicos: tipo convencional (5) y mucinoso (2). La mayoría se presentaron en un estadio local avanzado, con un T3 (11/19; 57,9%) o un T4 (5/19; 26,3%). Se asociaron con un budding bajo (13/19; 68,4%), raramente se observó invasión perineural (2/19; 11,5%), sin embargo, en más de la mitad se identificó invasión venosa extramural (10/19; 52,6%), 6 casos (31,6%) se acompañaron de metástasis linfática y únicamente 2 (11,5%) debutaron con diseminación sanguínea, en hígado. La inestabilidad de microsatélites fue verificada en el 100% de los casos, con pérdida de MLH1 y PMS2. En cambio, la mutación en BRAF estuvo presente en 8/19 (42,11%), sin hallar mutación en KRAS en los casos estudiados (7). El tiempo de seguimiento medio de los pacientes fue de 45,8 meses, registrándose éxitos en 6/19 (31,6%), de los cuales, la mitad se produjo antes de los 7 meses.

CONCLUSIONES: El carcinoma medular de colon se trata de un subtipo muy inusual de cáncer colorrectal, siendo más frecuente en mujeres y con tendencia marcada a aparecer en colon derecho. Es importante distinguirlo del pobremente diferenciado o del indiferenciado, dado que su pronóstico es mejor, para lo que puede ser de gran utilidad comprobar la pérdida de proteínas reparadoras. Aunque 6 pacientes de nuestra cohorte terminaron en éxitos, la mitad sucedió dentro de los primeros 7 meses, lo que podría explicarse, en parte, por un riesgo incrementado de complicaciones en el período post-operatorio, tal y como se indica en algunos artículos.

¿PÓLIPO O INFECCIÓN? UN CASO INUSUAL DE MYCOBACTERIUM EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Puchaicela Godoy, María Gabriela; Calvo Martínez, Cristina; Herrero Aguilar, Ivet Alexandra; Mendizabal Cajal, Daniela
Presentador: Puchaicela Godoy, María Gabriela

HOSPITAL SON LLATZER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las infecciones gastrointestinales son las manifestaciones más frecuentes de los pacientes con VIH. La infección intestinal causada por el complejo *Mycobacterium avium* (MAC) afecta principalmente a individuos inmunodeprimidos con VIH y un recuento de CD4 menor de 50 células/μl, siendo esta una manifestación de la enfermedad diseminada del SIDA. Presenta una alta afinidad por el duodeno. Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y adenopatías. En la endoscopia, la mucosa intestinal puede mostrar desde una apariencia normal hasta áreas de eritema, edema y formaciones nodulares o placas ovaladas blanco-amarillentas. El diagnóstico se confirma por biopsia con ayuda de la tinción de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) y el estudio molecular permiten la identificación precisa de la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 49 años con antecedentes de VIH estadio C3 con un recuento de CD4 de 49 células/μl en tratamiento con TAR. Tras exámenes de laboratorio periódicos presenta anemia ferropénica y test de sangre oculta en heces positivo por lo que se realiza colonoscopia en la que se observa en colon derecho, una lesión ligeramente sobrelevada de unos 3 mm compatible con pólipo que se reseca y envía para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS: Se observa mucosa colónica con un infiltrado difuso de citoplasma amplio eosinófilo levemente fibrilar con núcleos redondeados y ovoides de distribución central, delimitado a la submucosa. No se evidencian granulomas, ni células gigantes multinucleadas. Se acompañan de un moderado infiltrado linfocitario con presencia de eosinófilos, conformando grupos y de manera aislada. Con técnica histoquímica e Ziehl-Neelsen se observa la presencia de abundantes bacilos AA-R en forma de bastones dentro de los histiocitos. No se observa transformación adenomatosa ni serrada en el epitelio de superficie.

CONCLUSIONES: En pacientes inmunodeprimidos con VIH, ante la presencia de manifestaciones gastrointestinales es crucial realizar un diagnóstico diferencial amplio ya que pueden estar relacionados con enfermedades oportunistas. Un ejemplo común es la infección por el complejo de *Mycobacterium avium* (MAC) o por otras micobacterias intracelulares. En estos casos, la afectación del duodeno es frecuente y muy inusual en el colon, como ocurrió en nuestro paciente, donde se observó una lesión polipoide. Dado que los síntomas de estas infecciones son poco específicos, es fundamental adoptar un enfoque diagnóstico integral que incluya la endoscopia, el estudio histológico y técnicas adicionales como la inmunohistoquímica con bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), Ziehl-Neelsen, PAS y PAS diastasa, la tinción BAAR. Además, para obtener un diagnóstico definitivo, se recomienda realizar una secuenciación molecular del 16sRNA.

COLITIS INDUCIDA POR NIVOLUMAB: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Castro Maldonado, Adriana Valentina; García Domínguez, Francisco; Moreno Martínez, Miguel; Vidal Aguirre, Steffi; Carrasco Fernández, Daniel; Atienza Cuevas, Lidia; Muriel Cueto, Pedro Jesús; Pérez Requena, José
Presentador: Castro Maldonado, Adriana Valentina

HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores de la proteína PD-1 son tratamientos inmunoterápicos indicados para diversos tumores en etapas avanzadas. La mayoría de los efectos adversos se deben a una alteración en la función de las células T, siendo la colitis una de las complicaciones más graves, que plantea el diagnóstico diferencial con la colitis ulcerosa. Este estudio presenta tres casos de colitis inducida por Nivolumab, que exhibieron hallazgos endoscópicos e histopatológicos típicos de una colitis ulcerosa (CU).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan tres pacientes con los antecedentes de carcinoma hepatocelular (caso 1), carcinoma de células escamosas de pulmón (caso 2) y carcinoma renal de células claras (caso 3) que fueron tratados con Nivolumab. Desarrollaron una colitis asociada a dicho tratamiento. En esta revisión analizamos el tipo de tumor, edad, tiempo de aparición de síntomas gastrointestinales tras la instauración de la primera dosis, hallazgos de la colonoscopia, localización de las lesiones, tratamiento y hallazgos histopatológicos.

RESULTADOS: Los pacientes tras el tratamiento con Nivolumab presentaron diarrea con o sin hematoquecia. El período de instauración de la clínica tras la primera dosis estuvo entre las 10 y 32 semanas. El tratamiento se detuvo tras la aparición de los síntomas. La colonoscopia mostró hallazgos similares a los de una colitis ulcerosa. Los tres casos fueron diagnosticados de Colitis inducida por Nivolumab. Los casos 1 y 3 fueron tratados con corticoides, y el caso 2 con mesalazina, con posterior mejoría de los síntomas. El caso 3 tenía el antecedente de una colitis ulcerosa sin actividad inflamatoria en los últimos 5 años, por lo que los hallazgos podrían atribuirse tanto al tratamiento con Nivolumab como a su colitis ulcerosa. Debido a que la instauración de los síntomas fue tras el inicio de dicho tratamiento y su posterior mejoría tras la retirada del mismo, se atribuyó a esta causa.

CONCLUSIONES: La colitis asociada a Nivolumab presenta características similares a una colitis ulcerosa. Endoscópicamente pueden presentar cambios inflamatorios con úlceras que se extienden desde el recto al resto del colon (caso 3) y pérdida del patrón vascular. Histopatológicamente se caracteriza por marcado infiltrado inflamatorio difuso en la lámina propia compuesto por neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos (casos 1, 2 y 3). Según las guías europeas el diagnóstico histológico de enfermedad inflamatoria intestinal se basa en la distrofia arquitectural y un infiltrado inflamatorio con plasmocitosis basal, que se puede asociar a criptitis y abscesos cripticos. Yanaei et al reportó que los cambios apoptóticos prominentes son característicos de la colitis asociada a Nivolumab. Yamauchi et al describe tres casos similares a los nuestros, con hallazgos superponibles a una colitis ulcerosa, y que con el tratamiento adecuado todos tuvieron una excelente mejoría de los síntomas.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO: SERIE DE CASOS

Bergua Arroyo, Sergio; Murillo Lázaro, Cristina; Navarro Sánchez, Marta; Ruiz Martín, Juan; Parra Tercero, Ana Rosa; García Rivas, Manuel; López Clemente, Daniel; García López, Henar; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Emparanza García, Cayetana
Presentador: Bergua Arroyo, Sergio

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) han transformado el tratamiento del cáncer al potenciar la respuesta inmunitaria antitumoral. Sin embargo, pueden inducir efectos adversos inmunomediados que afectan el tracto gastrointestinal y hepatobiliar, mostrando hallazgos histológicos que pueden superponerse con enfermedades inflamatorias idiopáticas, infecciosas o autoinmunes. Identificar patrones histopatológicos característicos de la toxicidad por ICI es clave para evitar diagnósticos erróneos y optimizar el manejo terapéutico. Presentamos cinco casos con hallazgos histológicos sugestivos de toxicidad inmunomediada, en los que se descartaron otras etiologías y se estableció correlación clínico-patológica con la administración de ICI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron biopsias de cinco pacientes en tratamiento con ICI que desarrollaron síntomas digestivos y hepáticos, incluyendo diarrea, dolor abdominal, vómitos e ictericia. Se obtuvieron muestras de estómago, duodeno, colon e hígado, procesadas mediante hematoxilina-eosina y técnicas complementarias (PAS, Warthin-Starry, CD3, CD4, CD8, CD20, PD-L1 y CMV). Se revisaron los datos clínicos, el tipo de ICI administrado y la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

RESULTADOS: Los pacientes recibieron ICI dirigidos contra PD-1 (nivolumab, pembrolizumab, cemiplimab) y PD-L1 (atezolizumab). Se identificaron hallazgos histopatológicos característicos de toxicidad inmunomediada. Se observó un infiltrado linfocitario denso en lámina propia con predominio de linfocitos CD8+, criptitis focal y erosiones epiteliales en biopsias gástricas y colónicas. En el duodeno, dos casos presentaron atrofia vellositaria y linfocitosis intraepitelial CD8+. En el colon y el estómago predominaban agregados linfoides y signos de daño epitelial con sobreexpresión de PD-L1 en células epiteliales e infiltrado inflamatorio. En la biopsia hepática, se evidenció colangitis con colestasis y expresión de PD-L1 en células inmunitarias y parenquimatosas. Se descartaron otras etiologías frecuentes (infecciosas como el CMV o H. pylori) y se documentó mejoría clínica tras el inicio de corticoides.

CONCLUSIONES: Discusión
Las alteraciones inducidas por ICI reflejan una activación inmunitaria exagerada contra el epitelio digestivo y biliar, con infiltrado CD8+ predominante y sobreexpresión de PD-L1 en células epiteliales e inflamatorias. Estos hallazgos, junto con la ausencia de infecciones y la respuesta favorable a inmunosupresión, apoyan su origen inmunomediado. Dado que las manifestaciones histológicas pueden solaparse con enfermedades inflamatorias intestinales y autoinmunes, la correlación clínico-patológica es esencial para evitar diagnósticos erróneos y ajustar el tratamiento oportunamente.
Conclusiones
La toxicidad digestiva por ICI presenta patrones histológicos distintivos, con infiltrado CD8+ predominante y expresión aumentada de PD-L1 en células epiteliales e inflamatorias. Su reconocimiento en el contexto clínico permite diferenciarla de otras patologías inflamatorias y optimizar su manejo.

ESOFAGITIS EXFOLIATIVA ATRIBUIBLE A LA TOMA DE DABIGATRAN

Expósito Remedios, Irene; Expósito Remedios, Irene; Perera Gordo, Enzo; Mayorga Ortiz, Lina Paola; Vega Vega, Alma Damaris; Delgado Sánchez, Julio José

Presentador: Expósito Remedios, Irene

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA
DOCTOR NEGRÍN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El dabigatrán es un inhibidor directo de la trombina oral que se prescribe como alternativa a la warfarina. Las cápsulas de este fármaco contienen ácido tartárico, que produce un entorno ácido local, y a su vez, esofagitis exfoliativa (en aproximadamente el 20% de los pacientes) y úlceras esofágicas. Para su prevención, existen algunas recomendaciones como la toma con suficiente agua, permanecer en posición vertical durante al menos 30 minutos tras la ingesta y prescribir inhibidores de la bomba de protones. La esofagitis exfoliativa inducida por dabigatrán se diagnostica por los hallazgos endoscópicos característicos: cilindros mucosos longitudinales desprendidos en el tercio esofágico medio e inferior.

Presentamos el caso de una mujer de 83 años con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con dabigatrán que refiere disfagia y a la que se somete a una endoscopia digestiva alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reciben varios fragmentos irregulares de tejido blanquecino que miden agrupados 0.4 x 0.3 x 0.1 cm. Se realiza estudio con hematoxilina-eosina y con PAS.

RESULTADOS: Se identifica varios fragmentos de mucosa escamosa esofágica que muestran de manera parcheada y superficial marcados cambios eosinofílicos citoplasmáticos y paraqueratosis, dando una impresión de coloración bitonal. Uno de los fragmentos presenta hiperplasia de células basales. Se observa presencia de aislados eosinófilos en el epitelio. Colonización por flora coeca de la superficie luminal.

CONCLUSIONES: Aunque no sea una entidad muy frecuente, se debe tener en cuenta esta asociación, especialmente cuando los pacientes presenten clínica gastrointestinal. Se recomienda una valoración endoscópica de la mucosa esofágica y, si la clínica fuera grave o persistente, sustituir por una terapia alternativa.

ESTUDIO COMPARATIVO DE PARAGANGLIOMAS Y PARAGANGLIOMAS GANGLIOCÍTICOS DEL APARATO DIGESTIVO. ¿SON LA MISMA ENTIDAD?. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO EXCEPCIONAL.

Herrero , Samuel; Torrente Dong, Jaime; Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Bonilla Seara, José Miguel; Del Prado Alba, Carmen María

Presentador: Herrero Casado, Samuel

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores submucosos de pared duodenal son lesiones poco frecuentes en el tracto gastrointestinal. La mayoría son tumores del estroma gastrointestinal, neuroendocrinos (NET), leiomiomas, lipomas o hamartomas de glándulas de Brunner. Los paragangliomas (PG) y paragangliomas gangliocíticos (PGG), se corresponden con menos del 1% de los casos. El reciente diagnóstico de un PG duodenal en nuestro Centro ha inspirado el siguiente trabajo, en el que compararemos las entidades PG vs PGG, a nivel morfológico e inmunohistoquímico (IHQ) y distinguiremos entre sus principales diagnósticos diferenciales (ganglioneuroma [GN] y NET), utilizando para ello, nuestra casuística y una amplia revisión bibliográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos consultado la bibliografía al respecto y buscado todos los casos con diagnóstico de PG extraadrenal y PGG, en nuestro Servicio, desde el año 2000 al 2025. Hemos revisado las preparaciones histológicas de los casos de PG y PGG de localización en tracto digestivo y los hemos comparado.

RESULTADOS: Se han encontrado 116 casos diagnosticados de PG extraadrenal (1 caso en duodeno) y 6 PGG (3 de ellos duodenales). Al comparar los cuatro tumores de localización digestiva observamos varios aspectos a tener en cuenta (Tabla1):

- Técnica de biopsia:

- Mientras que antes, este tipo de lesiones submucosas (PG y PGG) se reseocaban (casos 1 y 2), actualmente tienden a ser biopsiadas con aguja fina guiada por ecoendoscopia (EUS-FNB) (casos 3 y 4).

- Morfología e IHQ:

- En los PGG existen 3 componentes celulares diferenciados: uno epitelioide, otro fusiforme (tipo estroma schwanniano) rodeándolo, formando nidos (Zellballen), y un tercero de células ganglionares maduras. En el caso del PG, no se advierte este último componente, siendo el resto de la morfología muy similar.

- El estudio IHQ puso de manifiesto la inmunoreactividad del PG a GATA 3 y marcadores neuroendocrinos en el componente epitelioide, siendo negativo a CKAE1/AE3/CK8-18, al contrario de lo que ocurre en los PGG de dicha localización (negativos a GATA 3 y positivos a CK8-18 de manera focal).

- Otras entidades a tener en cuenta NET y GN:

- El GN, es muy parecido al PGG rico en células ganglionares maduras y en estroma schwanniano, pero carece del componente epitelioide del PGG.

- Los NET al igual que los PG, son inmunoreactivos a marcadores neuroendocrinos (sinaptofisina y cromogranina). Los NET, en cambio, son inmunorreactivos a citoqueratina y negativos a GATA 3 a diferencia de los PG.

- NET vs PGG: los primeros carecen de la presencia de células ganglionares maduras, pero comparten perfil IHQ, si bien la tinción con CK8-18 es sólo parcial en los PGG siendo intensa y difusa en los NET.

CONCLUSIONES: - Los PG y los PGG son entidades diferentes.

- A diferencia de los PGG que suelen localizarse en duodeno, los PG de localización duodenal son excepcionales en la literatura.- A nivel histomorfológico PG/PGG/NET/GN guardan similitudes.- PGG y GN son tan similares que se propone la nueva nomenclatura para PGG como GN compuesto (haciendo referencia al componente epitelioide neuroendocrino). Además hay autores que consideran el PGG como un subtipo especial de NET.- La técnica actual EUS-FNB limita el material remitido, pudiendo no representar a un componente minoritario y desencadenar una "tormenta de catecolaminas" por la punción.

- La IHQ se hace imprescindible en el diagnóstico diferencial de estas infrecuentes entidades en aparato digestivo.

CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES PANCREÁTICO, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

Puchaicela Godoy, María Gabriela; De Hita Santabaya, Ana Isabel; Herrero Aguilar, Ivet Alexandra; Mendizabal Cajal, Daniela
Presentador: Puchaicela Godoy, María Gabriela

HOSPITAL SON LLATZER

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células acinares (ACC) es una forma rara (0,2-4,3%) de neoplasia pancreática con características clínicas y moleculares únicas. Afecta mayoritariamente a varones. Mide unos 5 cm y se localiza en la cabeza del páncreas principalmente. Los síntomas son inespecíficos, dolor abdominal, dolor de espalda y pérdida de peso, es poco frecuente la ictericia. Son tumores bien circunscritos, blandos y de coloración parduzca. Radiológicamente, exhibe un aspecto sólido con o sin necrosis, cambios quísticos y hemorragia intratumoral. Su diagnóstico se realiza mediante citología o biopsia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 45 años con dolor abdominal de meses de evolución, diagnosticado por TC abdominal de pancreatitis focal en cola de páncreas. Tras exacerbación de sintomatología se realiza RMN y ecoendoscopia donde se observa engrosamiento asimétrico en cola de páncreas, mal delimitado de 45 x 35 mm. Se realiza PAAF.

RESULTADOS: PAAF: Población de células monomorfas, dispuestas en nidos sólidos, atipia leve, amplio citoplasma granular, nucleolo prominente y abundantes mitosis. Inmunohistoquímicamente presenta positividad para Bcl10 y negatividad para cromogranina y sinaptofisina. Estudio de genes reparadores del ADN con expresión nuclear intacta. La negatividad para marcadores neuroendocrinos junto a la presencia de una población de células monótonas con núcleos prominentes y positividad para Bcl10, plantean como diagnóstico más probable un ACC pancreático.

Tras éste diagnóstico se recibe una pieza de pancreatectomía distal de 11x6,5x4,7cm y bazo de 14,2x10x5,5cm. Al corte del páncreas se identifica una lesión nodular de 5,5x5,2 cm de consistencia firme, en contacto con el margen posterior.

Microscópicamente se identifica una proliferación celular con patrón de crecimiento expansivo, de citoplasma eosinofílico granular, que forman nidos sólidos, núcleos uniformes con leve atipia y nucleolo prominente sobre un escaso estroma. No se identifica invasión linfo-vascular ni perineural. En el estudio presenta positividad para Bcl10, PAS diástasa que confirman el diagnóstico de ACC pancreático.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células acinares (ACC) es una neoplasia maligna pancreática rara, cuya localización más frecuente es la cabeza. Rara vez infiltran el conducto biliar debido a su patrón de crecimiento expansivo. Las características anatomopatológicas recuerdan a las células acinares con escasa o nula atipia, citoplasma con gránulos de zimógeno y nucleolo prominente sobre estroma desmoplásico escaso. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con neoplasias neuroendocrinas. Presentan un perfil inmunohistoquímico positivo para BCL10, tripsina, quimiotripsina, PAS diástasa y negativo o con positividad focal para sinaptofisina, cromogranina y B-catenina. Las alteraciones en los genes reparadores del ADN son frecuentes. A diferencia del adenocarcinoma ductal de páncreas, no se asocian a mutaciones de KRAS. Suelen existir alteraciones de las vías de las MAP quinas (fusiones de BRAF o RAF) y con frecuencia alteraciones en los genes reparadores del ADN.

GRANULOMA ABSCESIFICADO DE TIPO CUERPO EXTRAÑO SECUNDARIO A MATERIAL VEGETAL EN ÚLCERA GÁSTRICA: UN CASO DE GRANULOMA PULSE COMPLICADO CON PSEUDODIVERTÍCULOS.

Gallardo Chamizo, Francisco Asís; Gómez Valcárcel, Juan; Caba Molina, Mercedes; Martín Archilla, Verónica; Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Rueda Villafranca, Beatriz; García Martínez, Antonio; González Peregrina, Sara María; Pérez Bustamante, Óscar Edgardo; Cantero Campos, Miriam

Presentador: Gallardo Chamizo, Francisco De Asís

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La formación de granulomas abscesificados en el tracto gastrointestinal como respuesta inflamatoria granulomatosa secundaria a material vegetal (granuloma Pulse) es un hecho poco frecuente y que puede dar lugar a cuadros clínicos complejos. El diagnóstico de granuloma Pulse es raramente identificado, pero relevante, sobre todo en pacientes con síntomas gastrointestinales refractarios a tratamiento, al simular procesos inflamatorios o neoplásicos. Describimos la presentación clínica y hallazgos histopatológicos de un granuloma Pulse en un paciente gastrectomizado por úlcera gástrica refractaria a tratamiento médico con sospecha clínica de neoplasia gástrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente masculino de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular, déficit de factor XII y tromboembolismo pulmonar que consulta por presentar síndrome emético refractario a tratamiento médico con pérdida de peso significativa en torno a 12 kg en un mes. Los estudios de imagen mostraron distensión y engrosamiento de las paredes gástricas con estenosis pilórica. El estudio histopatológico de las biopsias endoscópicas confirmaron el diagnóstico de úlcera gástrica y moderada gastritis crónica atrófica sin signos de malignidad. Ante la falta de respuesta, se realizó gastrectomía subtotal distal por laparoscopia. La pieza quirúrgica fue procesada para análisis histopatológico, incluyendo tinciones inmunohistoquímicas para detectar posibles neoplasias o enfermedades linfoproliferativas.

RESULTADOS: El análisis histológico mostró una lesión ulcerada en antro gástrico con marcado infiltrado linfoplasmocitario y abundantes eosinófilos. En algunas secciones, se observaron imágenes de pseudodivertículos submucosos con presencia de un granuloma abscesificado asociado a material vegetal con células gigantes multinucleadas y anillos hialinos con fibrina y neutrófilos cerca del material vegetal. El estudio histológico e inmunohistoquímico descartó carcinoma gástrico, proceso linfoproliferativo y enfermedad relacionada con IgG4.

CONCLUSIONES: El granuloma Pulse, una reacción granulomatosa por cuerpo extraño de origen vegetal, es un diagnóstico raro pero significativo en el contexto de úlceras gástricas complicadas con pseudodivertículos. La identificación de este tipo de lesiones en el estudio histopatológico es importante para evitar diagnósticos erróneos al simular otros procesos, como neoplasias sólidas, enfermedades linfoproliferativas o inflamatorias. Este caso resalta la importancia de considerar el granuloma vegetal (Pulse) en pacientes con úlcera gástrica complicada y refractaria a tratamiento médico y la necesidad de realizar un análisis histopatológico exhaustivo para su diagnóstico.

SARCOMA DE ALTO GRADO EN PÁNCREAS: ¿PRIMARIO O METASTÁSICO?. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Báez Leal, Cinthya Jose; Huertas Cervantes, Miriam; Alonso Ramos, Carmen; Padrón Fuschino, Andreina; Domingo Amela, Anna; Terricabras Carol, Marta
Presentador: Báez Leal, Cinthya Jose

ATRYS HEALTH

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas primarios del páncreas son muy raros (<1% de las neoplasias pancreáticas), con menos de 300 casos reportados, incluyendo leiomiomas, sarcomas epitelioides, sarcomas pleomórficos indiferenciados o sarcomas de células claras, entre otros. El diagnóstico debe excluir un componente sarcomatoso de un tumor epitelial o neuroendorrino o una metástasis. Dada la rareza de estas entidades, su diagnóstico y manejo comportan desafíos significativos. Presentamos el caso de un sarcoma metastásico en páncreas, con revisión de las características clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y moleculares de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 55 años, con anorexia y dolor abdominal, con hallazgo en TAC abdominal de una masa sólida en cola pancreática de 49 mm, compatible con tumor neuroendocrino; observándose, además, una imagen nodular uterina de aspecto miomatoso, de 79 mm. Se realiza punción aspiración con aguja fina guiada por USE de la masa pancreática, con escasa celularidad atípica, negativa para marcadores neuroendocrinos. Se decide, en comité de tumores, pancreatometomía corporo-caudal e histerectomía con salpingectomía bilateral.

RESULTADOS: El estudio macroscópico del páncreas mostró una masa de 67 mm, extrínseca, de márgenes expansivos, que en el estudio microscópico presentaba un patrón difuso y fasciculado, formado por células epitelioides y fusocelulares, con citoplasmas claros y eosinófilos, atipia nuclear, índice mitótico elevado (hasta 6 mit/CGA), necrosis e infiltración de tejidos blandos peripancreáticos, con imágenes de invasión linfovascular. El inmunofenotipo mostró expresión de vimentina, actina de músculo liso, focal de caldesmon y HMB45, y negatividad para CKAE1-AE3, S100, CD34, c-kit, DOG1, PAX8 y receptores hormonales. La tumoración uterina, de 84 mm, presentaba similares características, y se diagnosticó de tumor de células epitelioides perivasculares (PEcoma) maligno. Se realizó estudio de NGS (Archer) en ambas neoplasias, en centro externo, sin detectarse ninguna fusión génica. El diagnóstico definitivo de la neoplasia pancreática fue de sarcoma de alto grado compatible con metástasis de PEcoma maligno de origen uterino.

CONCLUSIONES: Las metástasis pancreáticas de sarcomas son infrecuentes y representan aproximadamente el 10% de las metástasis en este órgano, entre las que destacan el liposarcoma mixoide y el mixofibrosarcoma, siendo los PEComas poco documentados, lo que hace que este caso sea de especial interés. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye lesiones mesenquimales como leiomiomas, melanomas, tumores del estroma gastrointestinal, sarcomas epitelioides de partes blandas y tumores neuroendocrinos. Un panel inmunohistoquímico que incluya marcadores neuroendocrinos, melanocitarios, epiteliales y musculares, así como estudios moleculares que determinen mutaciones en TSC1/TSC2 y reordenamientos de TFE3 pueden ser de gran utilidad, aunque no definitivos. La distinción entre una metástasis y una neoplasia primaria pancreática es compleja debido a la superposición de características radiológicas y morfológicas. La rareza de los sarcomas pancreáticos, tanto primarios como metastásicos, dificulta la estandarización de guías diagnósticas y terapéuticas. Como en nuestro caso, la correlación clínico-patológica, en especial la exclusión de otras lesiones tumorales, así como el estudio inmunohistoquímico y molecular, son esenciales para el diagnóstico histológico y del origen primario o metastásico de los PEComas de páncreas.

DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN TUMORES HEPÁTICOS: UN CASO COMPLEJO.

Lopez Prieto, Ana; Montaña Ramírez, Ana María; Mora Díaz, Rodrigo; Alvarez Muñoz, Alejandro; Gutiérrez Domingo, Álvaro
Presentador: López Prieto, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El hemangioendotelioma epiteloide (HEE) es una neoplasia vascular poco común con un comportamiento clínico variable. El diagnóstico de esta entidad resulta desafiante debido a su baja incidencia y a la falta de características patognomónicas en las pruebas complementarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 50 años no fumadora con antecedente de HEE cutáneo, padre con un colangiocarcinoma y abuelo con una neoplasia hepática de origen desconocido. La paciente acudió a urgencias por una ascitis de novo. En la exploración se observó hepatomegalia, esplenomegalia, edema en MMII, disminución en la diuresis y pérdida de peso. Se realizaron estudios de imagen en los que se identificaron múltiples nódulos pulmonares de pequeño tamaño, así como varias lesiones ocupantes de espacio hepáticas. Se realizó biopsia de las lesiones hepáticas la cual fue remitida al servicio de Anatomía Patológica.

RESULTADOS: Histológicamente se trató de una neoplasia compuesta por células endoteliales dispuestas en cordones e hileras, con citoplasma eosinófilo en un estroma mixohialino. Las células presentaban una morfología fusiforme/epiteloide, con presencia de vacuolas intracitoplasmáticas con hematies en su interior. El índice mitótico fue bajo (<3/50 CGA). En el estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD31, CD34, FLI-1 y focalmente para ERG, mientras que la tinción con CKAE1-AE3 fue negativa. Se llevó a cabo un estudio molecular que detectó la fusión WWTR1:ex CAMTA1:ex9, lo que confirmó el diagnóstico de hemangioendotelioma epiteloide.

CONCLUSIONES: El HEE es un diagnóstico diferencial a considerar en biopsias de lesiones hepáticas múltiples, una vez descartada la posibilidad de metástasis, especialmente cuando se observan características como proliferación ductular, fibrosis estromal y vacuolas intracitoplasmáticas. La escasa representación en el material remitido es un factor limitante que contribuye a la complejidad del diagnóstico del HEE. Es fundamental una correcta correlación clínica, histológica y radiológica para alcanzar el diagnóstico.

AMPLIFICACIÓN DEL GEN HER2/NEU MEDIANTE HIBRIDACIÓN INSITU CON INMUNOFUORESCENCIA (FISH) COMPARADO CON INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ) EN CÁNCER GÁSTRICO Y DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA.

Capozzi, Claudia Alejandra; Ortiz González, Ana; Sánchez Espinosa, Alberto; Pérez Parra, David; Blasco Muñoz, Soledad; González Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Pérez Saura, Irene; García García, Sandra; López Peña, Carmen; Ortiz Reina, Sebastián
Presentador: Capozzi, Claudia Alejandra

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El gen HER2/neu también conocido como C-erbB-2 es un miembro de la familia de receptores del factor de crecimiento I que se encuentra en el brazo largo del cromosoma 17 y codifica una glicoproteína transmembrana de 185kD que se encarga de la activación de la cascada de señalización intracelular de genes controladores del crecimiento celular. El gen HER2 se ha encontrado en el 5-30% del cáncer gástrico. La activación del gen HER2/neu se ha relacionado con factores pronóstico, mayor agresividad y menor supervivencia y se ha demostrado que dichos pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento monoclonal específico. Se conocen tres técnicas para valorar el estado del HER2/neu: la inmunohistoquímica (IHQ), la hibridación por cromogénica (CISH) y la hibridación fluorescente insitu (FISH); encontrando una buena concordancia entre IHQ y FISH para casos con puntuación IHQ 3+ (positiva). Sin embargo, se han visto discrepancias en casos con puntuación IHQ 2+ (equivoca/dudosa), por lo cual se decidió evaluar la concordancia entre IHQ y FISH en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el periodo de enero 2021 a diciembre 2024, a todos los casos propios y referidos de hospitales comarcales, diagnosticados por biopsia o pieza quirúrgica de cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica, se les realizó la determinación mediante IHQ de la sobreexpresión de la proteína Her2/neu (clon 4B5) de Ventana®, en tejidos previamente fijados en formaldehído taponado al 10% e incluidos en parafina. La lectura del resultado se realizó utilizando el sistema de puntuación del estudio ToGA y a los que obtuvieron puntuación positiva (IHQ 3+) o dudosa (IHQ 2+) se les realizó la determinación del FISH para amplificación del HER2 mediante la sonda ERBB2/HER2 (17q12) /SEI7 (sonda MAD-001FA) de Vitro®. La determinación del FISH se realizó utilizando el Protocolo CAP/ASCO 2020 para la interpretación de la sonda FISH dual. Se consideró positivo (amplificado) una ratio HER2/ERBB2/CEP17>2.

RESULTADOS: Se incluyeron un total 14 casos de carcinoma gástrico o de la unión gastroduodenal. La mayoría de los pacientes fueron masculinos (57,4%), con edades comprendidas entre los 42 y 78 años (media de 62,78 años). En diez de los casos el diagnóstico se realizó con muestras de biopsias endoscópicas y el resto en pieza quirúrgica. El resultado de IHQ fue positivo (IHQ 3+) en 4 casos y 10 fueron clasificados como dudosos (IHQ 2+). El gen HER2/neu se amplificó mediante FISH en los 4 casos (IHQ 3+). Todos los casos (IHQ 2+) fueron negativos en el FISH. La tasa de concordancia entre IHQ y FISH fue 100% para ambos grupos. Los casos con FISH positivos eran tres de carcinoma de la unión gastroesofágica de tipo bien a moderadamente diferenciado, tubular y uno gástrico pobremente diferenciado de células en anillo de sello

CONCLUSIONES: La evaluación del HER2/neu es obligatoria para elegir los pacientes candidatos a tratamiento. Ming Chen y colaboradores en 2014 han encontrado una concordancia alta entre los resultados de IHQ y FISH para los grupos IHQ 0, IHQ 1+, e IHQ 3+, pero baja (43,8%) entre ambas técnicas para IHQ 2+. Resultados similares fueron encontrados previamente por Hofmann et al (2008) quienes encontraron amplificación en 36% de los casos IHQ 2+. En nuestro caso, por el contrario, no se amplificó ningún caso IHQ 2+. En vista de la alta variabilidad entre los estudios, sugerimos seguir confirmando los casos IHQ 2+ mediante la técnica de FISH.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA DETECCIÓN DE CTKRAS (IDYLLA, BIOCARTIS) EN LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS, UNA HERRAMIENTA ÚTIL, DE MANEJO SENCILLO Y APLICABLE EN LA MAYORÍA DE CENTROS HOSPITALARIOS

Gene Hijos, Miriam; Díaz Fernández, María Luisa; Goyda, Elena; Ávila Juanère, Alva; Tellechea Tanco, Juan Ignacio; Momba Ikuga, Robert; García Puyo, Montserrat; López Navarro, Pablo; Ugarte Chchte, Javier
Presentador: Gené Hijós, Miriam

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) comprenden una amplia variedad de lesiones cada vez más frecuentemente diagnosticadas debido al empleo creciente de técnicas de imagen y al envejecimiento de la población, con una prevalencia aproximada del 8%. Las LQP más frecuentes son la neoplasia mucinosa papilar intraductal, la neoplasia mucinosa quística, la neoplasia serosa quística y la neoplasia sólida pseudopapilar, siendo las mucinosas de especial interés por su potencial riesgos de malignización. Existen diferentes pruebas de imagen utilizadas para el diagnóstico junto al estudio citológico y bioquímico, aunque su precisión diagnóstica para la detección de quistes de estirpe mucinosa y de malignidad sigue siendo baja. En los últimos años se ha estudiado el perfil molecular de las LQP y su posible expresión en el contenido del quiste, encontrándose utilidad especialmente en las mutaciones de KRAS y GNAS para diferenciar las lesiones mucinosas de no mucinosas. El objetivo del estudio es establecer si la determinación de la mutación de KRAS en el material obtenido del quiste, mediante la detección de PCR en tiempo real en la plataforma Idylla (Biacartis) es una herramienta útil para el discernir la LQP mucinosas, por su riesgo de malignización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudió el contenido de quistes pancreáticos de 31 pacientes, mayoritariamente mujeres de edades comprendidas de entre 39 y 88 años. La mayoría de lesiones se localizaron en cabeza pancreática con un tamaño de 29 mm de mediana. De todos ellos se obtuvo material para estudio citológico y molecular para la determinación de KRAS, y en el mismo momento de la punción o posteriormente, se realizó análisis bioquímico del líquido y/o histológico de la lesión, lo que permitió clasificar las muestras en lesiones mucinosas (16/31) y no mucinosas (15/31). La histología se consideró el gold standard para dicha clasificación, y para las lesiones que no se obtuvo tejido nos basamos en la bioquímica, considerando como mucinosas las que obtuvieron CEA>192ng/L y/o glucosa <50.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos mostraron la detección de mutación de KRAS en el 62% de las lesiones mucinosas (10/16), siendo este resultado estadísticamente significativo (p=0.05). El mismo estudio se realizó en las 13 muestras de las que se obtuvo estudio histológico donde en el 86% (6/7) de las lesiones mucinosas se detectó la mutación, un resultado estadísticamente significativo (p=0.013). Cabe resaltar que la lesión mucinosa donde no se detectó la mutación en el contenido del quiste, tampoco fue detectada en la histología. Por lo que respecta a las lesiones no mucinosas, una de ellas mostraba mutación de KRAS (1/7). En este caso se trataba de un pseudoquistes asociado a un tumor neuroendocrino que ocasionaba dilatación del conducto de Wirsung en el que se observó PanIN de bajo grado extendiéndose a los ductos y acinos peritumorales, lo que suponemos que podría haber contaminado la muestra.

CONCLUSIONES: Con estos resultados concluimos que la detección de la mutación de KRAS mediante detección de PCR en tiempo real con la plataforma Idylla (Biacartis) es una herramienta con alta concordancia histológica, y por lo tanto útil para discernir lesiones mucinosas de no mucinosas, y determinar qué pacientes necesitaran un seguimiento más estricto. A pesar de ello, consideramos importante seguir recopilando casos para detectar y estudiar con detenimiento posibles falsos positivos y negativos para tenerlos en cuenta al utilizar esta plataforma diagnóstica.

NEUROMA APENDICULAR COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Sánchez Vázquez, Laura; Feito Pérez, Jorge
Presentador: Sánchez Vázquez, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda no complicada es una de las patologías más frecuentes dentro de las enfermedades del apéndice. No obstante, es fundamental considerar las patologías tumorales menos comunes, cuya incidencia varía entre el 0.2% y el 0.5% de todas las neoplasias gastrointestinales. El neuroma apendicular, también conocido como apendicopatía neurogénica, es un tumor benigno que se ha descrito como un proceso reparativo fusocelular secundario a la inflamación de la mucosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan dos casos clínicos: una mujer de 46 años y un hombre de 87 años, ambos atendidos en urgencias por dolor abdominal agudo. Ante la sospecha de apendicitis, ambos pacientes fueron sometidos a sendas apendicectomías sin complicaciones. En el servicio de Anatomía Patológica, se recibieron los apéndices, que no mostraban signos evidentes de inflamación o congestión, ni otros hallazgos macroscópicos significativos. Se incluyeron cortes representativos del cuerpo apendicular y la punta completa para su análisis.

RESULTADOS: El estudio histológico reveló hallazgos mínimos de inflamación aguda, con presencia de polimorfonucleares, limitados a la mucosa. Sin embargo, en ambos casos se identificó una proliferación de células fusiformes, núcleos sin atipia, de aspecto neural en la pared apendicular. En el primer caso, se observó un nódulo bien delimitado no encapsulado en la mucosa que protruía hacia la luz apendicular, lo que planteó un diagnóstico diferencial con otros tumores neurogénos gastrointestinales. En el segundo caso, se observó una hiperplasia neurogénica submucosa bien delimitada en la punta apendicular, con signos de obliteración fibrosa de las capas circundantes. Los estudios inmunohistoquímicos mostraron expresión positiva difusa para S100, CD56, Sinaptofisina, Enolasa, Vimentina y negativa para INSM1, GFAP, EMA, DOG-1, Actina de músculo liso y CD34.

CONCLUSIONES: La apendicopatía neurogénica es un hallazgo incidental en la mayoría de los casos y, clínicamente, puede simular los síntomas de apendicitis aguda. Estos neuromas son el resultado de episodios repetidos de inflamación y obstrucción de la luz apendicular, y se ha sugerido que se originan como una respuesta adaptativa para reducir la inflamación y obstrucción posteriores. Los mecanismos etiológicos que justifican esta enfermedad permanecen desconocidos, se ha planteado que se desarrolla por hiperplasia de células neuroendocrinas secundaria a la proliferación de tejido fibro7tico e inflamatorio crónico. Por todo ello es crucial realizar una revisión exhaustiva de las piezas de apendicectomía, ya que aproximadamente el 30-50% de las neoplasias apendiculares se presentan clínicamente con síntomas compatibles con apendicitis aguda.

TRANSFORMACIÓN MALIGNA EN QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Hernández, Sonia; López Henríquez, Rocío; Pérez Torres, Jorge Brian; Cruz Jurado, Josefina; Krupinska , Martyna Aleksandra; Carrasco Juan, José Luis; Betancor Fernández, Isabel; Martín Concepción, José Adán; Villavicencio Sánchez, Pedro
Presentador: García Hernández, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los quistes de duplicación intestinal son anomalías congénitas raras que pueden presentarse en cualquier parte del tracto digestivo y, en ocasiones excepcionales, en localizaciones atípicas como el retroperitoneo. Aunque la mayoría de estos quistes permanecen asintomáticos o se diagnostican en la infancia, algunos pueden evolucionar con complicaciones graves, incluyendo la transformación maligna. En particular, la aparición de adenocarcinoma sobre un quiste de duplicación intestinal es un hallazgo inusual, pero documentado en la literatura. Presentamos el caso de un paciente adulto con un quiste de duplicación completamente aislado en la región retroperitoneal, el cual mostró características histopatológicas de adenocarcinoma invasivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 48 años con antecedentes de tumor testicular en seguimiento. Desde 2004, se identificó una lesión paracaval derecha caracterizada en la tomografía computarizada más reciente como una masa quística peripancreática-periduodenal con captación periférica y contacto con la vena cava inferior, sugiriendo un linfangioma o un quiste de duplicación duodenal. Ante estos hallazgos, se decidió la resección quirúrgica de la lesión. Durante la intervención, se identificó una tumoración retroperitoneal derecha de 7 × 10 cm, firmemente adherida a la vena cava inferior, la cara anterior del riñón derecho y el uréter. Se realizó una disección cuidadosa de la vena cava y el duodeno sin evidencia de infiltración.

RESULTADOS: Se recibe una formación nodular encapsulada de 7,5 × 6 cm. Al corte, se corresponde con una lesión quística biloculada, con un pequeño polo sólido. Microscópicamente, el quiste estaba revestido por epitelio cilíndrico alto pseudoestratificado con células caliciformes dispersas. Se identificaron áreas de reacción inflamatoria e histiocitaria con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, cristales de colesterol y material cálcico. Además, se observaron lesiones excrecentes con músculo liso atrófico en la pared, extensas áreas de necrosis y componentes papilares con cambios epiteliales displásicos de bajo y alto grado, así como adenocarcinoma in situ. Se evidenció invasión de la pared quística por un adenocarcinoma, abarcando un área de aproximadamente 12 × 7 mm, con extensión al tejido linfoide asociado, sin constituir invasión ganglionar linfática. La superficie externa del quiste se encontraba respetada a 5 mm del tumor invasivo más próximo, sin signos de invasión linfo-vascular. El músculo liso de la pared estaba atrófico e incompleto.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CK20 y SATB2, con negatividad para TTF1 y expresión normal de proteínas reparadoras (MMR). El análisis molecular evidenció mutación en KRAS (G12S, 44%).

El diagnóstico final fue un adenocarcinoma invasivo de tipo enteróide o intestinal sobre quiste de duplicación intestinal completamente aislado, con neoplasia intraepitelial de bajo y alto grado.

CONCLUSIONES: Los quistes de duplicación intestinal, aunque infrecuentes, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales. La presencia de adenocarcinoma en un quiste de duplicación plantea interrogantes sobre la patogénesis de estas neoplasias y el posible papel de mutaciones genéticas como la de KRAS en su desarrollo. Por último, la transformación maligna de estas lesiones, como se observa en este caso, resalta la necesidad de un enfoque quirúrgico temprano y una evaluación histopatológica exhaustiva.

MÁS ALLÁ DEL QUISTE. EL VALOR DE LA PATOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL QUISTE HEPÁTICO.

Erazo Alarcón, Shirley; Vázquez Benítez, Greissy; Perez Faccaro, Analía; Gil Bernabé, Paloma; Martín Poza, Silvia; Ruiz Becerra, Esteban; Cerdán López, Sara; Harker Ladino, Ángela
Presentador: Erazo Alarcón, Shirley

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los quistes hepáticos tienen una prevalencia del 15-18%, siendo los quistes simples los más frecuentes. Las neoplasias mucinosas quísticas suelen localizarse en el páncreas, mientras que su presentación hepática es muy rara, con una incidencia de 1 caso por 20.000 -100.000 personas/año y representan menos del 5% de los quistes hepáticos. Afectan casi exclusivamente a mujeres, con una edad media de 51 años. La actual clasificación de la OMS puntualiza que esta entidad se caracteriza por la presencia de estroma mesenquimal de tipo ovárico y por ausencia de comunicación con el conducto biliar. La presente revisión de caso espera mostrar la importancia del diagnóstico histopatológico para precisar la verdadera naturaleza de una lesión quística, que clínica y radiológicamente es inespecífica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 29 años con dolor abdominal difuso, intermitente de 1 mes de evolución. La ecografía abdominal muestra un quiste tabicado de 3,5 cm en el lóbulo hepático izquierdo. La paciente no vuelve a revisión. Después de tres años, consultó a urgencias por reinicio del dolor abdominal difuso e intenso. En la tomografía abdominal observaron una lesión quística, que había crecido a 11 cm, en el segmento hepático III-IV, de paredes gruesas, con múltiples tabiques, algunos de ellos con calcificaciones, hallazgos sugestivos de un quiste hidatídico. Al tratarse de una lesión de más de 5 cm era subsidiario de resección quirúrgica.

RESULTADOS: Macroscópicamente se identificó una quistoperiquistectomía hepática de 12,2 cm de diámetro, con superficie externa rugosa e irregular con múltiples soluciones de continuidad. En los cortes seriados era multiloculada, de superficie interna lisa y sin contenido en su interior. Microscópicamente se observaron paredes revestidas por epitelio cúbico de tipo biliar, sin pleomorfismo nuclear, con un estroma hiper celular de células fusiformes, similar al estroma ovárico y una capa de tejido hepático con hepatocitos sin alteraciones morfológicas. Además, se identificó la presencia de hemosiderófagos, células gigantes multinucleadas y cristales de colesterol que podían estar en relación con una reacción xantogranulomatosa o con rupturas del quiste. No se observaron escólex. El perfil inmunohistoquímico de la lesión mostró que el epitelio expresaba CK7 y CK19 de forma difusa e intensa y era negativo para CK20, inhibina y GLUT-1. El estroma presentó positividad nuclear para receptores de estrógenos, receptores de progesterona y CD10. Características histológicas e inmunohistoquímicas concordantes con una neoplasia mucinosa quística hepática.

CONCLUSIONES: La neoplasia mucinosa quística hepática es una lesión radiológica y clínicamente difícil de diagnosticar debido a que, por su baja incidencia a nivel hepático, existe una sospecha clínica escasa. Además, el diagnóstico radiológico es desafiante, pues este tipo de neoplasia presenta características imagenológicas que pueden confundirse con otras entidades quísticas más frecuentes como la neoplasia papilar intraductal, los quistes hepáticos simples o el hamartoma quístico. Esto puede conducir a tratamientos inadecuados y al riesgo de posibles recurrencias, además, se trata de una entidad con riesgo de malignización y probable comportamiento invasivo. Razones por las que es imprescindible el estudio histopatológico que da lugar a un diagnóstico certero y con ello a un tratamiento apropiado.

TUMORACIÓN RETRORRECTAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL. CASO CLÍNICO.

Bayo Juanas, Paula; Lucero Salaverry, María Miguel; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Hernández Valles, Alicia; Madrigal Rubiales, Beatriz; Cuevas González, Jorge; Torres Nieto, María Ángeles
Presentador: Bayo Juanas, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones quísticas retrorrectales son poco frecuentes. Se localizan en el espacio presacro o retrorrectal. Su diagnóstico diferencial incluye, además de hamartoma quístico retrorrectal como lesión más frecuente en mujeres, quistes epidermoides o dermoides, lesiones derivadas del tubo neural, linfangioma quístico, etc. El hamartoma quístico retrorrectal es un tumor congénito benigno poco frecuente derivado de remanentes embrionarios. No tiene relación con el recto, los agujeros de conjunción ni con los anejos. Su diagnóstico suele ser incidental. Las técnicas de imagen son esenciales para su sospecha. El abordaje quirúrgico es el manejo final para su diagnóstico. Histológicamente, la lesión quística presenta revestimiento por diversos tipos de epitelio, junto con paredes de tejido fibroso con haces musculares desorganizados, siendo muy infrecuente encontrar signos de transformación maligna o tejidos neurales.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el anterior congreso de la SEAP en el año 2023, presentamos nuestra serie de 5 casos, diagnosticados entre los años 2000 y 2022. Ahora, añadimos el caso de una mujer de 21 años con diagnóstico incidental de una lesión de aspecto quístico de localización retrorperitoneal, en el curso de una intervención quirúrgica ginecológica, en la que no se extrae material. En la RM, se observa una lesión quística de unos 7- 8 cm en localización retrorrectal, que contacta con el recto, sin depender de él, y sin relación con los orificios de conjunción, hiperintensa en T1 y T2, sugiriendo un contenido de tipo graso. La principal sospecha diagnóstica incluye un teratoma o un quiste epidermoide. La paciente es intervenida quirúrgicamente, identificándose y extrayéndose la tumoración quística de 6 cm de diámetro máximo que ocupa toda la pelvis, con presencia de adherencias importantes posterolaterales izquierdas. El útero y los anejos no presentan hallazgos relevantes. Durante la extracción, se produce la rotura accidental y vaciado de la lesión, dejando salir un contenido líquido-sebáceo. Histológicamente, se ve una lesión quística multiloculada revestida por varios tipos de epitelio: epitelio escamoso queratinizado, epitelio de transición y epitelio pseudoestratificado ciliado de tipo mucinoso con células mucosecretoras en su espesor, sin atipias. Entre los quistes hay tejido muscular liso y estriado, tejido fibroadiposo, tractos nerviosos y abundante tejido glial maduro con numerosas calcificaciones distróficas asociadas. Se observan áreas de extensa reacción inflamatoria granulomatosa de tipo cuerpo extraño, con espículas de colesterol en su interior, que se interpretan en relación con rotura focal de la pared quística.

RESULTADOS: Los hallazgos histológicos corresponden a un hamartoma quístico retrorrectal con tejido glial maduro.

CONCLUSIONES: El hamartoma quístico retrorrectal es una entidad poco habitual. En nuestra revisión previa, se identificaron 5 casos de hamartoma quístico retrorrectal en mujeres de mediana edad, ninguno de ellos presentaba componente glial maduro ni malignización. Con este último caso, ya son 6 los casos diagnosticados de hamartoma quístico retrorrectal en nuestro hospital entre los años 2000 y 2024. La presencia de componente glial maduro, como en este caso de nuestra serie, es infrecuente. La malignización de los epitelios, que se da hasta en un 25% de los casos, es el principal factor pronóstico.

REVISIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD POR INCLUSIÓN MICROVELLOSITARIA

Díaz Nohales, Juan; Ramos Soler, David; Blanco Mañez, Rosana; Pérez Rojas, Judith
Presentador: Díaz Nohales, Juan

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por inclusión microvellositaria es una patología genética, de herencia autosómica recesiva que suele debutar en los primeros años de vida con una clínica basada en una diarrea de tipo secretor que puede llevar al fracaso intestinal con o sin colestasis intrahepática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se lleva a cabo el estudio de una biopsia endoscópica a través de cortes en parafina de Hematoxilina-Eosina, estudio de inmunohistoquímica con las técnicas CD10, PAS y Azul Alcian. Se analiza la ultraestructura con el microscopio electrónico. Se estudia el array genómico en sangre periférica

RESULTADOS: Con las técnica de PAS,CD10 y Azul Alcian se visualiza una pérdida del borde en cepillo con vesículas intravellositarias. Ante la sospecha de enfermedad por inclusión de microvellosidades se precisa del estudio de microscopía electrónica, a través del cual se identifican microvellosidades dismórficas con disminución del número de estas, morfología atípica de las mismas e incluso fenómenos de agrupación en vesículas intravellositarias.En el estudio del array genómico se confirma la mutación específica en el exón 37 del gen MYO5B característico de la enfermedad por inclusión microvellositaria.

CONCLUSIONES: Para el diagnóstico de Enfermedad por Inclusión Microvellositaria es necesario un acercamiento histológico e inmunohistoquímico así como la confirmación de la entidad a nivel ultraestructural y genético.

UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA: DE LA BIOPSIA INTESTINAL A LA MASTOCITOSIS SISTÉMICA.

Burch Nchama, Elisabeth; Pérez Ebri, María Luisa; Rojas Ferrer, Nohelia; Ruiz Carbonell, Isabel; Arbat , Julieta Romina; Naharro Gascón, María José; Álamo Gómez, Inmaculada; Sanfélix Roca, Emilia; Escorihuela Sanfeliu, María José; Ortiz Salvador, Pedro
Presentador: Burch Nchama, Elisabeth

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La mastocitosis es la proliferación clonal de mastocitos en diferentes tejidos y engloba un conjunto de entidades clínico-patológicas poco frecuentes. La afectación exclusiva de la piel, tanto en su forma difusa como localizada, se denomina mastocitosis cutánea y se observa con mayor frecuencia en población pediátrica. La mastocitosis sistémica afecta a diferentes órganos y cursa con manifestaciones clínicas heterogéneas. Hasta en un 85% de mastocitosis sistémicas, se describen síntomas digestivos inespecíficos. Se presenta el caso de una paciente de 74 años que consulta en Medicina Digestiva por un cuadro de diarrea crónica de cinco años de evolución, con empeoramiento progresivo. Tras descartarse una posible etiología infecciosa, se realiza estudio endoscópico con toma de biopsia intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de la historia clínica, pruebas complementarias y biopsias diagnósticas de colon, piel, ganglio linfático y médula ósea, incluyendo múltiples técnicas de inmunohistoquímica. Se realiza una revisión bibliográfica de la mastocitosis sistémica y sus posibles manifestaciones gastrointestinales.

RESULTADOS: En el estudio histológico de la biopsia de colon, se observa una mucosa de arquitectura preservada con incremento de linfocitos intraepiteliales y celularidad inflamatoria mixta en lámina propia, morfológicamente compatible con colitis linfocítica. Sin embargo, tras instauración de tratamiento adecuado, la paciente presenta empeoramiento clínico, con diarrea acuosa persistente, hiporexia y pérdida de hasta 20 kilos de peso en seis meses. En el estudio de extensión con TC, se identifica un cuadro poliadenopático con esplenomegalia, por lo que se toma biopsia de un ganglio intraabdominal y de médula ósea. En la biopsia ganglionar se observan nódulos linfoides de aspecto reactivo con discreta expansión de la zona interfolicular y agregados de más de 15 células de citoplasma eosinófilo claro, morfología fusiforme y monocitoide, con expresión de CD117, CD30 y CD2, asociados a eosinófilos. La médula ósea presenta agregados perivasculares y paratrabeculares de células con morfología e inmunofenotipo similar. Por lo tanto, en correlación con los hallazgos del Servicio de Hematología, se realiza el diagnóstico de mastocitosis sistémica. Se deriva a la paciente a Dermatología para el estudio de posibles lesiones cutáneas, y se identifica en zona external lesiones máculo-papulares purpúricas y pruriginosas, histológicamente compatibles con afectación cutánea mastocitaria. Se decide reevaluación de la biopsia de colon previa, identificándose una proliferación de mastocitos neoplásicos que expande la lámina propia y forma agregados en banda adyacentes al epitelio de superficie.

CONCLUSIONES: La mastocitosis sistémica es una enfermedad poco frecuente que presenta manifestaciones clínicas inespecíficas, comunes a otras afecciones, lo que puede ocasionar un importante retraso en el diagnóstico en detrimento del pronóstico. Los síntomas gastrointestinales se encuentran entre los más comunes y perjudiciales en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. Por ello, es importante tener en cuenta el diagnóstico de mastocitosis sistémica en el estudio anatomopatológico de biopsias gastrointestinales. Diversas técnicas de inmunohistoquímica, como el CD117, CD25, CD2 y CD30, son útiles para remarcar la presencia de mastocitos de morfología tanto típica como aberrante, en ocasiones difíciles de identificar en la tinción con hematoxilina-eosina convencional.

Patología Digestiva

1677

OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA: EL PAPEL DEL LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL Y LOS MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN LA BIOPSIA DUODENAL.

García , Ana Laura; Torrealba Lozada, Ricardo José; Gómez Puertas, Natalia; El Bouzaydy El Gueddari, Yassin; Sanahuja , Ana; González , Sheila; Varela , José Manuel; Remigia Pellicer, María José; Pastor Galán, Irene; Amat Martínez, Paula; Martínez Ciarpaglini, Carolina

Presentador: García , Ana Laura

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celiaca (EC) es un trastorno sistémico inmunomediado que se desencadena como consecuencia del consumo de gluten en personas genéticamente predispuestas. De forma estandarizada, siguiendo las recomendaciones de la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), el diagnóstico se basa en un algoritmo que incluye criterios clínicos, genéticos, serológicos y anatomopatológicos. Sin embargo, algunos casos presentan resultados contradictorios que no permiten llegar a un diagnóstico concluyente.

El linfograma intraepitelial (LIE) es una técnica que se basa en el estudio del fenotipo de los linfocitos T intraepiteliales y que parece mejorar el diagnóstico de la EC, especialmente en casos dudosos y refractarios a la dieta. Existen pocos estudios que exploren el valor de la caracterización inmunohistoquímica (IHC) de los linfocitos intraepiteliales para el diagnóstico de EC y algunos autores sugieren que podría ser útil en el contexto de refractariedad. Mediante el presente estudio nos proponemos evaluar el valor del LIE y la caracterización inmunohistoquímica de los linfocitos T intraepiteliales para optimizar el diagnóstico de la EC y la EC refractaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó en nuestro centro un estudio prospectivo entre septiembre de 2021 y octubre de 2024 que incluyó pacientes con sospecha o con diagnóstico previo de EC. Se realizaron biopsias duodenales mediante fibrogastroscopia para estudio histopatológico y LIE. En el estudio histopatológico se evaluaron criterios de enfermedad celiaca, estadio de Marsh-Oberhuber y composición del infiltrado linfocito intraepitelial mediante el estudio IHC para CD3, CD4, CD5 y CD8. La densidad y el número de linfocitos T intraepiteliales positivos para los diferentes marcadores fue cuantificada utilizando la herramienta "positive cell count" del software QuPath.

Se elaboró una base de datos anonimizada que recogió estos datos junto con los demográficos, serológicos y genéticos para su posterior análisis estadístico.

RESULTADOS: Evaluamos un total de 103 pacientes, de los cuales 49 (62%) se clasificaron finalmente como EC y 5 (5%) como EC refractaria teniendo en cuenta tanto datos clínicos como analíticos. 44/103 casos (43%) presentaron criterios histológicos de EC en la biopsia y 45/98 casos (46%) fueron clasificados como EC por el LIE. 11 casos (13%) de toda la serie (N=79) fueron reclassificados como EC en base al resultado de la CF a pesar de tener biopsia y/o anticuerpos negativos. El LIE presentó una sensibilidad del 79% y una especificidad del 100% para el diagnóstico de EC. La pérdida de IHC de CD5 en la biopsia se correlacionó significativamente con el diagnóstico histológico de EC. La pérdida de CD5 en el LIE se correlacionó con el diagnóstico de EC y de EC refractaria. La pérdida IHC de CD5 y CD8 fueron eventos frecuentes en EC y no mostraron una relación significativa con la presencia de refractariedad.

CONCLUSIONES: El LIE duodenal es un indicador específico que mejora el diagnóstico de la EC, particularmente en los casos donde los resultados de la biopsia y la serología son discordantes. La pérdida de CD5 es un marcador prometedor que podría ser clave en el diagnóstico de EC y en la identificación de casos de EC refractaria, lo que justifica su exploración en investigaciones futuras.

Patología Digestiva

1771

PROTOCOLIZACIÓN DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE REMODELADO ESOFÁGICO EN 38 PACIENTES.

Ruiz Carbonell, Isabel; Rojas Ferrer, Nohelia; Burch Nchama, Elisabeth; Arbat , Julieta Romina; Naharro Gascon, Maria Jose; Larrey Ruiz, Laura; Rajadel Ramada, Raúl; Talamante Mantero, Gemma Blanca; Saiz Ortiz, Natividad; Pérez Ebri, Maria Luisa

Presentador: Ruiz Carbonell, Isabel

HOSPITAL UNIV. DR. PESET. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen inmunomediado con afectación exclusiva del esófago. Presenta síntomas de disfunción esofágica e inflamación con predominio de eosinófilos en la biopsia. Esta es imprescindible para el diagnóstico, monitorización de la actividad y valoración de la remodelación esofágica. Hay descrito recientemente un sistema de puntuación histológica de EoE (EoEHSS), que incluyen la valoración de la fibrosis en lámina propia. Este aspecto despierta interés para identificar pacientes con patrón de enfermedad fibrosante que se beneficiarían de terapias más agresivas que los de patrón inflamatorio. Actualmente no existen protocolos validados ni consensuados en la EoE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en 38 pacientes con EoE, definida por la presencia de 15 eosinófilos (Eo) por campo de gran aumento (CGA) y síntomas de disfunción esofágica en nuestro servicio entre 2024 y 2025. El estudio incluyó esófago proximal y distal de niños y adultos. Se excluyeron gastritis y colitis eosinofílicas. En la histología, se aplicó un protocolo específico de 11 ítems para valorar la remodelación esofágica: acantosis, hiperplasia de células basales, papilomatosis, espongiosis, balonización celular, presencia de tejido subepitelial, fibrosis, hiperplasia del músculo liso, proliferación vascular, microorganismos, distribución y número de Eo, linfocitos, neutrófilos e histiocitos en epitelio y submucosa. Los datos clínicos y endoscópicos se recopilaron desde la historia clínica.

RESULTADOS: Se analizaron 38 pacientes: 8 mujeres (21%) y 30 hombres (79%). De éstos, 6 niños entre 10 y 16 años, con edad media global de 33 años. El 58% de los pacientes mostraban antecedentes de rinitis, asma o alergias. La clínica predominante fue disfagia y solo el 11% impactación alimentaria. La endoscopia mostró: un 16% esófago normal y resto se observaron diferentes alteraciones: surcos longitudinales (15casos), anillos (3 casos), traquealización (8 casos) y exudado blanquecino(14 casos). La histología reveló: acantosis, papilomatosis e hiperplasia basal (100%), espongiosis leve (76%) y moderada (23%), balonización celular (89%) y tejido subepitelial (36% de los cuales fibrosis 21%, proliferación vascular 18%, infiltrado inflamatorio 34%). En los eosinófilos, se establecieron rangos de recuento/CGA: 30-60 Eo: 12 casos; 31-60 Eo: 16casos; 61-90 Eo: 7 casos y más de 90 Eo: 3 casos. Los agregados eosinofílicos: 1 foco (10 casos) y más de 2 focos (11 casos). Los linfocitos intraepiteliales/CGA: 1-5 linfocitos: 20 casos; 6-10 linfocitos: 15 y más de 10 linfocitos: 3 casos. A nivel subepitelial, 5 agregados linfoides en 5 casos, con 50 linfocitos/CGA. De éstos, 5 de 8 con fibrosis submucosa. Se observó hiperplasia del músculo liso y hongos en 1 caso.

CONCLUSIONES: La biopsia esofágica proporciona información clave sobre la actividad de la enfermedad, naturaleza inflamatoria y presencia de fibrosis. Estos hallazgos son útiles para definir estrategias terapéuticas personalizadas que mejoran la calidad de vida del paciente. Por ello, es fundamental realizar protocolos histopatológicos estandarizados, describiendo los cambios morfológicos de la remodelación y abrir nuevas líneas de investigación a partir del análisis de las muestras obtenidas.

ESTUDIO RELACIONAL ENTRE EL ANÁLISIS POR CITOMETRÍA DE FLUJO Y LA VALORACIÓN POR INMUNOHISTOQUÍMICA DE BIOPSIAS DUODENALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA

Montijano Pozas, María Enriqueta; Bejarano Jurado, Carmen; Bonilla Seara, Jose Miguel; Jurado Orozco, Alicia; Borrero Martin, Juan Jose

Presentador: Montijano Pozas, María Enriqueta

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En la última década se han publicado multitud de estudios de tipificación de la población linfocitaria intraepitelial mediante citometría de flujo en el contexto de la enteropatía sensible al gluten. En ellos se recoge que la presencia de una linfocitosis intraepitelial con un inmunofenotipo CD3+/CD8+/TCR gamma-delta es altamente sensible y específico para el diagnóstico de la enfermedad celiaca. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la concordancia entre el análisis inmunofenotípico de las poblaciones linfocitarias obtenidas a partir de biopsias y el análisis mediante citometría de flujo en muestras endoscópicas de mucosa duodenal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo un estudio de correlación retrospectivo en una serie de 15 pacientes con diagnóstico de celiacía, en los cuáles se realizó un análisis de las poblaciones linfocitarias por citometría de flujo en el momento de la toma de biopsia. En paralelo, se realizó estudio inmunofenotípico de dichas poblaciones en tejido parafinado. Para ello, se realizó un estudio inmunohistoquímico automatizado en equipos VentaRoche de CD3, CD8, TCR delta y TCR beta tras valoración histológica de muestras duodenales. Se realizó recuento de la población intraepitelial CD8 + y se calculó el porcentaje de poblaciones TCR delta y beta, respectivamente. En ambos casos se consideró que había concordancia con el diagnóstico de enfermedad celiaca si se observaba una población de TCR delta superior al 14%. Posteriormente, se recopiló la información del análisis de citometría y se realizó un análisis estadístico comparativo de estos datos mediante test estadísticos en el programa SPSS

RESULTADOS: El estudio incluyó una población de 15 pacientes, con una media de edad de 47 años siendo el 75 % mujeres. Se realizó citometría en todos los casos, resultando en un caso no evaluable, tres casos negativos, uno dudoso y diez que mostraron resultados concordantes con el diagnóstico de enfermedad celiaca. Todas las biopsias presentaron linfocitosis intraepitelial en rango patológico, con un recuento linfocitario superior a 30 linfocitos intraepiteliales (LIE) CD3+/100 enterocitos en todas ellas. El análisis de las poblaciones linfocitarias reveló un rango de linfocitosis intraepitelial CD3+/CD8+/TCR delta+ que osciló entre 12 y 80 linfocitos, identificándose 14 casos positivos. El análisis de correlación utilizando el coeficiente de Rho de Spearman arrojó un valor de 0.37 ($p=0.164$), lo que indica una correlación positiva entre los resultados de ambos métodos, aunque de baja magnitud. Esta limitada correlación puede atribuirse al pequeño tamaño de la muestra y a las características intrínsecas de las pruebas realizadas.

CONCLUSIONES: Se ha observado una concordancia entre los resultados de la tipificación de poblaciones linfocitarias en biopsia y en citometría, aunque esta concordancia es de escasa magnitud, siendo ambas pruebas válidas para el estudio de tipificación de poblaciones linfocitarias intraepiteliales. A pesar de que nuestro estudio presenta sesgos de muestreo y una serie limitada, concluimos que la tipificación de poblaciones linfocitarias en biopsias es una herramienta adecuada y fácilmente reproducible, especialmente en casos donde los resultados de citometría son dudosos o negativos.

SARCOMA PLEOMORFICO INDEFERENCIADO GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Barrios Millán, Gabriela Victoria; Lago Cascudo, Rafael; Perez Montero, Pablo; Rodrigues Figueiras, Yuri; Candia Fernandez, Antonio; Martinez Aguilar, Ana Patricia; Colino , Ana María; Dominguez Franjo, María Purificación

Presentador: Barrios Millán, Gabriela Victoria

HOSPITAL LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas pleomórficos indiferenciados son neoplasias mesenquimales poco frecuentes que pueden ocurrir en todas las edades sin prácticamente diferencias entre sexos. Surgen en cualquier localización, aunque las más frecuentes son extremidades, tronco y retroperitoneo. El tracto digestivo es un sitio excepcional para su aparición. Se presenta un caso de un sarcoma pleomórfico indiferenciado gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se examinan 18 cristales de hematoxilina eosina y se realiza un extenso panel inmunohistoquímico usando Vimentina, DOG1, CD117, CD34, EGFR, STAT6, Actina de músculo liso, Desmina, Calponina, Caldesmon, S100, SOX10, HMB45, MelanA, CKAE1/AE3, BCL2, EMA, CD57, ALK, MDM2 y CDK4.

RESULTADOS: La paciente es una mujer de 60 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por melenas y anemia. En la gastroscopia se observa gastritis crónica y, entre cara anterior y curvatura mayor, en región prepilórica y afectando al piloro, una úlcera gástrica de 10mm con fondo de fibrina Forrest III, de aspecto endoscópico benigno. La colonoscopia no presenta hallazgos relevantes. Por persistencia de los síntomas, tres meses más tarde se le realiza una segunda gastroscopia que evidencia a nivel prepilórico, desde incisura, una imagen sugerente de compresión extrínseca que se extiende a la región pilórica. Por este motivo se realiza TAC abdomino-pélvico que identifica, en localización anterior del antro gástrico, una masa de 52 x 33 x 34 mm, con captación heterogénea del contraste y que parece tener una localización submucosa. El informe plantea un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) como diagnóstico más probable. Se realiza una tercera gastroscopia con toma de biopsia que no alcanza la lesión, por lo que se decide abordaje quirúrgico. Se recibe en anatomía patológica una pieza de gastrectomía subtotal en cuyo examen se observa una lesión gomosa excrecente de 5 x 4 cm, de 3 cm de espesor, superficie irregular y que no parece sobrepasar la mucosa. Microscópicamente la tumoración se corresponde con una proliferación predominantemente fusocelular, de núcleos ovalados, de carioteca irregular, cromatina abierta y nucleolo visible, que alterna áreas de mayor densidad celular con núcleos pleomórficos, algunos de aspecto rabdoide, e intensa anisocariosis. Presenta áreas escleróticas hialinizadas y áreas de estroma mixoide e infiltra disecando las capas musculares. Se observan mitosis atípicas y necrosis focal. Del panel inmunohistoquímico únicamente presenta positividad para Vimentina por lo que se informa de sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado. No se observó invasión linfovascular y los márgenes quirúrgicos estaban libres. Se discute el caso en comité y se decide iniciar tratamiento quimioterápico que actualmente se encuentra en curso.

CONCLUSIONES: Las neoplasias mesenquimales más frecuentes en el tubo digestivo son los GIST, siendo los sarcomas el 1- 3% de todos los tumores gástricos. Los sarcomas pleomórficos indiferenciados pueden suponer un reto diagnóstico en esta localización, especialmente en biopsias pequeñas. Hay pocos casos publicados en la literatura por lo que el manejo de estos pacientes tiene que ser multidisciplinar.

Patología Digestiva

1581

DOS PITFALLS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN NEOPLÁSICO: LA LESIÓN DE DIEULAFOY Y EL HEMANGIOLINFANGIOMA.

Gaspar López-Cózar, Paula; Soto Ramos, Cinthia; Rojas Pulgarín, Paola Andrea; Abitei, Oana Cristina; Pereda Salguero, Teresa
Presentador: Gaspar López-Cózar, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como un sangrado digestivo originado distalmente al ligamento de Treitz. Existen múltiples causas. Entre ellas encontramos los divertículos y angiodisplasia que suelen conllevar una inestabilidad hemodinámica. Otras causas son: hemorroides y fisuras anales, isquemia mesentérica y colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias. A continuación presentamos dos casos de lesiones benignas infrecuentes que suelen cursar con HDB como síntoma principal y que pueden conllevar un diagnóstico clínico-radiológico erróneo de neoplasia maligna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan dos casos de mujeres de 83 y 78 años con clínica de HDB. La primera cursó con inestabilidad hemodinámica. Tras estabilización fue sometida a una EDA, sin alteraciones y, un angioTC donde se visualizó un sangrado activo en ángulo hepático, además de varios nódulos pulmonares bilaterales de origen incierto (posible suelto de globos). La segunda paciente, presentaba antecedentes de hemorragia digestiva de origen no filiado a pesar de la realización de EDA, cápsula endoscópica y colonoscopia y, que se encontraba en seguimiento por anemia ferropénica leve. Vuelve a consultar por episodio de rectorragia. En esta ocasión la colonoscopia evidenció una válvula ileocecal aumentada de tamaño a expensas de una lesión subepitelial que ocupaba el 75% de la luz. Se tomaron biopsias con resultado de edema, inflamación crónica y linfangiectasias. El TC evidenció una masa de paredes irregulares y lobulada de 9 cm originada en ciego y que se extendía hacia vejiga, sugiriendo tumor apendicular de comportamiento intermedio-agresivo. En ambos casos se decide la realización de una hemicolectomía derecha.

RESULTADOS: A la exploración macroscópica se evidenció en el primer caso una lesión ulcerada de bordes sobreelevados de 1,2 x 0,7 cm, mientras que en el segundo caso llamaba la atención una válvula ileocecal con un aspecto multilobulado y edematoso de 7 cm de longitud máxima que al corte presentaba un aspecto multiquistico. Al estudio histopatológico, la úlcera evidenciada en el primer caso, se correspondía con una artera de gran calibre que penetraba la submucosa y erosionaba la mucosa adyacente, con el diagnóstico final de arteria de calibre persistente/lesión de Dieulafoy. En el segundo caso, la lesión multiquistica estaba constituida por estructuras vasculares de tamaños y formas variables, dilatadas y revestidas por endotelio plano sin atipia, que ocupaban toda la pared, disecionando las capas intestinales. Estas estructuras vasculares eran mixtas, con un 80% linfáticas (D2-40 positivas) y un 20% arterio-venosas (CD31 positivas). El diagnóstico final fue de hemangiolinfangioma quístico intestinal.

CONCLUSIONES: La lesión de Dieulafoy es una lesión, más frecuentemente descrita en estómago, pero también en intestino delgado y grueso, que conlleva la presencia de una arteria de gran calibre que penetra en la submucosa con erosión de la mucosa adyacente, produciendo como síntoma principal sangrado. El hemangiolinfangioma es un tipo muy raro de malformación vascular compuesto por distintos tipos de elementos (venoso, arterial, linfático y/o capilar) cuyos síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y la presencia de sangre en heces. Estos dos casos, aunque infrecuentes, pueden llegar orientados como procesos neoplásicos malignos y, por tanto, son dos pitfalls a tener en cuenta en el contexto de HDB de origen neoplásico.

Patología Digestiva

1556

GIST HEPÁTICO

Dominguez Aparicio, Claudia; Salazar Nicolás, Alejandro; De Burgos Gonzalez, Saúl; Carrillo Cobarro, María; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Ugaz Burranca, Deborah Ximena; Sanchez Perales, Zuliy Faby Elvita; Ruiz Diaz, Irune; Juaristi Abaunz, Maria Aranzazu; Cerezo Aguirre, Carlos; Ezkurra Altuna, Ander
Presentador: Dominguez Aparicio, Claudia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los GIST son el tumor mesenquimal más frecuente del tracto gastrointestinal (TGI), apareciendo en orden de frecuencia en estómago. Son generalmente esporádicos, con IHQ típica CD117 +, CD34 +, DOG1 +. El 85% de estos tumores presenta alguna mutación en el gen KIT o el gen PDGFRA. Los GIST extraGI, EGIST, tienen misma morfología e IHQ que los GIST, pero aparecen habitualmente en mesenterio, omento o retroperitoneo, y constituyen <10% de todos los GIST. Los GIST primarios de hígado (PHGIST) son aún más raros. La mayoría de estudios recogidos son informes de casos y dado que no se ha establecido una evaluación clínica de los diferentes métodos de tratamiento, se sigue el protocolo GIST de tratamiento. El pronóstico de los PHGIST es en general peor los GIST. Los parámetros pronósticos del GIST son tamaño tumoral, índice mitótico y localización. Presentamos un infrecuente caso de diagnóstico inicial de PHGIST.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso de una mujer de 52 años, antecedente personal de cáncer de mama, y sintomatología de disnea, astenia y edemas de extremidades inferiores. La analítica mostró alteración de la función hepática y el TAC evidenció una LOE hepática de 20 cm hipodensa, que se biopsió para estudio AP.

RESULTADOS: Un área de parénquima hepático conservado, continuándose con una zona de proliferación de células neoplásicas, de patrón heterogéneo, con células de morfología ovalada y fusiforme, citoplasma eosinófilo, mal delimitado, núcleos hiper cromáticos, mínimo pleomorfismo nuclear, algunas pseudoinclusiones nucleares, en un estroma colagenizado, con puntuales focos mixoides, con zonas de patrón más organoide y hábito más epiteloide, con un citoplasma mejor definido y núcleos hiper cromáticos y más redondos. También presentaba extravasación hemática. Se solicitó un estudio IHQ inicial (GATA3, CK19, receptores hormonales negativos; Sox10 y S100 negativos; marcadores neuroendocrinos negativos). Se amplió el estudio IHQ con objetivo la esfera mesenquimal. El CD34 positivo con CD31 negativo descartó entidades vasculares, STAT6 negativo. DOG1 y CD117 positivos definió la lesión como compatible con proliferación neoplásica mesenquimal, con primera opción diagnóstica un GIST epiteloide CD34+ CD117+ DOG1+ débil y focal. La paciente entonces recordó haber sido intervenida en 2012 de un tumor yeyunal que no constaba en su historia. Recuperado el informe de la biopsia previa, tumor del estroma GI fusocelular y epiteloide de 2,4 cm de diámetro, índice mitótico de 5 mitosis/HPF CD117+ CD34+, se cambió el diagnóstico a metástasis hepática de un GIST yeyunal.

CONCLUSIONES: Primero, ante una LOE hepática, pensar en posible metástasis, más si existen antecedentes de tumores previos. Segundo, ante una morfología de GIST en concreto, investigar otras zonas del TGI en busca de tumores primarios, pues el PHGIST constituye una entidad muy poco frecuente, cuyo origen no es del todo claro. Terner presente la morfología variada de los GIST, la importancia pronóstica y predictiva del estudio mutacional de estos tumores, y los parámetros a tener en cuenta para el riesgo pronóstico de progresión de enfermedad. Por último, no subestimar la relevancia de comenzar realizando una buena historia clínica.

ENFERMEDAD DE BEHCET CON AFECTACIÓN DE INTESTINO DELGADO. UN HALLAZGO POCO USUAL

García Galvís, Olga Fernanda; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Matanza Rodríguez, María Inmaculada; Marín Asensio, Sergio José; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Hernando Martín, María Mercedes; Serrano Aguirrezabal, Jose Alberto; Alvarez Cañas, María Concepción
Presentador: García Galvís, Olga Fernanda

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet es una vasculitis sistémica de etiología desconocida, caracterizada por úlceras orales aftosas recurrentes, úlceras genitales, lesiones en piel, lesiones oculares y otras manifestaciones vasculares, gastrointestinales y neurológicas. La manifestación intestinal más habitual es la presencia de úlceras y perforación, que han sido descritas fundamentalmente en región ileocecal y colon. Es rara la afectación de intestino delgado. Presentamos un caso de una paciente con enfermedad de Behcet que compromete intestino delgado provocando perforación a ese nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente de 40 años que fue ingresada en el servicio de medicina interna con diagnóstico de meningitis bacteriana por *Listeria Monocitogenes* y recibió tratamiento con buena respuesta al mismo. Durante la hospitalización presenta rectorrágica episódica y en la colonoscopia se identifica un sangrado leve en relación con afta diminuta en recto distal que no se biopsia. Pasados unos días la paciente sufre un empeoramiento brusco con dolor abdominal difuso y se realiza de manera urgente una cirugía exploratoria abdominal con hallazgo de perforación de un asa de intestino delgado.

RESULTADOS: En el servicio de Anatomía Patológica recibimos un segmento de intestino delgado de 45 cm que muestra externamente algunos puntos de perforación y depósitos de material de aspecto fibrinoso.

A la apertura se identifican áreas de ulceración de la mucosa con dos pequeñas zonas de invaginación que al corte se corresponden con áreas nodulares pardo amarillentas, de contornos mal delimitados, que afectan a la pared y al meso.

Histológicamente se observan las llamadas "úlceras en volcán" de bordes polipoides, nodulares, bien delimitadas con úlcera central profundamente penetrante, y en algunos puntos perforante, rodeadas de tejido con abundante infiltrado inflamatorio mixto con predominio de linfocitos, en el seno del cual se observan vénulas pequeñas con engrosamiento de la íntima e infiltrado por linfocitos, otras con necrosis fibrinoide de las paredes y formación de trombos de fibrina (vasculitis).

CONCLUSIONES: La enfermedad de Behcet es una enfermedad inflamatoria multisistémica idiopática que se presenta con un amplio rango de síntomas, con un curso de recurrencias y remisiones poco predecibles que por lo general presenta una severidad que va disminuyendo con el tiempo. Las complicaciones vasculares de vasos grandes tipo ruptura de aneurismas, eventos trombóticos y las úlceras intestinales perforadas son las causas más frecuentes de muerte en estos pacientes. En el tracto gastrointestinal su incidencia es poco frecuente, observada entre el 3 y 26% de los casos, en los cuales el tratamiento es preferentemente la resección intestinal dada la escasa respuesta tratamiento médico.

IMPACTO DE LA LOCALIZACIÓN DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS METASTÁSICOS EN EL PRONÓSTICO Y LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES OCCIDENTALES

Díaz Del Arco, Cristina; Ortega Medina, Luis; Estrada Muñoz, Lourdes; Labad Delgado, Estela; Acedo Jiménez, Virginia; Sánchez Pernaute, Andrés; Fernández Aceñero, María Jesús

Presentador: Díaz Del Arco, Cristina

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La afectación ganglionar es uno de los factores pronósticos más importantes en el cáncer gástrico (CG) reseado. Sin embargo, persisten dudas sobre la mejor forma de clasificarla. Además, los pacientes occidentales suelen presentar un menor número de ganglios linfáticos (GL) reseados, lo que puede generar migración de estadio con el sistema TNM actual, basado en el número de GL afectados. En estudios previos, observamos que en nuestra serie de pacientes occidentales con CG, el ratio de GL y el log odds de GL positivos correlacionan mejor con el pronóstico que el estadio pN. El objetivo de este estudio es investigar el valor pronóstico de la localización de los GL metastásicos, divididos en regiones perigástrica y extra-perigástrica, y su relación con el número de GL metastásicos en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluye a 249 pacientes con CG reseado entre 2001 y 2019. Se excluyeron los pacientes con tratamiento neoadyuvante, metastásicos al diagnóstico y con resecciones R1/R2. Se recopilaron las características clínicas e histológicas y se realizó análisis estadístico con SPSS v27.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes estaban en estadio pT3 (45,8%) y el 56,6% presentó metástasis en GL. En la serie global, la presencia y localización de los GL metastásicos se asociaron significativamente con el tamaño tumoral, infiltración perineural, invasión linfovascular, la presencia de células en anillo de sello, el número de GL reseados y metastásicos, y múltiples factores pronósticos, incluyendo el estadio pT, la recurrencia y la muerte por tumor. Además fue un factor pronóstico independiente para la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP). En pacientes N+, la ubicación de los GL metastásicos también estuvo significativamente relacionada con la recurrencia y la muerte por tumor, siendo un factor pronóstico independiente tanto para SG como para SLP, junto con el ratio de GL. Posteriormente, se dividió la serie en pacientes pN1-N2 y pN3. En los casos pN3, la localización de los GL metastásicos estratificó a los pacientes en dos grupos pronósticos con diferencias significativas tanto para SG como para SLP. En este subgrupo de pacientes, la localización de los GL metastásicos fue el único factor pronóstico independiente para SG y SLP. Finalmente, desarrollamos una nueva estadificación N combinando una clasificación de ratio de GL que había mostrado buen valor pronóstico en nuestra serie con la localización de las metástasis. Los pacientes se dividieron en N0 (ratio de GL = 0%), N1 (ratio de GL = 1-25%) y N2 (ratio de GL >25% y metástasis perigástricas) y N3 (ratio de GL >25% y metástasis extra-perigástricas). En las curvas de Kaplan-Meier para SLP y SG, esta clasificación combinada estratificó a los pacientes en cuatro grupos con diferencias pronósticas significativas y fue un factor pronóstico independiente tanto para SLP como para SG.

CONCLUSIONES: Basándonos en nuestros resultados, sería recomendable incluir la localización de los GL metastásicos en la estadificación tumoral del CG, particularmente en pacientes con enfermedad ganglionar extensa (pN3 y/o >25% de GL afectados), en los que el ratio de GL afectados perdió valor pronóstico. Además, la aplicación de un sistema que incorpore tanto el ratio de GL como la ubicación de los GL metastásicos puede mejorar la precisión pronóstica y ayudar a reducir la migración de estadio en pacientes occidentales con CG.

ADENOCARCINOMA GOBLET CELL EXTRA-APENDICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Hochman , Sapir; Luizaga , Paola; Suárez Franck, Mauricio
Presentador: Hochman , Sapir

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de tipo goblet-cell es una neoplasia rara y agresiva que afecta principalmente el apéndice cecal como localización primaria. La incidencia es de 1 cada 2 millones de individuos, con edad media de 50-60 años, sin predilección del sexo. Suele presentarse en forma de apendicitis aguda o dolor abdominal inespecífico. Histológicamente presenta una diferenciación anfrínica que presenta características morfológicas (Células mucinosas calciformes, número variable de células endocrinas) y clínicas especiales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 64 años sin antecedentes neoplásicos previos, acudió por síndrome tóxico y pérdida ponderal significativa de peso de rápida evolución (aproximadamente de meses de evolución). Se le realizaron estudios complementarios y pruebas de imagen observándose múltiples nódulos en diferentes órganos (pulmonares, mediastínicos-abdominales, hepáticos y óseos), y en la colonoscopia de especial interés la presencia de una lesión en colon transverso, que ocupa el 50% de la luz intestinal de aspecto neofornicativo evidente, procediendo a la toma de biopsias.

RESULTADOS: Se recibe una biopsia con fragmentos de mucosa colónica, observándose una proliferación infiltrante, constituida por células atípicas mucinosas con aspecto goblet-like que adoptan un patrón cordonal y tubular anastomosante, sin cambios desmoplásicos estromales. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para marcadores de origen intestinal (CK20+, CDX2+, SATB2+), y particularmente, además, una positividad difusa para CK7 y marcadores neuroendocrinos (cromogranina, sinaptofisina). Por lo tanto, considerando la morfología descrita con componente epitelial de células mucinosas de aspecto goblet-like, componente de células neuroendocrinas, y el estudio inmunohistoquímico (descartando otras posibilidades con marcadores adicionales TTF1, napsina, GATA3 y NKX3 negativos) se diagnosticó como infiltración por adenocarcinoma de tipo goblet-cell con componente de bajo y alto grado, recomendando descartar un origen primario apendicular.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma de tipo goblet-cell de apéndice cecal es una entidad poco frecuente, y más aún los de origen extra-apendicular. Cuando se encuentran casos extra-apendiculares, es importante plantearse un diagnóstico diferencial entre un tumor primario y una metástasis. En nuestro caso, se realizó una anamnesis detallada en donde se corroboró que el paciente había sido sometido a una apendicectomía sin complicaciones hace más de 40 años.

El estudio histológico muestra la morfología característica anfrínica que además siempre debe ser complementada con un estudio inmunohistoquímico amplio.

Es importante conocer la entidad, ya que clínicamente podría manifestarse de forma inespecífica e histológicamente pasar desapercibida cuando la lesión es incipiente. Una de las formas más habituales de manifestación suele ser la apendicitis aguda en la que podría existir el riesgo de no identificar la lesión debido a la poca carga tumoral y el denso e importante fondo inflamatorio. Cuando la lesión es de mayor tamaño, los síntomas son más evidentes por efecto de masa y en muchos casos con diseminación metastásica importante a diversos órganos incluso con carcinomatosis peritoneal, como ocurrió en nuestro caso.

El pronóstico de la enfermedad depende del estadio y el grado tumoral, con una supervivencia que varía entre 15 años en los estadios iniciales y alrededor de 3 años en los estadios avanzados.

UN TUMOR INFRECIENTE EN ESÓFAGO.

Hernández Martínez, Desiré; Vega González, Jesús; De La Torre Serrano, Montserrat; García Egido, Alejandro; De Hita Castillo, Miguel; Lample Brusel, Ignacio; Oteo Cerrato, Elvira; Platero Sanz, Sara; Bergillos Gimenez, María Reyes; Colino Gallardo, Ana María; Fernandez Aceñero, María Jesús

Presentador: Hernández Martínez, Desiré

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos esofágicos son poco frecuentes y suelen ser hallazgos casuales en endoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una PAAF de masa en esófago a un hombre de 73 años con antecedentes de cáncer colorrectal y pulmonar, con sospecha de recaída. Tras el diagnóstico citológico se realizó una resección mucosa de la lesión.

RESULTADOS: en la PAAF se observó una neoplasia morfológica e inmunohistoquímicamente sugerente de un tumor neuroendocrino. Estos hallazgos se confirmaron con la posterior resección, que mostró un carcinoma neuroendocrino de célula grande.

CONCLUSIONES: Diferenciar los tumores neuroendocrinos de células grandes de otros carcinomas puede plantear un desafío. Las técnicas para sinaptofisina, cromogranina A, enolasa neuronal específica, CD56, y el Ki 67 son muy útiles en estos casos.

EXTENDED TUMOR AREA-BASED STRATIFICATION SCORE COMBINING TUMOR BUDDING AND STROMA IDENTIFIES A HIGH-RISK, IMMUNE-DEPLETED GROUP IN LOCALIZED MICROSATELLITE-STABLE COLON CANCER PATIENTS

Palomar De Lucas, Brenda; Heras , Begoña; Ortega , Maria; Bolea , Aitana; Tarazona , Noelia; Moro , David; Martinez Ciarpaglini, Carolina

Presentador: Palomar De Lucas, Brenda

INCLIVA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon estable (MSS) es una enfermedad heterogénea cuyo manejo clínico requiere identificar factores histopatológicos de alto riesgo para mejorar su estratificación pronóstica y guiar la toma de decisiones terapéuticas. Se ha demostrado que el tumor budding (TB) y el contenido de estroma tumoral (TS) están asociados con peor pronóstico y mayor agresividad. El TB, definido como células tumorales individuales o pequeños grupos de hasta cuatro células que se desprenden del frente invasor, es un marcador de transición epitelio-mesenquimal (EMT). El TS, compuesto por fibroblastos asociados al cáncer (CAFs), células inmunes y endoteliales, promueve la progresión tumoral mediante la secreción de factores como TGF- β . Ambos parámetros están vinculados a metástasis ganglionares, invasión linfovascular y perineural, y al subtipo molecular CMS4, de peor pronóstico. En este estudio, evaluamos la utilidad de la evaluación del TB y TS para mejorar la estratificación de riesgo en cáncer de colon MSS y analizamos su relación con la composición del microambiente tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos 254 muestras de colectomía de pacientes con cáncer de colon MSS en estadios I-III. El TB y el TS se evaluaron en un único campo hotspot y en un área extendida de mayor tamaño. Se caracterizó el microambiente tumoral mediante el estudio inmunohistoquímico de marcadores de linfocitos T (CD3, CD4, CD8), linfocitos B (CD20), células T reguladoras (FOXP3) y PD-L1 (22-C3). Se calcularon asociaciones con factores clínico-patológicos y supervivencia libre de enfermedad (DFS).

RESULTADOS: Desarrollamos un score basado en la combinación del TB y el TS: el TBS score, que se correlaciona significativamente con factores de mal pronóstico y que permite la estratificación del riesgo de recaída (DFS) mejorando el valor predictivo individual de ambos factores. El TBS basado en la evaluación de un área extendida, mostró mejor correlación con la probabilidad de DFS que la evaluación en un solo campo (bajo-TBS: HR 0.12, IC 95% 0.04–0.33, $p < 0.001$; intermedio-TBS: HR 0.26, IC 95% 0.10–0.65, $p = 0.003$). Los casos con alto TBS presentaron una reducción significativa en la infiltración de linfocitos T y B, menor densidad de estructuras linfoides terciarias (TLS) y menor expresión de PD-L1.

CONCLUSIONES: El TBS score basado en la evaluación combinada de TB y TS en un área extendida del tumor, mejora el valor predictivo individual de ambos factores y aporta información útil para mejorar la estratificación de riesgo de pacientes con cáncer de colon MSS en estadios localizados. Los tumores con alto TBS presentan un microambiente tumoral inmunosuprimido y un comportamiento clínico más agresivo probablemente asociado con un fenotipo mesenquimal. El TBS es viable en la práctica clínica, pero su automatización mediante inteligencia artificial podría mejorar su reproducibilidad y facilitar su implementación. Su validación en cohortes independientes es necesaria para consolidar su uso en la toma de decisiones terapéuticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN NEOPLASIAS GÁSTRICAS MALIGNAS CON UN PATRÓN POCO COHESIVO EN MUESTRAS ENDOSCÓPICAS

Ruiz Aguilera, Natalia; Ballén Barragán, Aida Esperanza; Rodríguez Barbero, José María; Morillo Morillo, Juan Pablo; Granados Alamillo, Mar

Presentador: Ruiz Aguilera, Natalia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Presentamos dos casos de neoplasias malignas gástricas, con un patrón morfológico poco cohesionado; en dos mujeres de 57 y 90 años. El objetivo es realizar un diagnóstico diferencial y una correlación en el contexto clínico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los cortes histológicos de ambos casos mostraron una proliferación maligna infiltrante con patrón sólido, nidos pequeños, láminas y células discohesivas, con hábito plasmocitoides, dentro de un estroma desmoplásico. No se proporcionaron antecedentes adicionales. La tinción inmunohistoquímica identificó el origen de las lesiones.

RESULTADOS: En ausencia de antecedentes médicos de interés, el diagnóstico más probable es un carcinoma gástrico discohesivo pobremente diferenciado; Sin embargo, en el primer caso, había antecedentes de carcinoma lobulillar infiltrante de mama. Las técnicas de IHQ mostraron receptores positivos de GATA-3, CK7 y estrógenos, y negatividad progesterona, HER-2 y CK20. Por lo tanto, el diagnóstico final fue un carcinoma metastásico de origen mamario. El segundo caso, presentaba un melanoma cutáneo previo. La inmunohistoquímica mostró tinción para HMB 45, SOX-10 y Melan-A, con ausencia de CK AE1-AE3, llegando al diagnóstico final de melanoma amelanótico metastásico.

CONCLUSIONES: Estos dos casos muestran la relevancia de la correlación clínico-patológica tras una búsqueda exhaustiva de la historia clínica en muestras endoscópicas. Es esencial considerar las entidades poco frecuentes antes de emitir un diagnóstico de neoplasia maligna, incluso cuando no se proporciona la información adecuada. Los estudios inmunohistoquímicos guiados por la morfología y los datos clínicos son esenciales para distinguir un tumor primario común de una lesión metastásica que requiere un manejo diferente del paciente en las biopsias endoscópicas gástricas.

GASTRITIS POR CUERPOS DE RUSSELL: HALLAZGO POCO COMÚN EN LA BIOPSIA DE RUTINA

Valdenebro Cuadrado, Gabriel; Bernáldez Zunuznegui, Diana; Hernández Bustos, Helena; Taveras Espinal, Héctor Alan; Velasco Albenade, Francisco Javier

Presentador: Valdenebro Cuadrado, Gabriel

ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La gastritis por cuerpos de Russell es una variante poco frecuente de gastritis crónica, caracterizada por la infiltración en la lámina propia de células plasmáticas que presentan inclusiones eosinofílicas en el citoplasma. A estas inclusiones se las conoce como cuerpos de Russell y las células plasmáticas que las contienen reciben el nombre de células de Mott. Los cuerpos de Russell se originan como una respuesta celular ante la sobreestimulación de las células plasmáticas, lo que provoca la acumulación de inmunoglobulina en una forma condensada y difícil de degradar. Normalmente, se detectan en el contexto de distintas neoplasias malignas de origen hematopoyético, aunque también pueden observarse en ciertas situaciones reactivas. En la mayoría de los casos reactivos, esta condición se asocia con la presencia de *Helicobacter pylori* y generalmente ambas se descubren de forma incidental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 65 años con dolor en hipocondrio izquierdo y estreñimiento. Tras colonoscopia normal se realiza endoscopia digestiva alta, en la que se observa en antro (curvatura mayor) una úlcera de 10 mm de diámetro con edema de bordes y fibrina blanca de la que se toman biopsias para su estudio. Macroscópicamente se reciben 3 fragmentos irregulares de tejido rosado y aspecto mucoso que agrupados miden 0,5 cm.

RESULTADOS: Al microscopio se observó una mucosa gástrica con cambios regenerativos/repasativos, que en profundidad presenta un infiltrado inflamatorio crónico acompañado de abundantes células de Mott (células plasmáticas con cuerpos de Russell) en la lámina propia. A mayor aumento podemos describir estos cuerpos como inclusiones intracitoplasmáticas, de aspecto homogéneo, generalmente redondeadas, que desplazan el núcleo hacia la periferia. Se reconocen bacilos de tipo *Helicobacter* que son positivos con la tinción de inmunohistoquímica de *Helicobacter pylori*. Estos hallazgos histológicos serían compatibles con fondo y borde de úlcera asociado a la gastritis por cuerpos de Russell con infección por *Helicobacter pylori*.

La IHQ mostró positividad en las células de Mott para CD138, MUM1, PAS, IgG; y negatividad para CKAEl/AE3. Se realizan cadenas Kappa y Lambda en la que se observa restricción de cadenas Lambda en las células de Mott. Ante la sospecha, se aconseja valorar interconsulta con Hematología para plantear la posibilidad de una gammopatía monoclonal de significado incierto.

CONCLUSIONES: Al interpretar una biopsia gástrica, es fundamental no solo identificar las alteraciones patológicas, sino también reconocer los cambios reactivos benignos que pueden estar presentes. Este es el caso de la gastropatía por cuerpos de Russell, una entidad benigna rara. Su etiología aún no está completamente definida y sigue siendo un tema de investigación. Aunque se conoce la asociación que tiene con el *Helicobacter pylori*, no siempre se observa esta relación, lo que sugiere que otros factores también pueden estar involucrados. Por otro lado, se han observado recientemente casos con monoclonalidad de las células de Mott que, sin un contexto adecuado, no tiene mayor implicación clínica. Con todo ello, resulta crucial la comprensión de estos cambios reactivos para evitar diagnósticos erróneos y proporcionar un manejo adecuado al paciente.

CUANDO LA MOLECULAR NO ES SOLO UN COMPLEMENTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON DIFERENTES ALTERACIONES.

Díaz Villarreal, Sara Anabel; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Bayo Juanas, Paula; Hernández Valles, Alicia; González González, Diego; Colinas Reyero, Daniel; Torres Nieto, María Ángeles

Presentador: Díaz Villarreal, Sara Anabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Para el diagnóstico de las lesiones mesenquimales necesitamos un estudio histológico e inmunohistoquímico adecuado, y cada vez más tenemos que apoyarnos en estudios moleculares. En nuestro caso la patología molecular junto con hallazgos histológicos e IHQ nos ayudaron a diferenciar dos entidades diferentes dentro del mismo paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 63 años, con antecedente de tumor GIST gástrico en el año 2021, con C-KIT mutado y tratamiento con Imatinib. Recidiva en el 2024 con diferentes lesiones abdominales, por lo cual se le hizo una cirugía oncológica peritoneal.

Resultados histopatológicos:

Encontramos dos tipos de lesiones diferentes.

- Lesión en Douglas: corresponde a un GIST de morfología epiteloide y un inmunofenotipo idéntico al GIST gástrico previo, con IHQ: C-KIT (+), DOG1 (+).

- Lesiones en epilón mayor, colon transverso, válvula ileo-cecal, fondo de saco de Douglas, ileon y yeyuno: de morfología fusiforme, estroma fibroso y estudio IHQ: C-KIT (-), DOG1 (-), CD-34 (-), STAT6 (-), Actina (-), Desmina (-) y ?-Catenina (-) por lo que se decide realizar estudio molecular de las lesiones, mostrando una mutación en CTNNB1 (T41A) diagnosticándose de fibromatosis desmoide.

RESULTADOS: Ante la presencia de dos lesiones de diferente morfología (epiteloide/fusiforme, fibrosa) y diferentes resultados IHQ en el mismo paciente, el estudio molecular nos ayudó a diferenciar claramente entre GIST y una posible fibromatosis desmoide con ?-Catenina negativa, dos patologías con baja probabilidad de coexistir en un mismo paciente y del que se tiene pocas referencias bibliográficas. En nuestro caso, gracias a la patología molecular se pudo llegar a los diagnósticos definitivos.

CONCLUSIONES: La coexistencia del GIST y fibromatosis desmoide en un mismo paciente es un hallazgo raro, del que se tiene poca información. Nuestro paciente presenta un implante metastásico del GIST gástrico primario y diferentes lesiones que corresponden a fibromatosis desmoide confirmadas por el estudio molecular (CTNNB1 mutado). El análisis mutacional nos ha ayudado a confirmar lo que ya se sospechaba con la histología y la inmunohistoquímica, siendo en casos como el nuestro especialmente útil para su diferenciación y el manejo del paciente.

Patología Digestiva 1976

TUMOR NEUROENDOCRINO ASOCIADO A UN HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL.

Higueras Mora, Eduardo; Pérez Rastrollo, Francisco Javier; Merino Baamonde, Sofía; Soria Montoya, Andrea; González Rodríguez, Clara; Rubiera Valdés, Miriam; Vázquez Esteban, Guillermo; Díaz López, Sofía Marina; Blanco Lorenzo, Verónica; Riera Velasco, Jose Ramón

Presentador: Higueras Mora, Eduardo

HUCA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los hamartomas quísticos retrorrectales (HQR) son lesiones congénitas raras originadas de remanentes del intestino embrionario caudal. Suelen ser asintomáticos o causar síntomas inespecíficos, como dolor pélvico o alteraciones del tránsito intestinal. Aunque generalmente son benignos, se han descrito casos de transformación maligna y asociaciones con otros tumores. Presentamos el caso de un HQR con tumor neuroendocrino bien diferenciado asociado, una entidad excepcional con escasos reportes en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente femenina de 63 años a seguimiento por Medicina Interna por pérdida de peso y dolor abdominal intermitente. Tras exploración y realización de pruebas complementarias se identificó una masa presacra, cuya resonancia magnética evidenció una lesión quística multilocular de 2,5 cm, con un nódulo mural con captación de contraste que no permitía descartar malignización. Se realizó resección quirúrgica de la lesión, que se remitió al servicio de Anatomía Patológica.

RESULTADOS: El estudio macroscópico reveló una lesión quística multilocular de 2,5x2x1,5 cm junto con un área sólida blanquecina de 1 cm. El examen histológico mostró una estructura quística revestida por epitelio escamoso y transicional. Además, se observó una proliferación celular dispuesta en un patrón trabecular y acinar, compuesta por células cúbicas con citoplasmas amplios y núcleos uniformes con cromatina en "sal y pimienta". Estas células fueron positivas para synaptofisina y CD56. Se confirmó el diagnóstico de HQR con tumor neuroendocrino bien diferenciado asociado (Grado 1, Ki-67 <1%).

CONCLUSIONES: El HQR es una lesión infrecuente que puede cursar con sintomatología muy variable. Si bien la mayoría son benignos, se han descrito casos de degeneración maligna a adenocarcinoma y a tumor neuroendocrino. Hasta la fecha se han reportado un total de 29 casos como el nuestro, la mayoría en mujeres de mediana edad. La resección completa es el tratamiento de elección, minimizando el riesgo de recidiva y permitiendo un diagnóstico definitivo.

Patología Digestiva 1947

CARCINOMA ESCAMOSO PRIMARIO DE COLON. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Sánchez Ramírez, Inmaculada; Osuna Soto, Julio; Sanz Zorrilla, Alicia; Leiva Cepas, Fernando; Villar Pastor, Carlos

Presentador: Sánchez Ramírez, Inmaculada

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamoso colorrectal (CEC) es uno de los tumores más raros del intestino grueso, con una incidencia de aproximadamente 0,10-0,25/1000 cánceres colorrectales. Su localización más frecuente es el recto, seguido de ciego y sigma. Se origina en el epitelio columnar del intestino, pero su patogenia aún no se conoce con exactitud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 78 años con antecedentes de absceso pulmonar izquierdo en la infancia, que acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y malestar general. Es ingresado en Neumología tras ser diagnosticado de una neumonía basal izquierda con insuficiencia respiratoria. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax, en la que se detecta neumoperitoneo, y un absceso en la cola pancreática con afectación del bazo. Se amplía el estudio con una TC de abdomen, y se objetiva una neoplasia en ángulo esplénico del colon, abscesificada y perforada, que fistuliza a bazo y cola pancreática. Es intervenido quirúrgicamente mediante resección del ángulo esplénico del colon, y esplenectomía con extracción de cola pancreática, remitiéndose ambas piezas para estudio anatomopatológico. No se detectaron neoplasias en otras localizaciones.

RESULTADOS: En la pieza de resección intestinal se identifica una tumoración de 2 cm que infiltra la grasa mesentérica, afectando a la superficie serosa. El estudio histológico con hematoxilina-eosina reveló una neoplasia compuesta por nidos y cordones de células con un patrón escamoso puro, sin componente de adenocarcinoma, con múltiples depósitos de queratina, que mostraron positividad nuclear para p40 en el estudio inmunohistoquímico, siendo diagnosticado de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, con invasión perineural y vascular. Se aislaron 2 ganglios mesentéricos metastásicos.

Macroscópicamente, el bazo mostraba un aspecto heterogéneo y desestructurado, con abundantes depósitos de fibrina, y a los cortes se observaba una gran cavidad abscesificada. El estudio histológico reveló infiltración neoplásica del bazo y del páncreas.

CONCLUSIONES: El CEC tiene un comportamiento más agresivo y peor pronóstico que el adenocarcinoma. Su diagnóstico diferencial requiere descartar un posible origen anal y una metástasis de otra localización. Debido a la escasez de casos reportados, no existe un consenso específico sobre su manejo terapéutico, siendo la cirugía la primera opción de tratamiento.

ADENOMAS SERRADOS TRADICIONALES DE LOCALIZACIÓN INFRECIENTE. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DE 2020 – 2025.

Bayo Juanas, Paula; Lucero Salaverry, María Miguel; Madrigal Rubiales, Beatriz; Cuevas González, Jorge; Torres Nieto, María Ángeles

Presentador: Bayo Juanas, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los adenomas serrados tradicionales son lesiones neoplásicas, precursoras del carcinoma colorrectal. Constituyen menos del 2% de los pólipos colónicos. No presentan predilección por ningún sexo y habitualmente se observan en pacientes mayores de 50 años. Su localización habitual es recto-sigmoidea, aunque no son exclusivos de esta ubicación. La colonoscopia es la prueba de elección para detectarlos y tomar biopsias. Histológicamente, se caracterizan por un crecimiento de patrón vellos, con arquitectura en "dientes de sierra", presencia de criptas ectópicas y dilataciones en la base de las mismas. Están formadas por células columnares pseudoestratificadas con citoplasmas eosinófilos y núcleos alargados oscuros, que ocasionalmente presentan vacuolas de secreción mucosa y células calciformes. La displasia epitelial adenomatosa convencional de alto grado es frecuente. Genéticamente, un 50-70% suelen tener una mutación de BRAF, un 20-40% una mutación de KRAS y un 10% no presentan mutaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel el diagnóstico de "adenoma serrado tradicional" entre los años 2020 y 2025, excluyendo aquellos casos en los que la localización fuese en el lugar habitual de aparición.

RESULTADOS: A partir de la base de datos, se encontraron tres casos, dos de ellos de localización gástrica y el uno en la ampolla de Water. Todos en pacientes mayores de 75 años, con una media de edad de 85 años, dos varones y una mujer. Los tamaños de las lesiones oscilaron entre los 2 y los 6 cm de diámetro máximo. En las tres lesiones se identificaron cambios adenomatosos convencionales de alto grado, con componente de adenocarcinoma infiltrante de patrón intestinal pobremente diferenciado en uno de localización gástrica.

CONCLUSIONES: Los adenomas serrados tradicionales son lesiones polipoideas habitualmente localizados en colon izquierdo, en pacientes mayores de 50 años. En nuestra revisión, presentamos tres casos de localización infrecuente: ampolla de Water y cuerpo gástrico. La gastroscopia es la técnica de elección para su descubrimiento y toma de biopsias; siendo el estudio histopatológico el diagnóstico definitivo. La presencia de displasia adenomatosa convencional de alto grado es frecuente, al igual que en nuestros casos. Sin embargo, la malignización y desarrollo de adenocarcinoma infiltrante es poco habitual, aunque como en nuestro caso, puede estar presente.

PROTOCOLO DE LA BIOPSIA RECTAL POR SUCCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.

Bautista López, Nazaret; García Pulido, Noelia; Molina Sánchez, Rocío; Castillo Justo, María Elena

Presentador: Bautista López, Nazaret

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La forma más certera de identificar la enfermedad de Hirschsprung (EH), es realizando una biopsia del colon usando un dispositivo de succión. Las muestras obtenidas se examinan en un microscopio para determinar si faltan células nerviosas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las piezas de intestino grueso (rectosigmoideas) se reciben en fresco, sin fijar, para congelación. Deben venir envueltas en una gasa humedecida con suero salino al laboratorio de Anatomía Patológica, evitando así su desecación y la exposición a altas temperaturas. Las biopsias, 2 ó 3 por caso, se reciben en Recepción de muestras donde se registran y se envían de forma inmediata al laboratorio de Histoquímica. Las dimensiones aproximadas de las muestras son de 0,4 x 0,2 cm de extremo distal, zona de estenosis, zona inmediata a zonaestenosa (dilatada o no) y extremo proximal. Se debe indicar en la hoja de petición del estudio a cuántos centímetros del extremo distal se toman las muestras.

A continuación se procede a su congelación en 10 ml de metilbutano en un vaso de precipitado, que se introduce en un termo que contiene nitrógeno líquido. Durante el tiempo de congelación del metilbutano hay que estar atentos para que no penetre nitrógeno líquido en el interior del vaso que contiene el metilbutano. Posteriormente se saca del termo y se deja descongelar hasta que quede un botón en el fondo. En ese momento se introducen las muestras rectales que previamente se han depositado sobre un cuadrado de papel de aluminio identificadas con 1,2,3.... Una vez transcurridos 2 o 3 minutos se extraen en el interior del criostato utilizando pinzas frías, y se introducen todas juntas en un tubo de plástico de 5 ml, debidamente rotulado con su número de biopsia. Se pasan al arcón congelador de -80°C, donde van a quedar hasta que se vayan a realizar los cortes.

Los cortes se realizan en un criomicrotomo, 50-60 cortes seriados de 18 micras para la realización de las técnicas de HE (3 o 4 secciones en un porta), Acetilcolinesterasa (6 o 7 cortes) y NADH diaforasa (40-50 cortes seriados repartidos en dos portas).

TÉCNICA DE ACETILCOLINESTERASA: Poner los portas en disolución que se indica en cámara húmeda:

-Yoduro de Acetil colina (12,5 mg)+Acetato sódico (15,8 ml)+Ácido acético (0,5 ml)+citratato sódico (1,2 ml)+sulfato cúprico (2,5 ml) y ferrocianuro potásico (2,5 ml) en 2 ml de agua destilada. Se estufan los portas a 37°C durante 1h30 min, se lavan con agua destilada, se deshidratan hasta llegar a xilol y se montan con dpx.

TÉCNICA DE NADH: Se prepara una disolución de Solución Stock de NADH y Solución Nicotin Adenin Dinucleótido, en proporción, una solución de NADH (2ml) por dos de Nicotin para cada cuatro portas a teñir. Se incuba en estufa de 37°C durante 30 min, después se fijan con formol unos 15 minutos, se lavan con agua destilada y se montan con glicerina que se encuentra a 60°C.

RESULTADOS: Si se padece la enfermedad, habrá ausencia de nervios en una parte del intestino.

CONCLUSIONES: La biopsia rectal por succión sigue siendo el método de elección en el diagnóstico de la EH.

LA BIOPSIA LÍQUIDA COMO HERRAMIENTA PARA EL ESTUDIO MUTACIONAL Y LA MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

Del Carmen Martínez, Sofia; Freire Salinas, Javier; Caramelo Hernández, Belén; Rodríguez Duque, María Soledad; García-Berbel Molina, Pilar; Secadas Díaz, Víctor; Gómez Román, Javier
Presentador: Del Carmen Martínez, Sofia

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La ausencia de mutaciones en los genes KRAS y NRAS es un marcador predictivo de respuesta a inhibidores del receptor de EGFR en cáncer colorrectal metastásico (CCRm). Sin embargo, no todos los tumores nativos responden al tratamiento y algunos tumores nativos progresan durante el tratamiento. Esto puede ser debido a la heterogeneidad tumoral espacial (al estudiar el tumor solo se analiza una zona del tejido) y a la heterogeneidad temporal (por la evolución tumoral). La biopsia líquida (BL) es una técnica poco agresiva y reproducible que se plantea como una solución para el diagnóstico y la monitorización del estado mutacional de los pacientes con CCRm.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos mutaciones de KRAS en 23 muestras de tejido de tumores primarios de CCRm (Idylla). En todos los pacientes analizamos una muestra de BL tomada al diagnóstico con dos tecnologías diferentes (NGS – panel Oncomine Focus e Idylla) y en 20 pacientes analizamos hasta 4 muestras de BL tomadas en el seguimiento (Idylla).

RESULTADOS: De los 23 tumores analizados, 13 (58%) presentaron mutaciones en KRAS, siendo G12D la más frecuente (21%). Al comparar el resultado del tejido con la primera determinación de BL, con Idylla se observaron 19 casos concordantes (81%) (10 nativos y 9 mutados). En 3 tumores mutados la mutación solo se detectó en BL con NGS y en 1 tumor mutado no se detectó mutación en plasma. Al comparar los resultados de los tumores con las determinaciones posteriores de BL, 12 casos fueron concordantes en todas las determinaciones (9 nativos y 3 mutados). En 4 casos de tumor mutado se observó alguna determinación nativa en el seguimiento, 2 casos con el tumor mutado fueron nativos en todas las determinaciones, 1 tumor mutado fue nativo en la primera determinación y mutado en las siguientes y 1 caso de tumor nativo se observó una mutación durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: Encontramos una alta correlación entre el estado mutacional del tejido con la primera determinación de BL, por otro lado, la NGS es más sensible que Idylla, por lo que el estudio mutacional con BL con NGS podría ser una alternativa al estudio en tejido. Las variaciones en el estado mutacional en el seguimiento se pueden explicar por la evolución de la enfermedad, variaciones de la carga tumoral, localización de las metástasis y desarrollo de mutaciones de resistencia. Los resultados de BL en pacientes con CCRm podrían modificar el seguimiento clínico. La tecnología Idylla, pese a ser menos sensible que NGS tiene una alta especificidad por que se plantea como una herramienta válida para la monitorización y toma de decisiones en los pacientes con CCRm.

HALLAZGO CASUAL EN PACIENTE CON CARCINOMA COLORRECTAL

Mayorga Ortiz, Lina Paola; Mayorga Ortiz, Lina Paola; De La Vega Pérez, María; Exposito Remedios, Irene; Vega Vega, Alma Damaris; Perera Gordo, Enzo
Presentador: Mayorga Ortiz, Lina Paola

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. NEGRÍN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 51 años que en el transcurso de una intervención por adenocarcinoma intestinal presenta múltiples nódulos peritoneales, milimétricos, sospechosos de carcinomatosis. Se realizó estudio intraoperatorio de estas lesiones y la inclusión en parafina puso de manifiesto un hallazgo neoplásico no esperado, añadido al tumor intestinal conocido.

MATERIAL Y MÉTODOS: La paciente que presentaba antecedentes de apendicectomía y peritonitis hace 20 años, consulta por astenia, pérdida de peso (3 kg) y rectorragia. Los marcadores tumorales prequirúrgicos fueron: un CEA de 8 y un CA 19.9 de 50. El TAC abdominal mostró un engrosamiento en sigma proximal, concéntrico, estenosante, con adenopatías sospechosas, compatible con una neoplasia T3N1-2. La biopsia confirmó el adenocarcinoma sigmoideo. Durante la cirugía, se identificaron nódulos peritoneales milimétricos sospechosos de carcinomatosis, que en el estudio intraoperatorio fueron informados como "sin evidencia de adenocarcinoma intestinal, presencia de estructuras psamomatosas, acelulares".

RESULTADOS: El estudio en parafina confirmó el adenocarcinoma colorrectal, moderadamente diferenciado, estado pT3pN1, siendo llamativa la presencia, en la serosa y en el tejido subseroso, de agregados psamomatosos ,con aisladas células epitelioides con escasa atipia citológica. Los mismos hallazgos se observaron en el líquido peritoneal libre. En cuatro ganglios aislados en la grasa sigmoidea se identificaron psamomas en el seno marginal y en uno de ellos aisladas células. El estudio inmunohistoquímico de estas células mostró positividad para, MOC31, Ber EP4, CK7, CK5-6, receptores de estrógenos, PAX8 y WTI, siendo negativos, calretinina y p53. Estos hallazgos son compatibles con carcinoma psamomatoso seroso de bajo grado.

La paciente fue remitida al Servicio de Ginecología donde se descartaron lesiones ováricas o tubáricas y donde el comité multidisciplinar decidió tratar el adenocarcinoma colorrectal y mantener una actitud expectante respecto al psamocarcinoma. Tras la cirugía, se observó el descenso de los marcadores tumorales.

CONCLUSIONES: El carcinoma seroso psamomatoso primario peritoneal es una entidad extremadamente rara. Su principal diagnóstico diferencial es el mesotelioma, siempre que se hayan descartado neoplasias ginecológicas. Sin el estudio intraoperatorio, estos implantes podrían haber sido erróneamente interpretados como carcinomatosis peritoneal de origen intestinal con implicaciones terapéuticas importantes. El carcinoma seroso de bajo grado muestra escasa respuesta a quimioterapia pero puede responder a hormonoterapia y algunos de estos tumores muestran mutación de BRAF. Este caso es un ejemplo más de que la patología digestiva no puede ser nunca ajena a la patología ginecológica o peritoneal debido a su estrecha relación anatómica.

CARCINOMA MEDULAR DE COLON. AUMENTO DE INCIDENCIA O MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO?

Teran Guzman, Rolando; Fernandez Amador, Jose Antonio; Vasquez Garmez, Celina Paola; Ferrer Yabar, M. Dolores; Jové Rius, Montserrat; Cañamero Cubero, Carmen; Ribó Campà, Carola
Presentador: Teran Guzman, Rolando

HOSPITAL NTRA. SRA. DE MARITXELL. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma medular del colon, es un subtipo infrecuente de adenocarcinoma (< 1% según la OMS), descrito por primera vez en 1999. Clínicamente conocido por tener un pronóstico favorable en comparación con los cánceres poco diferenciados. Afecta de forma predominante a mujeres y suele presentarse en colon derecho. La lateralidad izquierda es extremadamente rara. Presentamos 3 casos clínicos ocurridos en un mismo año.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó las historias clínicas de los pacientes con adenocarcinoma medular de colon el 2024 y se recabaron datos clínicos, métodos diagnósticos y resultados de las biopsias.

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos de carcinoma de colon indiferenciado desde el 2021 al 2024.

RESULTADOS: Primer caso: Varón de 65 años, fumador habitual, en ecografía de hiperplasia prostática, se evidenció, adenopatías abdominales con imagen compatible con distensión sigmoidea y engrosamiento de paredes. Se realiza colonoscopia que identifica lesión de 5 por 3 centímetros, ulcero-infiltrante muy necrótica en colon sigma.

Segundo caso: Mujer de 87 años, antecedentes de arteriopatía periférica y enfermedad renal crónica. En estudio por síndrome constitucional, se realiza colonoscopia que evidencia lesión proliferativa, infiltrante, no estenosas necrótica en colon derecho.

Tercer caso: Mujer de 85 años, con antecedente de arteriopatía de carótida. Hipertensión, insuficiencia renal crónica. Síndrome constitucional. Tomografía abdominal evidenció engrosamiento de pared colónica ascendente acompañado de imágenes ganglionares. Colonoscopia con lesión de 5 cm ulcero-necrótico, estenosante, infiltrante de colon derecho.

En los tres casos, la biopsia de las lesiones, evidenció neoplasia infiltrante, de crecimiento sólido, sin formaciones glandulares. Infiltración linfocítica prominente. Tinción inmunohistoquímica positiva para calretinina, con pérdida de expresión del CDX-2 y p53 no alterado. Pérdida de expresión de proteínas reparadoras (MLH1 y PMS2). BRAF(V600, Roche): Sobreexpresado. Diagnóstico final de adenocarcinoma medular de colon.

Evolución:

En el primer caso, el estudio de extensión demostró metástasis hepáticas y ganglionares. Actualmente, pendiente de inicio de tratamiento con inmunoterapia.

En el segundo caso, se evidenció metástasis hepáticas y pulmonares. La paciente rechaza el tratamiento y fallece al poco del diagnóstico.

En el último caso, el estudio de extensión fue negativo. Se realizó cirugía resectiva, con estadíaje PT2 N0 y se encuentra en vigilancia.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma medular de colon está descrito como un adenocarcinoma muy raro, < 1. Un estudio retrospectivo, llevado a cabo en Estados Unidos por el National Cancer Center, evidenció una incidencia de hasta el 23,8%. Sin embargo, reconocen que se necesitan más estudios para determinar la causa del incremento de los casos.

En nuestro servicio, nos llamó la atención, el hecho de diagnosticar 3 casos nuevos en el 2024. Por la alta incidencia, se revisaron los casos previos de adenocarcinoma indiferenciado en los últimos 3 años, hallándose un solo caso de adenocarcinoma medular. De acuerdo a la incidencia de cáncer de colon en nuestra población, actualmente tendríamos un porcentaje de 4,6% de adenocarcinoma medular. No se puede definir si esto se debe a un aumento de la incidencia real o a un mejor diagnóstico patológico. Queda pendiente, ver la evolución los próximos años y de acuerdo a la tendencia, sopesar posibles causas externas del aumento en dicha incidencia.

APENDICITIS AGUDA: MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO.

González Fábrega, Almudena; Remón Love, Alexandra; Narváez Simón, María; Caba Molina, Mercedes; Ríos Pelegrina, Rosa Mª
Presentador: González Fábrega, Almudena

HOSPITAL SANTA ANA (MOTRIL)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo y por ello una biopsia de rutina del patólogo. Aunque en general la mayoría de las veces el diagnóstico es sencillo, siempre hay que estar atentos a casos más desafiantes. Presentamos el caso de una mujer de 37 años, fumadora y sin otros antecedentes de interés, diagnosticada clínica, ecográfica y quirúrgicamente de apendicitis aguda flemonosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó el apéndice mediante estudio anatomopatológico, observando macroscópicamente un apéndice congestivo de 7 cm de longitud y 0,6 cm de diámetro, de contenido hemático al corte, sin otras alteraciones. Se realizó estudio inmunohistoquímico para descartar procesos neoplásicos.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico reveló cambios de apendicitis aguda acompañados de una proliferación linfóide B florida con características atípicas, de probable naturaleza reactiva. Se identificaron células linfoides grandes con uno o varios nucleolos, que expresaban CD20+, CD79a+, PAX5+. Además, se observó expresión para MUM1 y Ki67, con resultados negativos para EMA, ALK, TdT, CD15, BCL2, BCL6, CD10 y CD23. También se identificó una población de linfocitos T de pequeño tamaño y algún folículo linfóide con centro germinal reactivo. Los estudios para citomegalovirus, virus del herpes tipo 8 y ARN del virus de Epstein Barr resultaron negativos. Además, se realizó una PCR para la detección de adenovirus, cuyo resultado fue inválido debido a la presencia de inhibidores.

Aunque se observaron características atípicas en la población linfóide B, no se encontraron datos inequívocos de proceso neoplásico. El análisis del material no mostró reordenamiento clonal para los genes IgH, IgK ni IgL, lo que refuerza la naturaleza reactiva de la proliferación observada.

CONCLUSIONES: La apendicitis aguda es una condición común, pero puede coexistir con otros cuadros patológicos, como procesos linfoproliferativos, que podrían ser fácilmente pasados por alto si no se realiza una evaluación exhaustiva. Este caso subraya la relevancia de realizar un diagnóstico correcto.

Las proliferaciones linfoides atípicas pueden simular procesos linfoproliferativos sin ser neoplásicas, como hiperplasias foliculares floridas o reacciones inmunoblásticas asociadas a infecciones, suponiendo un reto diagnóstico para el patólogo.

Si se diagnostica erróneamente una hiperplasia linfóide como linfoma, el paciente podría someterse a tratamientos innecesarios, con sus correspondientes efectos secundarios y complicaciones; siendo la hiperplasia linfóide florida una respuesta reactiva y generalmente benigna, que no requiere un tratamiento agresivo.

Por lo tanto, es crucial que se realice una evaluación cuidadosa y detallada de las biopsias. No obstante, en nuestro caso, recomendamos seguimiento de la paciente en caso de sospecha de afectación sistémica.

MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS EN NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS GASTROENTEROPANCREÁTICAS: POTENCIALES CLAVES PARA LA ESTRATIFICACIÓN TUMORAL

Benini Padilla, Paola Alessandra; Benini Padilla, Paola Alessandra; Pérez Rojas, Judith; Huart Peris, María Carmen; Ramos Soler, David; Giner Segura, Francisco

Presentador: Benini Padilla, Paola Alessandra

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias neuroendocrinas constituyen un grupo heterogéneo de tumores con amplia variabilidad en su comportamiento biológico y pronóstico. Para predecir su evolución clínica, se ha establecido una clasificación basada en el índice proliferativo y el grado de diferenciación. No obstante, en el caso de tumores de bajo grado con metástasis y neoplasias de alto grado discordantes persiste cierto grado de controversia. En este contexto, se ha demostrado que las neoplasias de alto grado (HG-NENs) están relacionadas molecularmente a mutaciones en TP53 y RB1, mientras que las de bajo grado (LG-NENs) a la vía mTOR, MEN1 y mecanismos patogénicos propios de su localización anatómica. Dada esta heterogeneidad molecular, el análisis inmunohistoquímico de la proteína Rb, p16 y p53 podrían ser una herramienta prometedora para diferenciar neoplasias de alto grado discordantes. Asimismo, la expresión de receptores de somatostatina (SSTRs), que parece conservarse en las LG-NENs y perderse en las HG-NENs, podría aportar información relevante en la caracterización de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron 31 casos de NENs gastroenteropancreáticos, separados en neoplasias de bajo grado (G1 y G2) y alto grado (G3 y carcinomas neuroendocrinos). Se valoró la expresión inmunohistoquímica de los marcadores: proteína Rb, p16, p53 y SSTRs. Los tres primeros mediante un sistema de puntuación de 0 a 6, que considera tanto la intensidad como el porcentaje de tinción celular, mientras que la expresión de SSTRs se gradó según el protocolo del Hercep Test. Las puntuaciones obtenidas de los marcadores: proteína RB, p16 y p53, se subclasificaron en sobreexpresores (puntuación 5 - 6), expresores tipo wild type (puntuación 3 - 4) e infraexpresores (puntuación 0 - 2). En relación a la expresión de SSTRs, se consideró expresor un resultado ? 1+ y no expresor un resultado 0.

RESULTADOS: Los LG-NENs mostraron expresión predominante de tipo wild type para p16, mientras que los HG-NEN presentaron sobreexpresión o infraexpresión, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,016$). Esto asociado a una tendencia a la sobreexpresión de proteína Rb a favor de los HG-NEN, aunque no estadísticamente significativa, sugiere una alteración en la vía Rb/p16. En relación al p53, los HG-NENs mostraron una proporción significativamente mayor de positividad comparada a los LG-NENs ($p = 0,002$), sugiriendo una alteración en esta vía. En lo que respecta a la expresión de SSTRs, se observó una diferencia estadísticamente significativa de expresión de membrana a favor de los LG-NENs ($p = 3,852e-05$), con tendencia a la expresión débil en los tumores metastásicos.

CONCLUSIONES: Las HG-NENs presentan patrones inmunohistoquímicos que sugieren alteraciones relacionadas a la vía Rb/p16 y TP53, así como pérdida de diferenciación marcada por la infraexpresión de SSTRs. Estos hallazgos podrían explicar la tendencia de estas neoplasias a ser más agresivas y muestren una peor diferenciación, convirtiendo su pronóstico a más desfavorable.

Los LG-NENs muestran una predisposición a la expresión de tipo wild type de p16 e infraexpresión de p53 que podría ser explicada por una vía Rb/p16 y gen p53 conservados. Así mismo, se observa una tendencia a ser expresores débiles (1+) de SSTRs cuando son metastásicos. Estos hallazgos en relación a el grado de expresión de SSTRs podría ser útil como indicador pronóstico y marcador de grado histológico. Harían falta futuros estudios de series más amplias para corroborar estos resultados.

ESPIROQUETOSIS INTESTINAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Sánchez Perales, Zully Faby Elvita; De Burgos González, Saúl; Carrillo Cobarro, María; Ordoñez Arrilaga, Ainhoa; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Domínguez Aparicio, Claudia; Ruiz Díaz, Irune; Sánchez Lascano, María

Presentador: Sánchez Perales, Zully Faby Elvita

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La espiroquetosis intestinal (EI) es una infección poco frecuente causada por las espiroquetas gramnegativas *Brachyspira aalborgi* y *Brachyspira pilosicoli*, de las que se desconoce su potencial patógeno o comensal. Su prevalencia varía entre el 2 % y el 7 % en países occidentales. Diversos factores predisponentes han sido identificados, entre ellos, la inmunosupresión, la infección por VIH, la presencia de enfermedad inflamatoria intestinal subyacente, conductas sexuales de riesgo y los viajes a zonas endémicas. El mecanismo de transmisión de la EI no está completamente establecido, se ha formulado como posibilidad la vía de transmisión sexual, aunque la vía fecal-oral es la hipótesis más aceptada. El diagnóstico suele ser incidental, detectado en biopsias obtenidas por endoscopia. Clínicamente, la infección puede ser asintomática o manifestarse con síntomas leves o moderados, caracterizados por diarrea crónica acuosa o sanguinolenta y dolor abdominal. Diversos estudios han documentado casos en los que el tratamiento dirigido ha demostrado eficacia. Se presentan dos casos clínicos con diagnóstico reciente de espiroquetosis intestinal en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Caso 1: paciente varón de 73 años con antecedentes de carcinoma escamoso de pulmón y diabetes mellitus, dispepsia, distensión abdominal y cribado de sangre oculta en heces positivo. En colonoscopia se observan divertículos y múltiples aftas dispersas en mucosa colónica, de las cuales se toman biopsias.

Caso 2: paciente varón de 34 años con antecedente de VIH, cursa con diarrea acuosa y pérdida de peso de 2 meses de evolución. En colonoscopia no se evidencian hallazgos relevantes, se toman biopsias aleatorias.

En ambos casos se analizaron las preparaciones histológicas con hematoxilina-eosina y se utilizaron anticuerpos anti-*Treponema pallidum* (espiroquetas) para estudio de inmunohistoquímica (IHQ).

RESULTADOS: En el examen histológico de ambos pacientes se identificó una mucosa colónica de arquitectura conservada, con incremento moderado de celularidad en lámina propia, principalmente linfoplasmocitaria y eosinofílica. En uno de los dos casos se observó permeación neutrofílica glandular y formación focal de microabscesos cripticos.

En ambos casos destacó la presencia de un refuerzo supraepitelial basófilo recubriendo la superficie luminal de la mucosa de manera discontinua, constituido por múltiples estructuras filiformes paralelas entre sí y perpendiculares al epitelio. Estas estructuras superficiales mostraron positividad con técnica IHQ para espiroquetas, confirmando la identificación del patógeno.

Establecido el diagnóstico, en el primer caso, debido a la ausencia de síntomas intestinales, se propusieron únicamente cambios de estilo de vida y seguimiento. En el segundo caso, se brindó tratamiento con metronidazol, mejorando la sintomatología pasadas dos semanas.

CONCLUSIONES: Los casos clínicos presentados mostraron una correlación entre la clínica y los hallazgos histopatológicos, reforzando la asociación entre la espiroquetosis intestinal y los síntomas digestivos. La espiroquetosis intestinal es una entidad subdiagnosticada, cuya identificación requiere evaluación morfológica y el apoyo de inmunohistoquímica, especialmente en casos difíciles. El análisis histopatológico adecuado es fundamental para un diagnóstico certero y un manejo clínico apropiado, por lo que debe considerarse en la evaluación de la diarrea crónica.

Patología Digestiva

1862

CARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martín Estévez, Elena; Azaña González, Carlos; Gutiérrez Melgarejo, Paola Andrea; Solórzano Mariscal, Rocío
Presentador: Martín Estévez, Elena

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células caliciformes apendicular es una neoplasia poco frecuente que presenta diferenciación neuroendocrina y mucinosa, compuesto por células de hábito intestinal en forma de cáliz, células endocrinas en número variante y células similares a Paneth, que se disponen formando túbulos o nidos y muestran positividad focal para los marcadores neuroendocrinos. Debido a esta condición bifenotípica, ha existido mucha controversia con su correcta denominación y clasificación. En la actualidad, se reconoce la presencia de cierto patrón de alto grado por lo que se ha establecido una clasificación que organiza estos tumores en grupos pronósticos significativos. En esta revisión se expone, a propósito de un caso, las características clinicopatológicas, inmunohistoquímicas, diagnóstico y tratamiento clínico de esta entidad. Así como su última actualización en la clasificación según la Organización Mundial de la Salud en 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso más reciente, el cual se trata de una mujer de 50 años sin antecedentes de interés.

RESULTADOS: La paciente acudió a Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha y en la ecografía se observó un aumento del tamaño del apéndice con cambios inflamatorios sugestivos de proceso inflamatorio apendicular agudo, por lo que se realizó intervención quirúrgica urgente. En el examen macroscópico no se identificaron alteraciones relevantes. Sin embargo, el examen histopatológico mostró agregados cohesivos y tubulares de células con amplios citoplasmas eosinófilos, núcleos periféricos y monomorfos, con vacuolas intracitoplasmáticas de células caliciformes, que afectan de forma circunferencial a la pared del apéndice. Se observó invasión perineural, así como afectación focal del tejido adiposo periapendicular. Además de inflamación aguda y periapendicitis asociada. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CK20, SATB2, CDX2 y CK7 (débil y focal). Así como, positividad focal para cromogranina, sinaptofisina y CD56. A pesar de que los márgenes de la pieza estaban libres de procesos neoplásicos, sí existía afectación del mesoapéndice por lo que su estadio pTNM es pT3.

CONCLUSIONES: El sistema de clasificación más reciente consta de 3 niveles y se basa en evaluar la proporción de patrones morfológicos de bajo grado (crecimiento tubular o agrupado) y de alto grado (células individuales, filar simples, cordones anastomóticos complejos) del tumor. Esta clasificación reconoce que la proporción de ambos patrones presente en el tumor afecta a la supervivencia. Según un estudio realizado por Yozu et al., la tasa de supervivencia a 10 años para los tumores de bajo, intermedio y alto grado fue del 78%, 33% y 4% respectivamente. De modo que, la paciente del caso presentaba un adenocarcinoma de bajo grado y, por el estadije pTNM, fue sometida a hemicolectomía derecha.

Sin embargo, dada la morfología singular, el perfil molecular y el desconocimiento de la procedencia de la célula de origen, la clasificación sigue evolucionando. Actualmente, el estadio y el grado del tumor dictan el tratamiento clínico, pero aún se necesitan más estudios para comprender mejor su naturaleza a fin de obtener mejoras en el resultado clínico.

Patología Digestiva

1857

PRESENTACIÓN INUSUAL DE NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

Alberca Corominas, David; Reina Licon, Lucía Alejandra; Bravo Collazos, Yoselin Cristina; Adamoli Vidal, Virginia Claudia; Paricio Martínez, José Joaquín
Presentador: Alberca Corominas, David

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas es una infrecuente entidad que supone el 1-2% de las neoplasias pancreáticas y tiene un bajo grado de malignidad. Afecta

principalmente a mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. Presentamos un caso de un varón, diagnosticado inicialmente como tumor neuroendocrino en la PAAF, con diagnóstico final en la pieza quirúrgica de neoplasia sólida pseudopapilar, con el fin de aprender de la discrepancia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso clínico, con material citológico (PAAF pancreática) y pieza quirúrgica (enucleación de tumoración pancreática), con evaluación de las características morfológicas e inmunohistoquímicas en ambos estudios.

RESULTADOS: Varón de 34 años con cuadro de 15 días de evolución de dolor en zona de mesogastrio izquierdo, reagudizado tras la ingesta alimentaria. Se realizó TC abdominopélvico, visualizándose una masa de 2.7 x 2.5 cm en cabeza de páncreas, sugestiva de adenocarcinoma o tumor neuroendocrino. Se programó PAAF de dicha tumoración, guiada por ecoendoscopia, con control por patólogo para asegurar la obtención de material adecuado. En las extensiones y bloque celular se observó una celularidad en nidos, parcialmente discohesivos, constituida por células de aspecto plasmocitoide, con núcleos excéntricos redondeados, regulares, sin nucleolo evidente y sin identificarse mitosis. Se realizó estudio inmunohistoquímico con CD56, sinaptofisina y cromogranina, con positividad de los dos primeros, por lo que se diagnosticó de tumor neuroendocrino. En el comité multidisciplinar de tumores pancreáticos se indicó enucleación del tumor. En la pieza la lesión presentaba bordes expansivos, con una arquitectura bifásica, que alternaba áreas sólidas constituidas por grupos cohesivos en sábana de células epiteliales acompañados de vasos capilares, y zonas con células tumorales dispuestas en papilas malformadas y pseudorosetas. Las células tumorales eran monomorfas, sin atipia citológica. No se identificó necrosis ni mitosis atípicas. Las células tumorales son positivas para Beta-catenina (nuclear), CD10, CD56 y sinaptofisina, con un ki67 menor del 1%. Con estos hallazgos, se realizó el diagnóstico definitivo de neoplasia sólida pseudopapilar.

CONCLUSIONES: Aunque la neoplasia sólida pseudopapilar pancreática es una entidad que típicamente se produce en pacientes de sexo femenino entre la tercera y cuarta década de vida localizándose en cuerpo o cola de páncreas, se debe tener en consideración en varones, ya que en ellos es más frecuente que tenga una presentación o comportamiento inusual. La expresión de marcadores neuroendocrinos puede inducir una confusión con un tumor neuroendocrino, por lo que se debe integrar con las características citomorfológicas y acompañar de Beta-catenina y CD10.

SCORE COMBINADO DE TUMOR BUDDING Y POORLY DIFFERENTIATED CLUSTERS BASADO EN SECCIONES SERIADAS DE TEJIDO DE CARCINOMA COLORECTAL. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA

Jímeno Ramiro, Mireya; López Martos, Raquel; Fernández Romero, Juan Pablo; Martín Small, Gustavo; Matute Molina, Karol; Suárez Franck, Mauricio
Presentador: Jímeno Ramiro, Mireya

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La presencia de tumor budding (TB) se considera un factor de riesgo de progresión en el carcinoma colorectal (CCR), relacionado con el mecanismo de transición epitelio-mesénquima. Existen múltiples estudios enfocados a demostrar la consistencia de la evaluación de TB y, aunque la concordancia interobservador es muy variable, ha sido validado como factor pronóstico. El recuento de poorly differentiated clustes (PDC) se propone actualmente como un marcador igualmente consistente y más reproducible, por ser una estructura de mayor tamaño probablemente en continuidad con TB, pero aún no se han definido de forma rigurosa puntos de corte para su gradación. A las dificultades del recuento de estas estructuras se añade la necesidad de hacerlo en un único hotspot dentro de un área tumoral habitualmente grande, el componente inflamatorio frecuentemente asociado y la presencia de algunos imitadores (pseudoglándulas). El objetivo de este estudio es definir la evolución de estas estructuras en secciones seriadas de tejido y analizar la consistencia de un score combinado (SC) de ambas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron imágenes digitalizadas (H&E) (3DHISTECH®) de 2 secciones de tejido consecutivas de 30 piezas quirúrgicas de CCR, en las que se marcó un hotspot (0.785 mm²). Seis observadores con diferentes grados de experiencia (3 expertos/ 3 inexpertos) realizaron recuento de TB y PDC. Se obtuvo el grado de ambas variables basado en el método de consenso para TB (bajo grado (G1): <5, grado intermedio (G2): 5-9 y alto grado (G3): >9) y se realizó análisis de concordancia interobservador tanto de grado y número de TB y PDC como del SC, así como intraobservador entre las dos secciones de tejido para las tres variables (SPSS v29).

RESULTADOS: Se objetivó importante variación en número tanto de TB como de PDC entre la primera y la segunda sección de tejido. El acuerdo interobservador entre expertos para el número de TB fue bueno (mejor ICC=0.789) y moderado para el número de PDC (mejor ICC=0.611), muy bueno para grado de TB (mejor Kappa=0.859) y bueno para el grado de PDC (mejor Kappa=0.799). El mayor valor de concordancia se obtuvo con el recuento basado en el SC (mejor ICC=0.889). La concordancia entre observadores inexpertos presentó valores más inestables: acuerdo bajo para en la gradación de TB (mejor Kappa=0.321) y PDC (mejor Kappa=0.479), mientras que el SC mostró valores claramente mayores y superponibles al de los expertos (mejor ICC=0.794). Se evidenció, además, modificación en al menos un grado tanto en TB como en PDC entre la primera y la segunda sección de tejido en un número significativo de casos.

CONCLUSIONES: En este estudio hemos observado una evolución significativa en el tamaño y número de grupos de células en el frente tumoral en secciones consecutivas de tejido, en algunos casos con modificación del grado de TB. Esta transformación podría considerarse una interpretación en imágenes 2D de estructuras morfológicas con el mismo mecanismo infiltrativo y, probablemente con similares alteraciones moleculares. Nuestro análisis ha demostrado mejores niveles de acuerdo cuando se aplica el SC como método de recuento de estructuras en el frente tumoral, tanto en observadores expertos como inexpertos, y que es un método más consistente entre secciones consecutivas de tejido. Así, SC podría ser un método apropiado para definir estos factores pronóstico de una forma más práctica y reproducible, para lo que sería preciso definir puntos de corte en relación a pronóstico.

A PSEUDOCYSTIC LESION OF UNKNOWN ORIGIN RESULTING IN A GASTRIC CARCINOSARCOMA

Reina Licona, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; Bravo Collazos, Yoselin Cristina; Peña Barreno, Cristina
Presentador: Reina Licona, Lucía Alejandra

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Carcinosarcomas are rare aggressive neoplasms, comprising carcinoma and sarcoma components. They usually originate from the female genital tract and only few cases of gastric origin have been reported.

MATERIAL Y MÉTODOS: A 49 y.o. woman with an unremarkable medical history presents with dyspepsia, pain in the hypogastrium, abdominal distension and anorexia for the past ten months. Physical exam reveals an abdominal mass in the left flank. CAT Scan shows a cystic mass measuring 21x10x8 cm located in the area of the gastrosplenic ligament, in contact with the spleen, pancreas and stomach. Excision of the lesion is performed.

RESULTADOS: Grossly, the cut resected specimen consists of a cystic mass that measures 14 x 10 x 3 cm with a smooth purple and brown external surface and a wall thickness of 0.3 cm. Cyst content is heterogeneous, showing a solid polilobulated nodule. Microscopically, a pseudocyst is seen. The lesion consists of a smooth muscular wall partially lined by benign stratified squamous and ciliated pseudostratified/respiratory type epithelia that shows patchy infiltration by an atypical biphasic tumor. The malignant component is made up of a moderately differentiated adenocarcinoma intermixed with atypical spindle cells within the stroma. Immunohistochemistry stain demonstrates expression of CDX2, CK7, CK20, CK19 and Villin in the carcinomatous component (supporting a gastrointestinal /pancreatobiliary origin) and SMA and focal CKA61/AE3 in the sarcomatous component. Following the diagnosis of carcinosarcoma the tumor behaves very aggressively, duplicating its size in just 1 month. Therefore, the patient undergoes urgent partial gastrectomy, with resection of multiple implants found intraoperatively in the liver and peritoneum. Less than 1 month has passed since the surgery, but a chemotherapy treatment is planned after postoperative recovery.

CONCLUSIONES: Given the infrequency of these tumors, there is limited data regarding the management of gastric carcinosarcomas. Therefore, multidisciplinary tumor committees are essential to bring specialists together, optimize treatment and ensure individualized care.

GASTRITIS COLÁGENA, UNA RARA CAUSA DE ANEMIA

Martínez Miguel, Jennifer; Martínez Miguel, Jennifer; Ruiz Quintero, Geraldine; Pueyo Arias, Pablo; Oliver Ledesma, Marina; Irigoyen Miró, Conzalo; Vidaurrazaga Olvares, Nerea; Ibarrola Altuna, Rafael; Saiz Ruiz De Loizaga, Marta; Etxegaray Gamboa, Leire; Barredo Santamaría, Inmaculada
Presentador: Martínez Miguel, Jennifer

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La gastritis colágena es una entidad rara que cursa con síntomas comunes a otras enfermedades intestinales, tales como dolor abdominal, diarrea y ferropenia, pero que presenta una histología característica. Debido a la baja prevalencia de esta entidad, sus características epidemiológicas, patogénicas y sus posibles tratamientos, no están bien definidos. Este caso trata de una mujer de 21 años que presentaba anemia ferropénica de dos años de evolución. Se detectó *Helicobacter Pylori*, pero a pesar de tratamiento persistía la anemia y asociaba sensación de hinchazón abdominal. Se realizó nueva gastroscopia en la que se identificó una mucosa duodenal compatible con atrofia y mucosa gástrica compatible con gastritis con test de ureasa positivo. Nos remitieron biopsias para estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recibieron muestras en nuestro servicio, remitidas como mucosa gástrica y duodenal, procesándose para la realización de bloques de parafina y cortes, que posteriormente se tiñeron con Hematoxilina/Eosina para evaluación morfológica. Tras una primera valoración, se solicitaron técnicas de histoquímica (Masson) en la mucosa gástrica e inmunohistoquímica (CD4 y CD8) en la duodenal.

RESULTADOS: Microscópicamente se identificó en mucosa duodenal, una alteración de la arquitectura con hipertrofia de criptas, marcada atrofia vellositaria y una linfocitosis intraepitelial significativa. Con respecto a la mucosa gástrica, esta presentó una gruesa banda de colágeno desfilcado a nivel subepitelial, acompañado de un infiltrado inflamatorio de tipo crónico con actividad. Se identificaron además bacilos de tipo *Helicobacter Pylori*.

Los diagnósticos finales fueron mucosa duodenal con atrofia vellositaria y clasificación Marsh modificada tipo 3b y gastritis colágena con gastritis crónica activa asociada a *Helicobacter Pylori*.

CONCLUSIONES: La gastritis colágena es una forma rara de gastritis que se asocia frecuentemente con síntomas digestivos y anemia ferropénica persistentes. Se describen dos grupos de pacientes. Por un lado, niños y jóvenes adultos con anemia ferropénica, una mucosa nodular en endoscopia y una enfermedad limitada al estómago. Por otro lado, adultos con diarrea crónica y una afectación más difusa del tracto digestivo con colitis colágena. Cabe destacar que además este último grupo suele asociarse a enfermedades autoinmunes como colitis ulcerosa o enfermedad celíaca.

Microscópicamente, esta entidad se caracteriza por la presencia de una banda de colágeno subepitelial, continua y con un espesor mayor de 10µm y que suele presentar una interfase irregular con respecto a la lámina propia subyacente. Además, suele asociar un infiltrado inflamatorio crónico inespecífico y puede o no asociarse a linfocitosis intraepitelial.

El tratamiento de esta entidad no está estandarizado, encontrándose en la literatura diferentes líneas de tratamiento con resultados variables, siendo los más efectivos el tratamiento corticoide y la retirada del gluten de la dieta. Aquellos pacientes que presentaban infección por *Helicobacter Pylori*, como es nuestro caso, no presentaban mejoría de la afectación colágena tras tratamiento erradicador.

Cabe destacar que la retirada del gluten de la dieta resultaba efectiva aún sin enfermedad celíaca concurrente y, en muchos de los casos revisados, no solo una mejoría sintomática si no también histológica. Estas observaciones dejan abierta la posibilidad de una relación patogénica entre dicho componente y esta entidad.

MESOTELIOMA PERITONEAL MULTIUÍSTICO CON CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS TIPO FLORET-LIKE: REPORTE DE CASO.

Rodríguez Carpio, Robert Ricardo; Ollero Domenche, Leticia; Guerrero Gomez, Maialen; Hörndler Argarate, Carlos; Vicente Arregui, Sandra; Leon , Liliana; Delgado Fernandez, Jorge Luis; Lopez Hernandez, Alenna; Carvajal Cornejo, María Camila; Martínez Arnau, Neus
Presentador: Rodríguez Carpio, Robert Ricardo

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma peritoneal multiuístico (MPM) es una neoplasia poco frecuente, representando entre el 3 y el 5% de los mesoteliomas peritoneales. Se localiza predominantemente en la pelvis y afecta más a mujeres en edad reproductiva. Su etiopatogenia es desconocida, aunque se ha asociado con factores hormonales e irritativos como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o cirugía abdominal previa. Los síntomas son inespecíficos, incluyendo dolor y distensión abdominal o una masa palpable, aunque en ocasiones se diagnostica incidentalmente. Las técnicas de imagen, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), son clave para la caracterización del tumor, pero el estudio histológico e inmunohistoquímico (IHK) es fundamental para el diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QTIPIH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 55 años con hipertensión arterial, enfermedad de Gaucher y obesidad mórbida. Durante la evaluación preoperatoria para cirugía bariátrica, una ecografía abdominal reveló una masa mesentérica multilobulada de 21,5 x 16,5 cm. La TC y RM con contraste evidenciaron una tumoración multiuística peritoneal de 32 x 29 x 10 cm, sin polos sólidos ni signos de infiltración, desplazando estructuras intestinales. Los diagnósticos radiológicos probables fueron linfangioma quístico y quiste de duplicación mesentérica.

RESULTADOS: Dado que el paciente era asintomático, se realizó primero la cirugía bariátrica y ocho meses después la exéresis del tumor. Intraoperatoriamente, se identificó una masa multiuística de 35 x 30 x 7 cm, con quistes de paredes finas conteniendo líquido seroso claro. El estudio histológico mostró espacios quísticos revestidos por una monocapa de células mesoteliales sin atipia ni mitosis, con un estroma fibroso laxo y fibroblastos de morfología fusiforme a estrellada. Se observaron abundantes células gigantes multinucleadas (CGM) floret-like. El estudio IHQ reveló positividad para CK 5/6, WT1 y calretinina en las células mesoteliales, con negatividad para CD31, CD34, D2-40 y receptores hormonales. La actividad proliferativa con Ki67 fue del 1%. Las CGM floret-like mostraron positividad para actina de músculo liso, desmina y vimentina, pero fueron negativas para S100 y CD34, sugiriendo una diferenciación mioide reactiva de fibroblastos a miofibroblastos.

CONCLUSIONES: Este caso es inusual por la ausencia de antecedentes médico-quirúrgicos o factores de riesgo conocidos. Las CGM floret-like suelen encontrarse en tumores de partes blandas como neurofibromas y liposarcomas, pero en este caso se postula que su origen podría estar relacionado con la fusión de fibroblastos estromales.

El MPM es un tumor mesotelial de crecimiento lento y potencial maligno incierto, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones peritoneales quísticas. Aunque su comportamiento clínico suele ser indolente, se han reportado recurrencias locales, lo que hace que la cirugía sea el tratamiento de elección

"PERFIL MOLECULAR EN CÁNCER COLORRECTAL NO METASTÁSICO: ANÁLISIS DE MUTACIONES EN KRAS, NRAS, BRAF Y SU ASOCIACIÓN CON INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES MEDIANTE SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN"

Azúa Romeo, Javier; Rada Rodríguez, Marta; Alonso Sánchez, Lucía; Rodríguez Perez, Irene; Angulo Biedma, Bárbara
Presentador: Azua Romeo, Javier

JAVIER AZÚA ROMEO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La evaluación por secuenciación de nueva generación (NGS) en adenocarcinoma de cáncer colorrectal no metastásico (CCRNM) es una técnica diagnóstica ambiciosa y que puede plantear desafíos considerables. Existen limitaciones sobre la solicitud de esta prueba, que afecta indirectamente a los resultados de la enfermedad subyacente.

Objetivo.- Identificar y analizar la frecuencia con la que aparecen mutaciones en genes frecuentes en esta patología, la correlación entre ellos, subrayando la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado basado en el perfil molecular del tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos retrospectivamente y de manera transversal 648 casos de CCRNM de los cuales 166 han sido estudiados molecularmente, siendo finalmente 42 los incluidos en nuestro estudio al contar con el análisis de los genes KRAS, NRAS y BRAF así como la inestabilidad de los microsatélites (IMS). Analizamos la frecuencia con la que aparecen mutados estos genes, la correlación entre mutaciones y la IMS. Por otro lado, se estudia la importancia del análisis genómico temprano mediante secuenciación de nueva generación (NGS) en comparación con otras técnicas empleadas (PCR en tiempo real e inmunohistoquímica) de forma que se pueda optimizar el diagnóstico, tanto en tiempo como en conservación de la muestra y la rentabilidad económica.

RESULTADOS: Se encontró una alta frecuencia de mutaciones en KRAS (52.38%)

NRAS mostró una baja tasa de mutaciones (8.97%), mientras que BRAF presentó mutaciones en el 20.78%, muy superior a lo reportado en la literatura más reciente (~10-15%). Esto podría definir un subgrupo de pacientes con características clínicas específicas, con mayor asociación con IMS, que estaría presente en el 12.10% de los casos, lo cual concuerda con lo esperado en cáncer colorrectal esporádico.Los pacientes con IMS pueden beneficiarse de inmunoterapia, por lo que su identificación es clave. Los datos de los pacientes analizados siguen la tendencia esperada en estudios previos: asociación estadísticamente significativa entre mutaciones en KRAS y estabilidad de microsatélites y ausencia de asociación significativa entre mutaciones de NRAS e IMS. Por otro lado, como cabe esperar, las mutaciones en BRAF sí mostraron asociación estadísticamente significativa con IMS (p<0,05).

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos refuerzan el papel de KRAS como la mutación más prevalente en CCRNM, asociada a tumores estables; mientras que BRAF mutado muestra una mayor frecuencia de IMS, alineándose con su relevancia clínica.La baja frecuencia de NRAS mutado coincide con estudios previos y no muestra una relación con IMS. De nuestros resultados podemos extraer que la mayor eficiencia se alcanza estudiando el panel genético completo de inicio por medio de NGS, ya que ahora tiempo, consume menos material tisular y el coste económico es menor que el estudio individualizado de cada gen; al mismo tiempo que podemos optimizar la caracterización molecular y guiar estrategias terapéuticas, especialmente en la selección de pacientes candidatos a terapias dirigidas e inmunoterapia. De este modo se obtiene una clasificación eficiente de los tumores en base a KRAS y BRAF como marcadores prioritarios, y la expresión de los microsatélites, optimizando recursos y tiempos en el diagnóstico molecular del CCRNM. Únicamente en aquellas situaciones en las que no se pueda realizar NGS de inicio, recomendamos, en base a nuestro estudio, iniciar el análisis individual de KRAS, y en caso de no expresión, continuar el estudio con BRAF e IMS.

ESÓFAGO CON HETEROTOPIA SEBÁCEA. UNA HISTOLOGÍA FRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.

García Rivas, Manuel; Romo Navarro, Ángel; Barrera Sánchez, Pedro; Empananza García, Cayetana; Parra Tercero, Ana Rosa; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Bergua Arroyo, Sergio; Recuero Pradillo, María; Sánchez Muñoz, César
Presentador: García Rivas, Manuel

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las heterotopias esofágicas ocurren en hasta el 10% de la población. La más frecuente con diferencia es la heterotopia gástrica (82% de los casos), seguida muy de lejos por ectopias de tejido tiroideo, paratiroideo o sebáceo. Estas anomalías pueden observarse como lesiones endoscópicas. Presentamos un caso de heterotopia esofágica con una histología infrecuente en dicha localización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 41 años con antecedentes familiares de cáncer gástrico, con clínica de más de 6 meses de pirosis, sensación de cuerpo extraño faríngeo y ocasionales regurgitación y tos, sin disfagia, compatibles con cuadro de reflujo gastroesofágico. Debido a la falta de mejoría ante la retirada de inhibidores de bomba de protones y la ausencia de *Helicobacter pylori* se decide gastroscopia con toma de biopsias.

RESULTADOS: La endoscopia mostró un duodeno y estómago de aspecto normales. En esófago se observaron múltiples lesiones parcheadas, milimétricas, ligeramente sobreelavadas y de coloración amarillenta, sospechosas de xantomas, que se biopsiaron. La biopsia mostró un epitelio escamoso estratificado, con presencia de glándulas sebáceas en lámina propia, compatible con heterotopia sebácea.

CONCLUSIONES: Hasta la fecha, hemos encontrado unos 40 casos descritos en la literatura de heterotopia sebácea esofágica. La prevalencia es del 0,05% de las lesiones endoscópicas, sin preferencia por ningún sexo y una edad media al diagnóstico de unos 45 años (30-60 años). El caso presentado de heterotopia sebácea esofágica tiene una histología característica que no suele representar retos diagnósticos, pero su localización es extremadamente infrecuente.

DETECCIÓN RÁPIDA Y EFICIENTE DE HELICOBACTER PYLORI EN MUESTRAS GÁSTRICAS TEÑIDAS CON WARTHIN-STARRY MEDIANTE APRENDIZAJE PROFUNDO.

Montero Pavon, Pedro; Aneiros Fernández, José; Romero Ortiz, Ana Isabel; López Castro, Rodrigo; Berbis De Pedraza Moreno, Álvaro
Presentador: Montero Pavón, Pedro

HOSPITAL G. UNIV. DE CIUDAD REAL. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:54:18:06 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: Helicobacter pylori es el agente causal más común de la enfermedad ulcerosa péptica y un factor de riesgo importante para el cáncer gástrico. La incidencia y prevalencia de H. pylori está aumentando en todo el mundo, lo que insta a la búsqueda de nuevos enfoques para reducir los tiempos de respuesta para la detección de H. pylori. Actualmente, el diagnóstico de la infección por H. pylori se realiza principalmente mediante el examen histológico de muestras de biopsia gástrica, pero la variabilidad interobservador tiene un impacto considerable en el diagnóstico del patógeno. Aquí, presentamos CS-Bacter, un nuevo algoritmo de aprendizaje automático para la detección automática y rápida de puntos críticos de H. pylori en muestras de biopsia gástrica teñidas con Warthin-Starry.

MATERIAL Y MÉTODOS: El algoritmo utiliza muestras gástricas teñidas con Warthin-Starry digitalizadas como entrada. Las imágenes de portaobjetos completos se segmentaron en parches más pequeños anotados manualmente y los segmentos que contenían tejido estomacal se analizaron para detectar la presencia de bacterias gramnegativas; posteriormente, los parches clasificados como positivos se examinaron más a fondo para confirmar la presencia/ausencia de bacterias en contacto con la superficie epitelial gástrica (H. pylori). Además, se realizó un estudio de eficiencia que incluyó a dos patólogos, un residente de patología, un técnico en patología y un biotecnólogo para determinar el impacto de la utilización del algoritmo en el tiempo de respuesta al diagnóstico de H. pylori.

RESULTADOS: El algoritmo CS-Bacter mostró una precisión promedio de 0,923 y una recuperación promedio de 0,923 para la detección de H. pylori en muestras gástricas digitalizadas teñidas con Warthin-Starry. Además, la utilización del algoritmo mejoró significativamente ($p < 0,001$) los tiempos de respuesta de diagnóstico para todos los profesionales de la salud que participaron en el estudio, observándose una reducción en el tiempo entre el 88,13% y el 91,76%. La implementación del algoritmo también mejoró la precisión diagnóstica para el residente de patología (del 95% al 77,98,3%), el técnico de patología (del 93,3% al 98,3%) y el biotecnólogo (del 94,2% al 98,3%), lo que indica que la herramienta apoya notablemente al personal menos experimentado.

CONCLUSIONES: La utilización de CS-Bacter redujo el tiempo de diagnóstico hasta en un 91,76 %, aumentó la precisión del diagnóstico y facilitó la determinación de casos inciertos. Por lo tanto, creemos que la incorporación de nuestro algoritmo en los flujos de trabajo de patología ayudará a estandarizar los protocolos de diagnóstico y reducirá drásticamente los tiempos de diagnóstico de H. pylori.

EVALUACIÓN DEL PORCENTAJE DE CELULARIDAD TUMORAL EN CARCINOMA DE PULMÓN: IMPACTO DE LA PATOLOGÍA DIGITAL EN LOS RESULTADOS DE NGS

Carretero Del Barrio, Irene; Torres Calcines, Natalia; Caniego Casas, Tamara; Ramos Sánchez, Carmen; Esteban Gutiérrez, Ángela; Pérez Gómez, Pablo; Ledesma Carbayo, María Jesús; García Pardo, Miguel; Benito Berlínches, Amparo; Palacios Calvo, José
Presentador: Carretero Del Barrio, Irene

HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:06:18:18 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: La interpretación de los resultados de secuenciación de nueva generación (NGS) depende en gran medida de una evaluación precisa del porcentaje de celularidad tumoral. Se ha sugerido que una sobreestimación visual de este porcentaje podría conducir a resultados falsos negativos. La patología digital surge como una herramienta prometedora para abordar este problema, ofreciendo una cuantificación objetiva y reproducible. Este trabajo evalúa si la discrepancia entre la evaluación visual y digital del porcentaje de celularidad tumoral podría explicar algunos resultados negativos en la NGS en pacientes con carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio se enmarca en el proyecto INGENIO, que analiza pacientes con CPCNP en estadio avanzado. Se seleccionaron 50 casos consecutivos con disponibilidad de resultados de NGS (Oncomine) y preparaciones histológicas teñidas de hematoxilina-eosina (HE). Las preparaciones se digitalizaron utilizando un escáner UFS Philips. Se reveló visualmente el porcentaje de celularidad tumoral en las imágenes de HE. Posteriormente, se analizaron las imágenes de manera independiente y ciega utilizando dos plataformas de patología digital: PathAI (AiSight) (análisis automático) y QuPath (análisis manual). Los datos se analizaron con R, empleando la prueba de Wilcoxon y el coeficiente de correlación intraclass (ICC) ($p<0,05$).

RESULTADOS: Se evaluaron 50 casos, de los cuales 36 (72%) presentaron alguna alteración molecular en la NGS. El ICC entre los tres métodos de evaluación (visual, PathAI y QuPath) fue de 0,8, indicando una concordancia excelente ($p<0,01$). En la evaluación visual, 14 casos mostraron <20% de celularidad tumoral (media 11,3%, rango 5%-15%), de los cuales 11 (78,6%) presentaron alteraciones moleculares driver. La media de celularidad tumoral fue del 33,6% en casos con alteraciones y del 32,1% en casos sin alteraciones ($p=0,9$).

Utilizando PathAI, 12 casos tuvieron <20% de celularidad tumoral, de los cuales 10 (83,3%) mostraron alteraciones moleculares driver. La media de celularidad tumoral fue del 36% en casos con alteraciones y del 36,6% en casos sin alteraciones ($p=0,69$).

En el análisis con QuPath, 11 casos presentaron <20% de celularidad tumoral, de los cuales 9 (81,8%) tuvieron alteraciones moleculares driver. La media de celularidad tumoral fue del 39,8% en casos con alteraciones y del 43% en casos sin alteraciones ($p=0,6$).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados no respaldan la hipótesis de que los resultados negativos en la NGS se deban a una sobreestimación de la celularidad tumoral. De hecho, los casos con <20% de celularidad tumoral incluyeron un alto porcentaje de resultados positivos en la NGS.

La concordancia entre los distintos métodos de evaluación de la celularidad tumoral fue excelente (ICC=0,8). Por tanto, la patología digital (PathAI y QuPath) demuestra ser una herramienta fiable y objetiva para la cuantificación de la celularidad tumoral, complementando la evaluación visual.

Futuros estudios podrían explorar el umbral óptimo de celularidad tumoral para garantizar la fiabilidad de los resultados de la NGS, así como la integración de la patología digital en los flujos de trabajo diagnósticos.

Developed with the financial support of Immune4ALL Project (PMP22/00054) and INGENIO Project (PMP21/00107), with European funds of the Recovery, Transformation and Resilience Plan.

Patología Digital 1552

DETERMINACIÓN DEL COLÁGENO INTRATUMORAL EN ADENOMAS HIPOFISARIOS MEDIANTE PATOLOGÍA DIGITAL Y SU RELACIÓN CON LA CONSISTENCIA INTRAQUIRÚRGICA

Molés Caparrós, Silvia Joana; Ayuso Cerezo, Hugo; Veliz Domínguez, Alejandra Sofía; Tanelanda Santillán, Angie Gabriela; Acitores Cancela, Alberto; Rodríguez Berrocal, Víctor; Ley Urzaiz, Luis; Torres Calcines, Natalia; Plan Arias, Héctor; Carretero Barrio, Irene
Presentador: Molés Caparrós, Silvia Joana

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:45-17:50 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: El grado de resección de los adenomas hipofisarios mediante cirugía endoscópica transefenoidal está influenciado por la consistencia tumoral, clasificándose como blandos o duros. Los adenomas duros presentan mayores dificultades quirúrgicas, lo que afecta a la resección completa, incrementa el riesgo de complicaciones y la necesidad de reintervenciones. Este estudio tiene como objetivo determinar el porcentaje de colágeno en adenomas hipofisarios mediante patología digital y analizar su correlación con la consistencia tumoral durante la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron de manera dirigida y retrospectiva muestras de pacientes diagnosticados con adenoma hipofisario (aproximadamente 50% blandos y 50% duros). La consistencia tumoral se obtuvo de los protocolos quirúrgicos. Se realizó tinción con tricrómico de Masson en un bloque tumoral de cada caso. Las preparaciones histológicas se escanearon con un escáner UFS Philips y se analizaron digitalmente con QuPath. Tras la anotación manual del área tumoral, se utilizó un clasificador de píxeles basado en una red neuronal artificial para distinguir las células tumorales del colágeno intratumoral, obteniendo el porcentaje de colágeno de cada caso. El análisis estadístico se realizó con R, utilizando la prueba de Wilcoxon ($p<0,05$).

RESULTADOS: Se analizaron 30 muestras de pacientes con adenoma hipofisario (edad media: 53,5 años; rango: 28-82), de los cuales 12 (40%) eran mujeres. Según la consistencia, 14 (46,67%) adenomas fueron clasificados como blandos y 16 (53,33%) como duros. El contenido medio de colágeno fue del 8,72% en adenomas blandos y del 21,80% en adenomas duros ($p<0,05$).

CONCLUSIONES: El análisis digital de preparaciones histológicas de tricrómico de Masson permite cuantificar de manera precisa el contenido de colágeno en adenomas hipofisarios. Aunque el tamaño de la serie es limitado, los resultados indican una relación significativa entre el contenido de colágeno y la consistencia tumoral durante la cirugía. Este estudio destaca por el análisis completo de las preparaciones histopatológicas mediante patología digital. Futuros estudios con un mayor número de casos confirmarán estos hallazgos y explorarán su aplicabilidad clínica. Investigación financiada por el Instituto de Salud Carlos III (PMP21/00107, PMP22/00054).

Patología Digital 1676

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD PLACENTARIA: CREACIÓN DE UN NUEVO ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA EL RETRASO MADURATIVO VELLOSOITARIO.

Quiñones Garrido, Sara; Pelu Brezae, Mariana Denisia; Ramírez Díaz, Iván; De Uribe Viloria, Marta; Macarrón Aguilera, Víctor; Tornay Mora, Elvira; Regajo, Rita María; Simón De Blas, Clara
Presentador: Quiñones Garrido, Sara

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:50-17:55 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: La presencia de vellosidades inmaduras aisladas en placentas a término se considera normal. Sin embargo, su presencia de forma generalizada se considera patológica y se define como retraso madurativo vellositario (DVM). La falta de criterios estandarizados y la variedad inter-observador dificulta el diagnóstico de esta entidad. Nuestro objetivo es establecer parámetros cuantitativos para delimitar los límites de la normalidad y generar un modelo de aprendizaje no supervisado que permita la detección automática de DVM y otras alteraciones de maduración placentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: 58 placentas a término (32 normales, 26 DVM) fueron fotografiadas a un aumento del 10x (161 imágenes: 88 normales y 73 DVM). Los bordes y los patrones vellositarios se detectaron utilizando el software "Roboflow". Se aplicó un modelo de inteligencia artificial basado en redes neuronales a las bases de datos etiquetadas para determinar los mejores parámetros de detección automatizada. Se obtuvieron estadísticas sobre el área de las vellosidades, el perímetro y el porcentaje de cobertura.

RESULTADOS: Los elementos identificados en las imágenes se han clasificado en 5 categorías: vellosidades pequeñas (VP), vellosidades medianas (VM), tronco (T), fibrina (FB) y nudo sincital (NS). El número de VM (T-Student=3,038, $P=0,004$) y VP (T-Student=4,45, $P<0,001$) fue significativamente mayor en las placentas normales en comparación con las patológicas. Sin embargo, el número de troncos (T-Student = -7,11, $P<0,001$) fue significativamente menor en las placentas normales en comparación con las patológicas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de FB (T-Student=1,146, $P=0,257$) y NS (T-Student=1,69, $P=0,095$). Considerando las VM y los T de forma conjunta, la cobertura del área resultó un 40,7% mayor para las placentas patológicas con respecto a las normales (T-Student=1,907, $P=0,062$). El algoritmo de clasificación de redes neuronales convolucionales logró una tasa de éxito del 78% para identificar imágenes de DVM frente a maduración normal.

CONCLUSIONES: En los últimos años, el DVM se ha asociado con hipoxia crónica intraútero y un mayor riesgo de muerte periparto al final del tercer trimestre, sin que existan criterios diagnósticos de diagnóstico prenatal de esta entidad. Aunque algunos casos exhiben una histopatología clara, otros muestran afectación focal o características histológicas ambiguas, lo que dificulta su identificación. El desarrollo de estos modelos iniciales podría definir objetivamente los límites entre los estados normales y patológicos, mejorando la comprensión de las enfermedades por alteración de la maduración placentaria como el DVM. Además, podrían garantizar un diagnóstico preciso en casos inciertos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES MELANOCÍTICAS CON TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL: UNA EVALUACIÓN DE MODELOS HÍBRIDOS MEDIANTE APRENDIZAJE PROFUNDO Y APRENDIZAJE AUTOMÁTICO

Prados Villanueva, Carlos; Mota Pedroso, María Claudia; Díez Fernández, Alba; Nogales Moyano, Alberto; Rodríguez Peralto, José Luis; Garrido Ruiz, María
Presentador: Prados Villanueva, Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 10)

INTRODUCCIÓN: La técnica “gold estándar” para el diagnóstico del melanoma es la histopatología. Sin embargo, sigue existiendo un subconjunto de neoplasias melanocíticas que no se puede clasificar inequívocamente en categorías benignas y malignas y representan una fuente de error diagnóstico. Existen tasas de discordancia en el diagnóstico que oscilan entre el 14% y el 38%, incluso entre dermatopatólogos expertos. Hoy en día se están desarrollando técnicas de inteligencia artificial (IA) que manejan grandes cantidades de imágenes para tareas de clasificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio proponemos el uso de algoritmos de IA para el diagnóstico de melanoma con imágenes histopatológicas. Para ello, escaneamos 116 lesiones que incluían nevos, melanomas y lesiones ambiguas. Con la ayuda de los investigadores del CIEIC de la Universidad Francisco de Vitoria, evaluamos el desempeño de diferentes modelos híbridos. Todos ellos utilizan un codificador automático para extraer las características principales de las imágenes. Posteriormente, se utilizan cuatro clasificadores para discriminar entre melanoma y nevos: máquinas de vectores de soporte, bosque aleatorio, perceptrón multicapa y K-vecinos más cercanos.

RESULTADOS: El mejor de todos los experimentos realizados tiene una precisión del 89.21% en el diagnóstico utilizando para clasificar el algoritmo de los K-vecinos más cercanos. Aunque el modelo es bastante eficiente, dicha métrica solo tiene en cuenta los aciertos y deberían introducirse otras métricas para hacer un análisis más profundo de este. Cuando tenemos en cuenta la especificidad y la sensibilidad, los valores de dichas métricas para el mejor modelo son de 88.09% y 94.44%, respectivamente. El dato de la especificidad indica que existe un porcentaje de casos de falsos positivos.

CONCLUSIONES: Este estudio resalta el potencial de la IA en el diagnóstico de lesiones melanocíticas mediante el análisis de imágenes histopatológicas. Los modelos híbridos, que combinan múltiples técnicas de IA para mejorar el rendimiento, la precisión y la capacidad de generalización, han demostrado una alta capacidad para identificar melanomas, aunque aún requieren mejoras para reducir falsos positivos. Enfatizamos además la necesidad de complementar la precisión diagnóstica con métricas como especificidad y sensibilidad, además de seguir optimizando los algoritmos. No obstante, en este estudio se manifiesta la utilidad de una herramienta de IA a la hora de analizar las muestras, mejorando la precisión diagnóstica, reduciendo la variabilidad interobservador y optimizando el flujo de trabajo en los laboratorios. Sin embargo, los algoritmos basados en IA deben ser un complemento del criterio del patólogo, requiriendo validación, normativas adecuadas y formación de los patólogos. En definitiva, la IA se perfila como un recurso clave para avanzar hacia una medicina más objetiva y eficiente en dermatopatología.

PATOLOGÍA COMPUTACIONAL Y CUANTIFICACIÓN DIGITAL DE LA POBLACIÓN DE CÉLULAS NATURAL KILLER Y SUS RELACIONES DE VECINDAD EN EL MICROAMBIENTE TUMORAL DEL LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO

Benavides De La Fuente, Cristian; Santisteban Espejo, Antonio Leopoldo; Mangas Rojas, Alipio; Bernal Florindo, Irene; Pérez Requena, José; Atienza Cuevas, Lidia; Hernández Mohedo, Francisca; Fernández Ponce, Cecilia Matilde; Montero Pavón, Pedro; García Rojo, Marcial
Presentador: Benavides De La Fuente, Cristian

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En el linfoma de Hodgkin clásico (LHc), la naturaleza inmunosupresora del microambiente tumoral (MAT) inhibe la proliferación y actividad de las células Natural Killer (NK) por medio de múltiples mecanismos, que involucran tanto a las células de Hodgkin/Reed-Sternberg (HRS) como a otras células inmunes, entre las que destacan diversas citoquinas y quimioquinas (sCD25, IL-10, IL-15, TGF-beta, CXCL9 y CXCL10), HLA-G y E, barreras físicas con formación de rosetas celulares, c-FLIP, FasL, PD-L1 y MHC-I, entre otros, contribuyendo así a una disminución cualitativa y cuantitativa de las células NK. El presente trabajo pretende efectuar una cuantificación digital de células CD56 positivas y describir un primer flujo de trabajo con respecto a las relaciones de vecindad entre las células NK y las células HRS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 40 pacientes diagnosticados de LHc a lo largo de los años 2010-2020. Se ha escaneado y cuantificado cada preparación histológica completa (Whole Slide Imaging) teñida para CD56 (anti-CD56 [123C3]). La cuantificación se ha realizado mediante el software libre QuPath (versión 0.5.1). Paralelamente, se han evaluado 3 campos a un aumento de 40x en cada preparación, estableciendo la distancia intercelular (DIC) en micrómetros entre las células CD56 y las células HRS para establecer sus relaciones de vecindad. Junto al porcentaje de celularidad NK y la DIC, se han analizado las variables de edad, sexo, subtipo histológico, estadio de Ann-Arbor-Costwold, presencia o no de síntomas B al diagnóstico, masa bulky, infección por VEB determinada mediante inmunohistoquímica frente a LMP-1 y tipo de esquema de tratamiento recibido. Se ha fijado la significación estadística en el p-valor menor de 0,05 para un test de dos colas.

RESULTADOS: La tabla 1 expone las características clínicas, histopatológicas y de respuesta a tratamiento de los casos incluidos. La distribución de células NK en el MAT de los casos incluidos no se ajusta a una distribución normal (p=0.04, test de Kolmogorov-Smirnov). La mediana del porcentaje células CD56 positivas es de 0.8 (rango: 0.03-2.9). El grado de infiltración por células NK no se asocia de forma estadísticamente significativa a la presencia del VEB en los casos estudiados (p=0.3), siendo la DIC mínima de 0.23 micras (rango: 0.23-88.5) y la DIC máxima de 296.21 micras (rango: 135.48-296.21). La DIC entre células CD56 positivas y células de HRS no se asocia de forma estadísticamente significativa a la adquisición de una respuesta metabólica completa (RMC) tras el tratamiento quimioterápico de primera línea (p=0.7).

CONCLUSIONES: Existe muy poca literatura en relación a la población de células NK en el MAT de esta entidad. El presente trabajo plantea una primera aproximación a su estudio, posicionándose como una de las primeras investigaciones centradas en estudiar la composición cuantitativa de las células NK en el LHc. El grado de infiltración NK en el ganglio linfático del LHc es muy escaso (menor del 1%), probablemente en relación con la actividad inmunosupresora de las células de HRS. Las DIC entre células NK y células de HRS no parecen asociarse a una diferencia en la respuesta a tratamiento ni a la infección por el VEB, pero dado el tamaño muestral del estudio, se requieren nuevos trabajos en series más largas para verificar esta hipótesis.

PATOLOGÍA COMPUTACIONAL Y CUANTIFICACIÓN DIGITAL DE LAS SUBPOBLACIONES DE CÉLULAS T CD4 Y CD8 EN EL MICROAMBIENTE TUMORAL DEL LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO

Benavides De La Fuente, Cristian; Santisteban Espejo, Antonio Leopoldo; Mangas Rojas, Alipio; Bernal Florindo, Irene; Pérez Requena, José; Atienza Cuevas, Lidia; Hernández Mohedo, Francisca; Fernández Ponce, Cecilia Matilde; Montero Pavón, Pedro; García Rojo, Marcial

Presentador: Benavides De La Fuente, Cristian

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En el linfoma de Hodgkin clásico (LHC), la población de células T representa el componente mayoritario en el infiltrado inflamatorio del microambiente tumoral (MAT). Los mecanismos de evasión inmune desarrollados por las células de Hodgkin-Reed-Sternberg (HRS) contribuyen a una reducción de la actividad antitumoral T. La mayoría de estudios de patología computacional en LHC han centrado su estudio en la población linfóide B, aunque diversos trabajos han sugerido un peor pronóstico para los casos donde existe un mayor número de linfocitos T CD4 y menor presencia de linfocitos T CD8. Este estudio evalúa la composición de las subpoblaciones linfocitarias T CD4 y T CD8 en el MAT del LHC y analiza su asociación con variables clínicas, la infección por el VEB, así como su impacto pronóstico en términos de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo en el que se han analizado 40 casos de LHC diagnosticados en el período 2010-2020. Se ha escaneado y cuantificado la totalidad de la preparación histopatológica obtenida al diagnóstico (Whole Slide Imaging) para las inmunohistoquímicas de CD4 (anti-CD4 [EP204]) y CD8 (anti-CD8 [SP16]). La cuantificación digital se ha realizado con el software libre QuPath (versión 0.5.1). El análisis de supervivencia univariante se ha realizado mediante el método de Kaplan-Meier y el comparador de Log Rank. La significación estadística se ha fijado para un p-valor menor a 0.05 para un test de dos colas.

RESULTADOS: La mediana de edad al diagnóstico fue de 37.5 años (rango: 19-82 años). La mayoría de casos debutaron en estadios avanzados de Ann-Arbor (estadios III-IV: 65.0%; estadios I-II: 35.0%), fueron negativos para el VEB (VEB+:32.5%) y presentaban un IPS avanzado (IPS 4-7: 62.5%). El subtipo histológico diagnosticado de manera más frecuente fue la esclerosis nodular (60.0%) y la mayoría de pacientes (70.0%) alcanzaron la respuesta metabólica completa (RMC) al tratamiento de primera línea con ABVD. No existe asociación entre el porcentaje de infiltración CD4-CD8 y el subtipo histológico, pero sí entre la infección por el VEB y el grado de infiltración CD4 ($p=0.02$). Aunque los pacientes con menor celularidad T CD8 (CD8 <35%) presentan una reducción en términos de SG y SLP frente a aquellos con un porcentaje inferior al 35%, en esta serie no existen diferencias estadísticamente significativas que permitan separar las distribuciones de supervivencia según la celularidad T del MAT.

CONCLUSIONES: La infección por el VEB modifica la composición T del MAT del LHC, como estudios previos habían puesto de manifiesto. En el presente trabajo, la celularidad de las subpoblaciones T CD4 y T CD8 del LHC no impacta el pronóstico de los pacientes. Se requieren estudios adicionales con una mayor muestra para verificar esta hipótesis inicial y la evaluación de poblaciones que pueden actuar como variables intermedias (linfocitos T reguladores CD4+, CD25+, FOXP3+).

RETOS EN EL PROCESO DE DIGITALIZACIÓN EN LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Gomez Ochoa, Marta; De Lima Piña, Gina Patricia

Presentador: Gomez Ochoa, Marta

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La digitalización representa el futuro de los servicios de Anatomía Patológica y es un paso fundamental para lograr un laboratorio sin cristales ni volantes de petición. Aunque inicialmente puede parecer un cambio pequeño, en la práctica diaria implica una nueva forma de trabajo con retos a los que debemos enfrentarnos para garantizar un flujo de trabajo eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS: La incorporación de escáneres en el servicio y la integración adecuada con los programas de trazabilidad son clave en el proceso de digitalización. El primer paso es la correcta asignación de cada caso al patólogo responsable. Este proceso permite introducir el caso en el listado de tareas del facultativo, facilitando su seguimiento. Si el caso no se asigna correctamente, y no existe un informe en papel para hacer el seguimiento, se dificulta la detección de problemas como retrasos o extravíos durante el proceso.

Otro reto importante es el correcto escaneo de las laminillas. Los escáneres son muy sensibles, y es común encontrar errores derivados de imágenes mal escaneadas o borrosas. Es esencial adquirir buenas prácticas para evitar estos errores y agilizar el flujo de trabajo. Entre estas prácticas, se incluye la limpieza adecuada de las laminillas, ya que las manchas pueden causar que el escáner enfoque en ellas y desenfoque el tejido. Además, cuando se utilizan pegatinas para la identificación de los portaobjetos, es crucial colocarlas correctamente, ya que si sobresalen, pueden provocar que el cristal se coloque mal en el escáner, generando imágenes borrosas.

La correcta validación de cada caso a lo largo de todo el proceso es crucial para realizar una trazabilidad adecuada de las muestras y detectar posibles errores lo antes posible. Es importante establecer revisiones periódicas para verificar que todas las muestras han seguido todos los pasos, desde la macro hasta el escaneo.

RESULTADOS: Uno de los mayores retos identificados es la asignación de casos, ya que la eliminación de los informes en papel dificulta el control del estado de cada caso si no se asigna adecuadamente.

Como objetivo, nos hemos enfocado en reducir la cantidad de portaobjetos mal escaneados. Actualmente, estamos probando un nuevo tipo de etiquetas para facilitar el manejo y ayuden a evitar errores durante el escaneo.

Además, es esencial realizar comprobaciones periódicas para identificar errores a tiempo y evitar retrasos en el diagnóstico.

CONCLUSIONES: La digitalización es un paso fundamental hacia el futuro de los laboratorios de Anatomía Patológica, pero el proceso conlleva desafíos importantes. La clave para superarlos radica en una buena comunicación entre los técnicos y los patólogos, para compartir los errores que surjan y encontrar las soluciones más adecuadas. La implementación de buenas prácticas y la realización de revisiones periódicas son esenciales para optimizar el flujo de trabajo.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA A LA QUIMIO-INMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CARCINOMAS DE PULMÓN NO DE CÉLULAS PEQUEÑAS MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Curto Aguilera, Daniel; Hernández Prieto, Susana; Alonso Martín, Marta; Adradas Rodríguez, Vera; Peressini Álvarez, Melina; Paz-Ares Rodríguez, Luis; Zugazagoitia Fraile, Jon; López-Ríos Moreno, Fernando; Conde Gallego, Esther
Presentador: Curto Aguilera, Daniel

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La respuesta patológica completa (CPR, por sus siglas en inglés) (es decir, 0% de células tumorales viables) y la respuesta patológica mayor (MPR, por sus siglas en inglés) (es decir, 710% de células tumorales viables) han surgido como indicadores de supervivencia después de quimio-inmunoterapia neoadyuvante en pacientes con carcinoma de pulmón no de células pequeñas (CPNPC). Aunque se están desarrollando algoritmos de inteligencia artificial (IA) para evaluar estos parámetros, su implementación en la práctica clínica aún no se ha logrado.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio se incluyeron prospectivamente piezas de resección pulmonar de 38 pacientes con CPNPC que habían sido tratados con quimio-inmunoterapia neoadyuvante. El lecho tumoral residual se incluyó completamente para su evaluación histopatológica utilizando un protocolo estandarizado de procesamiento macroscópico. Todas las preparaciones tumorales teñidas con hematoxilina-eosina (H&E) fueron revisadas por dos patólogos utilizando los criterios de respuesta de la IASLC y una herramienta de cálculo. Además, las secciones fueron escaneadas y varios parámetros tumorales (porcentaje de células tumorales, número total de células tumorales y número de células tumorales por mm²) fueron extrapolados mediante un algoritmo de IA (PathAI, Boston, MA). En el umbral de MPR, las discrepancias entre las evaluaciones manual y automatizada se resolvieron con un tercer patólogo. La respuesta al tratamiento en los ganglios linfáticos se excluyó de la evaluación.

RESULTADOS: Los pacientes incluyeron 27 hombres y 11 mujeres (edad media: 65 años, rango: 50-76 años). 21 tumores fueron carcinomas escamosos y 17 fueron adenocarcinomas. Todos los pacientes recibieron terapia combinada con inmun-quimioterapia. El lecho tumoral residual tuvo un diámetro máximo que osciló entre 0.9 cm y 6.1 cm (media: 3 cm). Se evaluaron un total de 492 preparaciones teñidas con H&E (mediana: 12 por paciente, rango: 3-34). Hasta el momento se han analizado un total de 24 pacientes. La MPR manual y digital (?10% de células tumorales, incluyendo CPR) se logró en el 79.2% (19/24; IC del 95%: 57.8, 92.9) y el 70.8% (17/24; IC del 95%: 48.9, 87.4) de los pacientes, respectivamente. Basado en este umbral, hubo al menos una concordancia moderada entre las evaluaciones manual y automatizada [kappa (IC del 95%): 0.78 (0.49, 1)]. En dos casos discordantes cercanos al umbral del 10%, el porcentaje automatizado de células tumorales fue mayor que el resultado manual en ambas lecturas. Curiosamente, hubo una asociación significativa entre la MPR manual y la estimación asistida por IA tanto del número total de células tumorales como del número de células tumorales por mm² (p = 0.00012 y p = 0.00057, respectivamente). A pesar del corto período de seguimiento [mediana (IC del 95%): 14 meses (12.6, 18.3)], hubo una tendencia no significativa hacia mejores resultados en pacientes con MPR manual o automatizada.

CONCLUSIONES: Es factible aplicar algoritmos de IA para cooperar con los patólogos en predecir el efecto de la quimio-inmunoterapia neoadyuvante en pacientes con CPNPC. Se ha observado una concordancia moderada entre la evaluación patológica convencional y la estimación asistida por IA. Este enfoque podría mejorar la estratificación pronóstica de los pacientes que no logran una CPR o MPR tras el tratamiento neoadyuvante.

USO DE LA IA EN CASOS DE LSIL CON ESCASAS CÉLULAS CONCOMITANTES SUGESTIVAS DE ASC-H/HSIL

Dorca Duch, Eduard; García, Cruz; Toll Salinés, Laia; Llatjós Sanuy, Roger; Ubalde Rizos, Susana; Pijuan, Lara
Presentador: Dorca Duch, Eduard

HOSPITAL UNIV. DE BELLVITGE. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: LSIL con escasas células concomitantes sugestivas de ASC-H/HSIL (LSIL-H) es una categoría diagnóstica contemplada en el sistema de citología cervicovaginal Bethesda (3ª edición). Se trata de una categoría con alta discrepancia, evolución clínica a menudo errática y con poca literatura publicada al respecto. El objetivo de este estudio es revisar una serie de casos diagnosticados como LSIL-H y desarrollar un algoritmo de IA que prediga la evolución de estas lesiones utilizando características convolucionales y morfológicas de las células problemáticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han recolectado 45 casos de LSIL-H diagnosticados mediante citología líquida (ThinPrep) en el Hospital Universitario de Bellvitge entre los años 2022-2023. De cada caso se ha registrado el diagnóstico final en la biopsia (Negativo, LSIL y HSIL) y el estado del virus del Papiloma Humano (VPH). Todas las preparaciones se han digitalizado utilizando el escáner de preparaciones histológicas 3D Hitech P1000 a 40x. Un citopatólogo experto ha revisado los diagnósticos y ha anotado manualmente los núcleos de las células sugestivas de ASC-H utilizando el programa QUPATH v.4.0. Se extrajeron características convolucionales profundas de cada célula previamente anotada utilizando una red neuronal convolucional InceptionV3. También se extrajeron características morfométricas como el tamaño de los núcleos, circularidad, irregularidad, área del núcleo, así como características de textura y patrón de la cromatina (utilizando características de textura de Haralick, como las matrices de co-ocurrencia de grises GLCM). Los datos anotados se dividieron en un 80% para entrenamiento y un 20% para prueba. Se entrenaron dos modelos de IA para predecir la evolución de estas lesiones: un modelo basado en Machine Learning (Xgboost) y otro basado en Deep Learning (MLP).

RESULTADOS: Se identificaron un total de 45 casos diagnosticados como LSIL con escasas células sugestivas de ASC-H, con seguimiento mediante biopsia. De estos 45 casos, 15 desarrollaron HSIL en la biopsia, 15 permanecieron como LSIL y 15 no mostraron evidencia de neoplasia. El modelo MLP mostró en el conjunto de entrenamiento los siguientes resultados: AUC=0.75, Sensibilidad=65% y Especificidad=80%, y en el conjunto de prueba: AUC=0.7, Sensibilidad=55%, Especificidad=75% al predecir la evolución a HSIL, mientras que el modelo XGBoost presentó resultados inferiores tanto en el conjunto de entrenamiento como en el de prueba (AUC=0.675, Sensibilidad=33.3%, Especificidad=80%, y AUC=0.65, Sensibilidad=30%, Especificidad=70%).

CONCLUSIONES: El uso de algoritmos de inteligencia artificial basados en las características morfométricas y convolucionales de las células sospechosas de ASC-H/HSIL podría ser útil para predecir la evolución de estas lesiones.

DEL TALLADO A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: EL POTENCIAL DE LA DIGITALIZACIÓN MACROSCÓPICA.

Rovira Casas, Silvia; Campos Vidal, Elisabet; Alonso Ramos, Carmen; Vila Saez, Maria
Presentador: Rovira Casas, Silvia

ATRYSH HEALTH

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Al hablar de Patología Digital en los servicios de Anatomía Patológica, la digitalización microscópica es el foco de atención. Sin embargo, es fundamental no relegar la importancia de la digitalización macroscópica, especialmente al estudiar piezas tumorales. El uso de imágenes macroscópicas en el flujo de trabajo no solo mejora la trazabilidad de las muestras, sino que también optimiza la eficiencia y precisión en el diagnóstico. Esto puede ser un punto de partida para la incorporación de herramientas de inteligencia artificial en un futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evalúa el impacto de la digitalización en la sala de macroscopía utilizando los siguientes recursos:

Imágenes macroscópicas de piezas tumorales (MacroPATH, Macro Digital Imaging Sistem, Milestone Medical)

Uso de imágenes macroscópicas en la confección del bloque y microtomía. Esta integración permite que la imagen macroscópica acompañe la muestra en todo su proceso, siendo accesible a través del LIS en cada etapa.

A partir de las imágenes obtenidas, se realiza el siguiente análisis: Se compara entre imágenes macroscópicas y microscópicas de una misma sección tisular.

Se analizan casos donde las imágenes macroscópicas permiten corregir errores de orientación en el tallado y/o discordancias con la información clínica.

Se evalúan los beneficios de una integración completa entre el LIS, plataformas de digitalización macroscópica y microscópica e Inteligencia Artificial (IA)

RESULTADOS: Se han digitalizado imágenes macroscópicas de 39.021 muestras durante durante el 2024:

-El 25% pertenece a muestras tumorales; Todas usadas como soporte para el diagnóstico y, de estas, un 5% han servido para solventar incidencias de orientación de la muestra

-El 40% las han usado los técnicos en los procesos de confección del bloque y/o microtomía

-El 5% han servido para solucionar incidencias de identificación del paciente

La comparación de imágenes macros y micros ha permitido a los patólogos verificar que las secciones han sido correctamente cortadas y seleccionadas.

Los beneficios obtenidos con la Integración de los sistemas son:

-Adjuntar las imágenes automáticamente al caso correspondiente dentro del LIS

-Asegurar la trazabilidad

-Optimizar los flujos de trabajo

CONCLUSIONES: La digitalización macroscópica es una herramienta clave para mejorar la seguridad y precisión del diagnóstico en Anatomía Patológica. Su implementación en la sala de tallado optimiza la trazabilidad y eficiencia del proceso, y amplía las competencias del técnico. Las imágenes facilitan la comunicación y consenso en la toma de decisiones permitiendo que el técnico realice en el tallado de muestras tumorales, fortaleciendo la relación de confianza entre técnico y patólogo. Mayor precisión en la confección del bloque en parafina. Las imágenes macroscópicas dan información clave para la selección, orientación y corte de las muestras.

Los beneficios de la integración de los sistemas están por explotar. Si existiera un sistema que exportara los datos de la fotografía al texto de la descripción macroscópica, el técnico solo tendría que revisarlo optimizando su tiempo y disminuyendo probabilidad de error.

Creemos que Inteligencia Artificial (IA) abre nuevas posibilidades en la predicción de patologías a partir de imágenes macroscópicas, similar a lo que ya ocurre en el ámbito microscópico. La digitalización de imágenes genera una base de datos valiosa para el desarrollo de futuros algoritmos de IA, reforzando la idea de que la información es poder.

DEL OJO AL PÍXEL. LA CONVIVENCIA DEL MICROSCOPIO Y LA PATOLOGÍA DIGITAL.

Vila Sáez, María; Alonso Ramos, Carmen; Campos Vidal, Elisabet
Presentador: Vila Sáez, María

ATRYSH HEALTH

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El avance de la patología digital ha supuesto un cambio significativo en el proceso y análisis de muestras en anatomía patológica. Digitalizar preparaciones histológicas ha permitido optimizar la trazabilidad, mejorar la colaboración entre profesionales y permitir la telepatología. Sin embargo, la coexistencia de la digitalización con la microscopía óptica genera dificultades sobre el flujo de trabajo de los técnicos. La falta de un modelo homogéneo de implementación, las preferencias individuales de los patólogos y las limitaciones tecnológicas plantean desafíos diarios.

Se analiza cómo la convivencia de ambas metodologías afecta a la organización y el funcionamiento del laboratorio. Se describen los problemas asociados a la duplicidad de procesos y la carga adicional de los técnicos. Se discute la necesidad de establecer un protocolo uniforme que facilite la transición hacia la patología digital sin comprometer la calidad y la eficiencia del diagnóstico durante todo el proceso

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analiza la actividad diaria en un laboratorio de anatomía patológica con un alto volumen de muestras procesadas. Se recopilan datos sobre el tiempo invertido en el escaneo, la frecuencia con la que los patólogos solicitan tanto la versión digital como la física de las muestras y las dificultades reportadas por los técnicos en la gestión de ambos sistemas.

Se llevan a cabo encuestas a los 13 técnicos que conforman el equipo, para evaluar la percepción de su carga de trabajo, derivada de la coexistencia de ambos métodos. Se analizan registros de tiempos de respuesta para la entrega de diagnósticos. Se examinan inconvenientes relacionados con la infraestructura tecnológica y mantenimiento de los escáneres.

RESULTADOS: Entre el 1 de enero de 2024 y el 28 de febrero de 2025 se han escaneado un total de 148.159 preparaciones. El tiempo invertido en gestionar estas preparaciones en formato digital es de 5h diarias. Para gestionar las preparaciones mediante la metodología tradicional, el tiempo estimado sería de 8h diarias. Cuando coexisten ambas metodologías la gestión se complica, por ende, se calcula que el tiempo invertido en la gestión es de mínimo 10 h al día.

Las razones de esta coexistencia son: incapacidad de absorber el volumen con el equipamiento actual y por preferencia del patólogo.

Los datos muestran que la coexistencia de ambas metodologías genera complicaciones en la organización técnica. Todos los técnicos encuestados coinciden que actualmente deben invertir más tiempo en la gestión de asignar, repartir y buscar preparaciones, aumentando así su carga laboral y dificultando su gestión del tiempo y su organización.

Se identifican demoras diagnósticas asociadas al uso combinado del microscopio óptico y la patología digital.

CONCLUSIONES: La patología digital representa un avance significativo en la anatomía patológica. No obstante, su implementación parcial y la convivencia con la microscopía óptica, genera inconvenientes que afectan a la eficiencia del laboratorio. La falta de un protocolo estandarizado, la duplicidad de tareas y los problemas tecnológicos dificultan el flujo de trabajo y aumentan la carga de trabajo sobre los técnicos. Para optimizar la transición hacia la patología digital, se deben establecer directrices claras, formar a los trabajadores y garantizar una infraestructura tecnológica confiable. La digitalización debe ser adoptada de manera integral para maximizar sus beneficios y reducir las ineficiencias derivadas de la coexistencia de ambas metodologías

INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN PATOLOGÍA DIGITAL, ANÁLISIS COMPARATIVO DE LESIONES TUMORALES NEUROENDOCRINAS BIEN DIFERENCIADAS DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR

Larrosa Martínez, Diego; Conesa Gállego, Jorge; Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Martínez Gasca, Teresa; Marta, Carlo Bruno
Presentador: Larrosa Martínez, Diego

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Inteligencia Artificial (IA) contiene un enorme potencial aplicado en multitud de sectores de nuestra sociedad, y en Medicina no debe ser una excepción. El sector sanitario no puede dejar escapar la ola de innovación tecnológica liderada por estos programas informáticos. Este estudio pretende comprobar el uso de esta tecnología para el diagnóstico histológico preciso de los tumores neuroendocrinos (TNE) bien diferenciados del tracto digestivo inferior. Estos tumores se clasifican anatómopatológicamente en diferentes grados en función del índice proliferativo Ki-67 G1<3%, G2,3%-20%, G3>20%; este diagnóstico supone un reto importante para los patólogos que utilizan métodos convencionales. Así pues, teniendo en cuenta el estrecho margen entre G1 y G2, lo que dificulta notablemente su clasificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: El objetivo principal fue validar el algoritmo uPath Ki-67 para su uso en la práctica clínica diaria para la cuantificación del índice proliferativo Ki-67 en los TNE bien diferenciados del tracto digestivo inferior, así como estudiar el grado de correlación entre ambos métodos de conteo Ki-67 para los G1-G2.

Para esto, se realizó una búsqueda de casos en los últimos 5 años, encontrándose 41 casos, los cuales fueron revisados y escaneados. Posterior a esto se les aplicó el algoritmo Ki-67 y se contrastó el resultado del mismo, contra lo plasmado en el informe diagnóstico. Toda esta información recabada fue sometida a un análisis estadístico (Correlación de Pearson e índice Kappa).

RESULTADOS: En líneas generales los resultados obtenidos mediante el Algoritmo RUO uPath Ki-67 presentan una gran concordancia con los índices proliferativos Ki-67 determinados por los patólogos. En concreto muestran una correlación de Pearson estadísticamente significativa de 0,983, es decir, una fuerte asociación casi perfectamente lineal de ambos métodos. De esta forma se validaría el método de conteo del índice proliferativo Ki-67 para los TNE bien diferenciados del tracto digestivo inferior mediante dicho algoritmo. Sin embargo, también se calculó el Coeficiente Kappa para determinar el grado de correlación entre el diagnóstico realizado por el patólogo y el obtenido por parte del algoritmo únicamente para los tumores G1 y G2. El resultado de 0,283 muestra un grado de concordancia débil entre ambos métodos en estos casos. Esto confirma la gran dificultad de los patólogos de realizar un conteo preciso cuando se tratan de índices tan bajos. Así pues, parece indicado aconsejar el uso de este algoritmo al menos en los tumores que presenten índices proliferativos Ki-67 que pudieran encontrarse en la barrera entre G1 y G2.

CONCLUSIONES: La IA está revolucionando la atención sanitaria, ofreciendo soluciones innovadoras para el diagnóstico, el tratamiento y la atención personalizada. La medicina debe adoptar estos avances, especialmente en áreas como el diagnóstico histológico.

El algoritmo uPath Ki-67 ofrece evaluaciones precisas y eficientes del índice Ki-67, allanando el camino para la medicina personalizada en oncología neuroendocrina. Al permitir una clasificación precisa de los tumores, favorece los tratamientos personalizados con menos efectos secundarios y mejores resultados para los pacientes. Este avance demuestra cómo la IA puede mejorar la precisión diagnóstica y agilizar las tareas laboriosas en patología, garantizando una mejor prestación de asistencia sanitaria y manteniendo al mismo tiempo un alto nivel de atención.

LOS RASGOS FENOTÍPICOS DISTINTIVOS DEL LINFOMA FOLICULAR DE TIPO DUODENAL, ¿REALMENTE LO SON?

Rivas Hernández, Raquel; Jiménez Pérez, Andrea Beatriz; León Gil, Johanna Gabriela; Clavijo Paz, Martha Isabel; Batista Batista, Cesarina Altigracia; Sayagués Manzano, José María; Feito Pérez, Jorge; Rodríguez González, Marta; Blanco Muñoz, Óscar Javier; Bueno Sacristán, Diego
Presentador: Rivas Hernández, Raquel

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma folicular de tipo duodenal (LFD) fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por primera vez en 2016, como una variante dentro de los linfomas foliculares (LF). El LFD suele ser diagnosticado de manera incidental y por definición la celularidad neoplásica se encuentra limitada principalmente al tracto gastrointestinal, siendo ocasional la afectación de adenopatías regionales. Las guías diagnósticas describen dos características distintivas de esta variante de linfoma folicular que son el signo del 'globo de guante' en el que se observa colonización y engrosamiento de las vellosidades por los linfocitos tumorales y las 'redes dendríticas foliculares huecas', en el que presentan una disposición periférica en los folículos neoplásicos. Su inmunofenotipo y perfil molecular, sin embargo, es similar al del LF clásico. Las dos características histológicas antes mencionadas favorecen el diagnóstico de la variante duodenal en contraposición de una afectación intestinal de un LF sistémico/nodal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda de LF diagnosticados a nivel de intestino delgado en la base de datos de nuestra institución en los últimos cinco años. Llevamos a cabo la revisión diagnóstica y de las características histológicas e inmunohistoquímicas de los casos obtenidos. Asimismo, comprobamos de manera retrospectiva la historia clínica de los pacientes haciendo énfasis en el estudio de extensión y tratamiento de cada uno de ellos.

RESULTADOS: Estudiamos un total de siete pacientes con diagnóstico de LF localizado en intestino delgado de los cuales en cuatro casos se realiza en muestras de duodeno, dos de yeyuno y uno de íleon. El estudio de extensión demuestra afectación extraintestinal en cuatro de los casos (uno en duodeno, dos en yeyuno y uno en íleon), con confirmación histológica únicamente en dos de ellos. Tras la revisión patológica del conjunto de casos, todos ellos muestran un perfil inmunohistoquímico habitual en LF con positividad para marcadores de célula B, CD10, BCL2 y BCL6. Asimismo, se identifican el signo del 'globo de guante' y una disposición periférica de la malla de células dendríticas foliculares ('redes huecas'), de manera variable, tanto en los casos con afectación únicamente local como en aquellos con datos de enfermedad sistémica en el estudio de extensión.

CONCLUSIONES: La distinción durante el proceso diagnóstico histológico entre la variante duodenal del linfoma folicular y una afectación a nivel del tracto gastrointestinal por un linfoma folicular sistémico es sugerida por la presencia de características morfológicas tales como el signo del 'globo de guante' y la presencia de 'redes dendríticas foliculares huecas'. Dichos hallazgos son descritos como distintivos del LFD, a diferencia del LF clásico en el que no es frecuente una infiltración similar de las vellosidades y la malla de células dendríticas se encuentra preservada al realizarse técnicas complementarias. El perfil inmunohistoquímico y molecular no son útiles a la hora de realizar esta diferenciación. Sin embargo, en la mayoría de los casos es necesario un estudio de extensión para determinar el alcance de la neoplasia. En nuestra revisión sugerimos que dichas características pueden estar presentes, de manera similar, tanto en los casos limitados al tracto gastrointestinal como en aquellos con afectación extraganglionar por un linfoma folicular sistémico, a diferencia de lo descrito por la OMS como signos histológicos que permiten diferenciar ambos escenarios.

3AP-IMPULSA FJD: TRIPLE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. TRAZABILIDAD EN INFORMACIÓN Y MUESTRAS A TRAVÉS DE PATOLOGÍA DIGITAL UNIVERSAL SISTEMATIZADA EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Jo Velasco, Margarita Estela; Rojo Todo, Federico; De Lucas Lopez, Virginia; Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz , Servicio De Anatomía Patológica, Hospital Universi
Presentador: Jo Velasco, Margarita Estela

HOSPITAL UNIV. FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La protección de datos, la seguridad del paciente y la fiabilidad diagnóstica son componentes críticos en la práctica clínica asistencial. La implementación de sistemas de información avanzados, conectividad entre historia clínica electrónica y sistemas de gestión del laboratorio, y la Patología Digital en rutina, ofrecen nuevas oportunidades para mejorar la seguridad del paciente en su proceso diagnóstico. Objetivo principal Mejorar la seguridad del paciente en el proceso diagnóstico en Anatomía Patológica. Objetivos secundarios: 1. Implementar un sistema de doble codificación y cotejo en la petición de prestaciones 2. Establecer un control de alertas para trazar muestras no recepcionadas en 24 horas 3. Medir la eficiencia y seguridad diagnóstica del uso de patología digital

MATERIAL Y MÉTODOS: WP1: Sistema de doble codificación y cotejo

- Petición virtual sin soporte físico en papel - Doble código de barras: uno para datos del paciente, otro para la muestra - Cotejo automático en el Sistema de Información del Laboratorio (LIS-ATLAS) - Trazabilidad en todas las fases del proceso Indicador: - Número de usos del catálogo de servicios - Cargas de trabajo - Control de tiempos de demora - Análisis de costes - Número de incidencias y no conformidades WP2: Control de alertas de muestras no recepcionadas - Sistema de comunicación entre Casiopea y ATLAS - Reporte diario de incidencias para muestras no recepcionadas en 24 horas - Análisis mensual por servicio peticionario Indicador: - Número de muestras y procedimientos no recepcionados - Número de Eventos Adversos Graves y comunicaciones al CISEMadril WP3: Eficiencia y seguridad diagnóstica en patología digital - Escaneado masivo de preparaciones histológicas (Philips IntelliSite Pathology Solution) - Estación de trabajo con acceso a LIS-ATLAS, historia clínica (CASIOPEA), y trazabilidad de muestras Indicador: - Tiempo de diagnóstico por tipo de procedimiento - Control de tiempos de demora - Número de incidencias y no conformidades - Casuística basada en códigos SNOMED-CT

RESULTADOS: WP1: - Mayor seguridad mediante doble verificación en el registro de muestra - Información para la Comisión de Seguridad del Paciente y notificación al CISEMadril WP2: - Informe de incidencias por servicio peticionario, solicitante y estacionalidad - Sistema de alerta al laboratorio y servicio peticionario WP3: - Comparativa de tiempos de demora 2024 vs. diagnóstico convencional - Análisis de volumen de actividad diagnóstica por profesional - Informe de incidencias de errores diagnósticos por tipo de procedimiento

CONCLUSIONES: El Servicio de AP de la FJD, con su volumen de actividad (71156 informes de biopsias, 45.710 informes de citología, 57 autopsias en 2024), requiere maximizar las medidas de control de seguridad

La propuesta presentada incluye:

1. Procedimiento de petición virtual con doble cotejo mediante códigos de barras
 2. Sistema de control y alertas de muestras no recepcionadas
 3. Uso de recursos de Patología Digital en práctica asistencial
- Estos elementos garantizan la estandarización de procesos, incrementan la productividad, reducen tiempos de diagnóstico y establecen medidas de detección precoz de Eventos Adversos Graves. La estrategia busca mejorar el aprendizaje a través del análisis de eventos comunicados, evitando su repetición y mejorando la seguridad del paciente.

La implementación de estas medidas en un servicio de alto volumen como el de la FJD demuestra la viabilidad y el impacto potencial en la mejora de la seguridad del paciente

VALIDACIÓN DEL SISTEMA GENIUS EN NUESTRO SERVICIO CON UNA SERIE DE 150 MUESTRAS

Allende Argoitia, Garazi; Dinares Fernandez, M. Carme; Pariente Conde, Cristina; Lozano Figueras, Abraham; Alava Ullón, Stephany Noemi; Retamales Orrego, Lucia Stefany; Garcia Valera, Santiago Emilio; Roman Ruiz, Jennifer; Serra Riba, Marta
Presentador: Allende Argoitia, Garazi

VALL DE HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente, el diagnóstico de las citologías cérvico-vaginales se ha basado en la evaluación manual al microscopio por parte del patólogo. En los últimos años, la lectura automatizada y recientemente la inteligencia artificial (IA) ha emergido como un apoyo en el cribado citológico. En este estudio, comparamos la interpretación manual de 150 citologías ginecológicas con el análisis automatizado mediante el sistema Genius® de Hologic, que emplea un algoritmo de IA para detectar células con alteraciones morfológicas. Nuestro objetivo es evaluar la concordancia diagnóstica entre ambas metodologías y analizar las posibles ventajas que ofrece la lectura de muestras digitalizadas mediante IA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 150 citologías ginecológicas obtenidas de pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix oportunista de nuestra Comunidad, en los que se incluyeron: 2 casos de carcinoma escamoso, 2 de adenocarcinoma, 1 AGC, 13 HSIL, 9 LSIL, 7 ASCUS y 116 negativos para lesión intraepitelial (Normal). En una primera fase, todas fueron evaluadas manualmente al microscopio por citotécnicos y un patólogo experimentados, emitiendo un diagnóstico basado en criterios de Bethesda. Posteriormente, fueron analizadas mediante el sistema Genius® de Hologic. Se compararon los diagnósticos obtenidos por ambas metodologías, evaluando la concordancia, del Genius® en relación con la evaluación manual. En ningún caso teníamos correlación histológica.

RESULTADOS: En este estudio, el 12,67% de las muestras presentaron discrepancias entre el diagnóstico manual y el análisis digital con el sistema Genius®. En un 0,67%, una muestra clasificada manualmente como AGC fue interpretada como HSIL, y en otro 0,67%, HSIL fue reclasificado como ASCUS. Además, en un 0,67%, LSIL fue diagnosticado como HSIL.

El 4% de los casos evaluados como ASCUS manualmente fueron considerados normales por la IA, mientras que en un 4,67%, muestras normales fueron reclasificadas como ASCUS. Un 1,33% de los casos inicialmente normales fueron considerados ASCH por el sistema digital, y en un 0,67%, una muestra normal se reclasificó como LSIL.

Estos hallazgos reflejan que, aunque la IA mejora la detección de lesiones, sigue habiendo diferencias con la evaluación manual, especialmente en la clasificación de ASCUS y normal, lo que destaca la importancia de combinar ambas metodologías en el cribado citológico.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia el sistema Genius® ha demostrado ser una herramienta eficaz en el cribado citológico. En nuestra serie, la concordancia de diagnósticos mediante la evaluación manual y digital ha sido del 87,33%. Mediante el análisis digital hemos podido identificar 6,67% más de lesiones intraepiteliales. La mayor proporción de discordancias se observan entre las discordancia diagnósticas de NORMAL a ASCUS, seguida por las de ASCUS a NORMAL y solamente en tres casos estas superan un grado de diferencia entre categorías diagnósticas (HSIL-ASCUS; N-ASCH; Normal-LSIL). Estos hallazgos apoyan la implementación del sistema Genius® como una herramienta valiosa en el ámbito del diagnóstico de la citología ginecológica. Además incorporar la tecnología digital con IA en la práctica clínica aporta otras ventajas: disminuye significativamente el tiempo de lectura por caso; permite mejorar la docencia, realizar controles de calidad de intercomparación para mejorar la competencia de los profesionales.

USO DEL ESCÁNER THE GRUNDIUM OCUS® 20 PARA CIRUGÍA DE MOHS A DISTANCIA

Perez Perez, Manuel; Garcia De Sola Llamas Mpperez1992@gmail.Com, Carmen; Gonzalez Campora, Ricardo
Presentador: Perez Perez, Manuel

CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA DOCTOR GALERA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La cirugía de Mohs es altamente eficaz para el tratamiento del cáncer cutáneo, requiriendo de patólogos especializados cuya disponibilidad puede ser limitada en ciertas regiones. La telepatología optimiza el diagnóstico intraoperatorio remoto. Este estudio describe el uso del escáner portátil Grundium Ocus® 20 para facilitar la interpretación remota de cortes histológicos en tiempo real.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las muestras quirúrgicas fueron procesadas por un técnico acreditado que realizó el corte histológico y tomó una fotografía macroscópica antes de incluirlas en el criostato. Posteriormente, los cortes fueron digitalizados mediante el escáner Grundium Ocus® 20. Las imágenes fueron compartidas inmediatamente con el dermatólogo a través de WhatsApp, enviando una captura panorámica con la zona afectada señalada, permitiendo así una evaluación rápida y precisa de los márgenes quirúrgicos.

RESULTADOS: El escáner permitió obtener imágenes de alta calidad en pocos minutos, agilizando significativamente la consulta remota con el dermatólogo. La comunicación instantánea facilitó la identificación precisa de zonas afectadas y la toma de decisiones inmediatas. Este método demostró ser eficiente, confiable y redujo considerablemente los tiempos de espera, mejorando así el flujo quirúrgico.

CONCLUSIONES:

La combinación del escáner digital, fotografía macroscópica y mensajería instantánea mejora significativamente la precisión diagnóstica y accesibilidad en cirugía de Mohs, beneficiando especialmente a regiones con recursos limitados, tanto para especialistas como para pacientes.

EVALUACIÓN DIGITALIZADA DE KI67 EN CÁNCER DE MAMA LUMINAL MEDIANTE QUPATH. RELACIÓN CON MAMMAPRINT.

Kosalka , Klaudia Teresa; Martínez Izquierdo, María De Los Angeles; Cabezas Quintario, María Antonia; Alonso García, Soledad R.; Tirado Zambrana, Pernilla Seidi; Pérez Acosta, Eva; Muñoz Rodríguez, Jorge; Bedmar Hernández, Ángeles; Caruana Campuzano, María Teresa; Álvarez Rodríguez, Federico Antonio
Presentador: Kosalka , Klaudia Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El test Mammaprint está indicado en pacientes con cáncer de mama luminal, en estadios tempranos (I y II), para predecir el riesgo de recurrencia de enfermedad. Permite individualizar el tratamiento al estratificar de forma precisa los riesgos y evitar tratamientos innecesarios. El objeto de este estudio es evaluar la expresión de Ki67 en carcinomas de mama Receptores hormonales positivos (RH+) y Her-2 negativo (HER2-) y establecer una correlación con los resultados de Mammaprint.

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2024 se solicitaron 23 test de Mammaprint a 23 mujeres con carcinomas de mama RH+ HER2-.

Las preparaciones de los casos fueron digitalizadas a 40x con un escáner de alta resolución (Hamamatsu Nano Zoomer S360 MD). La calidad de las preparaciones digitalizadas fue evaluada por los patólogos del servicio. Las imágenes correspondientes al marcador Ki67 se analizaron digitalmente con el software Qupath (v0.4.4), que es un programa informático de código abierto para el análisis de bioimágenes. Se hizo pretratamiento de imágenes para optimizar los valores. El marcador Ki67 se contabilizó sobre hot-spots identificados por los patólogos usando las herramientas disponibles del programa. Las áreas para evaluar el marcador fueron segmentadas de forma manual por los patólogos, contabilizándose un mínimo de 1500 células tumorales viables. El score de Ki67 se calculó en forma de porcentaje entre el total de células identificadas y el total de células marcadas. El análisis estadístico comparó la eficacia de Ki67 para predecir el riesgo de recurrencia de la enfermedad categorizado como alto o bajo riesgo, según los resultados obtenidos con el test molecular. Se obtuvo la curva ROC, se determinó el mejor punto de corte y el área bajo la curva (AUC).

RESULTADOS: Las 23 pacientes eran mujeres con una edad media de 58 años y estadios iniciales (I y II). El score medio de Ki67 fue 19,4% (rango 6,2-51,2). El valor medio de Ki67 en las pacientes de bajo riesgo (13 pacientes) fue de 14%, y en pacientes con alto riesgo (10 pacientes) de recidiva fue de 21,9%. El mejor punto de corte de Ki67 para distinguir entre los grupos fue de 21.3%. En este punto de corte la sensibilidad y especificad del test fueron de 80% y 85%. El valor del AUC fue 0,85, lo indica la potencial utilidad clínica del modelo.

CONCLUSIONES: El marcador de proliferación celular (Ki67) es una de las técnicas inmunohistoquímicas más utilizadas y fiables en los servicios de Anatomía Patológica. La falta de métodos cuantitativos para su valoración y la ausencia de puntos de corte limitan su uso clínico. El software de análisis digital (QuPath), permite cuantificar de forma automatizada el score de Ki67 evaluando extensas áreas del tumor o el tumor en su totalidad. En nuestra serie, Ki67 como variable aislada permitió establecer de forma concordante con Mammaprint el riesgo de recidiva en 19 casos de 23 casos. Es necesario realizar más investigaciones para evaluar este proceso y valorar su uso junto con otras variables clínicas e histopatológicas, lo cual podría mejorar la predicción del riesgo de recidiva de la enfermedad.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: ESTUDIO RETROSPECTIVO PARA LA VALIDACIÓN DE DEEP-DX PROSTATE

Calapaqui Teran, Adriana Katherine; Marcos Gonzalez, Sara; Gomez Roman, Jose Javier; Estebanez Gallo, Angel
Presentador: Calapaqui Teran, Adriana Katherine

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata, es el cuarto tumor en incidencia y el tercero en prevalencia a nivel mundial, el diagnóstico requiere la confirmación histológica, mediante la escala Gleason, que se basa en el reconocimiento de patrones morfológicos, del valor del score Gleason depende el abordaje terapéutico del paciente y el pronóstico de la enfermedad, actualmente los hallazgos histológicos se clasifican por grupos pronósticos QUE VAN DEL 1 AL 5.

Se ha creado de manera comercial varios algoritmos de inteligencia artificial (IA), que reconocen los patrones morfológicos y emiten el score Gleason, con una sensibilidad y especificidad equiparables a uropatólogos expertos, SEGUN LOS DATOS EN LA LITERATURA, ADEMÁS SE POSTULA QUE DISMINUYEN LA VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR Y EL TIEMPO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo para validar el uso de algoritmos de IA en el diagnóstico de CA de próstata.

- Se seleccionaron 25 pacientes al azar, diagnosticados en 2022.
- Se escanearon todas las biopsias de los 25 pacientes, lo cual representó un total de 462 imágenes.
- Se recogieron, los resultados definitivos de todas las biopsias y a estos resultados se les llamó Patólogo 1.
- Todas las imágenes fueron anonimizadas y valoradas por otro patólogo del área de Uropatología (Patólogo 2).
- Todas las imágenes fueron analizadas por el programa de IA DEEP-DX.
- Los casos en los cuales había discordancia entre los resultados emitidos por DEEP-DX, Patólogo 1 y Patólogo 2, fueron valorados de manera ANÓNIMA por otro uropatólogo (Patólogo 3) y se realizaron técnicas de IQH en los casos necesarios, posteriormente se llegó a un diagnóstico de consenso.
- Para todas las imágenes analizadas se emitió un diagnóstico de consenso, que fue tomado como Gold estándar para la determinación de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la prueba diagnóstica.

RESULTADOS: Total Biopsias: 462. Diagnóstico de consenso benignos: 275. Diagnóstico de consenso malignos: 187. Sensibilidad DEEPDX: 98%. Especificidad DEEPDX: 82%. VPP: 67% VPN: 98%. Sensibilidad Patólogo 1: 93%. Especificidad Patólogo 1: 99%. Sensibilidad Patólogo 2: 100%. Especificidad Patólogo 2: 98.8%. Concordancia DEEPDX vs diagnóstico de consenso: Benignos: 83%. Grupo 1: 56%. Grupo 2: 66%. Grupo 3: 79%. Grupo 4: 48.7%. Grupo 5: 82%.

La concordancia fue pobre para los grupos de riesgo de la ISUP 1, 2, 3 y 4, debido a la sobreestimación del patrón de Gleason 4. La concordancia fue notablemente buena en los casos del grupo de riesgo 5, donde la concordancia fue del 82% de manera global, ya que a pesar de tener cambios en la cuantificación de los porcentajes del patrón 4 y 5, la mayoría de los pacientes fueron catalogados por LA IA como pertenecientes al grupo 5.

CONCLUSIONES: Actualmente las herramientas de IA son muy prometedoras, pero DE MOMENTO LA rentabilidad PARA LA cuantificación de los patrones de Gleason es pobre, por lo tanto, no ayudan a los uropatólogos PARA UN DIAGNÓSTICO más preciso, NI DISMINUYEN LA VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR. Sin embargo, la sensibilidad para el diagnóstico de malignidad es notablemente elevada, lo cual sugiere que se podrían usar como ayuda para priorizar las biopsias tumorales y además como un filtro extra, que nos ayude a disminuir errores diagnósticos como falsos negativos. Se requiere enriquecer más a los algoritmos de IA, para que sean capaces de evitar falsos positivos (patología benigna imitadora de tumor) y falsos negativos (subtipos histológicos infrecuentes)

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PATÓLOGOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE PATOLOGÍA DIGITAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Herrero Aguilar, Ivet Alexandra; Cabezas Macián, María; Mendizabal Cajal, Daniela; Puchaicela Godoy, Maria Gabriela; Terrasa Sagrista, Fernando
Presentador: Herrero Aguilar, Ivet Alexandra

HOSPITAL SON LLATZER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La patología digital está transformando los flujos de trabajo de la patología mejorando la accesibilidad, la colaboración y la eficiencia. Sin embargo, una integración exitosa depende de la aceptación y adaptación del personal. Este estudio evalúa la satisfacción de los patólogos y residentes con la implementación de la patología digital en un hospital segundo nivel, centrándose en la facilidad de uso, el impacto en el flujo de trabajo y la confianza en el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta transversal entre 7 patólogos y 3 residentes en un hospital de segundo nivel. El cuestionario incluía preguntas con escala Likert y de opción múltiple que evaluaban la facilidad de uso, el impacto en el flujo de trabajo, la confianza en el diagnóstico y las barreras encontradas. Los datos se analizaron de manera descriptiva para identificar las preferencias y tendencias.

RESULTADOS:

- Facilidad de uso: el 60% considera que la patología digital es más fácil o equivalente a la microscopia; el 40% la percibe como más difícil.
- Impacto en el flujo de trabajo: el 50% informa de una mayor eficiencia debido al acceso más rápido a los casos y una mejor colaboración.
- Confianza en el diagnóstico: el 30% se siente más seguro con la patología digital; un participante reporta una disminución en la confianza.
- Barreras: Los principales desafíos son los artefactos de imagen, los tiempos de carga lentos y los problemas de accesibilidad.
- Preferencia: el 60% prefiere el diagnóstico digital, mientras que para el 40% depende del tipo de caso.

CONCLUSIONES: La implementación de la patología digital en un hospital de segundo nivel mejoró la eficiencia del flujo de trabajo y la accesibilidad, aunque persisten algunos desafíos. Los problemas técnicos y la variabilidad en la adaptación indican la necesidad de una capacitación continua y mejoras en el sistema. Asegurar una calidad óptima de las imágenes y una respuesta ágil de la interfaz será crucial para una aceptación más amplia. Además, programas de formación personalizados podrían ayudar a reducir la resistencia y maximizar los beneficios de la patología digital, contribuyendo a tener diagnósticos más consistentes y fiables.

AI-DRIVEN AUTOMATION OF BIOMARKER MONITORING: VALIDATION OF THE C-LAB® PLATFORM WITHIN THE SEAP QUALITY PROGRAM – A STEP TOWARDS REAL-WORLD COMPREHENSIVE BIOMARKER DATA ACCESSIBILITY

Peg, Camara, Vicente; Segura , Ana; Ruano , Yolanda; Bernal Florindo, Irene; Burgués Gasión, Octavio; Pérez-Mies , Belén; Paz , María Fe; Calafell , Jaume; Salas , Clara
Presentador: Peg , Vicente

HOSPITAL UNIV. VALL D´HEBRON.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Reliable biomarker testing is critical for precision oncology, yet pathology laboratories face persistent challenges due to variability in pre-analytical, analytical, and interpretative phases. Since 2013, the Spanish Society of Pathology (SEAP) Quality Program has offered a nationwide quality assurance framework through manual biomarker registries such as ConfirmaHER2 and LungPath, enabling centers to track biomarker quality and compare results with national benchmarks. However, manual data entry has hindered efficiency, reduced data completeness, and limited participation. To address these challenges, SEAP initiated the automation of biomarker monitoring using C-LAB®, the first AI-powered platform designed to extract, structure, standardize, and process diagnostic data from pathology and molecular biology reports with minimal human intervention. This study presents a multi-center validation of C-LAB® within the SEAP Quality Program, highlighting its potential to redefine how predictive biomarker quality can be monitored across testing centers at a national level.

MATERIAL Y MÉTODOS: A pilot study was conducted in seven hospitals, where C-LAB® AI models were tailored to recognize structured and free-text formats from breast and lung cancer pathology reports. The system was trained to identify key parameters such as sample characteristics, testing methodologies (IHC, FISH, qPCR, NGS), and biomarker results, among others. Performance metrics included extraction accuracy, data upload time, and the system's ability to analyze key biomarker parameters.

A total of 11,199 reports from 2023 (5,376 for breast cancer, 5,823 for lung cancer) were processed. The AI model's efficiency was compared to manual data entry, and the ability to process and analyze key biomarker quality indicators, including biomarker positivity rates, was assessed.

RESULTADOS: C-LAB® achieved 92.22% accuracy and 93.33% F1-score in data extraction — a performance comparable to manual data entry but with a 90% reduction in processing time. Notably, C-LAB® enabled the automatic collection of additional quality indicators, enabling more comprehensive and detailed insights into testing variability across centers.

Moreover, the platform allowed for real-time monitoring and in-depth analysis of key biomarker parameters, such as positivity rates, providing a comprehensive overview of biomarker distribution and variability:

- Breast cancer biomarker positivity rates: HER2 IHC (10.90%), HER2 ISH (17.21%), ER (85.93%), PR (65.73%), PD-L1 (66.66%).

- Lung cancer biomarker positivity rates: EGFR (15.77%), ALK (8.09% overall, 3.69% fusions), ROS1 (4.60% overall, 1.54% fusions), PD-L1 (61.24%), NTRK (0.11%), BRAF V600 (5.26%), RET (1.18% overall, 0.69% fusions), MET (8.49% overall, 2.35% fusions), KRAS (26.60%).

CONCLUSIONES: The use of C-LAB® has strengthened the SEAP Quality Program by improving efficiency, accuracy, and scalability in biomarker quality monitoring. Through the implementation of an AI-driven, automated real-time monitoring tool, this approach overcomes long-standing barriers of manual data entry, ensuring more reliable and comprehensive diagnostic data management across hospitals and laboratories nationwide. This study highlights the transformative potential of this technology in pathology and molecular biology, demonstrating how AI-driven automation can facilitate continuous quality assessment, enhance benchmarking accuracy, and drive enhanced biomarker monitoring.

DIFERENCIAS PROTEÓMICAS ENTRE CARCINOMAS MEDULARES TIROIDEOS DE ALTO Y BAJO GRADO.

Ruz Caracuel, Ignacio; Peláez García, Alberto; Caniego Casas, Tamara; Alonso Gordoa, Teresa; Molina Cerrillo, Javier; Rosas Hernández, Marta G.; Palacios, José
Presentador: Ruz Caracuel, Ignacio

HOSPITAL UNIV. RAMÓN Y CAJAL. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA. IRICYS. CIBERONC.

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:42-17:54 Sala ET)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma medular de tiroides (CMT) es la neoplasia neuroendocrina de la glándula tiroides. Desde el año 2021 se aplica un sistema de gradación histológico que divide a los tumores en alto y bajo grado. Hasta la fecha, se ha demostrado el papel pronóstico de este sistema, pero se ha profundizado poco en las características moleculares que diferencian ambos subgrupos. Nuestro objetivo ha sido identificar diferencias a nivel proteómico.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio de proteómica se realizó a partir de bloques de parafina correspondientes a 32 CMT primarios (12 de alto grado). Los péptidos fueron analizados mediante LC-MS/MS en un espectrómetro de masas Orbitrap Astral acoplado a un sistema Vanquish Neo UHPLC. Los datos fueron procesados con Spectronaut 19.1 utilizando directDIA, frente a base de datos de UNIPROT actualizada para proteínas humanas y un FDR máximo de 0.01 para identificación. La cuantificación de proteínas se realizó sin imputación de datos, empleando el algoritmo IDPicker. Los datos se analizaron mediante R con ayuda de los paquetes "dplyr", "Biostrings", "stringr", "DMwR2", "genekitr".

RESULTADOS: Se identificaron 4191 proteínas presentes en más del 70% de las muestras. Entre las proteínas identificadas, se identificaron 332 proteínas sobreexpresadas y 227 proteínas infraexpresadas en los CMT de alto grado. En el análisis de componentes principales se observó que los CMT se separaban en dos nubes de puntos de acuerdo con el grado. Se identificaron que las dos vías más sobreexpresadas en los CMT de alto grado fueron la reparación del ADN y dianas de MYC; estando el resto de las vías significativas relacionadas con la proliferación y la traducción de proteínas. Además, la segunda proteína con mayor ratio de sobreexpresión en los CMT de alto grado respecto a los de bajo grado, fue la molécula de adhesión celular CEA 6.

CONCLUSIONES: Hemos identificado diferencias proteómicas entre los CMT de alto y bajo grado. El hecho de identificar sobreexpresión de la vía MYC en los CMT de alto grado, confirma de forma ortogonal resultados de estudios independientes basados en transcriptoma. Plantea que esta vía es relevante para identificar dianas moleculares contra las que diseñar estrategias terapéuticas.

Patología Endocrina

2075

BIOMARKER TESTING IN ADVANCED THYROID CARCINOMAS: RESULTS FROM THE RETTA NATIONAL PROJECT IN SPAIN

Hernandez Losa, Javier; Sesé Faustino, Marta; No Garbaino, Yessica; Martín Acosta, Paloma; García Perez, Inmaculada; Chao Crecente, Montserrat; Díaz Soto, Gonzalo; Marquina Ibañez, Isabel; Mota Jiménez, Alba; Iglesias Felip, Carmela
Presentador: Hernandez Losa, Javier

HOSPITAL UNIV. VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:10-18:15 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: Thyroid cancer is the most common endocrine neoplasm and exhibits significant genomic heterogeneity. The detection of actionable molecular biomarkers allows for the selection of targeted treatments, improving the outcomes of patients with advanced disease. However, many hospitals lack standardized molecular testing. In this context, the RETTa Project has been established as a national molecular diagnostic platform designed to provide advanced genetic analysis techniques for samples from patients with advanced thyroid cancer, particularly focusing on papillary and medullary tumors.

MATERIAL Y MÉTODOS: From May 2023 to December 2024, a total of 45 hospitals participated, and 152 thyroid carcinoma samples were analyzed (63% papillary carcinoma, 27% medullary carcinoma, and 10% with other diagnoses). Two main techniques were used for the identification of molecular alterations: real-time PCR (RT-PCR) for the detection of the BRAF V600E mutation (Cobas® BRAF/NRAS FFPE Mutation Test (LSR) (Roche)) in a total of 30 cases, and Next-Generation Sequencing (NGS Oncomine Precision Assay (ThermoFisher Scientific)) for a broader analysis of DNA and RNA alterations in a total of 130 cases

RESULTADOS: The percentage of non-evaluable samples was 2.7%, mainly due to low quality or insufficient quantity of genetic material. The response time from the request on the platform to the issuance of the final report averaged 10 calendar days. Multiple actionable alterations were identified in key genes such as RET (26%), BRAF (18%), and NTRK (3%), allowing the selection of these patients for potential targeted treatments. In the analysis of 95 samples with papillary carcinoma, a non-mutated genetic profile was observed in 23% of cases, while 73% presented genetic alterations, and 4% of the samples were not evaluable. Among the mutated cases, 56% showed actionable alterations, highlighting point mutations in BRAF (26%), RET fusions (9%), and NTRK fusions (4%). In the 41 samples with medullary carcinoma, 17% presented a non-mutated genetic profile, and 83% showed molecular alterations. Of the latter, 79% presented actionable alterations, with 100% of them corresponding to mutations in the RET gene. Among these, the RET M918T mutation was the most frequent, identified in 70% of cases.

CONCLUSIONES: Actionable alterations were found in 62% of the analyzed samples (85/137), providing these patients with the opportunity to receive targeted treatments. The availability of this platform at the national level has facilitated equitable access to molecular diagnosis, promoting precision medicine in thyroid cancer and optimizing therapeutic options in centers without their own testing capabilities.

Patología Endocrina

2086

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES PREDICTORAS DE RESULTADOS CLÍNICOS EN TUMORES PARATIROIDEOS BENIGNOS Y CARCINOMAS DE PARATIROIDES: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Machuca Aguado, Jesús; Rodríguez De Vera, Pablo; Rodríguez Jiménez, Beatriz; Gutiérrez Domingo, Alvaro; Martín Salvago, María Dolores; Montijano Pozas, Enriqueta; Romo Remigio, Roberto Carlos; Sanchez Malo, Carolina; Martín Hernández, Tomas; Idoate Gastearena, Miguel Ángel
Presentador: Machuca Aguado, Jesús

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:15-18:20 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario se presenta mayoritariamente en forma de adenomas paratiroides benignos. Sin embargo, hay lesiones menos frecuentes como los adenomas atípicos y los carcinomas de paratiroides que tienen un perfil clínico más agresivo, evidenciado por mayores niveles de hipercalcemia, complicaciones postquirúrgicas y un potencial de recurrencia elevado. Ante este escenario, es fundamental identificar los factores clínicos, bioquímicos e histopatológicos que influyen en la evolución de los adenomas típicos y atípicos y en los carcinomas no metastásicos. En este estudio se exploran, además, marcadores inmunohistoquímicos –como la expresión de parafibrinoma–, con el objetivo de mejorar la estratificación pronóstica y optimizar el manejo clínico postoperatorio, estableciendo nuevas bases para la toma de decisiones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional y de cohortes retrospectivas realizado en tres hospitales de España, incluyendo casos consulta recibidos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma paratiroideo no metastásico o adenoma atípico (criterios OMS 2022), comparados con un grupo control de adenomas típicos. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas, incluyendo expresión de parafibrinoma, Ki-67, PG9.5 y galectina-3. Se emplearon pruebas estadísticas para comparación de grupos, regresión logística y modelos de Kaplan-Meier y Cox.

RESULTADOS: Se incluyeron 139 pacientes (90 adenomas típicos, 21 adenomas atípicos y 28 carcinomas). La hipercalcemia prequirúrgica fue más pronunciada en adenomas atípicos (12.92 ± 2.11 mg/dL) y carcinomas (13.14 ± 2.37 mg/dL) frente a adenomas típicos (11.54 ± 1.44 mg/dL, $p < 0.001$). La hipocalcemia postquirúrgica fue más frecuente en adenomas atípicos (27.8%) y carcinomas (24%) que en adenomas típicos (3.3%, $p < 0.001$). La invasión capsular fue observada en el 76.2% de adenomas atípicos y el 100% de los carcinomas ($p < 0.001$). La pérdida de parafibrinoma se identificó con mayor frecuencia en carcinomas y adenomas atípicos ($p < 0.001$) y se asoció con características histológicas de agresividad, como mayor proliferación celular y patrón de crecimiento infiltrativo. Además, su ausencia correlacionó con un mayor riesgo de recurrencia y un menor tiempo libre de enfermedad en el análisis de supervivencia ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: La hipercalcemia prequirúrgica, la hipocalcemia postquirúrgica y la invasión capsular son factores asociados a la agresividad de los tumores paratiroides. La pérdida de parafibrinoma se relaciona con un fenotipo más agresivo, mayor riesgo de recurrencia y peor pronóstico, lo que resalta su importancia como biomarcador clave en la estratificación del riesgo y el manejo postoperatorio.

“MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: ESTUDIO NGS EN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA”

Gutiérrez Rivero, Junisbel; Montenegro Muñoz, Fabrizio Jesús; Salazar Valdiviezo, Jose Fernando; Mari Alexandre, Josep; Caballero Calabuig, Elisa Verónica; Roselló Sastré, Esther
Presentador: Gutiérrez Rivero, Junisbel

CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 5)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia maligna tiroidea más frecuente. El análisis genético mediante secuenciación de última generación (NGS) permite caracterizar su perfil mutacional, lo que puede tener repercusiones pronósticas y terapéuticas, además de orientar la interpretación anatomopatológica en tumores con o sin mutación en BRAF.
IOS OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO:
1. Evaluar el perfil mutacional mediante NGS en pacientes con CPT.
2. Correlacionar los hallazgos genéticos con las características histopatológicas y los factores pronósticos.
3. Analizar el papel potencial de las mutaciones más frecuentes en la toma de decisiones clínicas y en la práctica anatomopatológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de 31 pacientes con CPT diagnosticados entre 2023 y 2024, con tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar (26/31). Estudio para ADN y ARN tumoral (mutaciones, Variaciones en número de copias y fusiones) sobre bloque parafinado con el Panel Oncomine Precision Assay (Thermo-Fisher). Datos demográficos, histológicos (tipo, focalidad, estadije TNM) y analíticos (tiroglobulina estimulada post-cirugía Tg). Correlación de los perfiles mutacionales (BRAF, RET, RAS, ALK, NTRK) con las variables clínicas y anatomopatológicas (prueba exacta de Fisher con $p < 0,05$).

RESULTADOS:
Histología: La variante clásica fue la más frecuente, con el 48,4% de los casos (15/31). Le siguió la variante folicular infiltrante, con un 22,6% (7/31), mientras que la variante de células altas y la forma mixta (papilar clásico + folicular) representaron el 9,7% (3/31) cada una. La variante de células columnares, el papilar sólido y el papilar oncocítico se presentaron en el 3,2% de los casos (1/31 cada uno).
NGS: El 87,7% de los pacientes con CPT mostraron mutaciones; observándose la mutación BRAF V600E en el 67,7% (21/31), seguida de fusión RET 9,7% (3/31) y mutación en NRAS 6,5% (2/31).
Correlación mutaciones/variables clínicas: Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la mutación BRAF V600E y la multifocalidad (14/31), ya que el 86,7% de los tumores multifocales mostró esta alteración ($p = 0,0089$; OR = 13,41).
Los pacientes con mutación BRAF (76.19%) y RET (100%) asociaron mayor afectación ganglionar respecto a los que no la presentaban, sin alcanzar la significación estadística ($p=0.222$).
Los niveles de Tg fueron mayores en el grupo de pacientes sin mutación en BRAF (media de 72.46) que en los pacientes con mutación BRAF (media de 7.53), aunque esta diferencia numérica no alcanzó significación estadística ($p = 0.21$)

CONCLUSIONES: Este estudio confirma la alta prevalencia de la mutación BRAF V600E en el CPT. Como novedad, encontramos fuerte relación de la mutación con la multifocalidad tumoral, constituyendo el único hallazgo con relevancia estadística. La integración de estos datos moleculares en la evaluación anatomopatológica y en la planificación terapéutica podría optimizar el manejo quirúrgico de los pacientes con carcinoma papilar de tiroides, seleccionando el grupo que requiere tiroidectomía completa.

MIELOLIPOMA ASOCIADO A ADENOMA ADRENOCORTICAL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

Gutiérrez Melgarejo, Paola Andrea; Masero Carretero, Jose Manuel; Azaña González, Carlos; Fernández Machín, Pilar
Presentador: Gutiérrez Melgarejo, Paola Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El mielolipoma es un tumor benigno poco frecuente, compuesto por tejido adiposo y hematopoyético, que generalmente se localiza en las glándulas suprarrenales. Por lo general, este tumor no es funcionante, aunque existen casos en los que se asocia con el síndrome de Cushing, el cual se resuelve con su exéresis. El mielolipoma puede encontrarse asociado a un adenoma adrenocortical. A nivel histológico, esta neoplasia es el resultado de la combinación de elementos celulares de las glándulas adrenales con posibilidad de capacidad productiva, junto con células mieloides y metaplasia grasa. Dicha combinación se encuentra escasamente reportada en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos las características de dos pacientes en nuestro centro con diagnóstico de mielolipoma en el seno de un adenoma cortical adrenal. adenoma cortical adrenal.

RESULTADOS: El primer caso trata de una mujer de 69 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y síndrome de apnea del sueño. Debido al mal control glucídico se realizaron estudios hormonales y de imagen (TAC), con el hallazgo de hiperkortisolismo endógeno de origen suprarrenal, secundario a un adenoma adrenal de 37 cm, asociado a mielolipoma, en la glándula suprarrenal izquierda. La paciente fue sometida a una adrenalectomía, y el diagnóstico anatomopatológico confirmó un adenoma cortical adrenal con cambios oncocíticos, junto con la presencia de mielolipoma.
El segundo caso trata de una mujer de 58 años sin antecedentes de interés, en la que siendo estudiada por molestias digestivas inespecíficas se realizó una tomografía computarizada (TAC), la cual mostró un incidentaloma suprarrenal derecho de 54cm, sugestiva de mielolipoma. Fue sometida a una adrenalectomía, y el diagnóstico anatomopatológico fue de adenoma de la corteza suprarrenal con mielolipoma asociado. Este paciente no se realizó estudio hormonal.

CONCLUSIONES: El mielolipoma adrenal representa alrededor del 6% de los incidentalomas suprarrenales y se encuentra como hallazgo en aproximadamente un 0,2% de los estudios de autopsia. El diagnóstico por imagen, mediante tomografía computarizada y resonancia magnética, generalmente muestra una masa suprarrenal voluminosa con áreas de densidad grasa, lo cual es un hallazgo distintivo. Estos tumores suelen ser intervenidos cuando son sintomáticos, presentan crecimiento durante el seguimiento o cuando su tamaño es superior a 4 cm en el momento del diagnóstico. En ocasiones se puede identificar en el seno de un adenoma adrenocortical un cambio mielolipomatoso. Este cambio es más frecuente en el adenoma productor de cortisol, que se cree que ocurre como resultado de la senescencia celular por exceso de cortisol.
En la literatura, se han reportado pocos casos de mielolipoma asociado a un adenoma adrenocortical, los cuales son generalmente aislados. La serie más grande publicada hasta la fecha incluye 14 casos (Kenney et al., 1998).
El papel del patólogo es fundamental en los casos de indicación quirúrgica ya que sólo el diagnóstico histopatológico puede identificar la mezcla de células adrenales junto con la presencia de células mieloides y adiposas. Esto es crucial para el diagnóstico diferencial con otras lesiones corticales suprarrenales benignas así como para descartar malignidad.

TUMORES ONCOCÍTICOS DE TIROIDES CON PATRÓN PAPILAR: DOS CASOS PECULIARES

Veras Lista, Mariña; Jiménez Almonacid, Justino; Pérez Campos, Ana; Copa, Dennis
Presentador: Veras Lista, Mariña

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En el tiroides, el cambio oncocítico (celularidad con citoplasma amplio, eosinófilo y granular debido a la presencia de abundantes mitocondrias) difuso (más de un 75%) es la característica que define los tumores oncocíticos, pero también puede encontrarse de forma focal en otras lesiones, como carcinomas papilares, sin clasificarlas como oncocíticas. Por otra parte, mientras que ante un patrón papilar verdadero (papilas con eje vascular) se ha de descartar principalmente un carcinoma papilar, también se ha descrito en lesiones oncocíticas. Este solapamiento morfológico, infrecuente y poco conocido, puede dificultar su diagnóstico diferencial. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de estas peculiaridades morfológicas a raíz de dos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos de tumores oncocíticos de tiroides con patrón papilar. El primero (C1) es una mujer de 83 años que acude por sensación de bulto cervical y a la ecografía se le detecta un nódulo tiroideo de 44 mm, hipoeoico, heterogéneo, sólido-quístico, de sospecha media-baja, TIRADS-3. Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y posteriormente tiroidectomía total con linfadenectomía central. Macroscópicamente, la lesión es bien delimitada, no encapsulada, de coloración parduzca y consistencia aumentada. El segundo caso (C2) se trata de una mujer de 71 años con una tumoración cervical que ecográficamente corresponde a un nódulo tiroideo mixto de 75 mm, TIRADS-5, que se punciona en otro centro con resultado de Bethesda IV. Se realiza una hemitiroidectomía izquierda. Macroscópicamente, la lesión es sólido-quística con contenido hemorrágico.

RESULTADOS: La PAAF del C1 muestra agregados de células foliculares de aspecto oncocítico con ramificaciones y estructuras vasculares, por lo que se diagnostica como sospechosa de neoplasia oncocítica (Bethesda IV). Al estudio histológico, ambos casos son lesiones encapsuladas y formadas por una celularidad de aspecto oncocítico, con citoplasmas muy amplios y eosinófilos y granulares y núcleos aumentados en tamaño, redondeados, sin irregularidades de membrana, con cromatina homogénea y nucleolo prominente.

Sin embargo, en ambos casos llama la atención el patrón de crecimiento, que en el C1 es prominentemente papilar y en el C2, predominante sólido con áreas papilares. El C2 presenta además, en las áreas papilares, cambio claro citoplasmático (un rasgo relativamente común en las lesiones oncocíticas) y, de forma focal, un índice mitótico aumentado (más de 5 mitosis en 10 campos de gran aumento). A pesar de estas características de agresividad, en ninguno de los dos casos se detecta invasión capsular ni vascular, ni se observan cambios nucleares de carcinoma papilar, por lo que ambos casos se diagnostican como adenoma oncocítico. Para complementar el estudio histológico, en ambos casos se realiza tinción inmunohistoquímica para B-RAF, que resulta negativa, y en el C2, debido al alto índice proliferativo, se realiza TERT por pirosecuenciación e inmunohistoquímica para p53, con resultado negativo también.

CONCLUSIONES: La arquitectura papilar es muy rara en los tumores oncocíticos y puede llevar a un diagnóstico erróneo de carcinoma papilar. Esto tiene consecuencias en el seguimiento de estos pacientes, por lo que es importante ser conscientes a la hora de realizar el diagnóstico diferencial. En estos casos, la valoración de cambios nucleares de carcinoma papilar es clave, así como el uso de herramientas complementarias como el estudio de marcadores como el B-RAF.

REVISIÓN DE TUMORES PLEOMÓRFICOS EN LA GLÁNDULA SUPRARRENAL A RAÍZ DE DOS CASOS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE ESTE PATRÓN HISTOLÓGICO

Veras Lista, Mariña; Galeazzi, Juan Antonio; Del Cerro García De Las Hijas, Natalia; Jiménez Almonacid, Justino; Pérez Campos, Ana
Presentador: Veras Lista, Mariña

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El término "pleomórfico" hace referencia a un patrón histológico caracterizado por la presencia de células malignas de gran tamaño y con pleomorfismo nuclear, epitelioides, fusocelulares o multinucleadas. Es poco frecuente, puede darse en tumores de cualquier estirpe y confiere peor pronóstico. En algunos órganos, la presencia de este patrón define una entidad concreta, un subtipo histopatológico, con características moleculares y pronósticas propias; y, en otros, una forma pobremente diferenciada del tumor que refleja un mayor grado histológico. En la glándula suprarrenal, se puede encontrar en la variante sarcomatoide de los carcinomas primarios de corteza suprarrenal, en sarcomas primarios, o en metástasis. Estas últimas son los tumores malignos más frecuentes en la suprarrenal; su origen más frecuente es el pulmón (39%) y la mama (35%). El objetivo de este trabajo es plantear el diagnóstico diferencial ante este patrón histológico en esta localización a raíz de dos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos raros de tumores de diferente estirpe en glándula suprarrenal con características pleomórficas. El primer caso (C1) es una mujer de 76 años con antecedentes de hepatocarcinoma secundario a cirrosis por hepatitis C de larga evolución. Se reseca esta lesión y, un año más tarde, se detecta mediante TC una masa sólida y heterogénea de 3,6 cm en la glándula suprarrenal derecha. En nueve meses la lesión progresa hasta 4 cm y se realiza suprarrenalectomía derecha.

El segundo caso (C2) es un hombre de 83 años sin antecedentes oncológicos, que acude por dolor abdominal y se le detecta por ecografía una masa sólida de 13 cm en la suprarrenal izquierda de alta sospecha de malignidad. El paciente es intervenido dos meses después y la pieza de suprarrenalectomía se remite a Anatomía Patológica.

RESULTADOS: Macroscópicamente, el C1 corresponde a una lesión con áreas de aspecto necrótico y hemorrágico. Microscópicamente, está compuesto de una celularidad dispuesta en sábanas, de gran tamaño y aspecto pleomórfico, positiva para AE1-AE3, anti-hepatocito, y negativa para marcadores de corteza suprarrenal (calretinina, alfa-inhibina). No se identifican áreas bien diferenciadas. Se diagnostica como metástasis de hepatocarcinoma y a la revisión se constata que el tumor primario presenta áreas de aspecto similar, además de áreas mejor diferenciadas.

En cuanto al C2, la observación macroscópica revela una masa con áreas sólidas blanquecinas y áreas quísticas hemorrágicas con tabiques fibrosos. Histológicamente, se trata de una neoplasia constituida por células epitelioides, fusiformes y pleomórficas, de crecimiento sólido, con hendiduras irregulares que contienen estructuras papilares o en penacho, y con áreas mioxides hialinizadas. Expresan CD31, ERG, FLI1 y CD34, y son negativas para marcadores suprarrenales, por lo que se concluye que se trata de angiosarcoma primario de patrón pleomórfico.

CONCLUSIONES: Por su baja frecuencia y por ser una morfología común a tumores de distintos órganos, el patrón pleomórfico presenta un reto diagnóstico. Es importante considerar un amplio diagnóstico diferencial, buscar áreas del tumor con un patrón morfológico convencional o mejor diferenciadas, y utilizar un panel inmunohistoquímico amplio. Tras descartar un tumor primario, y en presencia de un antecedente oncológico, en la glándula suprarrenal se ha de tener en cuenta que las metástasis son el tumor maligno más frecuente.

RENTABILIDAD DEL ANÁLISIS MACROSCÓPICO POR CITOTECNÓLOGO EN PUNCIONES DE TIROIDES

Antón Lorenzo, Carolina; Quintana Barrilero, Lorena; Gómez Pérez, Nerea; Fernández Montes, Nassira; Robledano Soldevilla, Ramón; Lozano Escario, María Dolores
Presentador: Antón Lorenzo, Carolina

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La PAAF tiroidea es una técnica rápida, sensible y específica; pero su principal limitación es la obtención de una muestra representativa. El control en directo, preferiblemente mediante análisis microscópico, mejora la calidad diagnóstica; aunque a menudo, no es viable por falta de recursos o personal. Este estudio recoge cuatro años de punciones, analizando cómo la experiencia del personal técnico ha permitido optimizar la toma de muestras, reduciendo el número de insatisfactorios y de pases por paciente mediante evaluación macroscópica del material.

Material y método: Se realizaron 790 punciones tiroideas entre 2021 y 2024 (148 en 2021, 191 en 2022, 210 en 2023 y 241 en 2024), con evaluación macroscópica en sala por personal técnico y diagnóstico final por patólogos especialistas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron 790 punciones tiroideas entre 2021 y 2024 (148 en 2021, 191 en 2022, 210 en 2023 y 241 en 2024), con evaluación macroscópica en sala por personal técnico y diagnóstico final por patólogos especialistas.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 104 muestras como Bethesda I, de las cuáles, 90 fueron insuficientes para el diagnóstico; 561 como Bethesda II; 73 como Bethesda III; 24 como Bethesda IV; 12 como Bethesda V y 16 como Bethesda VI. La media de pases por categoría diagnóstica y año, se detalla a continuación:

Bethesda I: En el año 2021, se obtuvo una media de 3,4 pases; en el año 2022, media de 3,3 pases, en 2023, la media fue 3,3 pases y en 2024, media de 2,4 pases.

Bethesda II: En el año 2021, se obtuvo una media de 3,8 pases; en el año 2022, media de 4 pases, en 2023, la media fue 3,6 pases y en 2024, media de 2,3 pases.

Bethesda III: En el año 2021, se obtuvo una media de 4,3 pases; en el año 2022, media de 4 pases, en 2023, la media fue 3,9 pases y en 2024, media de 2,7 pases.

Bethesda IV: En el año 2021, se obtuvo una media de 3,7 pases; en el año 2022, media de 4,5 pases, en 2023, la media fue 3,3 pases y en 2024, media de 2,3 pases.

Bethesda V: En el año 2021, se obtuvo una media de 4 pases; en el año 2022, media de 4 pases, en 2023, la media fue 3,4 pases y en 2024, media de 3 pases.

Bethesda VI: En el año 2021, se obtuvo una media de 3,5 pases; en el año 2022, media de 4,3 pases, en 2023, la media fue 3,5 pases y en 2024, media de 4 pases.

CONCLUSIONES: La evaluación macroscópica en sala por citotecnólogos, con formación adecuada, optimiza la representatividad de las muestras sin reemplazar el análisis microscópico. Esto reduce el número de insatisfactorios y de pases por paciente, mejorando la eficiencia del procedimiento y la comodidad del paciente.

PRESENTACION DE UN CASO: INSULINOMA CON MÚLTIPLES MICROADENOMAS ASOCIADOS.

Castella Bataller, Laura; Raposo Pulido, Bárbara; Rodríguez Naranjo, Carla; Gala Moreno, Irene; Busteros , Jose Ignacio
Presentador: Castella Bataller, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Paciente de 51 años con artritis reumatoide, bursitis y obesidad mórbida en seguimiento por parte del servicio de endocrinología por hipoglucemias recurrentes desde 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el seguimiento, la paciente se realizó múltiples analíticas con hipoglucemia en ayunas de hasta 42mg/dl, retirándose la hidroxiloroquina por posible efecto adverso asociado. Dada la persistencia de las hipoglucemias tras la retirada del medicamento, se le realizó un test de ayuno en el que se detectó un hiperinsulinismo (proinsulina intacta plasma 22.3 pmol (valor de referencia <7.1)) y un TAC abdominal con hallazgo de lesión sólida bien definida en cola pancreática de 15mm con hipercaptación de contraste en fase arterial manteniéndose isodensa en fase venosa. Se completó estudio con una ecoendocopia digestiva alta con contraste intravenoso, confirmando la presencia de una lesión sólida pancreática hipercaptante en fase arterial, sugestiva de tumor neuroendocrino, realizándose PAAF transgástrica con diagnóstico morfológico e inmunocitoquímico de tumor neuroendocrino bien diferenciado. Realizándose finalmente una pancreatectomía distal.

RESULTADOS: Se recibe una pieza de pancreatectomía distal de 5 x 3,5 cm sobre la que se identificaba una lesión en cuerpo-cola de 1,2 cm alejada de márgenes quirúrgicos que se incluyó en su totalidad, junto con muestras del tejido pancreático sano periférico.

En el estudio histológico posterior se identificó un tumor neuroendocrino (TNE) bien diferenciado (G1) de 1,2 cm confinado a páncreas junto a varios microadenomas e islotes de Langerhans ligeramente aumentados de tamaño (posible hiperplasia/displasia de los islotes de Langerhans) en el tejido pancreático peritumoral y el tejido pancreático alejado que también presentaron positividad frente a marcadores neuroendocrinos (sinaptofisina, cromogranina e INSM1).

Tras la cirugía la paciente presentó desaparición de sus episodios de hipoglucemias y pérdida ponderal de 12kg. Dada la presencia de múltiples tumores neuroendocrinos (TNE y microadenomas) se recomendó descartar la asociación con un posible síndrome hereditario como la neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN-1) o la neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) o el Von Hippel-Lindau (VHL) frente a otras causas que pudieran justificar dichos hallazgos (como la insulinomatosis).

Actualmente la paciente se encuentra a la espera del estudio por parte del servicio de genética.

CONCLUSIONES: El insulinoma es el TNE funcionante más frecuente. El 90 % de los casos son unifocales y esporádicos (sin síndrome hereditario) y el 10 % de casos corresponde a un síndrome hereditario, o, en un menor porcentaje de casos, debido a otras causas como la insulinomatosis o la nesidioblastosis no MEN-1.

La presencia de múltiples tumores neuroendocrinos en el páncreas sugiere la importancia de evaluar posibles síndromes hereditarios. Más allá de la interpretación de muestras, el patólogo desempeña un rol clave al alertar a los clínicos sobre hallazgos con impacto en el manejo y seguimiento del paciente. Esta colaboración multidisciplinaria es esencial para un tratamiento preciso y personalizado, resaltando la relevancia de la patología en la medicina actual.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICO-PATOLÓGICA DE UNA SERIE DE 10 CARCINOMAS MEDULARES DE TIROIDES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Agüera Sánchez, Alfonso; Díaz Martínez, Francisco; García Molina, Francisco; Barona García, Laura; Poblet Martínez, Enrique; Pagán Muñoz, Inmaculada

Presentador: Agüera Sánchez, Alfonso

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma medular de tiroides (CMT) es una neoplasia neuroendocrina poco frecuente que representa <5% de los cánceres tiroideos. Se origina en las células parafoliculares productoras de calcitonina, un biomarcador clave en el cribado y seguimiento de la enfermedad. Aunque su etiopatogenia sigue siendo una incógnita en muchos casos, hasta un 25% muestra un origen genético hereditario bien definido relacionado con la neoplasia endocrina múltiple (MEN). Una detección temprana del CMT mejora significativamente el pronóstico, ya que muchos pacientes presentan metástasis al diagnóstico; en este sentido, la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) juega un papel esencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de 10 pacientes diagnosticados de carcinoma medular de tiroides en nuestro centro entre 2016 y 2024. Se recopilaron datos sobre la edad al diagnóstico, sexo, antecedentes familiares de cáncer, comorbilidades, tratamiento recibido, supervivencia global, supervivencia libre de progresión y causa de la muerte. Además, se analizaron las características cito e histopatológicas de todos los casos así como la presencia de mutaciones genéticas somáticas y germinales, entre otros.

RESULTADOS: Nuestra serie incluyó a 5 mujeres y 5 hombres, con una edad media al diagnóstico de 54.9 años (rango: 15-86 años). Más de la mitad presentaba antecedentes personales y/o familiares de cáncer. Uno de los pacientes tenía de base un bocio tiroideo; además, una paciente (la más joven) presentaba una tiroiditis de Hashimoto con el hallazgo incidental de una trisomía del cromosoma 8 en mosaico en el 70% del material genético analizado. En 7 de los 9 casos en los que se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) se alcanzó un diagnóstico de malignidad, acortando significativamente el tiempo hasta el tratamiento con un intervalo medio de 4 semanas. Todos los pacientes fueron sometidos a tiroidectomía total, excepto un caso (hemitiroidectomía) con metástasis en múltiples localizaciones que falleció a los pocos meses del diagnóstico. Todos los casos mostraban niveles sanguíneos de calcitonina y/o CEA prequirúrgicos altos. En 3 casos, también se obtuvieron niveles de calcitonina y CEA postquirúrgicos significativamente elevados (calcitonina > 770 pg/mL); de éstos, dos fallecieron tras una progresión de la enfermedad refractaria a la administración adyuvante de vandetanib, mientras que el tercer caso tenía una mutación germinales en RET (Val804et) con respuesta completa tras tratamiento con selipercatinib. La supervivencia global media fue de 44.6 meses y la supervivencia libre de progresión media de 29.5 meses. De los 4 pacientes que fallecieron, tres se debieron a causas directamente relacionadas con el CMT; en la actualidad, tres pacientes se encuentran vivos con enfermedad estable, y otros tres vivos sin enfermedad.

CONCLUSIONES: Aunque algunos estudios sugieren una asociación entre CMT y TH en mujeres, su coexistencia se estima en menos del 0,5% de los casos de CMT y por lo tanto se necesitan estudios prospectivos más amplios para demostrar una relación causal. Si bien nuestra muestra es limitada, este estudio enfatiza la importancia de una vigilancia clínica y un manejo multidisciplinario para mejorar el pronóstico de los pacientes con CMT. Futuros estudios con un mayor número de casos podrían ayudar a esclarecer la heterogeneidad biológica de esta enfermedad y su relación con otros factores predisponentes.

CARSINOSARCOMA SUPRARRENAL: UN CASO INFRECIENTE DE TUMOR ADRENAL.

Goncalves Villarreal, Katherine; García Miranda, Iker; Orbeagozo Arrizabalaga, Idoia; Ramirez Feliz, Máximo Leonardo; Bravo Blanco, David; Imaz Murga, Milen Igone; Aberasturi Plata, Yoseba

Presentador: Goncalves Villarreal, Katherine

HOSPITAL CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma adrenocortical (ACC) es una neoplasia endocrina rara y agresiva, con una incidencia estimada de 0.5 a 2.0 casos por millón de personas al año. Afecta predominantemente a adultos, con ligera predominancia en mujeres. Entre sus variantes, el subtipo sarcomatoide, fue descrito por primera vez en 1987 y hasta la fecha, solo se han reportado 35 casos en la literatura. Esta se caracteriza por una morfología bifásica, que exhibe tanto diferenciación carcinomatosa como sarcomatosa, y está asociada con un pronóstico desfavorable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 66 años sin antecedentes relevantes, con una tumoración suprarrenal izquierda de 9.3 cm. Se realizó suprarrenalectomía y nefrectomía en bloque.

RESULTADOS: Macroscópicamente, se obtuvo una pieza de 720 g que media 17x11cm. La lesión era nodular, sólida, de consistencia blanda y coloración heterogénea, con áreas blanquecinas y amarillentas, midiendo 9 x 7,5 cm. Ésta se extendía hacia la grasa circundante sin infiltrar el parénquima renal. El examen microscópico reveló una composición bifásica, con un componente mayoritario (85%) altamente pleomórfico, con anisocariosis marcada, multinucleaciones, alto índice mitótico (121 mitosis/50 CGA), mitosis atípicas, necrosis y hemorragia. El segundo componente (15%) era fusocelular (sarcomatoide), con atipia y focos de diferenciación heteróloga de tipo osteosarcoma, incluyendo células gigantes multinucleadas de tipo osteoclastico. Se observó rebasamiento completo de la cápsula adrenal y un trombo tumoral en la vena adrenal-cava.

El score de Weiss para neoplasias corticales suprarrenales fue de 9/9, y el score modificado de 7/7, confirmando un carcinoma cortical suprarrenal de alto grado. El índice de proliferación Ki-67 fue del 35%, y se observó disrupción focal de la trama reticulínica. La inmunohistoquímica mostró tinción focal positiva para Melan A, enolasa neuronal específica, AE1/AE3 y vimentina en el componente pleomórfico, mientras que el componente sarcomatoide fue positivo para vimentina, desmina, caldesmón y enolasa neuronal específica. La tinción para Sf1, inhibina, calretinina, PAX8, CAIX, S-100, sinaptofisina, cromogranina y GATA-3 fue negativa. La beta-catenina mostró tinción membranosa (no nuclear), y p53 fue negativo, sugiriendo un patrón de mutación "null".

El diagnóstico histopatológico fue concordante con un carcinosarcoma suprarrenal, los diagnósticos diferenciales considerados incluyeron carcinosarcoma renal, sarcoma pleomórfico y leiomiomasarcoma. Se solicitaron pruebas adicionales, resultando la tinción para SATB-2 positiva focal en el componente sarcomatoide heterólogo (tipo osteosarcoma).

CONCLUSIONES: Este caso destaca la complejidad diagnóstica y terapéutica de los carcinosarcomas suprarrenales, neoplasias extremadamente raras con comportamiento agresivo y mal pronóstico. Éste subraya la necesidad de un diagnóstico temprano y una escisión quirúrgica completa, que sigue siendo el pilar del tratamiento. Sin embargo, la falta de protocolos terapéuticos estandarizados y la naturaleza agresiva de la enfermedad a menudo resultan en una supervivencia limitada, con la mayoría de los pacientes falleciendo dentro de los 3 a 12 meses posteriores a la cirugía.

Este reporte de caso contribuye al creciente pero aún limitado cuerpo de literatura sobre el ACC sarcomatoide, enfatizando la importancia de un muestreo exhaustivo, una evaluación histológica cuidadosa y una investigación inmunohistoquímica para lograr un diagnóstico preciso.

Patología Endocrina

2152

CARCINOMA TIROIDEO CRIBIFORME MORULAR DE ALTO GRADO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO QUE SUGIERE PARTICIPACIÓN DE LOS ESTRÓGENOS EN LA PROGRESIÓN TUMORAL.

Cameselle Teijeiro, Jose M.; Cameselle Teijeiro, José Manuel; Reuto Castillo, Jaime; Veiga Barreiro, Jesus; Abdulkader Nallib, Ihab; Ruiz Ponte, Clara; Bravo López, Susana; Sánchez Ares, María; Martínez Lago, Nieves

Presentador: Cameselle Teijeiro, José Manuel

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma cribiforme morular (CTCM) es el cáncer tiroideo asociado a poliposis adenomatosa familiar (FAP), con formas esporádicas. Es más frecuente en mujeres y tiene una elevada expresión de receptores de estrógenos y progesterona. La reciente la clasificación de la OMS lo considera un tipo específico de tumor tiroideo secundario a alteraciones de la vía de señalización WNT/beta-catenina, cuya histogénesis es desconocida. Se describe un caso de CTCM con un curso clínico particularmente agresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 21 años con tumor seroso borderline ovárico bilateral tratada con histerectomía total y doble anexectomía, 6 ciclos de carboplatino/paclitaxel y terapia hormonal sustitutiva con estradiol. No hay antecedentes familiares de cáncer. Ocho años después se le extirpó un nevus displásico cutáneo. A los 14 años de la histerectomía se le diagnosticó un "carcinoma pobremente diferenciado con áreas CPT" de 35 mm en el lóbulo tiroideo derecho (pT2, pN0; riesgo intermedio-ATA), tratado con tiroidectomía total, vaciamiento central y 100 mCi de I131. Un año después se le extirpó una adenopatía metastásica cervical y luego un vaciamiento cervical bilateral evidenció metástasis en 3 ganglios del lado derecho, por lo que se administró radioterapia (50 Gy) sobre regiones cervicales y mediastino superior. Dos años después, se detectó una adenopatía retrocarotídea derecha y mediante la PET-TC una lesión subcarinal (12 mm, SUVmax 8.1) y otra lesión en el lóbulo medio pulmonar (18 mm, SUBmax 7). La adenopatía retrocarotídea resultó la metástasis de un CTCM y se revisó el tumor primario con estudio inmunohistoquímico y molecular. La paciente, con 40 años, pasó a seguimiento por el Servicio de Oncología y las metástasis pulmonares fueron tratadas con radioterapia estereotáctica. Posteriormente se resecaron nuevas metástasis pulmonares y se retiró el tratamiento hormonal. En ningún momento se detectó aumento de la tiroglobulina sérica. No hay datos clínicos de FAP. En la actualidad, tras 5 años desde la tiroidectomía, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

RESULTADOS: Histológicamente, el tumor tiroideo era una neoplasia epitelial encapsulada con bandas de fibrosis formando lóbulos tumorales. El patrón de crecimiento fue sólido y foliolar/glandular con áreas cribiformes y estructuras morulares. Las células eran columnares o fusiformes, de núcleo oval, con nucleolo pequeño o inaparente y pseudoestratificación. Había 4 mitosis/2 mm², necrosis e invasión venosa. No se evidenció infiltración extratiroidea. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para citoqueratinas (CKs) AE1/AE3, CK7, TTF1 y receptores de estrógenos (RE) y progesterona (RP) con positividad nuclear y citoplasmática para beta-catenina. Las morulas mostraron idéntica positividad para beta-catenina y reactividad para CKs, CD10, CD5 y CA19.9 con negatividad para TTF1. No había expresión de CK20, PAX8, calcitonina, cromogranina y sinaptofisina. El análisis molecular tumoral detectó 2 mutaciones somáticas con pérdida de función del gen APC (p.Asp990* [VAF 24%] y p.Ser1400* [VAF 38%]), que se también confirmaron a nivel ganglionar.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso excepcional de CTCM esporádico de alto grado con un curso clínico inusualmente agresivo. Dada la fuerte expresión de receptores de estrógenos por las células tumorales, dicho curso clínico podría estar relacionada con el tratamiento sustitutivo con estradiol. (Proyecto I123/00722, ISCIII, UE).

Patología Endocrina

1708

"EN PAAF DE TIROIDES, NO TODO SON CARCINOMAS PAPILARES: CARCINOMA CRIBIFORME MORULAR DE TIROIDES, CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA"

Rodríguez Gilabert, Carolina; Bermejo Olano, María Del Mar; Galeazzi , Juan Antonio; Serrano Ballesteros, Jorge; Pérez Campos, Ana Isabel

Presentador: Rodríguez Gilabert, Carolina

HOSPITAL UNIV. DOCE DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma cribiforme morular de tiroides (CMTC) es un tumor maligno de tiroides poco frecuente. Hasta la clasificación de OMS de 2022, donde se incluye como "tumor de histogénesis incierta", se consideraba una variante del carcinoma papilar. Actualmente se sabe que molecularmente se relaciona con la activación constitutiva de la vía WNT/?-catenina y puede ocurrir esporádicamente o en contexto hereditario de poliposis adenomatosa familiar (PAF) -hasta en un 53%- . Los CMTC en la PAF suelen ser multifocales, bilaterales y pequeños, mientras que los esporádicos son únicos y más grandes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de proctocolectomía por PAF (gen APC mutado) y tumor desmoide abdominal. En una ecografía de control, se objetivaron múltiples nódulos tiroideos, el mayor de ellos TIRADS IV en lóbulo izquierdo. Se solicitó PAAF de los mismos, realizándose un diagnóstico de malignidad (Bethesda VI), por lo que se decidió tiroidectomía total.

RESULTADOS: Los extendidos citológicos mostraron abundante celularidad epitelial neoplásica, formando placas y grupos tridimensionales de tamaños variables, con aspecto ramificado y focalmente cribiforme. Las células eran de morfología poligonal y muy frecuentemente cilíndrica, con núcleos alargados, irregularidad de membrana, moldeamientos y pseudoinclusiones. Los citoplasmas eran densos y homogéneos. Con la sospecha de un carcinoma papilar subtipo células columnares se solicitó inmunocitoquímica para CDX2 que resultó positivo nuclear focal, apoyando dicha posibilidad. El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica de tiroides confirmó la presencia de cuatro nódulos situados en lóbulo derecho (de 1,4 cm), izquierdo (de 1,3 y 0,4 cm) e istmo (de 0,2 cm). Todos ellos correspondían a proliferaciones neoplásicas bien delimitadas de crecimiento predominantemente sólido, con áreas cribiformes y ocasionalmente papilares, así como ocasionales morulas (poco evidentes). Los espacios cribiformes no contenían coloide. Las células tenían una morfología generalmente cilíndrica, con moderados citoplasmas y núcleos alargados, con pérdida de la polaridad, cromatina clara y hendiduras. De forma parcheada se veían inclusiones de contenido claro acuoso. No se observó necrosis ni actividad mitótica relevante. En el resto del tejido tiroideo no se apreciaban otras lesiones relevantes. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para la expresión de: TTF1, PAX8 (débil), receptor de estrógenos y progesterona, CD10 y expresión en las morulas de CDX2, CD5 y Citoqueratina 5/6. Tiroglobulina y calcitonina fueron negativos. Una intensa expresión citoplasmática y nuclear con beta-catenina confirmó el diagnóstico de carcinoma cribiforme morular.

CONCLUSIONES: El carcinoma cribiforme morular es una entidad poco frecuente en la patología tiroidea.

- Se trata de una entidad clínico-patológica distinta al carcinoma papilar y se incluye en las neoplasias de histogénesis incierta (OMS 2022).
- Está molecularmente determinada por activación constitutiva de la vía Wnt/beta-catenina, tanto esporádicamente como de forma hereditaria asociado a la PAF, por lo que es fundamental reconocer esta entidad y orientar hacia estudios genéticos correspondientes.
- Ante la sospecha citológica de un papilar subtipo columnar recomendamos realizar estudio inmunocitoquímico de beta-catenina, especialmente si existe al menos focalmente un patrón cribiforme, para poder detectar estas neoplasias.

Patología Endocrina 2087

TUMORES NEUROENDOCRINOS
HIPOFISARIOS PIT-1 HORMONO-
NEGATIVOS: ESTUDIO CLÍNICOPATOLÓGICO

Gracia Sáenz, Leticia; Shalygina, Svetlana; Martínez Gauffin, Lucía; Niveiro De Jaime, María; Peiró Marqués, Francisca María; Picó Alfonso, Antonio; García Garrigos, Elena; Torregrosa Quesada, María Eugenia; Abarca Olivas, Javier; Aranda López, Francisco Ignacio

Presentador: Gracia Sáenz, Leticia

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos de la adenohipófisis (PitNET), tradicionalmente conocidos como adenomas hipofisarios, presentan un comportamiento incierto que engloba desde tumores pequeños indolentes hasta tumores grandes localmente invasivos o metastásicos. La actual clasificación de la OMS se basa en el linaje celular a través de la expresión de factores de transcripción: PIT1, TPIT, SFI, GATA 3 y la expresión hormonal de GH, PRL, ACTH, TSH, LH y FSH. Sin embargo, un pequeño porcentaje de estos tumores pueden presentar total ausencia de expresión inmunohistoquímica hormonal o coexpresión de varios factores de transcripción, especialmente PIT1-SFI. Objetivo: Determinar diferencias clínicas, histológicas y de imagen entre los tumores PIT1 hormono-positivos y PIT1 hormono-negativos

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron 236 tumores neuroendocrinos de hipófisis (PitNET) que se clasificaron de acuerdo a la expresión inmunohistoquímica de factores de transcripción PIT1, TPIT y SFI/Gata3. Los tumores PIT1 se dividieron por su expresión inmunohistoquímica hormonal (GH, prolactina, TSH y negativos). En todos los casos se determinó la actividad proliferativa con Ki67 y se obtuvieron datos adicionales como edad, sexo, presentación clínica, tamaño tumoral, invasión de senos y patologías asociadas. El grado de asociación entre variables se obtuvo mediante el test de Ji2 (significación $p<0,05$)

RESULTADOS: De los 236 tumores PitNET 74 fueron PIT1 positivos (31,4%), 36 TPIT (15,3%) y 124 SFI (52,5%). De los tumores PIT1: 44 fueron tumores somatotropos (59,4%), 19 tumores lactotropos (25,7%), 4 tumores tiotropos (5,4%) y 7 no expresaron hormonas (9,5%), tres con alta expresión de SFI (no clasificados como gonadotropos). Los 7 casos fueron clínicamente no funcionantes. Los pacientes con tumores PIT1 hormono-negativos presentaron mayor edad al diagnóstico (media 55 años), mayor tamaño tumoral (21,7mm), un índice de proliferación medio menor (Ki67: 0,7%) y mayores tasas de invasión del seno cavernoso (85,7%) frente a aquellos hormono-positivos (45 años; 19,82mm; Ki67: 1,6%).

CONCLUSIONES: El estudio inmunohistoquímico de los factores de transcripción hipofisarios es clave para poder identificar el grupo PIT1 hormononegativo que, en nuestra experiencia, se asocia con frecuencia a la coexpresión de SFI. Los tumores PitNET con expresión PIT1 hormono-negativos parecen presentar una mayor agresividad local con tendencia a la invasión del seno cavernoso respecto a los que presentan expresión inmunohistoquímica hormonal, lo que puede hacer necesarios procedimientos terapéuticos adicionales a la cirugía.

Patología Endocrina 2059

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES
SUBTIPO FIBROMATOSIS. REPORTE DE UN
CASO.

Rivas Hernández, Raquel; León Gil, Johanna Gabriela; Jiménez Pérez, Andrea Beatriz; Clavijo Paz, Martha Isabel; Batista Batista, Cesarina Altigracia; Chinchilla Tabora, Luis Miguel; Sayagúes Manzano, José María; Abad Hernández, María Del Mar; Muñoz León, José Antonio; González Rivero, Joaquín

Presentador: Rivas Hernández, Raquel

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Dentro de las neoplasias malignas de tiroides, el carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el más frecuente, pero este puede presentar distintos subtipos histológicos. Uno de ellos es el carcinoma papilar de tiroides subtipo fibromatosis (CPTSF). Este subtipo es muy infrecuente (0,03-0,5%) con escasa literatura publicada, solo casos aislados o pequeñas series de casos. El CPTSF se caracteriza por ser un tumor bifásico, constituido por un extenso componente mesenquimal que presenta una mutación característica (CTNNB1) asociada a la beta-catenina y, en menor proporción, por un componente epitelial. Esto puede suponer un desafío diagnóstico sobre todo en biopsia pequeña y en punción, pero también en pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos en la base de datos de nuestra institución una búsqueda de CPT diagnosticados en los últimos 10 años.

RESULTADOS: Solo 1 de los 396 CPT diagnosticados resultó ser un CPTSF. Llevamos a cabo la revisión de la historia clínica del paciente, su tratamiento y seguimiento. Paciente varón de 50 años derivado por su médico de Atención Primaria al Servicio de Endocrinología tras la palpación de un nódulo de consistencia aumentada en el polo superior de lóbulo tiroideo derecho. Se realizó, en otro centro, una ecografía tiroidea catalogada como TIRAD54 y punción con aguja fina de la lesión con diagnóstico benigno (Bethesda II). Tras las pruebas se programó una cirugía consistente en hemitiroidectomía izquierda. En el estudio macroscópico, se identificó una lesión mal delimitada de 2,7 cm de diámetro máximo, bordes irregulares e infiltrativos, coloración blanquecina y consistencia firme de aspecto fibroso. En el estudio microscópico, se observó una tumoración bifásica constituida por un escaso componente epitelial, con áreas de patrón papilar, folicular y sólido, y alteraciones nucleares de CPT como aumento del tamaño nuclear, aclaramiento, superposición, escotaduras “en grano de café” y pseudoinclusiones, en un estroma predominantemente mesenquimal constituido por fibroblastos, miofibroblastos sin atipia y gruesas fibras de colágeno entrelazadas que llegaban a alcanzar el margen de resección anterior. El estudio inmunohistoquímico del componente epitelial reveló tinción membranosa para beta-catenina, mientras que el componente estromal presentó tinción nuclear aberrante. El estudio molecular demostró mutación de los genes BRAFV600E y CTNNB1. Estos hallazgos sugerían el diagnóstico de CPTSF, por lo que el paciente fue reintervenido para completación de la tiroidectomía y tratado con yodo-131. Hasta el momento no ha presentado recidivas.

CONCLUSIONES: El CPTSF es un tumor muy infrecuente que, comparado con el CPT clásico, muestra un comportamiento más agresivo en cuanto a infiltración local y riesgo de metástasis ganglionar aumentado. Es un tumor bifásico en el que predomina el componente mesenquimal sobre el epitelial, por lo que no se debe malinterpretar el componente fibrotico como benigno, como transformación a carcinoma anaplásico o confundirlo con otros tumores mesenquimales, como el schwannoma o el sarcoma. La expresión nuclear aberrante de la beta-catenina en el componente estromal y la mutación somática de CTNNB1 son útiles a la hora del diagnóstico. El componente epitelial puede mostrar alteraciones en el gen BRAFV600E. Al igual que en las fibromatosis, las recidivas locales, debido a la infiltración del componente mesenquimal, no son infrecuentes por lo que debe realizarse una resección con márgenes quirúrgicos suficientes para evitar la recidiva.

EXPRESIÓN DE SDHB EN FEOCROMOCITOMAS: CORRELACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA Y HALLAZGOS GENÉTICOS

Rendón García, Rosa; Montaña Aguado, Ana María; Álvarez Muñoz, Alejandro; Machuca Aguado, Jesus; Alfonso Rosa, Carmen María; Rubio Garrido, Francisco Javier
Presentador: Rendón García, Rosa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El feocromocitoma es una neoplasia neuroendocrina derivada de los ganglios del sistema nervioso simpático o parasimpático, concretamente en las células cromafines de la médula suprarrenal. Su incidencia es baja, con una tasa aproximada de 0.66 casos por 100,000 personas por año. Generalmente el pronóstico es favorable, siendo la extirpación quirúrgica el tratamiento de elección. No obstante, hasta un 15% de los casos pueden desarrollar enfermedad metastásica. Aproximadamente el 40% de los feocromocitomas tienen un origen genético asociado a mutaciones en línea germinal. Hasta la fecha, se han identificado más de 15 genes implicados en su desarrollo, siendo los más frecuentes los genes de la succinato deshidrogenasa (SDH: SDHA, SDHB, SDHC y SDHD), seguidos de genes asociados a otros síndromes hereditarios, como VHL, RET y NF1. La presencia de mutaciones en estos genes predispone a la aparición de lesiones multifocales y sincrónicas, lo que resalta la importancia del estudio genético en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 30 pacientes diagnosticados de feocromocitoma en nuestro centro entre 2001 y 2024. Se realizó estudio inmunohistoquímico de la expresión de SDHB, siendo evaluado por tres patólogos.

RESULTADOS: La cohorte estuvo compuesta por 16 mujeres (53,3%) y 14 hombres (46,7%), con una edad media de presentación de 52,1 años. La localización más frecuente fue la glándula suprarrenal derecha, en 17 casos (56,6%). Se identificaron dos casos de presentación bilateral (6,6%), ambos asociados al síndrome MEN2a. Solo un paciente presentó enfermedad metastásica, con afectación vertebral en D5. La tinción inmunohistoquímica para SDHB fue negativa en 6 de los 30 casos estudiados (20%), evidenciando una pérdida inequívoca de su expresión con control interno positivo adecuado. En los 17 casos restantes, la tinción fue positiva. Se realizó estudio genético en línea germinal en 14 pacientes, de los cuales 2 presentaban pérdida de la expresión inmunohistoquímica de SDHB pero no mostraron alteraciones germinales de ninguno de los genes SDH. Si que se identificaron otras alteraciones en línea germinal en dicho grupo de 14 pacientes estudiados:

- 4 casos asociados a MEN2a, todos con carcinoma medular de tiroides.
- 1 caso asociado a VHL, vinculado a carcinoma renal de células claras.
- 1 caso con NF1.

CONCLUSIONES: Han sido descritas diversas mutaciones en diferentes genes causantes del feocromocitoma, siendo el complejo SDH el más frecuentemente alterado, con una prevalencia superior al 10%. Este hallazgo ha permitido reconocer que muchos casos previamente considerados esporádicos podrían, en realidad, ser de origen hereditario. En nuestra serie, el 20% de los casos presentaron inmunotinción negativa para SDHB, lo que representa la alteración más frecuente en nuestra cohorte. Aunque las mutaciones somáticas en SDH son poco comunes, observamos que 2 de los 6 pacientes (33,3%) con pérdida de expresión de SDHB no presentaban mutaciones en línea germinal de SDH. Esto refuerza la hipótesis de que es posible la pérdida de expresión inmunohistoquímica de SDHB en el contexto de otras alteraciones moleculares en el feocromocitoma. Por ello, en pacientes con pérdida de expresión de SDHB y alta sospecha clínica, se recomienda una evaluación molecular complementaria para un estudio más completo de los pacientes y optimizar el manejo clínico.

CARCINOMAS PAPILARES DE TIROIDES DIAGNOSTICADOS INCIDENTALMENTE EN PIEZAS DE TIROIDECTOMÍAS SIN SOSPECHA CLÍNICA DE MALIGNIDAD. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO.

Osuna Soto, Julio; Sánchez Ramírez, Inmaculada; Sanz Zorrilla, Alicia; Sánchez Sánchez, Rafael; Gálvez Medina, María José; Leiva Cepas, Fernando
Presentador: Osuna Soto, Julio

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma papilar de tiroides (PTC) es la neoplasia maligna primaria de esta glándula más frecuente. Generalmente, suele sospecharse clínicamente tras exploración cervical y estudio ecográfico de la lesión. No obstante, el diagnóstico anatomopatológico en algunas series de autopsias asciende hasta el 30%. En este sentido, el diagnóstico incidental de carcinomas de pequeño tamaño en piezas de tiroidectomía indicadas por otro motivo clínico (generalmente por bocio) puede explicar, al menos en parte, el aumento de la incidencia de esta patología que se está reportando en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión retrospectiva de las piezas de tiroidectomía recibidas en nuestro centro en los últimos 5 años; se recopilan las características clínicas de los pacientes y anatomopatológicas de los tumores de aquellas piezas en las que se diagnostica incidentalmente un tumor maligno. De esta forma, se excluyen aquellas intervenciones en los que había sospecha previa tanto clínica, radiológica o citológica de un tumor maligno tiroideo.

RESULTADOS: Durante los años 2020 a 2024, se realizaron en nuestro centro un total de 377 tiroidectomías (tanto completas como parciales) sin sospecha previa de malignidad, en su mayoría indicadas por bocio o enfermedad de Graves. De ellas, se diagnosticó de forma incidental 23 carcinomas tiroideos (6%). En estos casos, los tumores tuvieron un tamaño con una mediana de 5 mm (rango 1-50 mm); el subtipo histológico más frecuente fue el patrón clásico (15, un 65%); el resto de subtipos lo constituyeron 3 casos de PTC variante encapsulada, 2 de carcinoma papilar variante folicular encapsulada e invasiva, 1 caso de variante de células altas y 1 con patrón sólido-trabecular. En 3 casos el tumor fue multifocal; no se detectaron casos de bilateralidad. Se identificó invasión linfovascular en 2 casos, 6 casos presentaban afectación de la cápsula tiroidea. El estudio patológico fue de pT1 en la mayoría de los casos debido al pequeño tamaño tumoral; sólo dos tumores fueron mayores de 2 cm, uno de 3,2 cm (pT2) y otro de 5 cm (pT3). Epidemiológicamente, los pacientes fueron mayoritariamente mujeres (74%), con una edad mediana de 60 años (rango 35-82 años). Cabe señalar que en un caso (el de mayor tamaño) el diagnóstico de malignidad fue de carcinoma oncocítico y no de PTC como en el resto de los casos.

CONCLUSIONES: El hallazgo incidental de carcinoma papilar de tiroides en piezas de tiroidectomía indicadas por patología benigna no es infrecuente y debe tenerse en cuenta a la hora del estudio anatomopatológico de estas muestras. Aunque en la mayoría de los casos se trata de tumores pequeños en estadios iniciales, en los que la resección quirúrgica se considera curativa, su diagnóstico es siempre importante de cara al seguimiento posterior del paciente. Por ello, es recomendable realizar siempre un muestreo amplio de la pieza y una búsqueda activa para que no pasen desapercibidos.

Patología Endocrina 2008

TUMOR DE GLÁNDULA SALIVAL CON CÉLULAS ONCOCÍTICAS

Parmeggiani Bermejo, Sofía; Parmeggiani Bermejo, Sofía; García - Hirschfeld García, Juan María; Tirado Pascual, Mónica; González García, Jesús; Santana Ramos, Marina; Rodríguez Moncada, Juan Sebastián
Presentador: Parmeggiani Bermejo, Sofía

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de glándula salival son un grupo poco frecuente con histología heterogénea. Se localizan tanto en glándulas salivales mayores como en menores. La amplia variedad de cuadros morfológicos hace que el diagnóstico y el tratamiento sean un desafío. En la literatura, las variedades histológicas más comunes incluyen el carcinoma mucopidermoide, el carcinoma ex – adenoma pleomorfo y el adenocarcinoma, entre otras. En este trabajo presentamos un caso infrecuente de tumor de glándula salival con células oncocíticas en una localización excepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 73 años sin antecedentes oncológicos que presenta dos nódulos laterocervicales palpables. En el TAC se observa un nódulo sólido lobulado de 2x1 cm en el interior del tercio proximal del músculo esternocleidomastoideo con realce homogéneo de contraste. Además se observaron tres ganglios paramusculares externos de 2 y 0,8 cm de dimensiones máximas. Se realiza PAAF en la que se visualizan células oncocíticas. Se decide extirpación de la lesión.

RESULTADOS: Macroscópicamente se trataba de dos nódulos muy bien delimitados de consistencia firme y coloración blanquecina.

Microscópicamente se observa una tumoración de patrón lobulado constituida mayoritariamente por una población homogénea de células grandes poligonales de citoplasma amplio y eosinófilo junto a otras con citoplasmas claros con resalte de las membranas celulares y con un delicado estroma fibrovascular.

Con estos datos nos planteamos la posibilidad de que se tratara de glándula paratiroides o de un ganglio completamente ocupado por células oncocíticas sugestivo de metástasis de un carcinoma de origen renal o tiroideo.

El perfil inmunohistoquímico de la neoplasia mostró positividad para CK7, CK8/18 y EMA y negatividad para Cromogranina, PTH, GATA3, pax8 y TTF1. Destacaba la reactividad basal para CK5/6, p63 y p40.

Ante estos hallazgos el diagnóstico fue de oncocitoma de glándula salival intramuscular.

CONCLUSIONES: El oncocitoma de glándula salival es una neoplasia benigna muy infrecuente, compuesta casi exclusivamente por oncocitos y que no presentan caracteres de otras neoplasias salivales.

Supone un 2% de las neoplasias salivales y se da sobre todo en la 6-8ª década de la vida. Con más frecuencia asientan en la parótida y glándulas submaxilares, aunque están descritos casos en otras localizaciones, como entre los fascículos musculares del esternocleidomastoideo, que es nuestro caso. Pueden ser multifocales y bilaterales. La exéresis es curativa.

Patología Endocrina 1841

IMPLEMENTACIÓN DE LA PAAF DE TIROIDES

Barroso Cardenas, Monica; Barroso Cárdenas, Mónica; Prieto Cocero, Sara; Vallejo Benítez, Ana; Parmeggiani Bermejo, Sofía
Presentador: Barroso Cárdenas, Mónica

LABORATORIO SANZ MORENO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de tiroides es una herramienta clave para seleccionar a pacientes con nódulos tiroideos que requieren cirugía. Es una técnica mínimamente invasiva que debe ser correctamente ejecutada, para reducir el número de biopsias poco necesarias y complementar la información diagnóstica proporcionada por la biopsia quirúrgica.

Sus indicaciones fundamentales incluyen la presencia de nódulos tiroideos sospechosos por ecografía, el crecimiento rápido de un nódulo tiroideo, historia familiar de cáncer de tiroides, nódulos hipercaptantes o fríos en gammagrafía o hallazgos clínicos sugestivos de malignidad con mínimas contraindicaciones más allá de alteraciones graves de la coagulación. En este trabajo presentamos la importancia de la calidad técnica en la PAAF de tiroides para un correcto diagnóstico anatomopatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 45 años que desarrolló un nódulo en lóbulo tiroideo derecho de 20,7mm, TIRADS 3. Ante el aumento de tamaño se practicó una PAAF ecoguiada con la que se obtuvo una muestra con abundante celularidad representativa. Los extendidos citológicos recibidos en fresco se tiñeron con Diff-Quick. Adicionalmente, se realizó estudio molecular complementario para detección de mutación del gen BRAF mediante Idylla BRAF Mutation Test® a partir del material de uno de los extendidos. Posteriormente se realizó una Biopsia con Aguja Gruesa en la que se obtuvieron dos cilindros de tejido de 1 y 0,5 cm de longitud para confirmación y tipificación diagnóstica.

RESULTADOS: En los extendidos de la PAAF se observó la presencia de células epiteliales tiroideas en forma de agregados microfoliculares, con cambios oxifílicos y alguna atipia nuclear, por lo que el diagnóstico fue de atipia de significado indeterminado (categoría III Bethesda 2007). En el estudio molecular no se detectó mutación BRAF en el codón 600. El diagnóstico correspondiente a la biopsia confirmó la presencia de una proliferación microfolicular sugestiva de adenoma.

CONCLUSIONES: En el caso que presentamos, se muestra cómo mediante la realización de una PAAF con adecuada toma de muestra, buen procesamiento técnico y tinción de la misma se obtuvo información diagnóstica adecuada para clasificación en Bethesda III. Además permitió el análisis molecular correspondiente a partir de dicho material obtenido en la PAAF y así decidir sobre el manejo clínico posterior del paciente.

El análisis citológico se realiza en base a la clasificación de Bethesda, que categoriza las muestras en seis niveles de riesgo, desde benigno hasta maligno. Según esta clasificación, se decide la conducta clínica, que puede incluir seguimiento, nueva punción o cirugía. En los casos en que la citología convencional no permite un diagnóstico definitivo, se pueden emplear marcadores inmunohistoquímicos y estudio molecular de las muestras. Para todo ello, en la práctica diaria se demuestra que la rentabilidad diagnóstica de la PAAF de tiroides se relaciona directamente con la calidad de la muestra obtenida y el adecuado manejo técnico de la misma.

TUMOR NEUROENDOCRINO CALCITONINA NEGATIVO PRIMARIO DE TIROIDES

González Rodríguez, Clara; González Rodríguez, Clara; Merino Baamonde, Sofía; Vázquez Esteban, Guillermo; Higuera Mora, Eduardo; Soria Montoya, Andrea; Pérez Rastrollo, Francisco Javier; Díaz López, Sofía Marina; Rubiera Valdés, Miriam; Fuente Díaz, Cristina; Fernández Fernández, Luis

Presentador: González Rodríguez, Clara

HUCA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La 5ª edición de la clasificación de la WHO clasifica a los tumores primarios de tiroides según la célula de origen. Así como aquellos derivados de las células parafoliculares c de tiroides, como carcinomas medulares, correspondiéndose a la mayoría de los tumores neuroendocrinos primarios. Los carcinomas medulares elevan serológicamente calcitonina u otros marcadores tumorales como CEA, aunque un 1% pueden ser no secretores lo cual dificulta su diagnóstico. En estos casos resulta determinante conocer la expresión del péptido relacionado con la calcitonina (CGRP), neuropéptido consecuencia de un splicing alternativo del gen CALCA ya que cree que aquellos tumores PAX-8 positivos que expresan CGRP, provienen de las células parafoliculares c de tiroides. Presentamos un caso raro, descrito en muy pocas ocasiones en la literatura, de una paciente de 76 años, sin antecedentes familiares de interés, que de forma incidental tras una RMN, se le detecta un nódulo en el lóbulo tiroideo derecho de 15x20x23 mm, TIRADS 4. No se identifican adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. Clínicamente asintomática. Se realiza analítica con cifras normales de CEA y calcitonina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se remite a una paciente desde otro centro tras realizarse una PAAF con diagnóstico de carcinoma medular. Se repite en nuestro centro la PAAF y se establece un diagnóstico de Bethesda V, sospecho de malignidad a favor de carcinoma papilar. Posteriormente, se practica una tiroidectomía total y se estudia la pieza realizándose técnicas inmunohistoquímicas. Tras el diagnóstico, se envía material a la plataforma RETTA para el estudio de mutaciones y fusiones en el gen RET.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico se observa un nódulo sólido bien delimitado no encapsulado de 2 cm. Microscópicamente, se observa una proliferación celular bien delimitada pseudoencapsulada, con patrón trabecular de células ovoides con atipia dada por cromatina grumosa, aclaramiento nuclear, con ocasionales hendiduras longitudinales. No se observan mitosis, invasión vascular ni capsular. Presenta positividad con inmunohistoquímica para TTF-1, tiroglobulina focal, synaptofisina, CD56, INSM-1 y enolasa; con negatividad para PAX-8, TPO, calcitonina, CEA, cromogranina, ACTH, somatostatina, CGRP, PTH, S-100, alfa inhibina, CK7, CK19 y GATA-3. Con un Ki67 (MIB1) <1%. Se envía a la plataforma RETTA y no se encuentran mutaciones ni fusiones en el gen RET.

CONCLUSIONES: En el tiroides, la mayoría de los tumores neuroendocrinos se corresponden con carcinomas medulares y más raramente con paragangliomas. Hoy en día existen muy pocos casos descritos de carcinomas neuroendocrinos calcitonina negativos, marcador que se utiliza a nivel sérico e inmunohistoquímico para el diagnóstico de carcinoma medular. El diagnóstico diferencial entre un tumor neuroendocrino y un carcinoma medular resulta complicado. Se pone en valor la utilidad de la expresión de CGRP en aquellos casos en los que no se observa expresión de calcitonina. Los tumores neuroendocrinos calcitonina negativos primarios tiroideos son raros por lo que se debe descartar que no se trate de una metástasis (como en nuestro caso, que se realizó PET-TAC sin evidencia de lesiones hipercaptantes a otro nivel). Son muy pocos los casos descritos por lo que todavía no existen estudios sobre el pronóstico y el manejo de estos pacientes.

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES PEDIÁTRICO Y DEL ADULTO. COMPARACIÓN DE LA AGRESIVIDAD HISTOLÓGICA Y SU RELEVANCIA EN EL PRONÓSTICO

Onieva Carbajo, Ricard; Piñol Ballus, David; López Del Campo, Ricardo; Escoda Garralt, María Rosa; Ferreres Piñas, Joan Carles; Alcalá Lorente, Marta; Guirao Garriga, Xavier; Capel Flores, Ismael; Pérez Riverola, Victor; Bella Cueto, María Rosa

Presentador: Onieva Carbajo, Ricard

PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ PARC TAULÍ I3PT. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. SABADELL, ESPANYA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el tumor endocrino maligno más frecuente, con pronóstico generalmente favorable. La identificación de características histológicas agresivas es fundamental para la estratificación del riesgo de recidiva. Para identificar mejor algunos casos de mayor riesgo, en la 5ª edición de la clasificación de la OMS de tumores endocrinos, se introduce el término "carcinoma derivado de célula folicular de alto grado" (CCFAG). Este término describe tumores invasivos con recuento mitótico ≥ 5 por 2 mm² y/o necrosis, que no cumplen criterios de carcinoma pobremente diferenciado ni de carcinoma anaplásico. Aunque en la literatura los CPT pediátricos presentan con frecuencia características histológicas agresivas, su pronóstico parece favorable. Este estudio tiene como objetivo comparar el CPT pediátrico con el del adulto, para determinar si existen diferencias en las características histológicas agresivas, y si estas tienen traducción en el pronóstico. Esta comparación, no abordada previamente en la literatura, contribuirá a comprender el valor de los hallazgos histológicos de agresividad en los CPT pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los CPT pediátricos (≥ 18 años) diagnosticados en nuestro centro desde el año 2000 y todos los pacientes adultos diagnosticados de CPT entre los años 2000 y 2017. Se excluyeron, mediante revisión histológica, las neoplasias foliculares tiroideas no invasivas con características nucleares de carcinoma papilar, y aquellos CPT diagnosticados incidentalmente de un tamaño menor a 2 mm sin metástasis ganglionares ni a distancia. Se revisaron las características histológicas y el seguimiento clínico de todos los pacientes y se compararon las dos cohortes mediante test exacto de Fisher.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes pediátricos (90% de sexo femenino, edad media de 13 ± 3.7 años, seguimiento medio de 7 años) y 249 adultos (77% de sexo femenino, edad media de 47.6 ± 14.0 años, seguimiento mínimo de 5 años). El subtipo histológico más frecuente fue el clásico en ambos grupos (166 casos en adultos, 6 pediátricos), con 10 casos de subtipos agresivos en adultos (8 célula alta, 2 en tacheuela) y 1 en pediátricos (célula alta). Los CPT pediátricos presentaron mayor frecuencia de afectación ganglionar (90% vs 43% en adultos, $p < 0.05$) e invasión angiolinfática (70% vs 18%, $p < 0.05$). Además, mostraron tendencia a un estadio local más avanzado (T3-4 30% vs 10%; $p = 0.1$) y de mayor extensión extratiroidea (33% vs 14%; $p = 0.1$). El 70% de los CPT pediátricos presentaron ≥ 2 mitosis por mm², y el 40% ≥ 3 . Ninguno de los casos de CPT pediátrico presentó necrosis. No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de recidivas (10% vs 8%).

CONCLUSIONES: Aunque el grupo de CPT pediátrico es pequeño, muestra características histológicas de mayor agresividad en comparación con los adultos, con un 10% de los casos cumpliendo los criterios de CCFAG. Sin embargo, el seguimiento clínico de estos pacientes sugiere un pronóstico favorable. Estos hallazgos subrayan la importancia de ser cauto en la interpretación de hallazgos histológicos sugestivos de agresividad en CPT pediátricos. Además, dado que el recuento mitótico en los CPT pediátricos suele ser elevado, se recomienda especial precaución al evaluarlo, ya que podría llevar a un diagnóstico erróneo de CCFAG y, en consecuencia, a una interpretación incorrecta de un mal pronóstico.

"METÁSTASIS TIROIDEA DE CARCINOMA RENAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"

Gonzalez Rodriguez, Saul; Reina Duran, Teresa; Torrico Hatami, Sara; Trascasa Caño, Alvaro; Piña Vizcayno, Mercedes; Rangel Mendoza, Yamileth

Presentador: Gonzalez Rodriguez, Saul

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA,
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las metástasis a la glándula tiroides son infrecuentes, con una incidencia <1% de todas las neoplasias malignas tiroideas. Pueden presentarse como una lesión tiroidea asociada a una neoplasia en otra localización, siendo detectadas de manera simultánea en estudios radiológicos, o incluso, detectarse antes del descubrimiento del tumor primario. El diagnóstico diferencial debe hacerse con los tumores primarios de tiroides, para ello es importante el estudio histológico e inmunohistoquímico, así como la correlación con datos clínicos y estudios complementarios. Realizaremos la presentación de un caso obtenido en nuestro Hospital, y una revisión bibliográfica sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 86 años que acude por cuadro de molestias abdominales, por lo que se realizó estudio ecográfico abdominal, detectándose una masa renal de 12 x 11 cm. Se completó estudio mediante TAC, observándose adicionalmente, una lesión en lóbulo tiroideo izquierdo y adenopatías laterocervicales izquierdas. Se solicitó punción (PAAF), y posteriormente, biopsia de aguja gruesa (BAG) tiroidea. Se llevaron a cabo estudios, citológico e histológico respectivamente, con realización de técnicas inmunohistoquímicas para intentar caracterizar la lesión. Así mismo, se hizo paralelamente BAG renal. La paciente presentó aumento de la masa tiroidea en un TAC de control, y ante posible compromiso de la vía aérea, se decidió tiroidectomía. Se realizó estudio histológico de la pieza, obteniéndose diagnóstico definitivo. Se revisaron los hallazgos por dos patólogos expertos.

RESULTADOS: El estudio microscópico de los extendidos citológicos mostró abundante celularidad con marcada atipia. Se diagnosticó de citología maligna, (Categoría de Bethesda VI) y se recomendó estudio histológico. En la BAG tiroidea, se observaron cilindros tisulares afectados por una proliferación celular, distribuida en nidos, cordones, aisladas papilas y túbulos, constituidos por células de moderado tamaño, citoplasma amplio y microvacuolado, con imágenes de mitosis. Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas, observándose positividad para CKAE1/AE3, CK8/18, PAX8, RCC (focal), galectina (focal), TTF1, tiroglobulina (focal), CK19, y CD56. Siendo negativos en resto de marcadores solicitados. Los hallazgos sugerían un carcinoma pobremente diferenciado, con células oncocíticas. La biopsia renal mostró hallazgos compatibles con carcinoma renal con patrón mixto de células claras y papilar. En la pieza de resección quirúrgica se observó proliferación celular heterogénea de similares características, que afectaba predominantemente al lóbulo izquierdo, evidenciándose adicionalmente positividad para: racemasa y PAX2. Por el patrón de extensión tumoral, así como por el conjunto de marcadores, se llegó al diagnóstico de metástasis tiroidea de carcinoma de origen renal. La paciente fue tratada con Sunitinib, presentando respuesta parcial, aunque al año y medio de tratamiento presentó progresión. Recibió una segunda línea con Cabozantinib, posteriormente progresando y falleciendo, a los dos años del diagnóstico.

CONCLUSIONES: La afectación de tiroides por metástasis es poco frecuente, y debe hacerse un diagnóstico diferencial con los tumores primarios tiroideos. Para alcanzar un correcto diagnóstico, hemos de realizar un estudio histológico e inmunohistoquímico completo, así como correlacionar los hallazgos anatomopatológicos con datos clínicos y radiológicos.

TUMOR CORTICOADRENAL EN JOVEN DE 30 AÑOS.

Empanaza García, Cayetana; García Rivas, Manuel; Parra Tercero, Ana Rosa; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Bergua Arroyo, Sergio; López Clemente, Daniel; García López, Henar; Sánchez Simón, Raquel
Presentador: Empanaza García, Cayetana

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La frecuencia de los nódulos adrenales mixoides es extremadamente rara. Según la literatura médica, los cambios mixoides han sido reportados tanto en adenomas adrenocorticales como en carcinomas, pero representan una variante histológica poco común. En una revisión de 196 lesiones adrenocorticales, solo 14 casos presentaron características mixoides, lo que sugiere una frecuencia muy baja. Otro estudio reportó solo cuatro casos de tumores adrenocorticales mixoides, subrayando aún más su rareza. Además, se han descrito solo unos pocos casos de adenomas adrenocorticales mixoides en la literatura, por este motivo, presentamos un caso diagnosticado de nódulo cortical adrenal en nuestro centro, teniendo que ser enviado como caso consulta al Hospital Universitario La Paz.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 30 años acude al hospital para ser estudiado por hiperbilirrubinemia, y en el mismo acto se le diagnostica lesión adrenal derecha. El paciente niega dolor y se descarta funcionalidad por parte de endocrinología. En radiología describen la lesión de la siguiente manera: lesión nodular, bien definida en la glándula suprarrenal derecha, de unos 35x38x48 mm, señal heterogénea, aunque predominantemente hiperintenso en T2 e hipointenso en T1, con zonas quísticas y otras sólidas en su interior.

RESULTADOS: Histológicamente se observó una proliferación neoplásica encapsulada, que se dispone formando trabéculas sobre un fondo mixoide con áreas oncocitoides con pérdida parcheada de la trama reticulínica (10%) y se observó extensión extracapsular tras la invasión de la misma. Para la estratificación del riesgo se valoraron los siguientes parámetros: grado nuclear de Furhman III, se contabilizaron 4 mitosis/50HPF, sin mitosis atípicas, se identificó un 20% de células claras, no se observó necrosis ni invasión sinusoidal ni venosa.

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica obteniendo el siguiente resultado: positividad franca para CD10, vimentina y CKAE1/AE3, focal positividad para CK19 y CK18 y negatividad para inhibina, melan-A, marcadores vasculares, PAX8, CK7, marcadores neuroendocrinos, actina y calretinina y marcadores linfohistiocitarios. El índice mitótico medido con Ki67 fue del 2-4%.

El diagnóstico fue de nódulo cortical adrenal con características mixoides sin datos histológicos de agresividad.

Se realizaron las siguientes clasificaciones para obtener diferentes pronósticos según su criterio:

- Helsinki Scoring System: 1 punto resultado benigno.
- Lin-Weiss-Bisceglia Criteria: un criterio mayor y dos menores, consideraría la lesión maligna.
- Sistema de Weiss modificada por Aubert considera la lesión benigna al tener un score menor de 3
- Sistema de Weiss considera la lesión maligna la tener un score de 3.

CONCLUSIONES: La última actualización de la OMS 2022 aconseja hacer valoración de diferentes algoritmos de diagnóstico multiparamétricos para la estratificación del riesgo. Las tumoraciones adrenales con cambios mixoides son poco frecuentes y no hay suficiente evidencia científica que avale la estratificación del riesgo aceptada para tumores convencionales. La última actualización de la OMS 2022 aconseja realizar valoración de riesgo según la Escala de Weiss modificada por Aubert, el algoritmo de reticulina y sistema de puntuación de Helsinki. Todas estas escalas dan en este caso un bajo riesgo de comportamiento agresivo.

METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS SOBRE ADENOMA ONCOCÍTICO TIROIDEO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Hoz Fernández, Jaime; Veiga Barreiro, Jesús Alberto
Presentador: Hoz Fernández, Jaime

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La metástasis tumor-a-tumor (tumor-to-tumor metastasis, TTM) es un fenómeno excepcional que implica la diseminación hematógena de un tumor primario (donante) a otro tumor de un tipo histológico diferente (receptor). En el caso del tiroides, la presencia de metástasis dentro de una neoplasia preexistente es extremadamente rara, con muy pocos casos documentados. El carcinoma renal de células claras (CRCC) es el origen más frecuente de metástasis al tiroides, habiéndose publicado, hasta donde tenemos conocimiento, un único caso de metástasis asentada sobre un adenoma oncocítico tiroideo, siendo éste el segundo caso reportado. Los mecanismos propuestos para las TTM incluyen la presencia de factores locales en el tumor receptor que facilitan el asentamiento y desarrollo de células metastásicas, como son la alteración del flujo sanguíneo, de la barrera vascular y de la vigilancia inmunológica habituales, así como la baja concentración relativa de oxígeno intratumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer en la sexta década de la vida con antecedente de nefrectomía radical derecha por CRCC G2 pT3a Nx. En un estudio de control por PET-TC se observó captación en el lóbulo tiroideo derecho, por lo que se realizó una ecografía tiroidea en la que se identificaron varias formaciones nodulares hipoeoicas bien delimitadas, destacando un nódulo sólido de 1,2 cm en el lóbulo derecho con vascularización intra y perilesional. Se realizó una PAAF, con resultado de Bethesda I y posterior hemitiroidectomía derecha con sospecha de neoplasia tiroidea maligna primaria.

RESULTADOS: La evaluación macroscópica mostró tres lesiones nodulares blanquecinas sólidas bien delimitadas en el espesor del parénquima tiroideo, que histológicamente presentaban una morfología superponible a la del carcinoma renal de células claras ya diagnosticado. Además, se observó que uno de estos nódulos asentaba sobre un adenoma oncocítico. El estudio inmunohistoquímico sobre este último nódulo puso de manifiesto la expresión de RCC, CAIX y PAX8, con ausencia de expresión de TTF1, tiroperoxidasa y tiroglobulina (estos cuatro últimos positivos en el componente oncocítico). El diagnóstico fue de metástasis tiroidea de CRCC en forma de tres nódulos, uno de ellos asentado sobre un adenoma oncocítico tiroideo.

La revisión bibliográfica realizada muestra que:

- Las metástasis tiroideas representan el 0,3%-1,1% de los tumores malignos tiroideos, siendo el CRCC el origen más frecuente.
- Las metástasis desarrolladas sobre neoplasias tiroideas son extremadamente raras. En una revisión de 58 casos del periodo 1962-2022, el adenoma folicular fue el receptor más común (20 casos), seguido por el carcinoma papilar clásico (18 casos) y el subtipo folicular (10 casos). Las neoplasias de origen pulmonar fueron el donante más frecuente (15 casos), seguidas de las renales (12 casos).

CONCLUSIONES: Este caso subraya la importancia de considerar las metástasis como posible diagnóstico en pacientes con antecedentes de CRCC que presentan lesiones tiroideas de nueva aparición. La combinación de técnicas de imagen y estudio morfológico resultan esenciales para el diagnóstico diferencial. Este trabajo añade a la literatura uno de los infrecuentes casos tumor-a-tumor, resaltando la necesidad de investigaciones adicionales para profundizar en la comprensión de los mecanismos que subyacen a la exótica interacción directa entre tumores de distinto origen. Hasta la fecha, sólo se ha documentado un caso similar de metástasis de CRCC sobre un adenoma oncocítico tiroideo.

TUMORES COMPUESTOS EN GLÁNDULA SUPRARRENAL.

Gonzalez Zuhiga, Ana Maria; Elizalde Eguinoa, Jesus Maria; Yague Hernando, Adriana; Alvarez Gigli, Maria Laura; Ruiz Estigarribia, Liz Maria; Gimenez Abadia, Victoria; Deoliveira Gomes, Andreina
Presentador: Gonzalez Zuhiga, Ana Maria

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Ganglioneuroma es un tumor benigno poco frecuente de localización más común en mediastino posterior y en retroperitoneo. Aun es menos frecuente que se acompañe de cambios lipomatosos. El Mielolipoma es el segundo tumor adrenocortical más frecuente y se relaciona con otras condiciones como la Hiperplasia adrenal congénita, el síndrome de Cushing o el Hipoaldosteronismo. El Feocromocitoma compuesto es un tumor muy raro que se caracteriza por la coexistencia con otros tumores de origen neural con grados variables de maduración (Neuroblastoma, ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma). A continuación, presentamos 4 casos de tumores compuestos de glándula suprarrenal poco frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recopilaron 4 casos de masas en glándula suprarrenal entre los años 2018 y 2025. 3 casos se presentaron en mujeres con edades comprendidas entre los 38 y los 83 años y uno se presentó en un hombre de 75 años. A todos se les realizó suprarrenalectomía unilateral.

RESULTADOS: Se encontraron 2 casos diagnosticados de Feocromocitomas compuestos con Ganglioneuroma. 1 caso de Ganglioneuroma maduro con contenido lipomatoso y 1 caso de Hiperplasia multinodular no congénita con componente mielolipomatoso.

Las lesiones correspondientes con Feocromocitoma presentaban células cromafines con citoplasma eosinófilo con inmunohistoquímica positiva para marcadores neuroendocrinos: Cromogranina, Sinaptofisina e ISNM1

Las lesiones correspondientes con Ganglioneuroma estaban compuestas por células fusiformes de estirpe schwanniana con células ganglionares, sin elementos inmaduros y mostraron inmunohistoquímica positiva para marcadores S100 y SOX 10. El Ganglioneuroma maduro presentaba áreas de tejido adiposo maduro sin atipia, sin evidencia de componente mioelíode.

En cuanto al tumor combinado, se reconoció hiperplasia multinodular difusa asociado a componente adiposo entremezclado con elementos mielopoyéticos de las 3 líneas hematopoyéticas.

CONCLUSIONES: Presentamos 4 casos de tumores de glándula suprarrenal en las que se combinan o coexisten 2 tipos histológicos:

En el tumor combinado: Hiperplasia multinodular difusa con componente mielolipomatoso, nos llama la atención que la Hiperplasia multinodular no es congénita, y que el Mielolipoma es unilateral, aunque este último sí está asociado con Síndrome de Cushing.

Los Ganglioneuromas que presentamos, se encuentran en localizaciones no tan comunes como son la glándula suprarrenal. El Ganglioneuroma con componente lipomatoso es un hallazgo muy poco frecuente. Si este es muy marcado, puede aparentar un lipoma adrenal sobre todo por la imagen macroscópica. Al menos el 30 % de los Feocromocitomas se relacionan con mutaciones hereditarias, sin embargo, se tiene poca información del perfil molecular de los Feocromocitomas compuestos ya que el componente neural puede estar infradiagnosticado.

VALORACIÓN HISTOLÓGICA DE LA INFILTRACIÓN DE LA PARED DEL SENO CAVERNOSO EN PITNET: RETOS PARA EL PATÓLOGO.

Rodríguez Villena, María Amanda; Pian , Héctor; Zamora Cuichán, Joyce; Rodríguez Berrocal, Víctor; Araujo Castro, Marta; Ruz Caracuel, Ignacio
Presentador: Rodríguez Villena, María Amanda

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los PitNet a menudo infiltran la pared medial del seno cavernoso, una región anatómica difícil de intervenir por el riesgo de dañar estructuras nerviosas y vasculares próximas. Sin embargo, su resección de manera selectiva se ha comenzado a realizar pues incrementa el número de resecciones completas y disminuye las tasas de recidiva en estas intervenciones. La evaluación histológica de estos fragmentos supone un desafío para los patólogos encargados de estudiarlos. En este estudio se revisarán las principales dificultades detectadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado todas las cirugías de PitNET que incluyeron resección selectiva de la pared medial del seno cavernoso realizadas desde el inicio de la técnica hasta la actualidad (julio 2022-febrero 2025). En cada caso se han recogido parámetros clínicos (edad, sexo, tratamientos hormonales previos) así como histológicos (diámetro del eje mayor y área total del fragmento de pared, presencia de adenohipófisis normal, tejido conectivo u óseo, imágenes de arrastre cromatínico, patrón de tinción con reticulina, empleo de estudio inmunohistoquímico, presencia de infiltración y diagnóstico final). Los datos se expresan como media $\pm$ desviación estándar.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 12 pacientes (11 mujeres y 1 hombre), con una media de edad de $52 \pm 13,3$ años. Seis pacientes habían recibido tratamiento previo con análogos de somatostatina y 1 caso era una reintervención. Los fragmentos remitidos como pared de seno medial tenían una media de diámetro del eje máximo de $4,7 \pm 3,2$ mm y un área media de $7,9 \pm 9,6$ mm². En todos los fragmentos de pared se identificó tejido conectivo, así como imágenes de arrastre cromatínico, en 4 casos fragmentos óseos y en 7 restos de adenohipófisis normal. El patrón de tinción con reticulina se consideró parcial o totalmente perdido (8 casos), conservado (2 casos) y no valorable (2 casos, por artefacto de arrastre y agotamiento de material). Se consideró que la pared estaba infiltrada en 8 casos, todos ellos con patrón de reticulina perdido. Fue necesaria la solicitud adicional de estudios inmunohistoquímicos de factores de transcripción hipofisarios en 6 casos (5 infiltrados y 1 no valorable) para caracterizar la monotipia/politipia de los nidos identificados. Nuestra serie incluye: 4 casos de PitNET/adenoma corticotropo densamente granulado y 1 escasamente granulado, 2 PitNET/adenoma somatotropo escasamente granulado, 2 PitNET/adenoma mamosomatotropo, 1 PitNET/adenoma mixto somatotropo-lactotropo, 1 PitNET/adenoma lactotropo, 1 PitNET/adenoma gonadotropo.

CONCLUSIONES: Las principales limitaciones a la hora de evaluar la pared medial del seno cavernoso son la escasez y fragilidad del material disponible, que dificulta la correcta orientación, apareciendo artefactos de arrastre en todas las muestras y dificultando la realización de técnicas complementarias. El patrón de reticulina resulta difícil de interpretar debido a la escasa celularidad tumoral del fragmento; siendo de utilidad comparar los patrones de la pared del seno con los del tumor primario. Además, el tratamiento previo con agonistas puede generar patrones de reticulina difíciles de interpretar. En ocasiones, la inmunohistoquímica para factores de transcripción y la tinción de hormonas hipofisarias permite identificar la monotipia de las células tumorales.

THYROID ANGIOSARCOMA: REPORT OF TWO CASES IN A NON-ALPINE REGION.

Martín Concepción, José Adán; López Henríquez, Rocío; Vega Falcón, Abian; Villavicencio Sánchez, Pedro
Presentador: Martín Concepción, José Adán

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Thyroid angiosarcoma is an aggressive infrequent tumor which has been related to iodine deficiency in Alpine regions. They represent 4.3% to 2.3% of thyroid tumors excluding lymphomas. We present two cases of thyroid angiosarcoma in a non-Alpine region.

MATERIAL Y MÉTODOS: Two males, aged 70 and 65 years old, presented with a history of long-standing odynophagia. Clinical examination and thyroid ultrasound revealed heterogeneous lesions with foci of microcalcification in both cases. Fine needle aspiration was performed, resulting in a diagnosis of poorly differentiated carcinoma and anaplastic thyroid carcinoma, respectively. Surgical intervention was planned, and two thyroidectomies were performed.

RESULTADOS: Grossly, in the first case, cut sections revealed multiple brownish nodular lesions adjacent to an irregular brown-greyish nodule with punctiform whitish areas mixed with other hemorrhagic-like zones. It measured 6x4x1.5 cm. In the second case, the macroscopic examination showed a partially encapsulated heterogeneous brown-yellowish tumor with areas of necrosis measuring 8.8 x 6 x 5.5 cm. Microscopic examination in both cases revealed a lesion characterized by a proliferation of anastomosed channels lined with epithelioid cells exhibiting marked atypia. Solid areas and foci of necrosis were also observed. Immunohistochemistry tests showed positivity for ERG, CD31, VIII factor, and negativity for TTF1. The final diagnosis was thyroid angiosarcoma.

CONCLUSIONES: We present two rare cases in the literature. Cytological diagnosis is often inconclusive due to its similarity to other entities such as anaplastic thyroid carcinoma, metastatic carcinomas, or melanoma. The cytological material obtained in our cases was hypocellular. Some articles suggest that low cellularity is not due to sampling error but is an inherent and helpful diagnostic feature of angiosarcomas. In conclusion, adequate sampling of the surgical specimen along with morphological characteristics is crucial for its accurate diagnosis.

Patología Endocrina

1760

IMPACTO Y UTILIDAD DE LOS FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN EN LA CLASIFICACIÓN DE ADENOMAS HIPOFISARIOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Giner Moreno, Eduardo; Hernández Chinchilla, Josselyn Andrea; Sanchis Pascual, David; Lara Gálvez, Darío; Méndez Cabrera, Saúl Fabricio; Cámara Gómez, Rosa; López Aguiló, Susana; Zac Romero, Carlos

Presentador: Giner Moreno, Eduardo

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los adenomas hipofisarios son neoplasias neuroendocrinas heterogéneas que tradicionalmente se han clasificado en función de sus manifestaciones clínicas, su morfología y expresión inmunohistoquímica de marcadores hormonales hipofisarios. Sin embargo, un subgrupo significativo de tumores no expresa marcadores hormonales detectables y se clasificaban como adenomas "Null" o no expresores. La medición hormonal ha supuesto un pilar fundamental tanto en el diagnóstico como en el seguimiento pre y post quirúrgico de estos pacientes, por lo que los tumores no expresores han supuesto un grupo de especial importancia por su dificultad en el manejo.

Recientes avances han demostrado que la identificación de factores de transcripción específicos, como Pituitary-specific positive transcription factor 1 (Pit1), Steroidogenic factor 1 (SF1) y T-box transcription factor (T-Pit), permite una reclasificación más precisa de estos tumores según su linaje celular, permitiendo un nuevo acercamiento a estos tumores, abriendo la posibilidad de su utilización como biomarcadores diagnósticos, terapéuticos y pronósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio realizamos una revisión de los adenomas hipofisarios diagnosticados en el período comprendido entre 2018 y 2020, estudiando la expresión inmunohistoquímica de Pit-1, SF1 y ACTH (como marcador subrogado de T-Pit), con el fin de validar estos nuevos biomarcadores, así como tratar de reclasificar los tumores clasificados dentro del grupo "Null" o no expresores dentro de alguna de las líneas celulares descritas.

Así mismo, evaluamos la asociación de los hallazgos con características clínico-patológicas relevantes, como la recurrencia tumoral, la evolución clínica y la respuesta al tratamiento, entre otros.

RESULTADOS: Los hallazgos de este estudio contribuyen a una mejor comprensión de la clasificación biológica de los adenomas hipofisarios y su impacto en la práctica clínica, proporcionando información clave para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones terapéuticas.

CONCLUSIONES: Los adenomas hipofisarios previamente clasificados como tumores "Null" o no expresores han representado un desafío diagnóstico debido a la ausencia de marcadores inmunohistoquímicos detectables que permitan determinar su linaje celular. La introducción del estudio de factores de transcripción como Pit1 y SF1 ha demostrado ser una herramienta eficaz para su reclasificación, permitiendo diferenciarlos con precisión y asignarlos a sus respectivos linajes. Esto no solo mejora la comprensión biológica de estas neoplasias, sino que también tiene implicaciones clínicas importantes, ya que una clasificación más precisa facilita la correlación con el comportamiento del tumor y su pronóstico.

Además, la implementación sistemática de estos marcadores ha demostrado ser eficiente en la reducción del número de pruebas inmunohistoquímicas necesarias, optimizando los recursos diagnósticos sin comprometer la calidad del diagnóstico. Al proporcionar un método más racionalizado y costo-efectivo para el estudio de los adenomas hipofisarios, estos hallazgos favorecen un enfoque diagnóstico más preciso y práctico, contribuyendo a una mejor estratificación de los pacientes y a una toma de decisiones más fundamentada en su manejo clínico.

Patología Ginecológica

1748

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA DE OVARIO EN ESTADIOS INICIALES. ESTUDIO DE 188 CASOS DE LA SERIE RECLAMO.

Rodríguez Villena, María Amanda; Guerra Alia, Eva; Redondo , Andrés; Santaballa , Ana; Romero , Ignacio; Caniego Casas, Tamara; Cristóbal , Eva; Carretero Barrio, Irene; Pérez Mies, Belén; Palacios, José

Presentador: Rodríguez Villena, María Amanda

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:30:18:42 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma epitelial de ovario es la neoplasia ginecológica más letal en países desarrollados, principalmente debido a su diagnóstico tardío, alta tasa de recaídas y resistencia a los tratamientos. La mayoría de las investigaciones se han centrado en estadios avanzados y en el carcinoma seroso de alto grado (CSAG), el subtipo más frecuente. Sin embargo, es crucial caracterizar los estadios tempranos para conocer las diferencias entre subtipos histológicos y su evolución hacia estadios avanzados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un panel de secuenciación de nueva generación en 188 carcinomas de ovario en estadio I-II, previamente caracterizados, procedentes de la serie RECLAMO del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario (GEICO). Los subtipos histológicos incluidos fueron: 71 CSAG, 26 carcinomas endometrioides de alto grado (CEAG), 32 carcinomas endometrioides de bajo grado (CEBG) y 38 carcinomas de células claras (CCC). Se empleó un panel custom diseñado con la plataforma SureDesign de Agilent Tech, que incluye los 60 genes más frecuentemente mutados en cáncer ginecológico. Se seleccionaron variantes con > 500 lecturas y una frecuencia alélica > 5%. Se excluyeron los casos con mutaciones en POLE y aquellos con déficit de proteínas reparadoras (MMRD) por su alta tasa mutacional. Se realizó un estudio de amplificación con FISH para MDM4 y CCNE1 con dual color Probe Kit (Zytovision GmbH, Bremen, DE). Se utilizaron pruebas de chihuahra para evaluar la asociación de mutaciones génicas con los tipos histológicos ajustando los valores de p mediante el método de Benjamini-Hochberg.

RESULTADOS: Se excluyeron 7 casos con mutaciones en POLE y 13 casos con MMRD. De los 168 casos restantes, el 86,3% (145 casos) presentaron alteraciones moleculares. Los genes más frecuentemente mutados fueron: TP53 (39%), ARID1A (25%), PIK3CA (24%), KRAS (13%), BRCA1/BRCA2 (12%), CTNNB1 (10%) y PTEN (9%). Se observó amplificación de CCNE1 en el 12,5% de los casos y de MDM4 en el 11,3%.

Las mutaciones más frecuentes por subtipo histológico fueron: CSAG: TP53 (67,6%), BRCA (23,9%), amplificación de CCNE1 (21,1%) y MDM4 (9,9%).

CEAG: TP53 (46,2%), ARID1A (23,1%), KRAS (23,1%), PTEN (19,2%) y PIK3CA (15,4%).

CEBG: PIK3CA (43,8%), ARID1A (40,6%), CTNNB1 (34,4%), PTEN (28,1%), KRAS (25%) y amplificación de MDM4 (18,8%).

CCC: ARID1A (57,9%), PIK3CA (44,7%), KRAS (18,4%) y PPP2R1A (15,8%).

De los genes analizados, ARID1A, CTNNB1, KRAS, PIK3CA, PPP2R1A, PTEN y TP53 mostraron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de mutación entre los tipos histológicos (p < 0,05).

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra la heterogeneidad molecular del cáncer de ovario en estadios tempranos, similar a la observada en estadios avanzados con TP53 como la mutación más frecuente. En estadios iniciales, las mutaciones de BRCA y la amplificación de CCNE1 son casi exclusivas del CSAG, mientras que la amplificación de MDM4 y las mutaciones de CTNNB1 se identifican en mayoritariamente CEBG. Aunque el CCC y el carcinoma endometriode comparten alteraciones moleculares en PIK3CA y ARID1A, PTEN no está presente el CCC y PPP2R1A no se muta en carcinoma endometriode. Se necesitan más estudios para determinar el impacto pronóstico de estas alteraciones en carcinoma de ovario estadios iniciales.

Desarrollado con el apoyo financiero del Proyecto Immune4ALL (PMP22/00054), con fondos europeos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

IMPLICACIÓN DE LA AMPLIFICACIÓN DE MDM4 EN LA RECAÍDA DE CARCINOMAS DE ENDOMETRIO DE BAJO GRADO EN ESTADIO PRECOZ: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Moreno Moreno, Esther; Caniego Casas, Tamara; Ruz Caracuel, Ignacio; Carretero Del Barrio, Irene; Ferrer Gómez, Ana; Ariño Palao, María Carmen; Mendiola , Marta; Hardisson , David; Palacios, José; Pérez Mies, Belén
Presentador: Moreno Moreno, Esther

HOSPITAL RAMON Y CAJAL. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de endometrio (CE) de bajo grado (CEBG) en estadio precoz suele tener un pronóstico favorable, aunque algunos casos presentan recaídas. Identificar los factores asociados a la recidiva tumoral podría ayudar a optimizar el tratamiento. El gen MDM4, localizado en 1q, actúa como regulador negativo de TP53. Las alteraciones en el número de copias del 1q se han implicado con crecimiento neoplásico en algunos tipos tumorales, como el carcinoma de mama. Además, las ganancias del 1q32 se han identificado como marcador pronóstico en CE, siendo muy pocos los estudios en la literatura, y pudiendo ser MDM4 su posible conductor oncogénico. Objetivo: determinar la implicación de la amplificación de MDM4 en las recaídas de CEBG en estadios iniciales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado un estudio de casos y controles con CEBG en estadio precoz que han recaído (casos) y CEBG consecutivos en el mismo estadio sin recaída (controles), revisando sus datos clínico-patológicos. Se han creado tres tissue microarrays de tejido (TMAs) realizando estudio inmunohistoquímico y molecular para su categorización (MSH6/PMS2, p53 y estudio mutación de POLE por técnica de SANGER) y estudio de hibridación in situ (FISH) de MDM4. Adicionalmente, mediante qRT-PCR se ha estudiado la expresión de MDM4 y de genes de la vía de TP53 (CDKN1A, GADD45A y RRM2B). Además, se ha realizado un análisis de sensibilidad logística y un estudio multivariable en la serie global y en el grupo molecular no específico (NSMP) utilizando programa Stata 18.0. Finalmente, los resultados de FISH de la amplificación de MDM4 han sido validados en otra serie de casos consecutivos de CEBG en estadio precoz (serie 2).

RESULTADOS: La serie completa comprende 110 CEBG, 39 casos y 71 controles; la mayoría NSMP (67, 64%) seguido de CE con pérdida de proteínas reparadoras (35, 32%). Las variables clínico-patológicas como profundidad de invasión, invasión linfovascular (ILV) y necrosis se han relacionado con la recurrencia. Hay amplificación de MDM4 en el 13,5% de la serie global, relacionándose con ILV y con recaída ($p < 0,001$). En análisis multivariable, tener amplificación de MDM4 da 3 veces más riesgo de recidiva en el grupo global ($p = 0,003$) y 4 veces más riesgo en el subgrupo NSMP ($p = 0,005$). La serie 2 de validación está constituida por 194 casos y se ha confirmado la asociación entre la amplificación de MDM4 con recaída tumoral. El análisis de expresión de genes de la vía de TP53 ha mostrado asociación significativa para los genes MDM4 (mayor expresión en casos amplificados) y GADD45A (menor expresión).

CONCLUSIONES: De acuerdo con la literatura, los parámetros clásicos como la ILV o la profundidad de invasión están relacionados con el riesgo de recurrencia, si bien proponemos la necrosis tumoral como posible factor de riesgo. Por otro lado, la amplificación de MDM4 se ha relacionado con factores de mal pronóstico como la ILV, además de aumentar el riesgo de recurrencia tanto en el modelo uni como en el multivariable, especialmente dentro del grupo NSMP. Nuestros resultados, respaldados por la expresión génica de la vía de TP53 y la validación en la serie 2, sugieren que la amplificación de MDM4 es un factor de riesgo de recaída en CEBG. Se requieren estudios prospectivos para confirmar su valor pronóstico y su potencial predictivo frente a terapias en desarrollo que activan la actividad de TP53.

OPTIMIZACIÓN DE LA DETECCIÓN DE MUTACIONES EN EL GEN POLE MEDIANTE PCR DIGITAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO

Blanco García, Leyla; Gomez Maroto, Edurne; Cubo Martínez, Rocío; Parrilla Rubio, Lucía; Martínez Lopez, Mario; Rodríguez Peralto, José Luis; Ruano Dominguez, Yolanda
Presentador: Blanco García, Leyla

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:54-19:06 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más común a nivel mundial y su tasa de incidencia ha ido aumentando en las últimas décadas. Actualmente, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone un sistema de estadificación en el que se incluyen los tipos histológicos y la clasificación molecular, para comprender mejor la naturaleza del tumor. En particular, se han descrito cuatro subgrupos moleculares que se correlacionan directamente con el pronóstico, en el que el subtipo "POLE mutado" se caracteriza por tener un pronóstico muy favorable y, por tanto, su detección precisa y temprana supone una mejora en la supervivencia de las pacientes. Actualmente, la técnica estándar para el análisis mutacional de POLE es la secuenciación Sanger, pero presenta importantes limitaciones al tener una sensibilidad y un límite de detección bajos. Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio es optimizar la detección de mutaciones en POLE utilizando la técnica de PCR digital, que presenta una mayor sensibilidad y un menor tiempo de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 78 muestras de tejido FFPE procedentes de pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio, en las que previamente se había realizado la detección de mutaciones en el gen POLE mediante la técnica de Secuenciación Sanger en los exones 9, 11, 13 y 14. En estas muestras se realizó nuevamente el análisis de las mutaciones en POLE utilizando PCR digital (Absolute QTM, Thermo Fisher Scientific) a partir de sondas diseñadas específicamente para cubrir las mutaciones más comunes en cáncer de endometrio: P286R (c.857C>G, exón 9), V411L (c.1231G>C/T, exón 13), S297F (c.890C>T, exón 9) y A456T/P (c.1366G>A/C, exón 14).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 78 muestras de cáncer de endometrio, en las que predominaba el subtipo histológico de adenocarcinoma endometriode de alto grado con p53 no alterado por IHC, y en las que se había detectado mutaciones de POLE en el 15% (12 de 78) de los pacientes por secuenciación Sanger. En este grupo pudimos identificar mutaciones en el gen POLE en el 22% (17 de 78) de las muestras mediante PCR digital, siendo la mutación P286R en el exón 9 la más frecuente (65%, 11 de 17), seguida de las mutaciones V411L (17%, 3 de 17), S297F (12%, 2 de 17) y A456T (6%, 1 de 17). De esta manera, el número total de pacientes con POLE mutado mediante secuenciación Sanger y/o PCR digital aumentó a un 24% (19 de 78), observándose una correlación estadísticamente significativa entre ambas técnicas del 88% (72 OR 42,14, 95% IC 3.74–16.42, $p < 0,0001$). En particular, se detectó un 37% (7 de 19) de mutaciones por PCR digital que no fueron identificadas por secuenciación Sanger debido a que mostraron una frecuencia alélica entre un 1% y un 10%. Por su parte, solo el 11% (2 de 19) de las mutaciones que habían sido detectadas por secuenciación Sanger no pudieron analizarse por PCR digital al no disponer de sondas específicas para dichas posiciones (P436R y S459F).

CONCLUSIONES: La PCR digital ofrece una mayor rapidez y sensibilidad para la detección de mutaciones con baja frecuencia alélica en el gen POLE frente a la secuenciación Sanger. Sin embargo, la secuenciación Sanger es capaz de detectar mutaciones menos frecuentes al analizar exones completos, por lo que habría que optimizar el estudio de PCR digital mediante el diseño de sondas multiplex con las que se puedan detectar todas las mutaciones hot-spot del gen POLE en cáncer de endometrio.

Patología Ginecológica

1849

PREDICCIÓN DE LA PERSISTENCIA/RECURRENCIA LESIONAL TRAS LA CONIZACIÓN POR LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO DE CÉRVIX UTERINO: VALOR DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS INTRAOPERATORIAS

Darecka , Katarzyna; Rakislova , Natalia; Del Pino , Marta; Torné , Aureli; Sisuašvili , Lia; Marimón , Lorena; Martí , Cristina; Hoya , Sandra; Ordi , Jaume; Saco , Adela
 Presentador: Darecka , Katarzyna

HOSPITAL CLÍNÍC BARCELONA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:45-17:50, Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL/CIN2-3) del cérvix uterino es la conización. Las pacientes conizadas requieren seguimiento debido al riesgo de persistencia/recurrencia de la lesión tras el tratamiento. Según los protocolos actuales, dicho seguimiento se realiza mediante citología y prueba del virus del papiloma humano (VPH) a los 6 y/o 12 meses. La identificación temprana de las pacientes con mayor riesgo de persistencia/recurrencia evitaría retrasos en el retratamiento en pacientes con persistencia lesional tras la conización y permitiría reducir visitas innecesarias en mujeres con bajo riesgo de recidiva. En el presente estudio analizamos el valor clínico para predicción de recidiva lesional de cuatro pruebas realizadas en muestras obtenidas durante la conización: la evaluación de márgenes quirúrgicos de la pieza de exéresis, el legrado endocervical (LEC), la citología cervical y la detección de VPH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 666 pacientes (edad media 39 ± 10 años; límites 22-74) con diagnóstico histológico de HSIL tratadas mediante conización. Inmediatamente después de la cirugía, y de forma intraoperatoria, se obtuvo una muestra endocervical con cepillo que se fijó en medio PreservCyt (Hologic), sobre la que se realizó citología y detección de VPH (Cobas HPV, Roche). En todas las pacientes se realizó legrado endocervical y se evaluaron histológicamente los márgenes del cono. Todas las pacientes fueron seguidas al menos durante 12 meses. Se comparó la precisión diagnóstica de las diferentes pruebas intraoperatorias para el diagnóstico de persistencia/recurrencia lesional.

RESULTADOS: Se confirmó persistencia/recurrencia de lesión en 60 de 666 pacientes (9%). La prueba de VPH mostró la mejor sensibilidad del 85% con una especificidad aceptable (65%), con una tasa de persistencia/recurrencia para las pacientes positivas y negativas del 19% vs. 2%, respectivamente; $p < 0.0001$). La sensibilidad y especificidad de las pruebas restantes fue del 60% y 90% para la citología, del 55% y 72% para la evaluación de los márgenes, y del 37% y 95% para el legrado endocervical. La adición de pruebas a la determinación de VPH añadió poco valor, siendo las mejores combinaciones la detección de VPH más citología (sensibilidad 88%, especificidad 61%); y la detección de VPH más márgenes del cono (sensibilidad 88%, especificidad 51%).

CONCLUSIONES: La detección de VPH en muestra endocervical obtenida durante el acto quirúrgico inmediatamente tras la conización, muestra una elevada precisión en la identificación de las pacientes con persistencia/recurrencia lesional tras la conización. La adición de otras pruebas y, de forma particular el legrado endocervical aporta escaso valor. La implementación de esta prueba en la práctica clínica podría reducir visitas de seguimiento y pruebas innecesarias, optimizando la monitorización tras la conización.

Patología Ginecológica

2289

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO PRONÓSTICO DE LOS SUBGRUPOS MOLECULARES EN CÁNCER DE ENDOMETRIO

Macarrón Aguilera, Víctor; Ochoa Grille, Iria; Escuer Alberó, Guillermo; Quiñones Garrido, Sara; Berjón , Alberto; Yébenes , Laura; Hardisson , David
 Presentador: Macarrón Aguilera, Víctor

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 7)

INTRODUCCIÓN: Actualmente, la categorización de riesgo y la toma de decisiones terapéuticas en el carcinoma de endometrio (CE) se basa en la integración de las características clínico-patológicas y moleculares de estos tumores. La clasificación molecular subrogada del CE incluye 4 categorías: POLEmut (mutación en el dominio exonucleasa de la polimerasa ?), hipermutado o Mismatch repair deficient (MMRd), p53 anormal (p53abn) y sin perfil molecular específico (NSMP). Esta clasificación ya ha sido incorporada a la práctica clínica en las principales guías de tratamiento del CE. En este estudio, se describe la distribución por categorías moleculares de una amplia serie de CE y se analiza la relación entre la clasificación molecular subrogada, las variables clínico-patológicas y la evolución clínica de las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de casos de CE (2020-2024) en un hospital de primer nivel y recogida de las siguientes variables: tipo histológico, grado tumoral, subtipo molecular subrogado, estadio tumoral, tratamiento y evolución clínica.

RESULTADOS: La serie consta de 272 CE: 14 POLEmut (5,2%), 82 MMRd (30,1%), 50 p53abn (18,4%) y 126 NSMP (46,3%). El 3,3% (n=9) fueron clasificadores múltiples. El grupo POLEmut incluye mayoritariamente carcinomas endometrioides (CEE) (13 casos, 92,9%), y en el que 6 casos (41,9%) fueron de alto grado. Únicamente 2 casos debutaron en estadio III (14,3%) y no se registraron recaídas. Dentro del grupo MMRd, la mayoría de los casos fueron CEE (75 casos, 91,5%). En conjunto, 15 tumores fueron de alto grado (18,3%) [8 CEE, 3 carcinomas desdiferenciados (CDEN), 2 carcinomas de células claras (CCC) y 2 carcinomas indiferenciados (CIEN)]. Catorce tumores debutaron en estadio avanzado (III/IV) (17,1%), y se registraron 11 recidivas (15,1%). El grupo p53abn engloba en su mayoría carcinomas serosos (CSE) (23 casos, 46%); el resto corresponden a carcinosarcomas (9 casos, 18%), carcinomas mixtos con componente seroso (6 casos, 12%), CCC (5 casos, 10%), CEE de alto grado (4 casos, 8%), CIEN (1 caso, 2%) y CDEN (1 caso, 2%). Únicamente 1 caso correspondió a un CEE de bajo grado (2%). El 46% de los casos (n=23) debutaron en estadio avanzado, con recaida en 7 (17,5%). El grupo NSMP comprende 124 CEE (98,4%), y en el que 11 casos (8,7%) eran de alto grado (8 CEE, 1 CSE, 1 CCC y 1 CIEN). El 15,9% de estos tumores debutaron en estadio avanzado y se registraron 9 recaídas (8%).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados confirman que los tumores POLEmut, a pesar de la heterogeneidad morfológica y frecuente alto grado, muestran un pronóstico excelente, independientemente del histotipo o la asociación a MMRd o p53abn, siendo el grupo menos influenciado por factores clínico-patológicos. El grupo p53abn incluye fundamentalmente carcinomas de alto grado, especialmente CSE, y presenta un mal pronóstico independientemente de factores clínico-patológicos. Los carcinomas MMRd son en su mayoría CEE, con una proporción de CEE de alto grado inferior a la referida en la literatura (18,3% vs 40%). El subgrupo NSMP es el mayoritario y está constituido fundamentalmente por CEE de bajo grado. Estos dos últimos subgrupos muestran un pronóstico intermedio, con marcada influencia de factores clínico-patológicos. Los CE clasificadores múltiples corresponden a un 3,3% de los casos, en línea con lo publicado en la literatura. En conclusión, la integración morfológica y molecular es fundamental para una precisa estratificación del riesgo en el CE y optimizar el tratamiento para cada grupo de pacientes.

Patología Ginecológica 1600

LA SOBREEXPRESIÓN DE CICLINA D1 PREDICE UNA MENOR SUPERVIVENCIA ESPECÍFICA EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE VULVA INDEPENDIENTE DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Rey López, Alexandre; Carreras Diéguez, Núria; Del Pino , Marta; Sisushvili , Lia; Darecka , Katarzyna; Marimón , Lorena; Vega , Naiara; Saco , Adela; Gaba , Lydia; Rakislova , Natalia
Presentador: Rei López, Alexandre

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 8)

INTRODUCCIÓN: Las amplificaciones de CCND1 se asocian con el inicio y progresión de diferentes tipos de cáncer. En un estudio reciente, demostramos que la mayoría de los carcinomas escamosos de vulva (CEV) de comportamiento agresivo son tumores independientes del virus del papiloma humano (VPH-independiente) con mutación de TP53 y ganancias de CCND1.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio, analizamos la correlación entre las amplificaciones de CCND1, los niveles de expresión inmunohistoquímica (IHQ) de ciclina D1 y la mortalidad específica por la enfermedad (MEE) en una serie de pacientes con CEV VPH-independiente. Se incluyeron todos los pacientes con CEV que fueron sometidos a cirugía como tratamiento primario en nuestra institución entre 1975 y 2023 (cohorte general, n=139). En todos los casos se realizó IHQ para p53 y ciclina D1. Además, en un subgrupo de pacientes (cohorte de secuenciación, n=54), se realizó secuenciación del exoma tumoral con evaluación del número de copias de CCND1.

RESULTADOS: La sobreexpresión de ciclina D1 en el estudio IHQ (75% de las células tumorales) se correlacionó con amplificación de CCND1, con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 67%. En la cohorte de secuenciación, solamente las ganancias de CCND1 se asociaron significativamente con una mayor MEE en el análisis multivariante (hazard ratio [HR] 4.15, intervalo de confianza del 95% [95%CI]: 1.08-5.40; p=0.032), mientras que el estadio FIGO o la TP53 mutada no alcanzaron significación estadística. En la cohorte general, el estadio FIGO avanzado (HR=2.41, 95%CI: 1.08-5.39; p=0.032) y la sobreexpresión de ciclina D1 por IHQ (HR=4.89, 95%CI: 1.77-18.5; p=0.001) se asociaron con una MEE superior en el análisis multivariante. Por el contrario, la expresión aberrante de p53 no mostró asociación significativa con MEE (HR=5.06, 95%CI: 0.68-647, p=0.138).

CONCLUSIONES: La sobreexpresión IHQ de ciclina D1 es un marcador subrogado válido para las amplificaciones de CCND1 y demuestra un mayor impacto pronóstico que las alteraciones de p53 en pacientes con CEV VPH-independiente.

Patología Ginecológica 2411

SARCOMAS UTERINOS DE ALTO GRADO CON FUSIÓN KAT6B::KANSL1 DE MORFOLOGÍA RABDOIDE: DESCRIPCIÓN DE UNA VARIANTE MORFOLÓGICA DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO.

Pestana Soares, Carlos; Cairns Roa, James; Álvarez Álvarez, María; Suárez Gauthier, Ana; Idrovo Mora, Franklin; Blanco Fernández, Andrea; Prieto Potin, Ivan
Presentador: Pestana Soares, Carlos

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 11:10-11:35 Pantalla 9)

INTRODUCCIÓN: Los Sarcomas Uterinos de Alto Grado (SUAG) representan un grupo de neoplasias uterinas infrecuentes que tienen en común su topografía, características morfológicas e inmunofenotípicas diversas y mal pronóstico. Su diagnóstico es difícil dado el amplio espectro morfológico e inmunofenotípico, que en ocasiones se solapan, sumado a su frecuente coexistencia con áreas de bajo grado histológico, siendo necesaria la caracterización molecular para su correcta tipificación.

Presentamos dos casos de SUAG con fusión KAT6B/A::KANSL1, entidad recientemente descrita, con hallazgos morfológicos distintos a los conocidos, que bajo nuestro criterio amplían el espectro de esta neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se buscaron de forma retrospectiva los casos de SUAG con fusión KAT6B/A::KANSL1, de nuestra práctica y se revisaron sus hallazgos clínicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

RESULTADOS: Caso 1. Mujer de 41 años sin APP en seguimiento por "leiomioma degenerado" conocido desde hace 5 años y aumento en los últimos 18 meses, asociado a dolor abdominal agudo y metrorragia anemizante que requirió histerectomía más doble anexectomía (HTDA).

Caso. Mujer de 70 años con antecedentes de carcinoma mamario hace 9 años, asintomática; en seguimiento por "leiomioma degenerado" conocido desde hace 7 años y aumento en los últimos 4 meses, que requirió (HTDA).

Macroscópicamente ambas neoplasias, de localización intramural, morfología redondeada, parcialmente delimitadas, blandas y color blanquecino con áreas de aspecto necrótico amarillento de 19 y 16 cm., respectivamente.

Los hallazgos microscópicos de ambos casos mostraron una neoplasia mesenquimal maligna constituida por células de predominio epiteloide y rabdoide de alto grado, con áreas de morfología fusiforme de bajo grado y transición abrupta entre ambas. Se identificaron áreas focales de aspecto mixoide y otras de aspecto escleroso paucicelulares ("sex cord like"), además de extensas áreas de necrosis tumoral y numerosas figuras de mitosis atípicas. Ambos casos presentaron invasión vascular masiva. El estudio inmunohistoquímico fue concordante con un origen mesenquimal y un inmunofenotipo ambiguo expresando tanto marcadores de Estroma Endometrial (SE) como de Músculo Liso (ML). Ambos casos fueron informados como "neoplasia mesenquimal maligna de alto grado de morfología de predominio rabdoide". El estudio molecular de ambos casos mostro la fusión génica KAT6A::KANSL1. La primera paciente falleció tras una recidiva pélvica temprana, abdominal y pulmonar cuatro meses después de la cirugía. La segunda paciente recibió QT con doxorubicina y presentó una recidiva pélvica temprana tras dos meses de la cirugía. Actualmente se encuentra con segunda línea de QT con Trabectedina más RT.

CONCLUSIONES: Los SUAG con fusión KAT6B/A::KANSL1 son neoplasia recientemente descritas en tumores mesenquimales de morfología de bajo grado similares a leiomiomas y sarcomas del estroma endometrial de bajo grado, asociados a un potencial pronóstico desfavorable.

Se han establecido criterios histopatológicos a partir de 16 casos publicados, ninguno de ellos relacionados con una morfología rabdoide-epiteloide de alto grado como los observados en nuestros casos.

Estos hallazgos podrían constituir una variante agresiva de la misma, o bien ser parte de un espectro morfológico amplio aún desconocido a ser considerado para establecer criterios adecuados de sospecha de esta neoplasia.

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉRVIX ASOCIADO A PÉRDIDA DE SMARCA-4: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Gracia Sáenz, Leticia; Shalygina , Svetlana; Menor Vila, Víctor; Troncoso Hernández, Evelyn; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Niveiro De Jaime, María; Román Sánchez, María José; García Espasa, Cristina; Lozano Cubo, Inmaculada; Peiró Marqués, Francisca María

Presentador: Gracia Sáenz, Leticia

HOSPITAL DOCTOR BALMIS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El gen SMARCA-4, localizado en el cromosoma 19 (9p13.2), codifica una subunidad del complejo SWI/SNF encargado de regular la remodelación cromatina, transcripción y reparación del DNA. El carcinoma indiferenciado con déficit de SMARCA-4 es una entidad molecular recientemente descrita con pocos casos publicados. A pesar de su rareza, se ha reportado en pulmón, tracto gastrointestinal, páncreas y cabeza y cuello, siendo en 2021 el primer caso documentado en cérvix. Este carcinoma se caracteriza por afectar a pacientes jóvenes, ser agresivo y presentar una baja respuesta a la quimioterapia convencional con platino. No obstante, estudios recientes sugieren que una resección completa y radioterapia postoperatoria parecen relacionarse con mejores tasas de supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha y microhematuria de semanas de evolución. En las pruebas de imagen se identifica útero aumentado de tamaño a expensas de una lesión exofítica en cérvix de 7.8 cm que ocluye canal endocervical sin infiltrar estructuras adyacentes. Se observa, asimismo, ovarios aumentados de tamaño y adenopatías sospechosas pélvicas bilaterales y mediastínica subcarinal. En sangre periférica presenta elevación de CA125 y CA 19.9 sin otros hallazgos de interés en el resto de pruebas realizadas.

RESULTADOS: Se remiten múltiples fragmentos de tejido que, microscópicamente, corresponden a un tumor pobremente diferenciado constituido por células grandes con núcleos vesiculosos, nucleolos prominentes y citoplasma eosinófilo. Se identifican frecuentes mitosis y ocasionales focos de necrosis. El estudio inmunohistoquímico demuestra positividad de las células neoplásicas para vimentina, p16, EMA y CK8/18 y negatividad para CK AE1/AE3, cromogranina, sinaptofisina, CD45, s-100, actina, desmina, estrógenos, progesterona, CD10, BCOR y PAX8. Se observa expresión conservada de p53 (wild type), ARID1A, 7-catenina y proteínas reparadoras del DNA y pérdida completa de expresión para SMARCA-4. Por ello, y teniendo en cuenta el contexto clínico y radiológico de nuestra paciente, se diagnostica de carcinoma indiferenciado asociado a pérdida de SMARCA-4. Dado el avanzado estadio clínico al diagnóstico (Estadio IV), la paciente es tratada con 6 ciclos de quimioterapia paliativa (carboplatino, paclitaxel y bevacizumab) con respuesta parcial local y ganglionar de la enfermedad, encontrándose en la actualidad en tratamiento de mantenimiento con Bevacizumab.

CONCLUSIONES: El carcinoma indiferenciado de cérvix con pérdida de SMARCA-4 es una neoplasia agresiva poco frecuente que hay que sospechar en pacientes jóvenes con un tumor de características rabdoideas e inmunohistoquímica no concluyente. Dada su escasa prevalencia en cérvix, hay que realizar un diagnóstico diferencial amplio que incluya, entre otros, invasión cervical por un carcinoma indiferenciado endometrial y metástasis de carcinoma indiferenciado de ovario tipo hipercalemicó con el que comparte características histológicas y moleculares. Por todo esto y debido a su agresividad, se aconseja realizar una resección completa R0, quimioterapia y radioterapia adyuvante así como realizar un estudio de mutaciones germinales del paciente y familiares para realizar un asesoramiento genético adecuado.

A PROPÓSITO DE DOS CASOS; TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDES DE OVARIO.

Calderón Romero, Alejandra José; Riera Bello, Melissa Alejandra; Lopez Diaz, Jesus; Luizaga Velasco, Luis Antonio; Ferrer Cassado, Carme; González Minguez, Clarisa; Robles Montoro, Anabel; Tarroch Sarasa, Xavier

Presentador: Calderón Romero, Alejandra José

HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor de células esteroideas (TCE) es una neoplasia estromal de ovario formada por células esteroideas, de etiología desconocida, infrecuente (<1%), predominantemente en edad media.

Suelen ocasionar manifestaciones endocrinas como hirsutismo, virilización (androgénicos, estrogénicos o progestacionales), menos frecuente relacionados con "efecto masa". Habitualmente son unilaterales, sólidos (diámetro medio: 8,4 cm) y amarillentos; visualizados por ecografía, RM. Un tercio presentan comportamiento maligno (histología). El tratamiento es quirúrgico (anexectomía unilateral si deseo reproductivo, sinó histerectomía con anexectomía bilateral).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente todos los casos de TCE diagnosticados en nuestro Hospital entre los años 2020-2025; se realizó revisión epidemiológica, histológica, inmunohistoquímica y radiológica.

RESULTADOS: Se encontraron 2 casos; 1 en ovario derecho, 1 en ovario izquierdo; edad 62 y 60 años. Radiología: 1 fibroma en ovárico derecho 34x24 mm. (ecografía) y 1 nódulo de 12 mm. en ovario izquierdo (RM). Ambas pacientes presentaron hirsutismo (virilización) con aumento leve del nivel de testosterona (>2 ng/dl); el tratamiento en ambos casos fue anexectomía bilateral. Histológicamente se observaron nódulos bien delimitados, con proliferación difusa de células monomorfas, aspecto epiteloide, citoplasma amplio eosinófilo (alguno con pigmento lipocromo), núcleos redondos, cromatina laxa y nucléolo eosinófilico; no presentaban cristales de Reinke ni signos de malignidad (criterios de malignidad: >7 cm, hemorragia, necrosis y atipia/mitosis significativas). Inmunohistoquímica positiva: calretinina, inhibina y MELAN-A.

CONCLUSIONES: El TCE es una entidad infrecuente cuya clínica más característica son síntomas androgénicos (hirsutismo y virilización); el estudio radiológico ayuda a su identificación, aunque los estudios histológico e inmunohistoquímico ofrecen el diagnóstico definitivo y ayudan a predecir un comportamiento maligno. El tratamiento de elección es quirúrgico atendiendo al deseo reproductivo de la paciente.

Patología Ginecológica

2156

ADENOMIOMA POLIPOIDE ATÍPICO (ÚTERO). A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Calderón Romero, Alejandra José; Riera Bello, Melissa Alejandra; Lopez Diaz, Jesus; Luizaga Velasco, Luis Antonio; Ferrer Cassado, Carme; González Minguez, Clarisa; Robles Montoro, Anabel; Tarroch Sarasa, Xavier

Presentador: Calderón Romero, Alejandra José

HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenomioma polipoide atípico (APA) es un tumor uterino bifásico (epitelial y mesenquimal), poco frecuente y más común en mujeres jóvenes (media 39 años); la etiología es desconocida, aunque raros casos se han asociado a terapias estrogénicas y no se ha encontrado ninguna anomalía molecular específica. Clínicamente pueden ocasionar sangrado vaginal anormal o puede ser un hallazgo incidental observado radiológicamente (Ecografía, Resonancia magnética, etc.). Se trata de lesiones solitarias, pediculadas o sésiles, localizadas en segmento inferior de útero, de 0,7-5 cm de dimensiones máximas. Estos tumores tienen buen pronóstico, el tratamiento en mujeres en edad reproductiva puede ser conservador o legrado con seguimiento posterior (riesgo de recurrencia); en mujeres peri-postmenopáusicas se recomienda la histerectomía. Presentamos dos casos por la baja frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente todos los casos de APA diagnosticados en nuestro Hospital entre los años 2019-2025. En todos ellos se realizó revisión epidemiológica, estudio histológico e inmunohistoquímico y radiológico.

RESULTADOS: Se encontraron 2 casos de APA; localizados 1 en cérvix, 1 en cuerpo uterino; edad 39 y 40 años; ambos casos fueron orientados como miomas por imagen (RM y ecografía). Los tamaños fueron 35x26x26 mm. (RM) y 16x8 mm. (ecografía). Ambos casos fueron tratados con cirugía" miomectomías histeroscópicas" (en fragmentos).

El estudio histológico mostró en ambos casos una tumoración bifásica, circunscrita, constituida por un componente glandular y mesenquimal. El componente glandular de tipo endometrial mostró una alteración arquitectural leve, atípica citológica leve y formación de mórulas de epitelio escamoso sin displasia; el componente mesenquimal estaba formado por músculo liso entremezclado con miofibroblastos.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad de receptores (estrógenos y progesterona) en el componente glandular; y SATB2 positivo en el componente mesenquimal.

La lesión plantea diagnóstico diferencial con hiperplasia endometrial, adenomioma, adenocarcinoma endometrial invasivo bien diferenciado y con adenosarcoma de bajo grado.

CONCLUSIONES: Adenomioma polipoide atípico es una tumoración poco frecuente y de excelente pronóstico; el estudio de imagen es una herramienta que ayuda a su identificación aunque el estudio histológico ofrece el diagnóstico definitivo.

Se trata de una entidad patológica infrecuente, poco conocida por los patólogos pero importante de reconocer y diagnosticar, por tratarse de una lesión de carácter benigno.

Patología Ginecológica

2149

ADENOCARCINOMA MESONÉFRICO Y MESONÉFRICO-LIKE EN EL TRACTO GENITAL FEMENINO: CARACTERIZACIÓN MORFOLÓGICA, INMUNOHIQUÍMICA Y MOLECULAR.

Álvarez Álvarez, María Bernarda; Suarez Gauthier, Ana; Cairns, James Thomas; Pestana Soares, Carlos Augusto; Idrovo Mora, Franklin

Presentador: Álvarez Álvarez, María Bernarda

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION DIAZ JIMENEZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma mesonéfrico (AM) y el adenocarcinoma mesonéfrico-like (AML) son neoplasias infrecuentes en el tracto genital femenino que comparten similares características morfológicas, inmunohistoquímicas, y moleculares relacionadas con la celularidad de los remanentes mesonéfricos habituales en esta localización. No obstante, se los ha diferenciado debido a la topografía que condiciona su histogénesis.

El AM se localiza en el cérvix y se desarrolla a partir de restos mesonéfricos. En contraparte, el AML se sitúa en el endometrio y los ovarios, siendo estas localizaciones raramente asociadas o carentes de remanentes mesonéfricos.

Se ha descrito una amplia gama de patrones morfológicos, que en ocasiones, se solapan con otros de neoplasias ginecológicas más frecuentes, dificultando su diagnóstico. Se ha descrito, sin embargo, un inmunofenotipo característico, GATA3 (+) TTF1 (+) y negatividad para receptores hormonales. A nivel molecular, se han identificado mutaciones en KRAS/NRAS, estabilidad microsatélite, y ganancia 1q.

Estas entidades suelen presentarse en un estadio avanzado al diagnóstico y mal pronóstico, de ahí su importancia de reconocerlas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda retrospectiva en los últimos cinco años de los casos de AM y AML en el tracto ginecológico en nuestro centro. Se revisaron sus características morfológicas, inmunofenotípicas y moleculares.

RESULTADOS: Se identificaron siete casos: 2 cervicales (uno puro y otro con diferenciación sarcomatoide), 2 endometriales (ambos en relación con adenocarcinoma endometroide), 2 ováricos (asociados a quiste endometriósico-adenofibroma endometriósico) y 1 recidiva pélvica (adenocarcinoma endometrioide en otro centro). Todos los casos presentaron características nucleares típicas y múltiples patrones arquitecturales, siendo los más frecuentes el patrón tubular (6/7) y glandular (3/7). Frecuentemente se identificó secreción colídea eosinófila intraluminal (6/7). Ambas entidades expresaron GATA3 parcheado (4/7) o difuso (3/7); TTF1 positivo (3/5). La ausencia de receptores hormonales fue constante, salvo un AML que presentó expresión focal para estrógenos. A nivel molecular (5/7), se identificó mutaciones de KRAS y estabilidad microsatélite en todos los MA y en la mayoría de los MLA (2/3).

CONCLUSIONES: El MA y MLA son neoplasias que tienden a confundirse con tumores müllerianos más habituales del tracto genital femenino, con las que en ocasiones coexisten, sobre todo en endometrio y ovario.

Esta dificultad diagnóstica se acentúa dados los múltiples patrones arquitecturales descritos en estas entidades, siendo necesario una caracterización IHQ y en ocasiones molecular. En ausencia del patrón típico descrito en la celularidad mesonéfrica (túbulos con secreción intraluminal eosinófila), la inmunorreactividad para GATA3 y TTF1 junto con la ausencia de receptores hormonales, constituyen la clave diagnóstica de estas neoplasias. En ocasiones, la presencia de mutaciones de KRAS, pueden alertar la presencia de una de estas entidades, sobre todo cuando coexisten con otras neoplasias müllerianas.

Al momento se sugiere la malignización de los restos mesonéfricos cervicales en el caso de los AM y la transdiferenciación mesonéfrica de neoplasias müllerianas en el caso de los AML como el origen más probable de las mismas. El correcto diagnóstico de estas neoplasias permitirá entender mejor su patogenia y plantear estrategias terapéuticas adecuadas.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN TABIQUE RECTOVAGINAL

Romero Madrid, Beatriz; León Martínez, Eloísa; Barroso Cárdenas, Mónica; Valverde Arévalo, María Mercedes; Frutos Romero, Gloria; Lobato Dueñas, Raquel; García Fortes, Rocío
Presentador: Romero Madrid, Beatriz

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores raros con una incidencia anual de 1:1-1.5/100.000. Aunque suponen < 1% de todos los tumores gastrointestinales (GI), representan el 80% de los tumores mesenquimales del tracto GI, siendo la localización más frecuente el estómago, seguido de intestino delgado y otras menos frecuentes como colon, recto, esófago y localizaciones extra-gastrointestinales como omento, pelvis o retroperitoneo (<5%). Cuando el debut es una masa pélvica, el diagnóstico de GIST es un reto dado que su forma de presentación puede ser inespecífica se confunde con neoplasias ginecológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 82 años con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante mamario en 2010 tratada con mastectomía y BSCC, con quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) adyuvantes que acude a urgencias por sangrado vaginal y molestias en hipogastrio, observándose en la exploración física (EF) una masa ulcerada y necrosada en vagina, que asomaba a través de vulva y que se encontraba fija a cara posterolateral derecha de vagina. Se le realizó ECO-TV observándose una masa heterogénea y vascularizada sin identificar origen, por lo que se decidió realizar RMN en la que se describió una masa de 98 x 68 x 60 mm que ocupaba toda la vagina contactando superiormente con cuello uterino y que colapsaba posterolateralmente con recto, perdiéndose el plano de clivaje con éste. No se observaron alteraciones nivel uterino ni anexial ni adenopatías locorregionales. Como primera posibilidad diagnóstica se sugirió origen vaginal, siendo los diagnósticos diferenciales (DD) una neoformación uterina o rectal. Se realizó tras ello una biopsia incisional de la masa vaginal.

RESULTADOS: En el estudio de la muestra se observaba una neoplasia constituida por nidos celulares perivasculariales de morfología mixta fuscocelular/epitelioide y extensa necrosis. Dicha neoplasia presentaba escasas figuras de mitosis (1 en 25 campos de gran aumento). El estudio inmunohistoquímico (IHQ) reveló positividad para caldesmón, vimentina, CD10, CKIT, CD34 y DOG1 y negatividad para citokeratinas (CK) de amplio espectro, CK 5/6, CK 7, CK 20, P63, EMA, P16, S100, SOX 10, actina, desmina, Melan-A, estrógenos y progesterona, siendo el índice proliferativo Ki67 del 50%. Dado el perfil IHQ y la morfología, el diagnóstico fue de tumor del estroma gastrointestinal (GIST)/extragastrointestinal (EGIST). Puesto que se trataba de una biopsia incisional, se recomendó la valoración pronóstica de la neoplasia en pieza quirúrgica.

CONCLUSIONES: La presentación de los GIST como masa ginecológica es infrecuente pero podría representar un número mayor que las actualmente descritas por lo que resulta imperativo considerarlo en el diagnóstico diferencial de las neoplasias mesenquimales vulvovaginales/del septo rectovaginal. (dentro de los cuales se incluyen frecuentemente leiomiomas/leiomiomasarcomas). El correcto diagnóstico de los GIST en localizaciones extra GI es de suma importancia, ya que la QT y RT convencionales no resultan efectivas, y sí puede serlo el tratamiento con inhibidores de tirosina quinasa (TKI). Dado que la evaluación de las mitosis puede resultar incompleta en una biopsia incisional, desde algunas guías (GEIS, del grupo español de investigación en sarcomas), se recomienda la valoración pronóstica en pieza quirúrgica. Nuestra paciente se encuentra pendiente del estudio molecular de mutaciones accionables de GIST, ya que es candidata a tratamiento con imatinib.

PATRÓN MELF DE INVASIÓN MIOMETRIAL Y ALTERACIONES MOLECULARES EN EL CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO. REVISIÓN DE CASOS

Relea Calatayud, María Fernanda; Carrillo Piedras, Marta; Jimenez Lara, Araceli; Pemintel Cussi, Juan Jose; Perez Jimenez, Montserrat; Ramos Rodriguez, Claudia Carolina
Presentador: Relea Calatayud, María Fernanda

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El patrón MELF de invasión miometrial es una forma peculiar de invasión del los carcinomas de endometrio que se ha asociado a mayor riesgo de invasión del espacio linfvascular, de metástasis ganglionares y de enfermedad extrauterina. Se consideró inicialmente, por tanto, como un dato de mal pronóstico aunque en la actualidad esto está aún en discusión.

Por otra parte, en la clasificación molecular de los carcinomas de endometrio se ha observado que las mutaciones en P53 y, en ocasiones, la inestabilidad de microsatélites (IMS) también pueden indicar un peor pronóstico.

El objetivo del presente estudio ha sido analizar la relación entre la presencia de patrón MELF histológico en los adenocarcinomas endometrioides de endometrio (CEE) y la existencia en dichos tumores de inestabilidad de microsatélites o mutaciones de P53

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo. Se evaluaron todos los casos de CEE diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Ciudad Real entre Enero de 2019 y Junio de 2022. La muestra total constó de 90 casos. Se estudiaron las variable patrón MELF, mediante cortes de H&E y la IMS y mutaciones de P53 mediante inmunohistoquímica surogada. Como variables añadidas se evaluó el grado histológico y la edad.

RESULTADOS: Aproximadamente en la mitad de los casos de la muestra se observó patrón MELF de invasión miometrial, siendo menor el porcentaje de casos con IMS y mutaciones de P53. El análisis de la relación entre el patrón MELF y los dos subgrupos moleculares no demostró diferencias estadísticamente significativas así como tampoco se observaron en relación al grado histológico.

CONCLUSIONES: Al no hallar una relación estadísticamente significativa entre patrón MELF y subgrupos moleculares de IMS y mutaciones de P53, consideramos que cada uno de estos factores es independiente respecto al pronóstico de los CEE, por lo que deben seguirse evaluando de forma individualizada y deben constar como tales en los informes diagnósticos anatomopatológicos de estos tumores.

LEIOMIOSARCOMA UTERINO DE CÉLULAS FUSIFORMES CON ORIGEN EN UN LEIOMIOMA DE NÚCLEOS BIZARROS: UN HALLAZGO INCIDENTAL Y UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Moreno De Juan, German; Yange Zambrano, Geanella; Martín Soler, Paula; Rodríguez Merino, Laura
Presentador: Moreno De Juan, Germán

HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO S° ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El leiomiomasarcoma (LMS) uterino es un tumor mesenquimal maligno que deriva del músculo liso del miometrio, con grados de diferenciación y morfología variables (fusiforme, epitelioide o mixoide). Constituye el sarcoma uterino más frecuente (40-50%), pero solo representa el 1-2% de todas las neoplasias malignas uterinas. El leiomioma con núcleos bizarros (LM-BN) es un subtipo poco frecuente de leiomioma, con un bajo riesgo de recurrencia, caracterizado por su notable atipia nuclear, que recuerda a su homólogo maligno leiomiomasarcoma (LMS). Se han publicado muy pocos casos describiendo la asociación entre el LM-BN y el LMS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 46 años sin antecedentes personales de interés, que acude a las consultas de ginecología por sangrado menstrual abundante y presencia de un bulto en abdomen bajo. En la RM se observa una tumoración de 12 cm dependiente de la cara posterolateral izquierda uterina, de asiento intramural y aspecto heterogéneo con áreas quísticas, sugestiva de mioma intramural. La paciente fue sometida a histerectomía total con doble salpinguectomía.

RESULTADOS: El estudio macroscópico reveló una lesión nodular de bordes bien definidos de 12 cm, constituida por tejido blanquecino, fasciculado y de consistencia firme, presentando en su interior un nódulo bien delimitado de 4,5 cm, de coloración amarillenta con áreas hemorrágicas. El estudio histológico se correspondía con una lesión con doble componente: el componente principal consistía en una tumoración fasciculada compuesta por células bizarras difusas. Dichas células eran mono o multinucleadas, de citoplasma eosinófilo, cromatina gruesa y pseudoinclusiones nucleares. El recuento mitótico fue de 0 mitosis/10CGA, sin observarse necrosis. El segundo componente se trataba de una tumoración fasciculada e hiper celular, con células bizarras y fusiformes con atipia marcada, necrosis focal y elevado recuento mitótico (30-40 mitosis/10 CGA). En cuanto al perfil inmunohistoquímico, ambos componentes presentaron positividad para AML, desmina y caldesmón (los dos últimos con positividad parcheada en el segundo componente). El índice de proliferación Ki-67 fue del 1 y 35%, respectivamente. Tan solo el segundo componente mostró tinción intensa y difusa para p16 y p53 (patrón mutado). Los resultados inmunohistoquímicos apoyaron los hallazgos histológicos de dos componentes tumorales diferentes, siendo el diagnóstico de Leiomiomasarcoma uterino de células fusiformes asociado a una leiomioma de núcleos bizarros.

CONCLUSIONES: Con el presente estudio queremos destacar la importancia de muestrear extensamente este tipo de lesiones y atender a los criterios histológicos bien establecidos (atipia citológica, mitosis y necrosis) para distinguir el LMS y el LM de núcleos bizarros. Aunque el estudio inmunohistoquímico con el panel de anticuerpos p16, p53 y Ki-67 puede apoyarnos, su papel es limitado debido a la superposición significativa de patrones de tinción en estas dos entidades. Recientemente, los datos publicados muestran que el LM-BN comparte más alteraciones moleculares (CNAs y LOH) con el LMS que con el LM y aunque es extremadamente infrecuente en la práctica clínica, los hallazgos de una relación histológica y genómica entre LM-BN y LMS proporcionan una vía para la tumorigénesis del LMS a partir de un LM-BN existente.

LEIOMIOMA CON DÉFICIT DE FUMARATO HIDRATASA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Moreno De Juan, German; Yange Zambrano, Geanella; Martín Soler, Paula; Rodríguez Merino, Laura
Presentador: Moreno De Juan, Germán

HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO S° ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas (LM) son tumores mesenquimales benignos que derivan del músculo liso y constituyen el tumor uterino más frecuente. Presentan una gran variedad de subtipos, como el leiomioma con déficit de fumarato hidratasa (LM d-FH), que corresponde a tan solo al 1,4% de todos los LM, con unas características morfológicas bien definidas y que se encuentra asociado al Síndrome de Leiomiomatosis hereditaria y carcinoma de células renales (LHCCR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda en la base de datos del servicio de Anatomía patológica de nuestro hospital en los últimos diez años (desde enero de 2015 a Enero de 2025) para LM d-FH uterinos.

RESULTADOS: Se diagnosticaron un total de 728 LM uterinos en pieza quirúrgica (miomectomía/histerectomía), de los cuales 2 fueron LM d-FH (0,27%). El caso n°1 corresponde a una mujer de 26 años sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por alteraciones menstruales. En la ECO- TV se observa una formación miomatosa intramural de 2,4 cm en la cara anterior fúndica que en tres años crece progresivamente hasta los 10 cm. La paciente es sometida a una miomectomía. El caso n°2 corresponde a una mujer de 60 años, con antecedentes de Carcinoma de mama invasivo NOS de patrón medular, que acude a urgencias por metrorragia postmenopáusica. En la ECO-TV se aprecia un mioma intramural de 8 cm con vascularización atípica, por lo que se somete a histerectomía con doble anexectomía LPS. El estudio histológico en ambos casos reveló una lesión fasciculada compacta, con incremento de la celularidad, vasculatura tipo cuerno de ciervo y áreas con edema de patrón alveolar. En el caso n°1 se observaron además células con núcleos bizarras dispersos, núcleos ovoides dispuestos en cadenas y células con nucléolo eosinófilo prominente rodeados de halo perinuclear y ocasionales inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas. En ambos casos no se observaron mitosis (0 mit/10CGA) ni necrosis. En cuanto al perfil inmunohistoquímico (IHK), la celularidad expresó positividad para AML, desmina y caldesmón, con un índice de proliferación Ki-67 de <5% y pérdida de expresión de FH (control interno positivo). Ambas pacientes fueron derivadas a la consulta de cáncer heredo-familiar, realizándose estudio genético en el caso n°1 sin detectarse mutación de FH en línea germinal.

CONCLUSIONES: El LM d-FH es un tumor infradiagnosticado ya que a menudo se encuentra entremezclado con otros tipos de LM y además comparte características morfológicas con el LM celular y el LM de núcleos bizarras, siendo éstos sus principales diagnósticos diferenciales. Es fundamental conocer sus criterios histológicos (criterios mayores: macronúcleolo con halo perinuclear e inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas y criterios menores: vasos de tipo cuerno de ciervo, edema alveolar, distribución de células en cadena y núcleos bizarras) y apoyarse en las técnicas inmunohistoquímicas FH y/o 25C como marcador subrogado de la mutación en FH, siendo más frecuente la mutación en línea somática (1,3%) que en línea germinal (0,24%). Además, en mujeres jóvenes con LM uterinos de gran tamaño, antecedentes de LM cutáneos y/o carcinoma de células renales, se debe sospechar el síndrome de LHCCR y sugerir en el informe anatomopatológico la derivación a la consulta de cáncer heredo-familiar y realizar estudio genético en línea germinal si se considera necesario.

CISTADENOFIBROMA DE CÉLULA CLARA BORDERLINE: EL GRAN IMITADOR

Troncoso Hernández, Evelyn; López Molina, Juan Manuel; Chilito Paredes, Paola Andrea; Martínez Gauffin, Lucía; Menor Vila, Victor; Cristobal Redondo, Victor; Peiró Cabrera, Gloria; Marcos Sanmartín, Josefa; García Espasa, Cristina; Peiró Marqués, Francisca María

Presentador: Troncoso Hernández, Evelyn

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cistadenofibroma de célula clara borderline es un tumor ovárico infrecuente de bajo potencial maligno, caracterizado por la proliferación epitelial de células claras con atipia citológica leve-moderada, sin invasión estromal. Se considera una entidad limitrofe entre los adenofibromas benignos y el carcinoma de célula clara, con creciente evidencia de su relación con la endometriosis ovárica. Su histogénesis implica mutaciones tempranas en ARID1A y alteraciones en la vía del estrés oxidativo, compartiendo características inmunofenotípicas con el carcinoma de célula clara, aunque con un comportamiento indolente. La ausencia de criterios claros de manejo dificulta su categorización pronóstica, siendo crucial una correcta caracterización morfológica e inmunohistoquímica para evitar sobretratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 65 años portadora de VHB con antecedentes de colecistectomía, amigdalectomía y quistectomía de ovario derecho hace 26 años (quiste endometriósico). La paciente se encuentra en seguimiento desde hace 8 años por quiste ovárico derecho de lento crecimiento sin síntomas específicos, salvo molestias ocasionales en fosa ilíaca derecha. En la ecografía transvaginal se evidencia una lesión quística de 49 mm, sin criterios de malignidad, que sugiere teratoma quístico benigno. Los marcadores tumorales (CA-125, HE4, CA 19.9 y AFP) son negativos. Se realiza anexectomía bilateral laparoscópica sin complicaciones.

RESULTADOS: Se recibe anexectomía bilateral que incluye ovario izquierdo atrófico y ovario derecho sustituido por una lesión quística multicameral de 5.5 x 0.5 cm con escaso contenido seroso claro y cara interna lisa sin lesiones papilares. Se acompaña de áreas sólidas de consistencia elástica y color amarillento. Microscópicamente las áreas quísticas se encuentran revestidas por epitelio cúbico o aplanado con citoplasma eosinófilo y leve atipia nuclear. Algunas zonas presentan células en tachuela con mayor atipia y vacuolización citoplasmática focal. Las áreas sólidas muestran estroma fibroso denso que ocasionalmente atrapa glándulas pequeñas dilatadas sin atipia citológica con microcalcificaciones amorfas y estroma de tipo endometrial adyacente. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad de las células neoplásicas para PAX8, Napsina A y racemasa; positividad focal para receptores de estrógenos y negatividad para WT1 y receptores de progesterona. Se observa pérdida focal de ARID1A y expresión normal de p53 (wild type). Los hallazgos son compatibles con un cistadenofibroma de célula clara borderline asociado a endometriosis.

CONCLUSIONES: El cistadenofibroma de célula clara borderline es una entidad poco frecuente con posible progresión a carcinoma de células claras. Su asociación con endometriosis refuerza su papel como lesión precursora. La correcta evaluación histológica e inmunohistoquímica es clave para diferenciarlo de neoplasias malignas y evitar sobretratamiento. Aunque su pronóstico es favorable tras la cirugía, se recomienda seguimiento prolongado.

TRES SON MULTITUD

Muñoz Rodríguez, Jorge; Cabezas Quintario, María Antonia; Martínez Izquierdo, María Ángeles; Pérez Acosta, Eva; Kosalka, Klaudia Teresa; Roldán Cortés, David; Tirado Zambrana, PERNILLA Seidi; García Abellán, Patricia; Burdaspal Moratilla, Ana; Álvarez Rodríguez, Federico Antonio

Presentador: Muñoz Rodríguez, Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Remitimos el caso de una paciente diagnosticada de adenocarcinoma endometriode con una masa ovárica detectada radiológicamente en el estudio de extensión preoperatorio. Los hallazgos identificados en el estudio intraoperatorio y confirmados en la pieza, revelaron la existencia de 3 procesos neoplásicos morfológica e inmunofenotípicamente distintos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 53 años que acude a consulta por metrorragia. La toma de biopsia puso en evidencia un adenocarcinoma de patrón endometriode bien diferenciado. El posterior estudio de extensión preoperatorio, reveló una formación ovárica con áreas quísticas complejas de 6,4 x 4,8 x 4,6 cm. Tras este hallazgo, se decidió en comité interdisciplinar la realización de estudio histológico intraoperatorio para descartar una posible afectación ovárica de la neoplasia uterina. Se recibió para estudio una pieza de anexectomía de 11 x 9,5 x 6 cm y 342 g de peso, que mostraba una alternancia de zonas sólidas de morfología papilar con áreas blanquecinas homogéneas, con otras estructuras macroscópicamente quísticas con contenido líquido parduzco. El estudio intraoperatorio reveló una proliferación celular constituida por papilas y estructuras tubuloglándulas de células poligonales, de citoplasma amplio y claro y bordes celulares bien definidos, con marcada irregularidad de sus núcleos y presencia de pseudoinclusiones, cromatina vesiculosa y nucleolos prominentes. Se identificaron también estructuras de aspecto condróide. En conjunto, el estudio intraoperatorio emitido fue de carcinoma de alto grado con rasgos sugestivos de carcinoma de células claras.

RESULTADOS: El posterior estudio histológico en parafina puso en evidencia, en las zonas descritas, positividad leve y parcheada para napsina-A y racemasa y patrón de p53 no mutado, y negatividad para alfa1-fetoproteína, glicpican y OCT3/4. Se identificó, entremezclada con la neoplasia, otra lesión compuesta por vasos sanguíneos dilatados y de pared fina, epitelio pigmentario y tejido cartilaginoso maduro, además de varios focos de tejido neuroectodérmico inmaduro con formación de rosetas, que fueron interpretados como un teratoma inmaduro G2. Este componente presentó negatividad para racemasa, alfa1-fetoproteína, OCT3/4, WT-1 y napsina, y positividad focal débil para glicpican en los focos de neuroepitelio inmaduro. El estudio de la pieza de histerectomía mostró un adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado sobre un pólipo endometrial, con una invasión miometrial de 1 mm y sin hallazgos similares a los encontrados en el ovario. No se evidenciaron signos de afectación ganglionar ni extensión peritoneal de ninguno de los componentes. La paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad tras 20 meses de seguimiento en el momento de la redacción de este resumen.

CONCLUSIONES: La presencia de 3 procesos histológica e inmunofenotípicamente diferentes en la misma paciente, en el mismo proceso diagnóstico y terapéutico, es un hecho infrecuente en la práctica asistencial diaria, y plantea numerosos retos tanto de manejo como de toma de decisiones. El abordaje interdisciplinar de dichos pacientes, así como el manejo adecuado de las piezas y las técnicas complementarias son fundamentales para un adecuado diagnóstico.

DISCUSIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CONTROVERTIDO

Jiménez Revilla, Celia; Cerezo Aranda, Oscar; Sosa Rotundo, Grevelyn; Dhimes Tejeda, Patricia; Alemany Benítez, Isabel; Pinedo Moraleda, Fernando; Rodríguez Molano, Erica Daniela; Hidalgo Morales, Adrián Quintín; Flores Miranda, Jorge Israel
Presentador: Jiménez Revilla, Celia

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se presenta un caso clinicopatológico, y se revisan los casos relacionados en nuestra Unidad y la literatura disponible hasta la fecha, para discutir su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 50 años con una lesión quística compleja en el segmento hepático IV. Tras su crecimiento progresivo, se enuclea. Ante los hallazgos histológicos, se revisan los antecedentes de la paciente y las biopsias previas.

RESULTADOS: La lesión hepática es una proliferación bifásica bien delimitada por pseudocápsula fibrosa. El componente estromal presenta células fusiformes a ovaladas, con escaso citoplasma y mínima atipia, arremolinadas en torno a pequeños vasos. No hay diferenciación heteróloga. El componente glandular consiste en ocasionales glándulas irregulares, algunas revistiendo cavidades quísticas. El componente estromal expresa CD10, WT1, receptores de estrógenos y receptores de progesterona. El componente glandular es inmunorreactivo frente a CKAE1/AE3 y CK19 de forma difusa, y frente a CK7, CK20, CDX2 y Hepatocyte de forma parcheada. Ambos componentes expresan vimentina. La revisión de la historia clínica de la paciente revela que hace 12 años se le extirpó un segmento de íleon proximal e implantes peritoneales. Tras un año clínicamente estable, se identificó y extirpó una nueva masa pélvica detrás del sigma y se realizó histerectomía total y anexectomía bilateral. Las lesiones extirpadas en ambas cirugías presentaban una histología similar a la de la lesión actual, con asociación de endometriosis en el segmento ileal, afectación ovárica bilateral y un implante submilimétrico en serosa uterina. En este contexto, la lesión quística actual corresponde a una metástasis de adenocarcinoma (AS)/sarcoma del estroma endometrial de bajo grado (SEEBG) extrauterino, asociado a endometriosis.

CONCLUSIONES: En nuestra revisión, encontramos 8 casos en relación al diagnóstico diferencial: 3 AS de los cuales únicamente 1 presentaba afectación intestinal, y 5 SEEBG de los cuales sólo 1 presentaba afectación intestinal; sólo uno de los AS se asociaba a endometriosis. La presencia de endometriosis en el tracto gastrointestinal es bien conocida, siendo en algunas ocasiones significativamente profunda. La invasión linfovascular y afectación ganglionar por la misma han sido también reportadas, lo cual complica el diagnóstico diferencial. Por otra parte, la malignización de la endometriosis está ampliamente descrita y estudiada, si bien los tipos histológicos más frecuentemente asociados son el carcinoma endometriode y de células claras. En este caso, la distinción entre una metástasis de AS y una metástasis de SEEBG extrauterino es académica, puesto que el manejo actual de la paciente se basa en la extirpación quirúrgica de la metástasis y en un seguimiento estrecho de la paciente con el fin de identificar y extirpar posibles recidivas y/o metástasis futuras. Se han reportado AS mullerianos en ovario, útero, cervix, y un AS mulleriano peritoneal primario, y AS de vía biliar y hepático primarios. Asimismo, se ha descrito en la literatura el SEEBG con presencia de glándulas endometriales entre otros hallazgos inusuales. En definitiva, a pesar de conocer los diagnósticos previos y, debido a la presencia de un componente estromal y un componente glandular, nuestra lesión tiene un diagnóstico controvertido.

CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO CON COMPONENTE RABDOIDE.

Di Muro , María Antonietta; Campazas Herrera, Irma; Espadaler Fabregó, Ignasi; Acosta Cajo, Sarah Fiorella; Scevola Metralle, Sofía; Restrepo Arango, Sara María; González Vidal, Allan; Catusas , Luis; Gallardo Alcañiz, Alberto; Espinosa Mariscal, Iñigo
Presentador: Di Muro , María Antonietta

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El fenotipo rabdoide no es exclusivo de un tipo tumoral, sino que puede aparecer en diferentes tipos de neoplasias como en carcinomas de alto grado, melanomas y sarcomas, y suele indicar un comportamiento clínico muy agresivo. En el caso del carcinoma endometriode de endometrio, la morfología rabdoide es muy poco frecuente y su significado clínico es poco conocido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan los casos de dos pacientes con sangrado postmenopáusico.

RESULTADOS: Caso 1
Paciente de 55 años. En la biopsia endometrial se diagnosticó de carcinoma endometriode grado 3 FIGO con un pequeño foco sarcomatoide de morfología rabdoide. Se realizó histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía. En la pieza de histerectomía, el tumor, de 4 cm de diámetro mayor, es polipoide y necrótico (50%) e invade el 50% del espesor miometrial. Se trata de un carcinoma endometriode grado 3 FIGO que muestra diferentes componentes (glandular, escamoso, basaloide, sarcomatoide y rabdoide). El estudio inmunohistoquímico muestra que todos los componentes tumorales son positivos para queratina AE1/AE3, SMARBI (INI1), SMARCA2 y SMARCA4 con pérdida de expresión de MLH-1 y PMS-2. La expresión de p53 es normal (wild-type). El componente rabdoide es negativo para E-cadherina. La paciente recibió braquiterapia. A los 6 meses del diagnóstico, apareció una metástasis cerebral. Fallece 3 años después del diagnóstico.
Caso 2
Paciente de 62 años. Pólipo endometrial que se reseca. En los fragmentos de la polipectomía se observó un carcinoma endometriode con componente glandular y sólido y con áreas indiferenciadas con morfología rabdoide. En el estudio inmunohistoquímico, tanto el componente glandular como el componente sólido expresan E-cadherina, queratina AE1/AE3 y beta-catenina (tinción nuclear); mientras que el componente indiferenciado-rabdoide es negativo para E-cadherina, queratina AE1/AE3 y beta-catenina (expresión de membrana). Los receptores de estrógenos y progesterona son positivos en el componente glandular y negativos en el componente sólido e indiferenciado-rabdoide. La expresión de la proteína p53 es normal (wild-type) en el componente glandular y aberrante en los componentes sólido y rabdoide. Todos los componentes del tumor son positivos para SMARBI (INI1) y muestran pérdida de expresión de MLH-1 y PMS-2. El estudio molecular detectó la metilación del promotor de MLH-1 y ausencia de mutaciones de POLE. En la pieza de histerectomía se encontró un foco residual de carcinoma endometriode grado 1 FIGO que infiltra el 5% del miometrio. La paciente recibió tratamiento adyuvante (braquiterapia) y actualmente se encuentra libre de enfermedad a los 3 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: Se tratan de carcinomas endometriode que muestra áreas glandulares (grado 1-2 FIGO), áreas de patrón sólido (grado 3 FIGO) y áreas indiferenciadas- rabdoides. La morfología y el estudio inmunohistoquímico muestran la heterogeneidad tumoral de estas lesiones y la progresión del carcinoma endometriode. Aunque el número de casos es muy escaso, la presencia de un componente rabdoide parece conferir un pronóstico muy malo a estas pacientes.

Patología Ginecológica

2071

LEIOMIOMATOSIS INTRAVENOSA, A
PROPÓSITO DE UN CASO

Silvestre Egea, Gala; Najera Botello, Laura; Muñoz Nuñez, Elena; Bahamondes Steel, Sofia; Rodríguez Carrillo, Jose Luis; Harker Ladiño, Angela Maria; Cerdá Lopez, Sara; Gil Bernabe, Paloma; Martín Pozo, Silvia; Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Erazo Alarcon, Shirley Adelia

Presentador: Silvestre Egea, Gala

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La leiomiomatosis intravenosa es una enfermedad muy poco común, caracterizada por un crecimiento intravascular de células musculares lisas sin características morfológicas de malignidad, que crecen fuera de los límites de un leiomioma o en ausencia de él. Se observa con mayor frecuencia en el útero, aunque pueden afectar al ligamento ancho, las venas pélvicas y la vena cava.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso de una mujer de 37 años que consulta por sangrado menstrual abundante y masa abdominal palpable. En la ecografía pélvica se observa una masa intramural de bordes irregulares, radiológicamente compatible con un leiomioma, sin poder descartar un sarcoma uterino. Se realiza una histerectomía total con doble salpingectomía

RESULTADOS: Macroscópicamente el útero presenta una deformidad externa en la cara lateral izquierda, que se continua con un nódulo intramural consistente en un tejido fasciculado, blanco-grisáceo, sin presencia de necrosis ni áreas de hemorragia que mide 20 x 12,2 x 12 cm de diámetro. Alrededor de la tumoración se identifican múltiples vasos de diferente tamaño, con tejido similar al descrito en la tumoración en su interior. Histopatológicamente, observamos una proliferación de células musculares lisas dispuestas en fascículos sin atipia, sin mitosis y sin presencia de necrosis. Con técnicas inmunohistoquímicas las células expresan actina HHF35, activa 1A4, caldesmon y calponina y no expresan CD10, siendo esta proliferación compatible con un leiomioma. A su alrededor se identifican múltiples vasos que presentan crecimiento intravascular de células musculares lisas similares a las descritas previamente.

CONCLUSIONES: La leiomiomatosis uterina intravenosa es un tumor de músculo liso muy poco frecuente, con 69 casos descritos en la literatura. Histológicamente es un tumor benigno, que presenta crecimiento dentro de vasos y que puede extenderse desde las vénulas intrauterinas hacia las venas pélvicas y la vena cava inferior, pudiendo conferir un comportamiento maligno. En la mayoría de los casos se asocia a leiomiomas. El diagnóstico precoz es difícil, pero es fundamental para el pronóstico, ya que el éxito del tratamiento depende de la extirpación completa del tumor, recomendándose histerectomía con doble anexectomía

Patología Ginecológica

2068

REAFIRMANDO LA IMPORTANCIA DE LOS
DATOS HISTOLÓGICOS EN EL MANEJO DEL
CÁNCER DE ENDOMETRIO, DESDE EL
DIAGNÓSTICO HASTA LA INTEGRACIÓN
MOLECULAR.

Alberto , Flavia Maria Del Rosario; Aguirre Neira, Fabiana; Escobedo Rodríguez, Vanessa; Reques Llanos, Armando; Rodríguez Millán, Rosa María; López Del Campo, Ricardo; Ferreres Piñas, Joan Carles; Costa Trachsel, Irmgard

Presentador: Alberto , Flavia Maria Del Rosario

HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARC TAULÍ (I3PT). UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La clasificación molecular del carcinoma de endometrio(CE) ha demostrado valor pronóstico y utilidad en el manejo de las pacientes, integrando la información morfológica y clínica. Diversos estudios han descrito características histológicas en los grupos moleculares (GM: POLEmut, MSI, HCN y NMSP) que apoyan un fenotipo propio, insuficientes para definir la clasificación. Los modelos de "deep learning"(DL) en imágenes de H&E han aportado resultados prometedores en el manejo de los datos histológicos, para guiar los estudios moleculares. Recientemente, hemos presentado una prueba de concepto con diferentes modelos de DL para predecir el GM de los CE sobre imágenes histológicas, con elevada exactitud. Nuestro objetivo es analizar diversos parámetros histológicos en H&E que puedan definir los cuatro GM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en biopsias(10) y piezas quirúrgicas(109) de CE recogidos en nuestro centro, entre 2021 y 2024, con diagnóstico molecular realizado. Se digitalizaron preparaciones de H&E, anonimizadas en diagnóstico y GM, se evaluaron los parámetros histológicos: glándulas con lúmenes de bordes lisos, irregulares, áreas sólidas, diferenciación escamosa, marcada atipia, células gigantes, linfocitos intratumorales(TILs), invasión "MELF", necrosis tumoral, invasión linfovascular(ILV), mitosis atípicas y diferenciación aberrante; se realizó diagnóstico del tipo histológico y predicción del GM.

RESULTADOS: Se analizaron 119 casos de CE: 23 HCN(19,33%), 51 NSMP(42,86%), 34 MSI(28,57%) y 11 POLEmut(9,24%). HCN presentó la mayor % de glándulas de lúmenes irregulares(65%), patrón sólido(57%), atipia marcada(70%), células gigantes(57%), ILV(70%), necrosis(52%) y mitosis atípicas(70%), y la menor % de MELF(13%), TILs(50%) y áreas escamosas(9%). NSMP mostró la mayor % de glándulas lisas(96%) y áreas escamosas(31%) y la menor de glándulas irregulares(24%), patrón sólido(43%), atipia marcada(16%), células gigantes(4%), mitosis atípicas(8%), necrosis(8%), ILV(29%) y diferenciación aberrante(2%). MSI se caracterizó por glándulas lisas(88%), con 50% de casos con patrón sólido, y por presencia de TILs(61%). El 26% presentaron MELF y el 39% ILV. POLEmut mostró patrón aberrante en el 27%, con glándulas lisas(73%), irregulares(55%) y áreas sólidas(55%), con elevada atipia(55%), mitosis atípicas(64%), necrosis(40%) e ILV(57%). Fue el grupo con TILs(71%) y patrón MELF(57%) superior. Los parámetros histológicos con distribución significativa entre los grupos moleculares (p<0.05) fueron la presencia de glándulas de contornos lisos, irregulares, marcada atipia, células gigantes, necrosis, ILV, mitosis y diferenciación aberrante. El diagnóstico histológico correcto se alcanzó en el 82% de los casos, mayor en HCN(87%) y menor en POLEmut(73%). La predicción molecular fue del 50%, mayor en HCN(83%) y menor en POLEmut(18%) y MSI(26%).

CONCLUSIONES: El estudio histológico en H&E identificó parámetros más característicos de cada GM y permitió el diagnóstico del tipo histológico. La predicción del GM se halló limitada, especialmente en los POLEmut y MSI, por una heterogeneidad que requeriría detallar su interpretación. Estos resultados soportan los estudios de aplicabilidad de algoritmos de DL en imágenes histológicas de CE, para predecir los GM, que permitirían diagnósticos más precisos y tratamientos más eficientes y dirigidos.

ADENOFIBROMA DE CÉLULAS CLARAS: EL PAPEL DEL ESTROMA EN LA ENCRUCIJADA DE LOS TUMORES OVÁRICOS

Tristan Martín, Belén; Romero Madrid, Beatriz; Sancho De Salas, Magdalena; Segovia Blázquez, Beatriz; González Tur, Raquel; Moreno Ibérico, Alejandra; Sánchez Vázquez, Laura; Martín López, María Del Rocio

Presentador: Tristán Martín, Belén

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES ÁVILA.
S^ª ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenofibroma de células claras ovárico es un tumor epitelial benigno poco frecuente, cuya incidencia exacta se desconoce. Se ha observado con mayor frecuencia en mujeres en la sexta década de la vida. Generalmente es unilateral y, en muchas ocasiones, se detecta de manera incidental. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de pequeñas glándulas formadas por células claras sin atipia citológica, rodeadas por un tejido fibroso prominente. Este estroma fibroso también puede encontrarse en otros tumores, como el tumor de Brenner, el fibroma ovárico o el tumor de Krukenberg, entre otros. Debido a estas similitudes morfológicas y la necesidad de descartar un tumor borderline o carcinoma, es necesario un análisis histológico minucioso especialmente si las muestras obtenidas son escasas o poco representativas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 55 años con sospecha clínica de fibroma ovárico. La resonancia magnética (RMN) confirmó la presencia de una lesión sólida dependiente del anejo izquierdo, de contornos polilobulados, con un tamaño de 49 x 56 mm. Se realizó anexectomía izquierda y salpinguectomía derecha. Macroscópicamente, se recibieron múltiples fragmentos de tejido de coloración blanquecina, con superficie lisa y morfología lobulada, que en conjunto midieron 45 x 38 mm.

RESULTADOS: Histológicamente, se observó la presencia de glándulas de pequeño tamaño inmersas en un tejido fibroso prominente, constituidas por células que presentan aspecto plano o cúbico, con citoplasma claro o eosinofílico. No se identificó la presencia de mitosis, papilas, glándulas apiñadas, atipia nuclear o desmoplasia estromal. El estudio inmuohistoquímico fue positivo para Cam5.2, EMA, Napsina A y fue negativo para receptores de estrógenos, receptores de progesterona, GATA3 y WT1, siendo el diagnóstico definitivo de adenofibroma de células claras.

CONCLUSIONES: La mayoría de las neoplasias de células claras de los ovarios son carcinomas. Los tumores de células claras benignos y borderline son infrecuentes. Histológicamente, pueden confundirse con otras neoplasias ováricas con características estromales similares, entre los que se encuentra el tumor de Brenner, el fibroma ovárico, el tumor de células de la granulosa, el tumor de Krukenberg o el carcinoma mamarío lobulillar, entre otros.

El diagnóstico definitivo de esta entidad requiere un muestreo exhaustivo y un análisis histopatológico detallado para descartar malignidad. No obstante, una vez confirmado su carácter benigno, no requieren un sistema de estadificación ni tratamiento adicional tras su extirpación quirúrgica. En general, el pronóstico es excelente y no se han documentado casos de recurrencia ni progresión a una forma maligna

CUANDO LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA RESULTA HEMATOLÓGICA

Toledo Santana, Gemma; Muñoz Hernández, Patricia; Conde Adán, Ana; Fúel Gomez, Daniela; García, Juan F

Presentador: Toledo Santana, Gemma

MD ANDERSON CANCER CENTER-MADRID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas extranodales del tracto genital femenino (LETGF) son una patología poco frecuente que suele presentarse con síntomas ginecológicos. Esto conduce a considerarlas clínicamente como neoplasias genitales malignas primarias, retrasando su diagnóstico y planteando un manejo clínico-terapéutico inadecuado, por lo que es esencial establecer un diagnóstico histológico precoz. Presentamos varios casos de LETGF con sus características clínico-patológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda retrospectiva de pacientes diagnosticada de LETGF en las bases de datos de Patología de nuestra institución entre 2010 y 2025. Describimos los datos clínicos, histopatológicos e inmuohistoquímicos de cada caso, así como su manejo clínico.

RESULTADOS: Identificamos cinco pacientes con sospecha inicial clínico-radiológica de neoplasia ginecológica, resultante en LETGF al realizar la biopsia diagnóstica. La media de edad al diagnóstico fue de 57 años (31 – 75), siendo todas las pacientes excepto una, postmenopáusicas. Dos pacientes tenían antecedentes de carcinoma: de vulva y neuroendocrino de recto (I), de colon y de mama (I). El diagnóstico se realizó mediante biopsias en 4 casos: tres en biopsia única de vagina, cérvix y cornier endometrial, y uno tras varias biopsias con diagnóstico de inflamación en cérvix. En un caso se obtuvo en la cirugía radical por sospecha tumoral ginecológica. Los diagnósticos y localización de las neoplasias fueron: linfoma difuso de células grandes B (2) en vagina y endometrio, linfoma folicular de alto grado (I) en cérvix uterino, linfoma B de la zona marginal extranodal (I) en pared de cérvix y paracolpos/parametrio, y plasmocitoma extranodal (I) en cérvix uterino. El estudio inmuohistoquímico permitió la correcta tipificación y clasificación de los linfomas. En un caso de linfoma folicular, el estudio molecular descartó la presencia del perfil mutacional del linfoma de centro folicular primario cutáneo. En todos los casos, el análisis de la médula ósea fue negativo (biopsia y aspirado). El estudio de extensión (PET) descartó la afectación ganglionar sistémica. En un caso se detectó al diagnóstico, afectación simultánea hepática y ósea. Todas las pacientes siguieron pautas de tratamiento basadas en Rituximab combinado con otros fármacos, con remisiones completas tras 6 ciclos de tratamiento. Se tiene seguimiento de 3 casos (3 meses- 12 años). La paciente del linfoma marginal recayó en pared de vejiga a los 7 años, con nueva remisión tras tratamiento, sin nueva recaída 5 años más tarde.

CONCLUSIONES: Los LETGF suelen presentarse con síntomas ginecológicos y masas sólidas en el tracto genital femenino. La cirugía o la biopsia es la forma de obtener el diagnóstico patológico correcto. Es relevante incluir en el diagnóstico diferencial de tumores ginecológicos, la posibilidad de una neoplasia hematológica. Hacer un diagnóstico preoperatorio preciso es de suma importancia para evitar cirugías ginecológicas radicales. En nuestra serie, las características morfológicas e inmuofenotipo de los LETGF no difieren de los mismos tipos sistémicos.

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL LOCALIZADO EN CUERPO UTERINO: “LESIÓN EN SALTO”. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mendizabal Cajal, Daniela; Cabezas Macián, María; Herrero Aguilar, Ivet; Puchaicela Godoy, María Gabriela

Presentador: Mendizabal Cajal, Daniela

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma endocervical es un tumor en aumento en las últimas décadas. El tratamiento de elección es quirúrgico. En la quinta edición del sistema de clasificación WHO de tumores ginecológicos (año 2020) se describió un nuevo grupo de adenocarcinomas HPV-independiente, menos frecuente pero con relevancia clínica por su peor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de paciente de 61 años que consulta por metrorragia de 20 días de evolución. La resonancia magnética identificó un tumor sólido de 24 x 18 mm, que ocupaba la práctica totalidad de la cavidad uterina. Se realizó biopsia histeroscópica con resultado diagnóstico de carcinoma endometrial de alto grado con mutación de p53. Se remitió el caso a un centro especializado para estudio NGS, y tras revisar el caso, el diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma de alto grado con p53 wild-type y expresión de p16 difusa “en bloque” sobre pólipos compatible con origen endocervical.

En el comité de Tumores Ginecológicos de nuestro centro, se aprobó la intervención quirúrgica con estudio intraoperatorio de biopsia selectiva de ganglios linfáticos pélvicos bilaterales, cuyo resultado fue negativo. La cirugía se completó con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral.

RESULTADOS: Descripción macroscópica: lesión polipoide centrada en cuerpo uterino, con base ancha, blanquecina de 2.6 x 1.7 cm. La lesión no infiltraba miometrio. No se identificaron alteraciones en canal cervical.

Descripción microscópica: las secciones histopatológicas demostraron una lesión exofítica revestida por epitelio cilíndrico con características morfológicas y fenotípicas de tipo endometrial. Sin embargo, las glándulas tumorales subyacentes, mostraron un fenotipo compatible con origen cervical, con expresión positiva difusa de p16 (tinción en bloque) y resultado negativo para vimentina, sobre estroma endometrial CD10 positivo. A pesar de realizar una inclusión completa del cuello uterino, no se identificaron lesiones. El estudio mediante PCR, no detectó HPV.

El diagnóstico definitivo fue: Adenocarcinoma de cérvix HPV independiente, NOS. Adicionalmente, se identificó una mutación en el gen BRCA1.

CONCLUSIONES: Las lesiones “en salto” de adenocarcinomas con fenotipo cervical localizados en cavidad endometrial son muy infrecuentes. Al igual que en nuestro caso, se han descrito en la literatura tumores que se presentan sobre pólipo endometrial sin evidencia de compromiso cervical. Asimismo, existen reportes de afectación discontinua en las trompas asociada a este fenómeno. Por otro lado, la sobreexpresión de p16 en algunas neoformaciones cervicales, no se debe a la acción de las proteínas virales oncogénicas del HPV, sino a una alteración del eje p16 inK4a-CDK4/6-Rb causado por otros mecanismos como alteraciones numéricas cromosómicas (pérdida del cromosoma 13, ganancia del cromosoma 9), hipermetilación del promotor p16InK4a-CDKN2A, mecanismos epigenéticos, alteraciones que puedan generar daño en el DNA o stress celular, alteran ese eje y van a dar lugar a esa sobreexpresión en el estudio inmunohistoquímico de p16, siendo el resultado negativo para HPV (independiente).

El diagnóstico de lesiones en salto o “skip lesion” requiere un estudio exhaustivo de la pieza quirúrgica con inclusión total de cuello uterino, estudio inmunohistoquímico para caracterizar el tumor y análisis molecular.

EL PAPEL DEL GENOTIPADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES ASC-H

Larrubia Loring, Mónica; Molina Álvarez, Andrea; Pérez Muñoz, Francisco; Clavé Safont, Sergi; Kanjou Auge, Nadwa; Serrano Munne, Laia; Santiago Díaz, Pablo; Ara Mancebo, Xavier; Sánchez Güerri, Ignacio; Lloveras Díaz, Belén; Vázquez De Las Heras, Ivonne

Presentador: Larrubia Loring, Mónica

SERVICIO DE PATOLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cribado de cáncer de cérvix (CC) se basa en la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en la citología mediante Cobas®, dado que la infección persistente se considera necesaria para el desarrollo de la mayoría de las lesiones precancerosas y del CC. Este test detecta 12 genotipos de VPH-AR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) pertenecientes al grupo 1, a uno del grupo 2A (68) y uno del 2B (66).

Un tercio de las pacientes con HSIL presentan infección por más de un VPH-AR y el 5% de éstas por >3. En ASC-H hasta un 25% de los casos habría implicado más de un HPV-AR. Aunque las coinfecciones por diferentes VPH-AR no se relacionan con más riesgo de CC, es posible que la conducta clínica en estos casos requiera controles más estrechos ya que el genotipado detectaría aquellos otros VPH-AR 2B que presentan Odds-Ratio significativas de desarrollo de CC y que no son detectados con Cobas®. Por tanto, el objetivo de este estudio consiste en valorar si la realización de un genotipado extendido en las pacientes con ASC-H Cobas®(+) aportaría información adicional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y descriptivo desde Agosto 2024 hasta la actualidad, de casos con diagnóstico ASC-H Cobas®(+). Se solicitó genotipado con el test Allplex HPV28 Detection que detecta VPH-AR adicionales a Cobas®: VPH-AR: 26, 53, 69, 73, 82 y VPH de Bajo Riesgo (VPH-BR): 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61 y 70.

RESULTADOS: Se han identificado 24 pacientes. El motivo de la citología fue cotest por VPH+ previo en 15, principalmente HPV-AR no16no18 (10/15). En 11/24 casos se detectaron >1 VPH-AR. El genotipado aportó información adicional a Cobas® en 14/24 casos: en 3 detectó únicamente otros VPH-AR, en 8 únicamente VPH-BR y en 3 VPH-AR y BR. Los VPH-AR más informados fueron el 53 seguido del 73. Disponemos de biopsia de 13 pacientes, y 7 presentan HSIL (2 de ellos en relación a VPH 16 combinado con otros VPH-AR). Los 6 pacientes restantes, presentan LSIL. La citología posterior de 12 pacientes (a los 3 meses), no detecta lesión en 10 (siendo 3 ASCUS) y detecta lesión LSIL en 2.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, en el 46% de los casos se detectó >1 VPH-AR. El genotipado aportó información adicional en el 58% de los mismos, siendo el VPH-AR más detectado el 53. Se requiere seguimiento para evaluar el impacto clínico del genotipado en ASC-H.

ENDOMETRIOID CARCINOMA CAN ARISE OVER ENDOMETRIOSIS

Feito Perez, Jorge; Martín Sanz, Raquel; Sánchez Vázquez, Laura
Presentador: Feito Pérez, Jorge

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Endometriosis is a common benign choriostoma, defined by the presence of endometrial glands (including endometrial stroma). It can be present over several anatomical regions, being the ovary the most common place of endometriosis, representing the 75% of cases. Other common locations are the digestive tube or abdominal soft tissues including the navel. It is assumed that endometriosis is an estrogen dependent benign condition and not a predisposing condition in the development of malignancy.

MATERIAL Y MÉTODOS: It is presented the case of a 41-year-old woman who consulted the emergency department for abdominal pain and obstructive symptoms after some days. The initial CT evaluation of the patient demonstrated marked colonic distension with fecal content, and also the presence of 5 cm stenosed segment, associated with circumferential mural thickening of the gastric wall. Colonoscopy suggested inflammatory changes with no mucosal abnormalities. The resection piece of the sigmoid colon measured 22 cm length, and included a metallic stent over an 8 cm segment. Several enlarged lymph nodes were noted. The inspection revealed an irregular surface below the stent; after sampling, the colonic wall had a fibrous appearance, without definite neoplastic masses.

RESULTADOS: The histological study showed a widespread glandular proliferation extending along the stenotic segment, affecting the subserosal and muscular layers. These glands had regular contours and were surrounded by inflammatory cells, giving a benign appearance. However, the described glands were in contact with an atypical glandular proliferation extending from submucosa to subserosa. The atypical glands had no evidence of mucosal involvement. Immunohistochemistry demonstrated a positive reaction for PAX8 and CK7 in the neoplastic glands, being negative hormonal receptors, CK20 or CDX2; the surrounding endometriosis was positive for hormonal receptors and had evidence of a CD10+ stroma. 32 lymph nodes were identified, one of them with a cystic endometriotic deposit and 4 with metastatic carcinoma.

CONCLUSIONES: Despite endometriosis has always been described as a benign condition with no propensity to malignant degeneration, here we present a case of genuine malignant transformation. This tumor has immunohistochemical evidence of endometrioid nature, and was in contact with a benign endometriosis. After two years, the patient is alive, but a hepatic nodule of endometrioid carcinoma was resected. With this experience, we think endometriosis has a malignant potential, and should be surgically removed in all cases.

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE CÉRVIX, HPV INDEPENDIENTE

Guncay Morocho, Tania Patricia; Morante Palacios, María Claudia; Khedaoui Smali, Radia
Presentador: Guncay Morocho, Tania Patricia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los adenocarcinomas del cérvix uterino son un tipo de tumor raro, representa alrededor del 5-10% del total de los tumores en esta localización y, dentro de todos estos, los de células claras (ACCC) suponen el 4%. Este tipo de tumor afecta preferentemente a mujeres postmenopáusicas, aunque también se da en mujeres jóvenes con antecedentes de exposición en el periodo prenatal al dietilestilbestrol. El factor pronóstico más importante es el estudio tumoral, por lo que un diagnóstico precoz influye de manera notoria en la supervivencia de las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 64 años, con antecedentes de conización cervical hace 27 años por CIN III, que acudió a consulta para control de rutina con citología cervicovaginal. Se realizó colposcopia y legrado endocervical con estudio del virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR en Cobas 4800.

RESULTADOS: El estudio colposcópico resultó adecuado. La citología mostró una atipia glandular endocervical. El legrado endocervical se informó como adenocarcinoma endocervical y el estudio de VPH fue negativo. Se realizó una histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica bilateral. Macroscópicamente se identificó una lesión ulcerada y mal delimitada en toda la circunferencia cervical. El estudio microscópico de la pieza mostró una proliferación neoplásica endocervical maligna con un patrón túbulo-quístico, revestidos por una sola capa de células con núcleos hiper cromáticos y citoplasma claro/eosinófilo y algunas células "en tachuela". La inmunohistoquímica resultó positiva para EMA, Napsina y p16 con un Ki67 de 30%. No se evidenció metástasis ganglionar. El diagnóstico histológico fue de adenocarcinoma cervical de células claras con bordes libres.

CONCLUSIONES: El ACCC es una neoplasia glandular maligna compuesta de células claras o eosinofílicas con patrones variables, incluidos los sólidos, túbulo-quísticos o papilares. La distribución por edad es bimodal, con un primer pico entre 17 y 37 años y un segundo pico entre 44 y 88 años. Puede ser difusamente positivo para p16 a pesar de la ausencia de infección por VPH de alto riesgo. El tratamiento estándar es la histerectomía radical junto con linfadenectomía pélvica bilateral, añadiendo radioterapia posterior si la cirugía es incompleta. El estado ganglionar es el principal factor pronóstico.

REACCIÓN DECIDUAL ECTÓPICA OVÁRICA, ESTROMAL Y SUBSerosa, Como simulador de Neoplasia

Ranea Jimena, Sergio Antonio; Tirado Pascual, Mónica; Nieto Vallejo, Sixto Manuel; León Dionis, Mateo; González García, Jesús; García Aguilera, Ana Isabel
Presentador: Tirado Pascual, Mónica

HOSPITAL DE SANTA ANA. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 36 años, gestante, a la que en ecografía del segundo trimestre se le detecta una formación sólido-quística anexial derecha de 62 x 27 mm, con contenido ecogénico y múltiples polos sólidos. Presenta vascularización score 3 y vasos de baja resistencia, sospechosos de neoplasia. En RMN de pelvis se identifica un área central quística de 47 mm, con alta intensidad en T1, que sugiere contenido hemático o altamente proteico y con nodulaciones sólidas. La RMN apunta como posible diagnóstico un endometrioma, pero sin poder descartar malignidad debido a la existencia de nodulaciones sólidas. Se presenta el caso en comité obstétrico y, pese a que los marcadores tumorales están dentro de valores normales (Ca125 normal e índice ROMA bajo), dada la alta sospecha en las pruebas de imagen preocupa la posibilidad de una neoplasia y se decide cirugía durante la gestación. Ésta tiene lugar en semana 22+5 y por la localización de los anejos (a nivel del fondo de saco de Douglas y cercanos al cérvix) se realiza por vía laparotómica y no laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: La pieza de anexectomía incluye una formación ovárica de 6´5 x 4´5 cm y una trompa de 5´5 x 1 cm. La superficie ovárica es irregular, congestiva y mamelonada y con estructuras de aspecto pseudopapilar y/o adherencia. Al corte se aprecian varias formaciones quísticas de diámetros variables, una de las cuales se recibe rota. La superficie interna de dichos quistes es edematosa, con aspecto en empedrado y con restos hemorrágicos en su superficie. En el examen microscópico se aprecian sábanas de células grandes poligonales, con abundante citoplasma eosinófilo, sin atipia nuclear. Estas células son positivas para progesterona y CD10 y negativas para queratina AE1-AE3.

RESULTADOS: Sin componente glandular asociado, el diagnóstico final fue de reacción decidual ectópica ovárica a nivel estromal y subseroso.

CONCLUSIONES: La reacción decidual ectópica es un proceso relativamente frecuente a lo largo del embarazo, que con frecuencia pasa desapercibido ya que son raras las ocasiones en que se evidencian nódulos macroscópicos. La peculiaridad de nuestro caso es la presencia y acumulación de nódulos subserosos a nivel anexial que, junto con otro componente estromal más profundo, generaron una imagen sospechosa de malignidad difícil de asumir pese a la negatividad de los marcadores tumorales. La reacción decidual ectópica se distingue fácilmente de la endometriosis por la ausencia de componente glandular asociado. Puede resultar evidente a partir del segundo mes de embarazo y es un fenómeno benigno que regresa progresivamente cuando finaliza la gestación. Pueden verse reacciones deciduales ováricas en otros contextos tales como en la enfermedad trofoblástica, tratamientos con progestágenos, en la vecindad de un cuerpo lúteo y en asociación con tumores productores de hormonas ováricas y suprarrenales. Se ha descrito que la radioterapia previa podría actura como factor predisponente, al aumentar la sensibilidad de las células ováricas a la estimulación hormonal. A nivel clínico, algunos casos de reacción decidual peritoneal extensa pueden plantear también problemas de diagnóstico diferencial con un mesoteliooma.

IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA AUTOMATIZADA PARA LA DETECCIÓN DE GENOTIPOS DE VPH DE ALTO RIESGO E INCORPORACIÓN EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX

Freire Salinas, Javier; García-Berbel Molina, Maria Pilar; Secadas Diaz, Victor; Gómez Román, José Javier
Presentador: Freire Salinas, Francisco Javier

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Este estudio evalúa la implementación de una plataforma de cribado de cáncer de cérvix en Cantabria, combinando la validación técnica de la tecnología automatizada para la detección de genotipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo con su integración en un programa de salud pública basado en autocitología y sistemas de información interconectados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre junio y septiembre de 2024, la Dirección General de Salud Pública de Cantabria llevó a cabo una prueba piloto de cribado poblacional, enviando 3.002 invitaciones vía SMS a mujeres de Santander, Laredo, Torrelavega y Reinosa. Se obtuvo una tasa de aceptación del 37%, tras la cual las participantes recibieron un dispositivo de autocitología, que entregaron en su centro de atención primaria para su análisis en el centro de referencia de biología molecular. El flujo de trabajo incluyó la detección primaria de VPH con reevaluación citológica en casos positivos y colposcopia en aquellos con hallazgos sospechosos.

RESULTADOS: Paralelamente, se realizó la validación técnica del sistema Anyplex™ II HPV HR Detection (Seegene) en comparación con la técnica Clart HPV, evaluando sensibilidad y especificidad analítica respecto a la citología. Se procesaron 400 muestras en ambos sistemas, identificando una sensibilidad mejorada con la tecnología automatizada en la detección de ciertos genotipos de alto riesgo. En un análisis adicional con 1.450 muestras clasificadas por citología, la automatización permitió detectar 98 casos positivos sin lesiones morfológicas visibles, demostrando su capacidad para la detección temprana. Además, el sistema automatizado redujo el tiempo de procesamiento manual de 90 a menos de 15 minutos por placa completa de 96 muestras.

CONCLUSIONES: La plataforma de cribado se integró con los sistemas de salud del Servicio Cántabro de Salud (SCS), permitiendo el registro en tiempo real y la optimización del seguimiento de las participantes. La combinación de una estrategia de cribado basada en autocitología con tecnología automatizada de alta sensibilidad ofrece una alternativa eficiente y replicable para mejorar la detección temprana del cáncer de cérvix y su integración en programas de prevención a gran escala.

REACCIÓN GRANULOMATOSA PERITONEAL A QUERATINA EN NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS Y SU IMPLICACIÓN PRONÓSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Fernández, Laura; Dawid De Vera, María Teresa; Melguizo García, Verónica; Ortega Jiménez, María Victoria
Presentador: Gómez Fernández, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (UGCI)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La reacción granulomatosa peritoneal a queratina es una afección infrecuente asociada a infecciones, cirugías previas y neoplasias ginecológicas. En estas últimas, se ha descrito como un hallazgo asociado a carcinomas endometrioides, tanto de endometrio como de ovario. Otras asociaciones descritas son adenomioma polipoide atípico y quistes dermoides rotos, teratomas rotos y metaplasia escamosa peritoneal asociada a diálisis renal intraperitoneal. La localización más frecuente de estas lesiones es en la superficie ovárica, seguida de la serosa tubárica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 54 años con HTA y DM tipo 2, en seguimiento por quiste anaxial izquierdo de 23 mm. En RM de control se observa crecimiento de la lesión anexial de 13 cm, de aspecto sólido-quístico, con restricción a la difusión, así como líquido ascítico libre y engrosamiento peritoneal. Los marcadores tumorales fueron CA125 2338,9, CA 15-3 50,8 y CA 19.9 5337,1. Durante la cirugía de estadificación, se identifican múltiples implantes sobre la serosa intestinal, que se remiten a Anatomía Patológica para su estudio intraoperatorio. Posteriormente se remite la pieza de histerectomía y doble anexectomía para estudio definitivo.

RESULTADOS: Se recibe una pieza de ooforectomía izquierda de 17x12 cm con cápsula rota que presenta una lesión papilar de 15 cm y áreas de necrosis. El ovario derecho (OD), de 3,5x1,5 cm, presenta implantes en superficie y, al corte, muestra una lesión quística de 5,5 cm. La pieza de histerectomía presenta un nódulo calcificado en parametrio izquierdo. Se reciben múltiples implantes peritoneales, de hasta 1,9 cm de diámetro máximo, así como epilón, ligamento redondo y apéndice cecal. Microscópicamente, la lesión ovárica corresponde a un carcinoma endometriode, grado 2 de la FIGO, de 15 cm con diferenciación escamosa y queratinización abundante que rompe la cápsula. Se identifica extensa reacción giganto celular y mesotelial reactiva secundaria al depósito de queratina sobre la superficie de ambos anejos, útero y fragmentos peritoneales resacados. No se evidencian células tumorales en el interior de los granulomas.

CONCLUSIONES: El 25% de los carcinomas endometrioides muestran diferenciación escamosa. La reacción granulomatosa peritoneal a queratina secundaria a estas neoplasias, no influye en la estadificación ni en el pronóstico de estas pacientes. Aunque el número de casos reportado es limitado, se han demostrado excelentes tasas de supervivencia en estas pacientes; por lo que este hallazgo no se considera una afectación metastásica por el tumor. En los excepcionales casos reportados en los que se identifican células neoplásicas dentro de los granulomas de queratina, estos sí se consideran focos metastásicos, aunque el pronóstico en estos casos no está establecido. Macroscópicamente, se asemejan a nódulos de aspecto tumoral propios de la carcinomatosis peritoneal, lo que dificulta el diagnóstico. Microscópicamente, se caracterizan por presentar granulomas compuestos por queratina laminada con células escamosas en fantasma junto a una reacción histiocitaria giganto celular de tipo cuerpo extraño. En casos de carcinoma localizado en endometrio, se ha propuesto la vía transubárica como el mecanismo de propagación hacia el peritoneo. En los casos de CE ováricos, se ha postulado que la rotura de la cápsula ovárica favorece la implantación de las células en el peritoneo. La paciente se encuentra en seguimiento por Oncoginecología, con respuesta completa y sin recidiva radiológica.

SARCOMA EPITELIOIDE DE TIPO PROXIMAL, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE DENTRO DEL GRUPO DE NEOPLASIAS VULVARES CON DÉFICIT DE INI-1. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Pestana Soares, Carlos; Álvarez Álvarez, María; Cairns Roa, James; Suárez Gauthier, Ana; Idrovo Mora, Franklin; Prieto Potin, Ivan
Presentador: Pestana Soares, Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones en SMARCB1 (INI-1) se han descrito en más del 90 % de los sarcomas epitelioides, tanto en el tipo clásico como en el tipo proximal, y en otros tumores, que incluyen los carcinomas medulares renales, tumores malignos epitelioides del nervio periférico, carcinomas mioepiteliales y condrosarcomas mixoides extraesqueléticos.

En vulva, el sarcoma epiteloide de tipo proximal es muy poco frecuente, con aproximadamente 50 casos reportados en la literatura. Asimismo, también se han descrito en esta localización carcinomas mioepiteliales.

Al presentar ambos pérdida de SMARCB1 (INI-1), y características morfológicas e inmunofenotípicas que se solapan, suponen un reto diagnóstico distinguirlas.

Presentamos un caso de sarcoma epiteloide vulvar de tipo proximal con sus caracterización morfológica, inmunohistoquímica y molecular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 30 años con un bultoma vulvar de 3 cm; se realiza una ecografía y se orienta clínicamente como un lipoma; el resto del examen físico ginecológico no mostró alteraciones relevantes, por lo que se decide la resección quirúrgica de la lesión.

RESULTADOS: Los cortes histológicos de la neoplasia muestra entre otras características un patrón nodular con células de morfología rabdoide/epiteloide con atipia y presencia de figuras de mitosis. En el estudio inmunohistoquímico las células mostraron pérdida nuclear de SMARCB1 (INI-1), positividad focal para CKAE1/AE3, CK8, CD56, CD34, Sinaptofisina, SALL4, GFAP y positividad difusa para vimentina, EMA y GATA-3. Actina músculo liso y S-100 fueron negativos.

Ante el solapamiento en algunas de sus características con el carcinoma mioepitelial se solicitó un oncopanel de RNAseq (NGS) con el fin de determinar sobre todo la presencia/ausencia de reordenamientos de EWSR1, descritos en un 45 % de carcinomas mioepiteliales de partes blandas. En nuestro caso no se identificó ninguna alteración.

Finalmente el resultado morfológico, junto al inmunofenotipo y el estudio molecular fueron concordantes con un Sarcoma epiteloide de tipo proximal.

CONCLUSIONES: El sarcoma epiteloide es una neoplasia de partes blandas poco frecuente y de comportamiento agresivo. El tipo proximal suele tener predilección por zonas axiales del organismo como el tracto genital. A nivel terapéutico suelen manejarse con exéresis quirúrgica si está localizado y el rol del tratamiento radioterápico y quimioterápico es todavía controvertido.

Para su diagnóstico, es esencial un patrón de crecimiento difuso o nodular con presencia de células epitelioides junto a algún grado de positividad para queratinas, EMA y CD34 y pérdida de expresión de SMARCB1 (INI-1).

En vulva, es importante diferenciarlo del carcinoma mioepitelial, otra entidad poco frecuente pero que comparte algunas características, incluyendo pérdida de SMARCB1 (INI-1).

En este sentido, determinar la presencia de reordenamientos de EWSR1 puede ser de utilidad, ya que, de estar presente, se asocia a carcinomas mioepiteliales. Asimismo, recientemente se ha descrito la activación de la vía de GATA-3 en los sarcomas de tipo proximal, postulándose como un posible biomarcador diagnóstico.

Nuestro caso, con positividad difusa para GATA-3, corrobora lo recientemente descrito, por lo que su incorporación en el panel inmunohistoquímico de estos tumores nos parece de utilidad para un diagnóstico más específico de esta entidad.

COMPARACIÓN DE NGS E IHQ EN LA EVALUACIÓN DE PTEN, ARID1A Y TP53 EN ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO

Oliver Sanmartín, Laura; Carrillo Serrano, Noelia; Carvajal García, Nerea; Zazo Hernández, Sandra; Pérez Buira, Sandra; Borregón Caselles, Jennifer; López Sánchez, Almudena; Pérez González, Nuria; Manso Alonso, Rebeca; Suárez Gauthier, Ana
Presentador: Oliver Sanmartín, Laura

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma endometriode (AE) de endometrio es el subtipo más común de cáncer endometrial. La identificación de biomarcadores moleculares ha permitido la clasificación molecular de este tipo tumoral pudiendo predecir el pronóstico así como determinar su manejo terapéutico. La clasificación molecular puede aplicarse en la clínica mediante un algoritmo subrogado, que incluye la IHQ de p53 y de las proteínas reparadoras de DNA junto al estudio molecular de POLE, PTEN y ARID1A son de utilidad diagnóstica, para diferenciar sobre todo entre AEs de alto grado y carcinomas serosos.

Este estudio se propone comparar los resultados obtenidos mediante IHQ de TP53, ARID1A y PTEN con los resultados en NGS en 23 casos de AE. Se completará la cohorte hasta 92 casos para la estadística final.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 92 casos de AE de endometrio del año 2024. Se llevó a cabo la IHQ para TP53, ARID1A y PTEN, siguiendo protocolos estandarizados. La expresión de TP53 se consideró alterada (mutado) en la presencia de una sobreexpresión nuclear, ausencia de expresión (null) o en presencia de tinción citoplasmática. La ausencia de ARID1A se consideró como una pérdida de expresión nuclear y la pérdida de PTEN como la falta de expresión citoplasmática. Para la NGS, se utilizó un panel de 59 genes (ActionOncoKit DX) que incluyó los genes TP53, ARID1A y PTEN. Los resultados de IHQ se compararon con los de NGS, y se evaluó la concordancia entre ellos.

RESULTADOS: De los 22 casos, 10 mostraron alteración de TP53 por IHQ y mutación por NGS, mientras que 11 presentaron IHQ negativa y NGS TP53 WT. La concordancia entre ambos métodos fue del 95.5%. En el caso de PTEN, se observó pérdida de expresión por IHQ y mutación de PTEN en 9 casos, mientras que en 8 casos se detectó expresión conservada y NGS PTEN WT. La concordancia entre IHQ y NGS fue del 77.2%. Finalmente, para ARID1A, se identificaron 3 casos con pérdida de expresión en IHQ y mutación por NGS, mientras que 11 casos fueron negativos para IHQ y WT para NGS. La concordancia entre ambos métodos fue del 63.6%.

En relación con las discrepancias entre IHQ y NGS para ARID1A, la mayoría de las mutaciones detectadas son terminadoras en el exón 20 sugiriendo que esta parte final de la proteína no está siendo reconocida por el anticuerpo de ARID1A y por este motivo se muestra una expresión conservada de la proteína.

En el caso de TP53, los dos casos que discrepan pueden ser debidos a una baja frecuencia de la mutación en la NGS que no sería detectable en la IHQ.

En el caso de PTEN existe una alta concordancia entre IHQ y NGS cuando las mutaciones son de tipo terminadoras mientras que se ha detectado que las mutaciones puntuales R130Q y R130Q, que afectan a dominio TK dan una IHQ conservada quizás debido a que el AC reconoce del dominio C-term, conservado en esta alteración.

CONCLUSIONES: La IHQ de TP53, ARID1A y PTEN en general muestran una buena concordancia con los resultados de NGS, especialmente TP53. En este estudio hemos identificado ciertas mutaciones concretas que podrían explicar la discrepancia observada entre ambos métodos. La combinación de IHQ y NGS mejorara por tanto el diagnóstico y el pronóstico de las pacientes con AE, permitiendo una mejor personalización del tratamiento y una mejor comprensión de las alteraciones moleculares asociadas con AE.

CARCINOMA BASOCELULAR EN LA VULVA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lopez Gil, Elena Patricia; Pérez Gallego, Lucía; Horstmann Sendagorta, Mónica; Suárez Mansilla, Paula; González Obeso, Elvira; García Lagarto, Elena; Pérez Martín, Elena; Oyarzún Bahamonde, Elda; Pérez Rodríguez, Álvaro; Martínez García, Gerardo; Alvarez-Quiriones Sanz, María
Presentador: López Gil, Elena Patricia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células basales o basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más común de la piel, representando el 75% de los cánceres de piel no melanoma. Sin embargo, es inusual que se localice en la vulva, representado 2-3 % de todos los cánceres de vulva y < 1 % de todos los CBC. El factor de riesgo más importante es la exposición solar. Otros factores son el color de piel claro, la aplicación de rayos UVA, la radiación ionizante de uso médico y la inmunosupresión.

El CBC en la vulva fue descrito por primera vez por Temesvary en el año 1926. Se observa predominantemente en mujeres caucásicas post-menopáusicas, con una edad media de 70 años. La ubicación más común es el labio mayor, seguido del clítoris. Se trata de un tumor de crecimiento lento que se origina en las células basales de la epidermis o del folículo piloso.

El pronóstico de esta entidad es excelente, presentando raramente metástasis linfática o hematológica. Sin embargo, destaca la considerable tasa de recurrencia local del 21%, por lo que el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 61 años derivada al servicio de Ginecología de nuestro hospital con diagnóstico anatomopatológico en otro centro en una biopsia incisional previa de carcinoma escamoso asociado a HPV en labio mayor izquierdo (estadio IA), sin signos de diseminación a distancia. Se realiza exéresis amplia de lesión vulvar y se remite pieza quirúrgica a nuestro servicio de Anatomía Patológica para estudio.

RESULTADOS: Se recibe en formol pieza de resección de mucosa vulvar de color marrón oscuro que mide 3,2 x 3x 2 cm y que viene orientada con un hilo largo en margen superior y 2 hilos cortos en el margen externo. En la parte central muestra una lesión blanquecina sobre elevada que mide 1,5 x 1,2 cm que se encuentra a alejada de los márgenes quirúrgicos.

Histológicamente la lesión descrita se corresponde con una proliferación de células basaloideas dispuesta en forma de nidos de contorno expansivo que dependen de la capa basal epidérmica, que dejan epitelio escamoso de la mucosa libre de afectación entre los entre sí, que de manera focal infiltran la dermis superficial, con un ligero infiltrado inflamatorio linfocitario asociado y mínima respuesta fibrodsmoplásica. Con técnicas de inmunohistoquímica la proliferación descrita expresa BERP-4, bcl-2, p63, p16 parcheado y un índice proliferativo en la empalizada periférica de los nidos de bajo porcentaje.

Se concluye que la imagen es morfológica e inmunohistoquímicamente es compatible con un epiteloma basocelular de patrón superficial multicéntrico.

CONCLUSIONES: Pese a que la vulva es una localización muy poco frecuente de esta entidad, el CBC debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones que podemos encontrar en esta área, especialmente cuando se realizan biopsias de pequeño tamaño. Particularmente, se debe realizar con el carcinoma escamoso vulvar, ya que presentan características clínicas comunes como la edad avanzada y la localización frecuente en los labios mayores.

Las características histológicas del CBC en la vulva son idénticas a las del CBC que se presenta en otras localizaciones de la piel. El perfil típico de inmunohistoquímica del CBC es de tinción para los marcadores BCL2 y BER-EP4, permitiendo diferenciarlo del carcinoma escamoso que no expresa BER-EP4.

Por último, después del tratamiento quirúrgico y debido a la alta tasa de recurrencia local descrita, se recomienda seguimiento a corto-medio plazo.

AFECCIÓN OVÁRICA Y PERITONEAL POR TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS CON ARQUITECTURA SÓLIDO-QUÍSTICA

Preda, Ovidiu; De Cabanyes Candela, Sara S; Talavera Rodríguez, Paloma

Presentador: Preda, Ovidiu

UGC PROVINCIAL INTERCENTROS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE GRANADA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas (TDCPR) es un sarcoma primitivo de alto grado típicamente asociado a un estroma desmoplásico prominente, diferenciación polifenotípica y la fusión característica EWSR1:WT1. El TDCPR tiende a desarrollarse en la cavidad abdominopélvica de varones jóvenes, y la mayoría se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad. Debido al predominio masculino, la rara afectación abdominal u ovárica de mujeres jóvenes representa un desafío diagnóstico. Aunque la presencia de desmoplasia es característica, la variante puramente sólida del TDCPR lo hace aún más difícil de reconocer, con pocos casos publicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente con afectación extensa de los ovarios y de la cavidad peritoneal por un TDCPR, crecimiento sólido puro sin evidencia de estroma desmoplásico prominente. Se revisan los hallazgos morfológicos, inmunohistoquímicos y moleculares de la neoplasia.

RESULTADOS: Paciente de 45 años que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de un mes de evolución. El examen radiológico demuestra abundante cantidad de ascitis y carcinomatosis peritoneal ("omental cake"). Presencia de tumoración retrouterina sólida dependiente del ovario izquierdo y dos lesiones anexiales derechas de naturaleza quística. Durante el ingreso se produce deterioro progresivo con presencia de hemoperitoneo que requiere intervención quirúrgica objetivándose hemoperitoneo abundante y carcinomatosis peritoneal. Se remite el ovario izquierdo y muestras del omento y peritoneo para el diagnóstico anatomopatológico. El ovario presentaba tamaño levemente aumentado y al corte aspecto sólido quístico mientras que las otras piezas mostraban superficie de corte sólida con áreas hemorrágicas y friables. Microscópicamente, la neoplasia presenta arquitectura sólida, focalmente pseudopapilar, constituida por células ovoides-fusiformes, con escaso citoplasma, sin evidencia de estroma desmoplásico prominente. Los núcleos, relativamente uniformes, medianos-grandes, presentan atipia moderada, sin nucléolos visibles y actividad mitótica baja (1 a 3 mitosis por 10 cga). La neoplasia ovárica presenta abundante aspecto quístico-multinodular con varios nódulos tumorales sólidos que protruyen tanto en la cavidad quística como en la superficie del ovario. Se acompaña de una hiperplasia de células de Leydig estromales que se entremezclan con las células tumorales o se disponen en la periferia de los nódulos tumorales. Las células tumorales presentan tinción difusa con patrón perinuclear característico para la Desmina y tinción focal para EMA y las queratinas AE1-AE3. CD56 presenta tinción de membrana difusa mientras que los demás marcadores de cordones sexuales fueron negativos. CD99 presentó tinción débil; NKX2.2 al igual que WT1 específico del extremo N terminal, fueron negativos. El índice proliferativo fue de 60-70%. El estudio por hibridación in situ demostró la presencia de translocación del gen EWSR1 mientras que la secuenciación masiva, la fusión EWSR:WT1. La enfermedad siguió un curso agresivo con el fallecimiento de la paciente a 2 semanas de la intervención.

CONCLUSIONES: El caso actual presenta la afectación inusual del ovario y cavidad peritoneal por un TDCPR sólido. La ausencia de desmoplasia característica dificultó el diagnóstico siendo necesario un amplio panel de técnicas inmunohistoquímicas y moleculares para su correcto diagnóstico.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA SEROSO INTRAEPITELIAL TUBÁRICO

Muñoz Hernandez, Patricia; Conde Adán, Ana; Iacononi, Sara; Toledo Santana, Gemma

Presentador: Muñoz Hernández, Patricia

MD ANDERSON CANCER CENTER-MADRID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma seroso intraepitelial tubárico (STIC) se considera precursor del carcinoma seroso de alto grado extrauterino (HGSC). La frecuencia de detección de STIC según la presencia o no de mutaciones en BRCA, y según el protocolo del estudio anatomopatológico de las trompas. El manejo terapéutico de las pacientes tras el diagnóstico de STIC no es homogéneo, y la aparición posterior de HGSC varía entre un 4,5 y 27,5%. A raíz de una paciente BRCA+ con diagnóstico de STIC, que presentó una adenopatía inguinal con HGSC a los 28 meses de seguimiento, nos planteamos revisar los diagnósticos de STIC en nuestra institución, su incidencia, características morfológicas y la repercusión del diagnóstico en el manejo clínico-terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda retrospectiva de STIC en la base de datos de patología de nuestro centro, entre enero de 2015 y diciembre de 2024. Se excluyeron las pacientes con STIC asociado a HGSC al diagnóstico. Revisamos el protocolo anatomopatológico, los rasgos histológicos y los datos clínicos y de seguimiento de cada paciente. Comparamos nuestros datos con una revisión de la literatura de casos de STIC en ese mismo periodo de tiempo.

RESULTADOS: Detectamos 6 pacientes con diagnóstico de STIC en nuestro centro, con una edad media de 51 años (36 - 71). Cuatro pacientes fueron diagnosticadas tras salpingo-ooforectomía bilateral profiláctica (SOBP) por mutaciones en BRCA1-2. Las dos restantes fueron hallazgos incidentales en salpingectomía bilateral, una de planificación, y otra por endometriosis. En las SOBP se realizó sección y examen exhaustivo de las fimbrias (SEE-FIM), según protocolo. El STIC fue unifocal en cinco casos, multifocal en uno. En todos se analizó p53 y Ki67. En dos casos se realizó citología de lavado peritoneal, con resultado positivo para carcinoma en un caso. En un caso se realizó estadíaje quirúrgico. Ninguna recibió quimioterapia por el STIC. El seguimiento fue de 13 a 87 meses. Sólo una paciente (16,7%) de nuestra serie BRCA1+ desarrolló HGSC 28 meses después. En una paciente BRCA2+, en el estadíaje (PET) se detecta un carcinoma de páncreas concomitante al STIC. En una paciente se detectó tras el diagnóstico de STIC una mutación en línea germinal del gen CHEK2, asociado a cáncer de mama y ovario hereditario.

En la revisión bibliográfica, se encontraron 126 casos de STIC, uno con metástasis ganglionar ilíaca de HGSC posterior, similar al de nuestra serie. La incidencia de HGSC post-STIC varió entre un 4,5-27,5%. El protocolo SEE-FIM se realizó en la mayoría de los centros. La realización de citología de lavado pélvico fue frecuente. El manejo terapéutico y el seguimiento fue heterogéneo. La estadificación quirúrgica o la quimioterapia fueron decisiones de los comités locales; ninguno de estos casos presentó carcinomatosis peritoneal posterior.

CONCLUSIONES: Las pacientes con diagnóstico de STIC pueden desarrollar HGSC. Es fundamental no subestimar el diagnóstico de STIC realizando un estudio exhaustivo y una clasificación adecuada de todas las proliferaciones intraepiteliales tubáricas, incluyendo el STIL y la sobreexpresión de p53 en el epitelio tubárico. Los resultados y características de nuestra serie son similares a los descritos en la literatura. Clínicamente es recomendable hacer seguimiento, especialmente en pacientes con mutaciones de riesgo para cáncer de ovario. Se puede considerar la estadificación quirúrgica, aunque la observación es una opción. No hay datos suficientes para recomendar quimioterapia.

CONCORDANCIA ENTRE INMUNOHISTOQUÍMICA DE P53 Y SECUENCIACIÓN DE TP53 EN PACIENTES CON CARCINOMA DE ENDOMETRIO.

Salazar Huayna, Lourdes Elena; No Garbarino, Yessica; Sese Faustino, Marta; Castellví Vives, Josep; Ramón Y Cajal Agueras, Santiago; Hernández Losa, Javier

Presentador: Salazar Huayna, Lourdes

HOSPITAL UNIV VALL D'HEBRON. 5º ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Desde la última clasificación de tumores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el perfil molecular ha adquirido gran relevancia en el diagnóstico del carcinoma de endometrio debido a su implicación en el tratamiento y pronóstico del paciente. El subgrupo molecular p53 anormal presenta un factor de riesgo independiente para recaídas peritoneales y la tasa más alta de compromiso linfático. El objetivo de este estudio es evaluar la concordancia entre la inmunohistoquímica (IHC) de p53 y las mutaciones detectadas con la secuenciación de nueva generación (NGS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Las muestras diagnosticadas con carcinoma endometrial fueron analizadas mediante inmunohistoquímica (IHC) para p53 (Clon DO7_DakoCytomation) y su comparación con las mutaciones de TP53 detectadas mediante un panel dirigido de NGS (OncoPrint Comprehensive Assay v03 ThermoFisher) en Genexus. Todas las muestras incluidas en el estudio tenían un contenido tumoral superior al 30%. La p53 por IHC fue clasificada como tipo wild-type (WT) o anómala (sobrexpresión, patrón citoplasmático, o patrón nulo). El análisis mutacional de TP53 fue clasificado como mutado (SNVs, indels, alteraciones en el ARNm y reordenamientos estructurales) o WT. Se calculó el índice kappa (?) para evaluar la concordancia entre IHC y NGS, junto con la sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 88 pacientes, la edad media fue de 63,5 años (DE 13,20). Se observó una expresión anormal de p53 en 18 de los 88 casos, siendo la sobreexpresión el patrón más frecuente (n = 12), seguido del patrón nulo (n = 6). Se identificaron mutaciones en TP53 en 25 pacientes de 81 mediante NGS (incluyendo 12 SNVs y 3 indels). 7 casos fueron no valorables debido a la baja cantidad/calidad del ADN. Se encontraron nueve casos falsos negativos entre IHC y NGS. La concordancia global entre p53 IHC y TP53 NGS fue del 88,89% (? = 0,7108), indicando una concordancia sustancial. La sensibilidad fue 64% y la especificidad 100%.

CONCLUSIONES: La inmunohistoquímica de p53 muestra una alta especificidad (100%) y una concordancia sustancial con la NGS. Sin embargo, su sensibilidad limitada (64%) sugiere que algunas mutaciones de TP53 podrían pasar desapercibidas. Además, la NGS tiene la capacidad de identificar otras mutaciones asociadas a este subgrupo de pacientes, proporcionando una visión más completa del perfil genético del tumor. Esto resalta la importancia de complementar la IHC con análisis mutacionales adicionales de TP53 en casos seleccionados (preferiblemente mediante NGS), ayudando a mejorar la toma de decisiones clínicas y terapéuticas. Se necesitan estudios adicionales para establecer el papel pronóstico de las mutaciones de TP53 y otras co-alteraciones dentro de este subgrupo aberrante de p53.

MUTACIONES DE POLE EN EL CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO: INCIDENCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN TERCIARIA.

Espinosa Mariscal, Iñigo; D'angelo, Emanuela; Gallardo, Alberto; Prat, Jaime

Presentador: Espinosa Mariscal, Iñigo

HOSPITAL DE SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las mutaciones patogénicas de POLE (P286R, V411L, S297F, S459F, A456P, F367S, L424I, M295R, P436R, M444K, D368Y) se asocian a carcinomas ultramutados (232 × 1076 mutaciones por Mb) en los que, aparentemente, aumenta la respuesta inmune del huésped frente a las células tumorales. Los pacientes tienen un pronóstico excelente y podrían beneficiarse de un tratamiento conservador. Se ha recomendado el estudio de las mutaciones de POLE en todos los casos de carcinoma de endometrio. Sin embargo, no se conoce bien la incidencia de tales mutaciones ni sus implicaciones clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos 152 carcinomas endometrioides de endometrio (CEE) diagnosticados entre 2015-2024 en el Hospital de Sant Pau (Barcelona). En todas las pacientes se estudiaron las mutaciones patogénicas de POLE mediante secuenciación Sanger.

RESULTADOS: La distribución del grado histológico fue la siguiente: 75 (49%) carcinomas G1, 44 (29%) G2 y 33 (22%) G3. Cinco casos (5/152; 3%) tenían mutaciones de POLE, incluidos 2 G3, 2 G2 y 1 G1, todos ellos carcinomas en estadio IA. Las 2 pacientes con carcinomas G3 no recibieron tratamiento adyuvante y, en el último seguimiento, vivían sin evidencia de enfermedad.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de CEE, las mutaciones de POLE son raras (3%). Las pacientes con CEE grado 3, en estadio inicial, con mutaciones de POLE, que podrían beneficiarse de un tratamiento conservador representan solo el 1% de todos los casos. Por ello, creemos que el estudio de las mutaciones de POLE en todos los carcinomas endometrioides no está justificado.

EIN NO ES UN TÉRMINO ADECUADO PARA EVALUAR LAS LESIONES PRECANCEROSAS DEL ENDOMETRIO

Espinosa Mariscal, Iñigo; D'angelo , Emanuela; Prat , Jaime
Presentador: Espinosa Mariscal, Iñigo

HOSPITAL DE SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La clasificación de las lesiones precancerosas del endometrio del libro azul de la OMS de 2020, que reproduce la de 2014, equipara dos términos esencialmente distintos: a) hiperplasia endometrial atípica (AEH); y b) neoplasia endometrioide intraepitelial (EIN). Mientras que el primero se basa en la presencia o ausencia de atipia nuclear, el segundo considera cambios del epitelio glandular, entre los que no figura necesariamente la atipia nuclear, y subraya que el aspecto citológico de la lesión es distinto del endometrio circundante. La atipia nuclear es, sin duda, el factor determinante de la neoplasia endometrial y debería incluirse en futuras clasificaciones. De hecho, hemos demostrado recientemente que, en la hiperplasia endometrial, vale la pena graduar la atipia nuclear (grados bajo y alto) para determinar el riesgo subyacente de carcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Con el fin de responder a la pregunta de si la dicotomía hiperplasia atípica/EIN es adecuada para evaluar las lesiones precancerosas endometriales, estudiamos 23 biopsias de casos de hiperplasia endometrial atípica (AEH) de 23 pacientes, que posteriormente se sometieron a histerectomía, utilizando ambas definiciones terminológicas de hiperplasia atípica/EIN.

RESULTADOS: La mayoría de casos (20/23; 87%) mostraron complejidad arquitectónica y, como era de esperar, se clasificaron como EIN. En este grupo se incluyeron 10 AHE de bajo grado (LG) y 10 de alto grado (HG); los 3 casos restantes (3/23; 13%) no mostraron características de EIN. De las 10 pacientes con LG-AEH, ninguna tenía carcinoma o HG-AEH en la muestra de histerectomía, mientras que 5 (5/10; 50%) con HG-AEH en la biopsia también tenían HG-AEH en el útero y 1 (1/10; 10%) tenía carcinoma de grado 1 FIGO.

CONCLUSIONES: Cuestionamos la equivalencia de los dos términos/conceptos; es decir, AEH y EIN, porque creemos que son significativamente diferentes. Mientras que el término AEH es descriptivo y práctico, EIN es conceptual y de aplicación limitada en la rutina diaria. Por ello, no recomendamos la utilización diagnóstica del término EIN.

SEROUS TUBAL INTRAEPITHELIAL CARCINOMA (STIC) IS NOT FOUND IN THE MAJORITY OF CASES OF HIGH-GRADE SEROUS CARCINOMA.

Espinosa Mariscal, Iñigo; D'angelo , Emanuela; Gallardo , Alberto; Prat , Jaime
Presentador: Espinosa Mariscal, Iñigo

HOSPITAL DE SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Following the initial publications on STIC, the idea emerged that "all" high-grade serous carcinomas (HGSCs) originated in the fallopian tubes. However, neither the incidence nor mortality of ovarian cancer has decreased significantly since 2003, when prophylactic bilateral salpingectomies began to be systematically performed in cases of benign gynecological surgery.

MATERIAL Y MÉTODOS: In an effort to find out the real incidence of STIC, we studied 39 HGSC cases using the SEE-FIM (Sectioning and Extensively Examining the Fimbriated End) protocol for detailed microscopic study of the fallopian tubes.

RESULTADOS: Nineteen HGSCs (19/39; 49%) had a solid, pseudoendometrioid or transitional (SET) features and 20 (20/39; 51%) showed the classic morphology. Ten HGSCs (10/39; 26%) showed BRCA mutations and 28 (28/39; 72%) cases were considered to be homologous recombination deficient tumors. STIC was present in only 2 HGSCs (2/39; 5%); one with SET morphology, BRCA wildtype, and homologous recombination proficiency and the other exhibiting classic morphology, also with BRCA wildtype, but homologous recombination deficiency.

CONCLUSIONES: The majority of high-grade serous carcinomas are not associated with STIC. We believe that most cases of high-grade serous carcinoma originate in the ovary; consequently, the term "tubo-ovarian" carcinoma is inaccurate and, similarly, "uterine tube and peritoneum" would be inexact when addressing the future staging classification of ovarian cancer.

TUMOR UTERINO SEMEJANTE A TUMOR DE CORDONES SEXUALES OVÁRICO (UTROSCT): UN RETO DIAGNÓSTICO.

Suarez Sanchez, Maria Dolores; Ariza Estepa, Esperanza Macarena; Medina Pérez, Manuel

Presentador: Suárez Sánchez, Maria Dolores

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DEL ROCIO. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor uterino parecido al tumor del cordón sexual ovárico (UTROSCT) es una neoplasia uterina con patrones morfológicos que se asemejan a los observados en los tumores del cordón sexual ovárico, sin un componente de estroma endometrial reconocible. Se suelen localizar en cuerpo uterino o, en raras ocasiones, en cérvix, y su presentación habitual suelen ser mujeres de mediana edad, con sangrado vaginal o dolor pélvico, o incluso un hallazgo incidental. La patogénesis es incierta. Se han descrito reordenamientos que involucran a ESR1 o GREB1, con una variedad de parejas, incluyendo NCOA1, NCOA2, NCOA3, CTNNB1, NR4A3 y SS18. Son benignos, aunque con riesgo de recurrencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de unos 50 años, en seguimiento por ginecología por periodos de amenorrea y miomas uterinos, sin otras alteraciones. A la exploración se aprecia lesión excrecente polipoide, de unos 2,5 cm que asoma por OCE, y se extirpa mediante torsión con pinzas de anillas. Ante los hallazgos anatomopatológicos, se realiza un estudio de extensión y tras el estudio del caso en el comité multidisciplinar de ginecología oncológica se decide intervención quirúrgica de la paciente, consistente en histerectomía radical y doble anexectomía.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico de la pieza, se describe una masa excrecente pediculada de unos 3 cm dependiente de pared posterior, sin infiltrar miometrio, y varias formaciones intramurales de aspecto miomatoso de pequeño tamaño. Anejos sin alteraciones.

En el estudio histopatológico la tumoración polipoide, de márgenes expansivos sin infiltración miometrial, con una superficie proliferativa tipo papilar recubierta de epitelio mucinoso sin atipia franca. El estroma es muy heterogéneo, con áreas distinta densidad celular y una llamativa red vascular. La celularidad también presenta intensa heterogeneidad, tanto en el patrón de crecimiento, mostrando áreas de crecimiento en cordones o nidos, y a veces con un aspecto retiforme mixoide, como en la morfología celular, donde coexisten escasas glándulas endometriales normales, una población celular de mayor tamaño con citoplasma espumoso de contenido lipídico, y otras con citoplasma más escaso y eosinófilo, de aspecto rabdoide, sin atipia severa. No se identifican áreas de necrosis, invasión vascular ni figuras mitóticas. El inmunofenotipo con expresión para los marcadores de cordones sexuales (alfa-inhibina y calretinina, WT1, y focal Melan-A), marcadores epiteliales (CKAE1/AE3, no así para EMA, ck7/ck 20), marcadores de músculo liso (actina y caldesmon, no así para desmina, miogenina) y negatividad CD10.

En el estudio de transcritos de fusión mediante secuenciación masiva, utilizando el panel Sarcoma FusionPlex (Archer) se ha detectado la fusión ESR1ex3::NCOA3ex14. Todos los hallazgos tanto anatomopatológicos como moleculares son concordantes con un UTROSCT.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de UTROSCT puede suponer un desafío al tratarse de una entidad rara, de pequeño tamaño y con atipia leve y heterogeneidad histológica, pudiendo llegando incluso a pasar por metaplasias polipoideas al destacar la celularidad de contenido lipídico como nuestro caso. El principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta es el tumor del estroma endometrial con elementos similares a cordones sexuales, que contienen la fusión del gen JAZF1::SUZ12 (no presente en UTROSCT), que se tratase de una metástasis de origen ovárico, y otras variantes de neoplasias mesenquimales como leiomiomas, PECOMA o el leiomiোসарcoma.

LIPOLEIOMIOMA UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rezola Bajineta, Marta; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Ugaz Burrenca, Deborah; Ximena; Juaristi Abaunz, Arantxa; Rodríguez Velandia, Yessica; Paulina; Sobrevilla Guinea, Erlantz; Chico Alberdi, Uxue; Alvarez, Santamaria, Imanol; Echeverría Guiance, Alaia; Ormazabal Ansa, Maria Carmen

Presentador: Rezola Bajineta, Marta

HOSPITAL UNIVERVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El lipoleiomioma es una neoplasia uterina benigna poco frecuente cuya incidencia varía entre 0,03% y 0,2%. Generalmente aparece en mujeres obesas perimenopáusicas o postmenopáusicas. Este tumor es considerado una variante benigna de los leiomiomas uterinos típicos. Está formado por una proporción variable de adipocitos maduros y células musculares lisas. La presentación clínica es variable, aunque la gran mayoría son asintomáticos. Presentamos un caso de lipoleiomioma uterino en mujer postmenopáusica con hipercolesterolemia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso correspondiente a una mujer de 62 años, con únicos antecedentes de hipercolesterolemia, con ecografía exploratoria de mioma de 20 x 18 mm con doppler negativo. Presenta prolapso uterino grado IV, por lo que se procede a intervención quirúrgica de histerectomía vaginal. En la pieza uterina recibida se identifica a nivel intramural una lesión nodular bien circunscrita amarillenta con aislados tractos blanquecinos de 18 x 18 mm.

RESULTADOS: La histología muestra un tumor nodular circunscrito benigno, constituido en su mayoría por adipocitos con leve variabilidad en el tamaño celular y sin atipias. En la periferia se observan haces de músculo liso sin atipias significativas. No se reconocen lipoblastos, figuras mitóticas ni estroma mixoide. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para S-100 en los adipocitos mientras que la Actina de músculo liso y desmina evidencia las células de músculo liso periférico. No presenta inmunorreactividad para HMB45. Por lo que el diagnóstico fue de Lipoleiomioma.

CONCLUSIONES: La patogénesis del lipoleiomioma es desconocida. Sin embargo, se han propuesto múltiples hipótesis, entre ellas la infiltración grasa de las células musculares, la degeneración, la introducción iatrogénica de tejido adiposo en el miometrio, la transformación metaplasia de células musculares lisas uterinas en células adiposas, además de la transformación de células mesenquimales indiferenciadas.

El lipoleiomioma uterino puede estar asociado con enfermedades metabólicas como la hiperlipidemia, el hipotiroidismo, y la diabetes mellitus. Los cambios en el metabolismo lipídico y otros mecanismos no lipídicos que ocurren durante la menopausia podrían desempeñar un papel importante en el desarrollo de cambios lipomatosos en el leiomioma.

En general, la mayoría de las pacientes son asintomáticas y el diagnóstico se realiza de forma incidental. Sin embargo, algunas presentan síntomas similares a los leiomiomas típicos como molestias abdominopélvicas, sensación de pesadez y sangrado genital.

La localización más frecuente es el cuerpo uterino intramural, al igual que nuestro caso. Sin embargo también se han descrito en otros sitios como cérvix, ovario, ligamento ancho y retroperitoneo.

El diagnóstico final se establece con el estudio histopatológico, caracterizado por tejido adiposo entremezclado con músculo liso, sin atipia en ninguna de las dos estirpes. Y que permite descartar otros diagnósticos diferenciales incluyendo liposarcoma.

El lipoleiomioma es benigno, y la transformación maligna es excepcionalmente rara con algún caso de transformación sarcomatosa. El pronóstico general del lipoleiomioma es favorable.

ADENOSARCOMA MÜLLERIANO: UNA ENTIDAD INFRECUENTE. REVISIÓN DE PERFIL HISTOLÓGICO, MOLECULAR Y CLÍNICO DE UNA SERIE DE CASOS EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Gaona Juárez, Omerim; Díaz Nohales, Juan; Montoliu Fornas, Guillermina; Arnaez De La Cruz, Marta; Lopez Aguiló, Susana
Presentador: Gaona Juárez, Omerim

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenosarcoma mülleriano es un tumor bifásico raro con un componente epitelial benigno y otro mesenquimal maligno. Este estudio describe una serie de seis casos, analizando sus características clínicas, histopatológicas, inmunohistoquímicas y moleculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron seis casos de adenosarcoma mülleriano: cinco en el cuerpo uterino y uno en el ovario, siendo únicamente uno de ellos de componente sarcomatoso de alto grado. Se registraron datos clínicos, incluyendo tamaño tumoral, antecedentes de endometriosis, tratamiento y seguimiento, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 60 meses. Los tumores se clasificaron según el sistema FIGO en: dos casos IA, uno IB, uno IIB, uno IC y uno IIIB. Se realizaron estudios inmunohistoquímicos para ER, PR, CD10, WT1, Ki67, Desmina, p53, CK AE1-3, BAP1 y MYOD1. Además, se realizó secuenciación de nueva generación (NGS) para identificar variantes genéticas de relevancia clínica y un análisis estadístico de los datos obtenidos.

RESULTADOS: La edad de las pacientes osciló entre 26 y 71 años, con una media de 49,5 años. Dos (33,3%) tenían antecedentes de endometriosis. El tamaño tumoral varió entre 2,5 y 15 cm, con una media de 7,16 cm. El estudio inmunohistoquímico del componente sarcomatoide mostró receptores hormonales positivos (83,3%), con un caso negativo para ER y PR, asociado al adenosarcoma con componente sarcomatoide de alto grado. Todos los casos fueron positivos para CD10. La expresión de WT1 fue positiva en cuatro casos (66,7%) y negativa en dos (33,3%). Cuatro casos (66,7%) mostraron baja proliferación de Ki67 y dos (33,3%) alta expresión, uno de ellos asociado al adenosarcoma de alto grado. Todos los casos fueron positivos para Desmina y mostraron patrón wild type para p53. Cuatro casos (66,7%) presentaron positividad focal para CKAE1-AE3 en el componente mesenquimal. La pérdida de BAP1 se observó solo en el caso ovárico (16,7%), mientras que los casos uterinos conservaron su expresión (83,3%). En FIGO I, el 75% tenía BAP1 conservado, con solo un caso con pérdida de expresión. Se realizó NGS en tres casos, detectándose una alteración en KRAS en el adenosarcoma con componente sarcomatoide de alto grado. Las pacientes con FIGO IA, IIB y IC fueron tratadas con cirugía y seguimiento por imágenes. Una paciente FIGO IB recibió cirugía y braquiterapia, y la FIGO IIIB requirió cirugía más quimioterapia. En términos de supervivencia, el 83,3% de las pacientes siguen vivas sin evidencia de enfermedad, mientras que la paciente con adenosarcoma con componente sarcomatoide de alto grado presentó progresión.

CONCLUSIONES: El adenosarcoma mülleriano exhibe un comportamiento clínico variable en función de la existencia de componente sarcomatoide de alto o de bajo grado y el estado FIGO. La pérdida de BAP1 en el caso ovárico y la mutación en KRAS en el adenosarcoma con componente sarcomatoide de alto grado podrían estar relacionadas con diferencias en la biología tumoral y su evolución. El análisis de los biomarcadores inmunohistoquímicos permitió identificar patrones de expresión asociados a características clínicas específicas. Estos hallazgos subrayan la importancia de ampliar la investigación en esta neoplasia poco frecuente, a fin de mejorar su caracterización y abordaje terapéutico.

MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA CON METÁSTASIS PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Gamba Torrez, Silvia; Rubio Mediavilla, Susana; Hogeboom Gimeno, Adriana Gretchen; Medrano Ruiz, Juan
Presentador: Gamba Torrez, Silvia

HOSPITAL SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Mola hidatidiforme completa es un trastorno del espectro de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) con potencial invasivo o metastásico en hasta en un 10-15% de los casos. La detección temprana del embarazo molar mediante ecografía ha modificado la presentación clínica y reducido la morbilidad tras la evacuación uterina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 31 años con antecedentes de un aborto diferido hace cuatro meses. Acude a consulta por un nuevo embarazo y en la ecografía uterina se identifica una imagen heterogénea y zonas vesiculosas, en "tormenta de nieve". El test de embarazo es positivo y la β -HCG es de 138.012 UI/L. Se realiza legrado uterino.

RESULTADOS: Se reciben fragmentos que miden 7x6x1 cm, con aspecto esponjoso y pequeñas vesículas, que se incluyen en su totalidad. Histológicamente, se observan vellosidades coriónicas uniformemente aumentadas de tamaño, con cambios hidrópicos, formación de cisternas y ausencia de vascularización. Presencia de hiperplasia circunferencial y polar del trofoblasto con atipia celular, sin restos embrionarios. Se establece el diagnóstico de mola hidatidiforme completa. Tres meses después, persisten niveles bajos de β -HCG (3,8 UI/L). En la TAC corporal se identifica un nódulo pulmonar de 6x8 mm en el segmento apical del lóbulo superior derecho. Las RMN de pelvis y cerebral no muestran patología. El caso es evaluado en comité multidisciplinario y se decide realizar resección transegmentaria pulmonar por VATS. Al análisis macroscópico, se identifica un nódulo de 7 mm, amarillo anaranjado en contacto con la pleura y a 1 cm del margen quirúrgico. Histológicamente, la lesión está constituida por un tejido fibroso con un centro ocupado por un material fibrinoleucocitario sobre el que se identifica una estructura vellositaria, rodeada de células trofoblásticas, así como la presencia en la periferia de células atípicas, de gran tamaño, con marcado pleomorfismo nuclear, positivas al estudio inmunohistoquímico para CK(AE1-AE3) y β -HCG. El diagnóstico final es de mola hidatidiforme metastásica. Tras un año de seguimiento estrecho, las pruebas de imagen y los niveles de β -HCG son normales, por lo que se continúa con seguimiento, sin tratamiento adicional.

CONCLUSIONES: La mola hidatidiforme completa es una lesión premaligna con una incidencia de 0,8-4,6 casos por cada 1000 embarazos. Puede ser invasiva (cuando infiltra el miometrio y/o la vasculatura uterina), metastatizar (principalmente a pulmones, vagina, hígado, y con menor frecuencia al cerebro y huesos) o malignizarse hacia neoplasias trofoblásticas gestacionales (NTG) hasta en un 15-20%, las cuales incluyen el coriocarcinoma gestacional (en el 2-3% de los casos), el tumor trofoblástico del sitio placentario, el tumor trofoblástico epitelioide y el tumor trofoblástico mixto. El diagnóstico de mola hidatidiforme completa temprana es un reto y la ausencia de expresión inmunohistoquímica para p57 en el citotrofoblasto y/o las células estromales vellosas es necesaria para realizar el diagnóstico diferencial con una mola parcial. El genoma de la mola completa es diploide androgénico en la mayoría de los casos (aunque se han descrito raros casos tetraploides con cromosomas paternos), lo que también ayuda a diferenciarla de la mola parcial, que presenta un genotipo triploide diándrico. Una vez realizado el diagnóstico, el seguimiento con β -HCG es esencial para un diagnóstico temprano de progresión y para un tratamiento oportuno, de acuerdo con las recomendaciones de la FIGO.

EL PAPEL DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL EN CÁNCER DE OVARIO CON ORGANOIDES DERIVADOS DE PACIENTES (ODPs)

Valdivieso Almeida, Lorena; Bystrup , Sara
Presentador: Valdivieso Almeida, Lorena

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (HUGTIP)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La investigación traslacional en cáncer de ovario es fundamental para la identificación de biomarcadores y para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. A pesar de los avances en el manejo clínico de esta enfermedad, como la reciente integración de los inhibidores de poli-ADP-ribosa polimerasa (PARPis), las tasas de supervivencia de las pacientes siguen siendo bajas en etapas avanzadas debido al diagnóstico tardío, la falta de tratamientos de segunda línea eficaces y la resistencia a la quimioterapia. El uso de organoides derivados de pacientes (ODPs) puede ser una herramienta traslacional clave para evaluar la biología tumoral usando modelos preclínicos. Para asegurar el éxito en proyectos de investigación traslacional con ODPs en cáncer de ovario, como el que se está llevando a cabo en nuestras instituciones, es necesario liderar y coordinar un equipo multidisciplinar. El objetivo de este trabajo consiste en destacar la importancia de la colaboración de equipos interdisciplinarios y exponer el papel que desempeña anatomía patológica en la investigación oncológica traslacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado un circuito de trabajo para garantizar la recogida y tratamiento óptimo de las muestras a partir de una cohorte de pacientes con cáncer de ovario incluidas en un proyecto centrado en el estudio de mecanismos de resistencia a PARPis tratadas en nuestro hospital desde 2024 hasta la actualidad. Este circuito tiene en cuenta las competencias y funciones de todos los miembros, entre los cuales se encuentra personal clínico (ginecólogos/as, oncólogos/as, patólogos/as), celadores/as, personal del biobanco y equipo investigador del instituto de investigación. En segundo lugar, se ha seleccionado un caso ilustrativo con imágenes de inmunofluorescencia/confocal de un ODP generado a partir de tejido tumoral de una paciente con cáncer de ovario de la cohorte. Para caracterizar y corroborar la concordancia de los ODP con el tejido de origen, las imágenes se han comparado con la histología procedente de tejido tumoral fijado en formalina e impregnado en parafina (Formalin-Fixed, Paraffin Embedded, FFPE). El análisis histológico incluye tinciones de hematoxilina eosina (HE), así como las técnicas de inmunohistoquímica de PAX8, WT1, p53, Ki67, CD3, CD4 y CD8 utilizadas tanto para el estudio del componente epitelial tumoral como del microambiente tumoral (MAT).

RESULTADOS: Durante el año 2024, se recogieron 18 muestras de pacientes, con una tasa de éxito de generación de organoides del 44%. El análisis de las muestras pareadas de tumor de origen y del modelo preclínico mediante ODPs demuestra concordancia con la histología, y los marcadores tumorales.

CONCLUSIONES: Los ODPs son modelos complejos que necesitan una optimización en todos los pasos, crucial para el éxito de los cultivos posteriores. La tasa de éxito de generación de ODPs de cáncer de ovario en este proyecto es un reflejo del trabajo de equipo. El papel de anatomía patológica es relevante a la hora de colaborar en circuitos funcionales para la recogida y tratamiento de muestras, identificar marcadores tumorales y caracterizar el microambiente tumoral, clave para producir modelos preclínicos, en este caso, mediante organoides. Gracias a la revisión de circuitos es posible identificar los puntos de mejora necesarios para coordinar futuros proyectos traslacionales.

LINFOMA FOLICULAR DE CÉRVIX UTERINO. A PROPOSITO DE UN CASO

Agüera Sánchez, Alfonso; Díaz Martínez, Francisco; Poblet Martínez, Enrique; García Molina, Francisco
Presentador: Agüera Sanchez, Alfonso

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma folicular es un subtipo común de linfoma no Hodgkin, pero su afectación primaria o secundaria en el cérvix uterino es extremadamente rara. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que puede retrasar el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de linfoma folicular grado 3a con afectación del tracto genital femenino diagnosticado en nuestro centro.

RESULTADOS: Una mujer de 54 años sin antecedentes de interés fue diagnosticada incidentalmente de un linfoma folicular de cérvix durante una exploración rutinaria. La paciente no presentaba síntomas previos, exploración física no mostró alteraciones relevantes y la citología tampoco reveló hallazgos sospechosos. La resonancia magnética evidenció una masa de 5,1 x 8,2 x 6,2 cm en el cérvix con extensión al tercio superior de la vagina, sin infiltración clara en los parametrios ni la pared rectal. El PET-TC confirmó la afectación ganglionar supra e infradiaphragmática y ósea extensa, lo que permitió clasificar la enfermedad en un estadio IVa. La biopsia cervical mostró una infiltración linfoide compatible con linfoma folicular de tipo 3a, con positividad para CD20, CD10, BCL2 y BCL6, y un índice proliferativo Ki-67 del 60-70%. La paciente inició tratamiento con quimioterapia R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona). Tras seis ciclos, el PET-TC mostró resolución de la enfermedad previa, clasificándola como respuesta metabólica completa (RMC). Actualmente, se encuentra en tratamiento de mantenimiento con anti-CD20, sin signos de recaída.

CONCLUSIONES: El linfoma de cérvix uterino es extremadamente raro, representando menos del 1% de los linfomas extranodales. La edad media de diagnóstico varía entre la quinta y sexta décadas de la vida, y los síntomas más comunes incluyen sangrado vaginal anormal y dolor pélvico, aunque algunos casos como el nuestro pueden ser asintomáticos. El tamaño tumoral es variable, con un rango de 4-8 cm en la mayoría de los casos. El diagnóstico diferencial es complejo, ya que los linfomas cervicales pueden ser confundidos con carcinomas de cérvix o lesiones inflamatorias. En nuestro caso, la ausencia de ulceración y la presentación asintomática dificultaron la sospecha inicial. El tratamiento varía según la extensión de la enfermedad. En los casos localizados (estadio IE o IIE), la combinación de quimioterapia y radioterapia ha mostrado buenos resultados. En casos avanzados como el nuestro, la quimioterapia con R-CHOP sigue siendo la opción estándar, con tasas de supervivencia a 5 años del 73-86%, según la literatura. La adición de Rituximab ha mejorado significativamente el pronóstico en linfomas foliculares. En nuestra paciente, la respuesta completa tras el tratamiento sugiere un buen pronóstico. Este caso resalta la importancia de incluir los linfomas en el diagnóstico diferencial de masas cervicales, especialmente en pacientes sin factores de riesgo ginecológicos evidentes. Además, enfatiza la utilidad de los estudios de imagen avanzados y la inmunohistoquímica para alcanzar un diagnóstico preciso y evitar tratamientos innecesarios como la histerectomía en casos no indicados.

ANÁLISIS MOLECULAR DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA

Adujar Sanchez, Miguel; Fraile Bethencour, María Eugenia; Galeano Reyes, Silvio Antonio; Lacerenza, Serena; Domazetovski, Ivan; Santana Verna, María De Los Milagros; Camacho García, María Del Carmen; Dorca Duch, Eduard; Velasco Sánchez, Ana; Matias-Guiu Guia, Xavier

Presentador: Adujar Sánchez, Miguel

COMPLEJO HOSPT. UNIV. INSULAR MATERNO INFANTIL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La clasificación molecular del carcinoma de endometrio ha sido incluida recientemente en las guías clínicas europeas para el manejo de esta neoplasia y ha modificado de forma importante la última clasificación de estadije clínico-patológico FIGO 2023. Su implantación exige la realización de técnicas inmunohistoquímicas y moleculares. El empleo de marcadores discriminante y específicos permite la clasificación "histomolecular" del carcinoma de endometrio que ha tenido gran aceptación (Proactive Molecular Risk Classifier for Endometrial Cancer "ProMisE classifier") y que diferencia cuatro grupos similares a los del estudio TCGA: POLE-mutados, P53 mutada, con IMS y sin alteraciones específicas. Este algoritmo es particularmente relevante en el contexto de carcinomas de alto grado y aquellos clasificados como de alto riesgo que tienen la mutación de POLE y que presentan un comportamiento excelente frente a aquellos que tienen mutaciones de p53 que tienen mucho peor comportamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han estudiado las muestras de carcinoma de endometrio de 113 pacientes con edades comprendidas entre 30 y 88 años. Los tipos tumorales son 29 endometrioides G1, 30 endometrioides G2, 22 endometrioides G3, 16 seroso papilar, 8 células claras, 4 carcinosarcomas y 4 mixtos con componente de alto grado, todos ellos recogidos entre 1996 y 2003. Para ello se han utilizado la muestras tumorales congeladas del Biobanco de nuestro centro y tras la extracción de DNA se ha empleado un panel panel que incluye los siguientes genes: ARID1A, BRCA1, BRCA2, CTNNB1, ERBB2, FBXW7, FGFR2, KRAS, PIK3CA, PIK3R1, POLE, PPP2R1A, PTEN, RAD51, TP53, MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2. Este panel genera 929 amplicones de ADN con tamaños de 125-175 pares de bases con una cobertura del 98,44%. La generación de librerías de ADN se realizó en el Ion Chef con el kit Ion AmpliSeq kit for Chef DLR (ThermoFisher Scientific™) y la secuenciación en Ion GeneStudio S5 System (ThermoFisher Scientific™) utilizando el chip 530 (ThermoFisher Scientific™). El análisis bioinformático se realizó en la plataforma Ion Reporter™ Software 5.18 (ThermoFisher Scientific™).

RESULTADOS: Las alteraciones génicas SNV-INDELS se dan con más frecuencia en PTEN al que le sigue PIK3CA, ARID1A, TP53, KRAS y CTNNB1. Las alteraciones en el número de copias se dan en PIK3CA, BRCA2, BRCA1 y ERBB2. Los tumores de bajo grado presentan mayor número de alteraciones en PTEN, PIK3CA, ARID1A, KRAS, PIK3R1, CTNNB1 y FGFR2. Los de alto grado lo hacen en TP53 y PPP2R1A. Se han detectado 23 mutaciones de POLE en 14 muestras de las cuales siete (6,19%) son variantes patogénicas: cuatro muestras (dos en bajo grado y dos en alto grado) en el exón 9 (p.Pro286Arg), tres muestras (una en bajo grado y dos en alto grado) en el exón 13 (p.Val411Leu) y una (alto grado) en el exón 14 (p.Ser459Phe). El resto de mutaciones hasta el momento no han sido clasificadas como patogénicas.

CONCLUSIONES: Los paneles genéticos adecuadamente diseñados de secuenciación masiva son una buena herramienta para complementar la clasificación molecular del carcinoma de endometrio. Las alteraciones encontradas en nuestro estudio confirman el perfil de los subtipos de bajo y alto grado histológico, se comprueba que las mutaciones de POLE se dan en ambos grupos tumorales y se encuentran en una frecuencia similar a la comunicada en otras series.

UN TUMOR QUE VEÍAMOS Y NO DIAGNOSTICAMOS

Mojica Mojica, Henry Alberto; Linares Sampere, Melania; Jiménez Duque, Reina Del Carmen; Monzó Monserrat, Cristina; Lázaro Santander, Jose Rafael; Andrade Cadena, Paul

Presentador: Mojica Mojica, Henry Alberto

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma mesonefrico "like" (MLA) se introdujo como un nuevo tipo de tumor de endometrio y ovario en la clasificación de la OMS del 2020. Estos tumores representan menos del 1% de los carcinomas de endometrio mientras que los datos epidemiológicos son limitados en el caso de los tumores ováricos. Morfológicamente presentan una combinación de patrones histológicos de bajo grado (tubúlos pequeños con crecimiento ductal/glandular). Se han descrito formas papilares, de crecimiento sólido, trabeculares, formas similares a cordones sexuales y de células fusiformes. Las secreciones eosinófilas luminales son características pero no siempre se identifican. Así mismo muestran positividad frente a PAX8, GATA3 y/o TTF1 y son negativos a receptores de Estrógenos y Progesterona. Adicionalmente son tumores muy agresivos con mayor tendencia dar recidivas y metástasis especialmente a pulmones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos de carcinoma de endometrio y ovario de piezas quirúrgicas diagnosticados entre los años 2016-2024. De estos casos hemos seleccionado aquellos casos con morfología de bajo grado y con receptores de estrógenos y progesterona negativos. En este grupo de tumores se amplió el estudio IHQ con PAX8, GATA3 y TTF1 para identificar aquellos casos que podrían ser re-clasificados como MLAs. Se excluyeron del estudio los carcinomas mesonefricos cervicales metastásicos.

RESULTADOS: Encontramos 428 casos carcinomas de endometrio y 214 casos de carcinoma de ovario. De este grupo de tumores localizamos 11 casos que presentaban una morfología de adenocarcinoma de bajo grado junto a receptores de Estrógenos y Progesterona negativos (8 casos pertenecían a tumores de endometrio y 3 casos a tumores de ovario). Al analizar el estudio IHQ ampliado 5 casos presentaron positividad frente a PAX8, GATA3 y/o TTF1 (0,93 % tumores de endometrio; 0,46% tumores de ovario). Por tanto estos tumores que fueron en un principio diagnosticados como carcinomas endometrioides de bajo grado en realidad son adenocarcinomas mesonefricos "like" según su morfología e inmunofenotipo.

De los 5 casos identificados 2 pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad, dos pacientes se encuentran en cuidados paliativos y una se encuentra en tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIONES: -Según nuestro estudio se confirma que son tumores muy poco frecuentes puesto que representan solo el 0,93% de todos los casos de cáncer de endometrio y el 0,46 % de casos de ovario diagnosticados en nuestro servicio.

-Las características que deben hacer sospechar en la posibilidad de MLA es combinación de patrones arquitecturales junto con la presencia de secreciones densas eosinófilas intraluminales.

-Frente a una morfología de bajo grado con receptores de Estrógenos y Progesterona negativos se deben realizar tinciones inmunohistoquímicas adicionales.

-PAX8, GATA3 y TTF1 son las principales tinciones inmunohistoquímicas que se pueden utilizar para apoyar el diagnóstico.

-No suelen presentar inestabilidad de microsatélites, mutaciones en p53 ni en POLE por lo que podrían ser clasificados dentro del grupo molecular de tumores con características moleculares específicas.

- La mayoría de los MLA tienen mutaciones de KRAS, lo que sugiere que la mutación de KRAS está involucrada en el desarrollo de estas neoplasias

CORANGIOMA PLACENTARIO Y SU RELACIÓN CON EL HEMANGIOMA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME DE SEVILLA.

Azaña González, Carlos; Reyes Sanchez, Teresa; Martín Estévez, Elena

Presentador: Azaña González, Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El corangioma placentario es un tumor vascular benigno, considerado la contraparte placentaria del hemangioma. Se origina por la proliferación anormal de los vasos sanguíneos en la placa corial y puede asociarse a complicaciones fetales y maternas. Su etiología no está completamente elucidada, pero se relaciona con la hipoxia placentaria y la acción de factores angiogénicos. Los principales factores de riesgo incluyen embarazos en grandes altitudes, gestación múltiple, diabetes materna, hipertensión y edad materna avanzada. Es un tumor poco frecuente, con una incidencia del 1% de los embarazos. Clínicamente, la mayoría son pequeños y asintomáticos, mientras que los mayores de 5 cm pueden generar hidropesía fetal, polihidramnios, insuficiencia placentaria y restricción del crecimiento intrauterino. El diagnóstico se basa en la ecografía Doppler prenatal cuando son suficientemente grandes, aunque mayoritariamente se confirman histológicamente postparto dado que suelen ser microscópicos y rara vez evidentes de forma macroscópica. La etiología y la histología es similar al hemangioma infantil y su relación causal ha promovido el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo de los casos de corangioma placentario en el Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla, en el período comprendido entre enero de 2018 y febrero de 2025. Se revisaron historias clínicas, hallazgos ecográficos, evolución gestacional y el estudio anatomopatológico de la placenta. Posteriormente, se analizó el número de pacientes que habían solicitado asistencia sanitaria por lesiones dermatológicas compatibles con hemangioma infantil.

RESULTADOS: Se registraron siete casos, desglosados en cinco embarazos únicos y dos embarazos gemelares, con edades maternas comprendidas entre 28 a 37 años y clínicamente dos casos presentaron polihidramnios y restricción del crecimiento intrauterino. En el estudio histopatológico de las placentas, en ninguna se evidenció anomalía macroscópica. Tras un muestreo aleatorio del parénquima placentario, se detectó una única lesión microscópica, con unos diámetros comprendidos entre 0,6 mm y 14 mm, bien circunscritas, que mostraron proliferación de capilares con estroma circundante entre ellos, rodeados por trofoblastos. La inmunohistoquímica reveló positividad para CD31, CD34 y GLUT1, confirmando el diagnóstico emitido de corangioma placentario. En los estudios postnatales, se constató que desde el nacimiento y con un crecimiento lento durante los meses posteriores, dos pacientes mostraron lesiones superficiales papulares de coloración rojiza, con unos diámetros de 0,4 cm y 0,5 cm, localizadas en el flanco izquierdo y retroauricular derecho, que fueron diagnosticados de hemangiomas infantiles focales superficiales.

CONCLUSIONES: El corangioma placentario y el hemangioma son tumores vasculares benignos que comparten similitudes en su fisiopatología, histología e inmunohistoquímica. La presencia simultánea en la placenta y el neonato puede explicarse por varios factores fisiopatológicos comunes entre ambas lesiones, como alteraciones en la angiogénesis. Aunque la presencia de ambas lesiones es poco frecuente, su coexistencia puede indicar un estado de hiperangiogénesis que podría requerir una evaluación más detallada para la instauración precoz del tratamiento en los hemangiomas infantiles.

IS THIS THE REAL LEIOMYOMA OR IS THIS JUST FANTASY?

Jiménez Lara, Araceli; Aguilar Navarro, Estela; Relea Calatayud, Fernanda; Ramos Rodríguez, Claudia Carolina; Villasanti Rivas, Natalia; De Lara Simón, Isabel; Herreros Arroyo, Pablo; Abraham Molero, Magdalena; Pemintel Cussi, Juan José; Pérez Jiménez, Montserrat

Presentador: Jiménez Lara, Araceli

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Esta entidad consiste en un tumor del estroma endometrial benigno bien delimitado, localizado en cuerpo uterino, habitualmente submucoso o intramural, de superficie polipoides. Es similar histológicamente al endometrio en fase proliferativa, carece de invasión miometrial significativa ni invasión linfovascular. Es infrecuente, ocurre en mujeres perimenopáusicas (edad media 53 años) y suele presentarse como dolor abdominal, sangrado uterino anormal y masa pélvica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen los hallazgos clínicos, pruebas de imagen y anatomopatológicos del caso, incluyendo una breve revisión de la literatura científica al respecto.

RESULTADOS: Mujer de 69 años, asintomática, con un hallazgo casual de mioma uterino en TAC. En el control ecográfico se identifica una formación intrauterina heterogénea de 110 x 90 mm con áreas anecoicas y Doppler positivo, bien delimitada, que ha crecido. Es diagnosticada de mioma uterino atípico, con áreas de degeneración mixoide. Se interviene quirúrgicamente, recibiendo una pieza de histerectomía total y doble anexectomía. La cavidad uterina muestra una masa nodular, al corte heterogénea, de superficie carnosa, blanquecina y mixoide, con áreas más nacaradas, arremolinadas y fibrosas focales. Las secciones histológicas revelan una proliferación estromal con crecimiento expansivo, con bordes netos, focalmente esclerosada en su periferia. Está formada por células fusiformes de escaso citoplasma, núcleos monomorfos elongados-ovalados y atipia leve. Acompañada de arteriolas de paredes hialinizadas. Se observan áreas glandulares tubulares y otras retiformes, correspondientes a diferenciación tipo cordones sexuales con lámina central y diferenciación epitelial. Focalmente presenta diferenciación de músculo liso. Las células neoplásicas fueron positivas para CD10, CKAE1/AE3 (parcheada), ER, PR y AR, CD56 y CD99; resultando negativas para CD34, caldesmón, desmina, inhibina, calretinina, melan A, WT1, ciclina D1 y CD117. Aunque el diagnóstico preoperatorio de presunción era de leiomioma, la histopatología desenmascará un nódulo del estroma endometrial (ESN).

CONCLUSIONES: El ESN es un tumor benigno, muy similar radiológicamente al leiomioma. Se caracteriza por tener unos bordes de crecimiento expansivos no infiltrativos (aunque se acepta una mínima invasión: <3 focos de <3 mm) y que carece de invasión linfovascular. Suele disponerse alrededor de arteriolas espirales. Hay diversas variantes histológicas (con diferenciación de músculo liso, cambio fibromixoides, diferenciación a cordones sexuales, glándulas endometrioides y morfología rabdoide/epitelioide). El diagnóstico diferencial depende por completo de los hallazgos histopatológicos y se realiza con el Leiomioma hiper celular (HCL) (presenta a diferencia del ESN, grandes vasos de paredes gruesas, espacios tipo hendidura y crecimiento fascicular) y con el sarcoma del estroma endometrial de bajo grado (LGSS), que pese a tener una citología blanda similar al ESN, sí es invasivo (a nivel miometrial y linfovascular). Es importante destacar que en una biopsia incisional no se puede diferenciar entre ESN y LGSS, para lo cual se requiere la evaluación exhaustiva de la interfase endometrio-miometrio en busca de infiltración. Por lo tanto, ante la sospecha de un tumor del estroma endometrial, la histerectomía es el gold standard; si bien en mujeres de edad fértil y deseo genésico se podría optar por escisión local y hormonoterapia con seguimiento estrecho mediante histeroscopia.

TUMOR DE CÉLULAS SERTOLI-LEYDIG CON COMPONENTE HETERÓLOGO DE TIPO MUCINOSO GASTROINTESTINAL. UN HALLAZGO HISTOLÓGICO INFRECUENTE.

Mora Díaz, Rodrigo; Machuca Aguado, Jesús De Beltrán; Alfonso Rosa, Carmen María; López Prieto, Ana; García Escudero, Antonio; Vázquez Ramírez, Francisco José
Presentador: Mora Díaz, Rodrigo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor de células de Sertoli-Leydig (SLT) es un tumor de los cordones sexuales del ovario poco frecuente. Macroscópicamente, suele ser sólido, aunque también puede presentarse como una masa sólido-quística con contenido seroso o seromucinoso. Histológicamente, se compone de células de Sertoli en diferentes grados de diferenciación y, en el 20% de los casos, puede mostrar un componente heterólogo, también de origen endodérmico y mesodérmico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 14 años, en seguimiento durante nueve meses por sospecha de hiperandrogenismo ovárico funcional tratado con anticonceptivos orales, sin respuesta clínica. La paciente desarrolló un cuadro progresivo de distensión y dolor abdominal. Las pruebas de imagen (TAC) identificaron una masa dependiente del ovario derecho, bien delimitada, de superficie lisa y con unas dimensiones de 26,2 x 20,4 cm. Se trataba de una lesión quística y multiloculada, con pequeñas áreas sólidas. El estudio analítico mostró una elevación significativa de los marcadores tumorales alfa-fetoproteína (AFP), proteína HE-4 y gonadotropina coriónica.

Se realizó una anexectomía unilateral, tras la cual se observó un descenso progresivo de los niveles de alfa-fetoproteína.

RESULTADOS: En nuestro departamento, se recibió la pieza de anexectomía uterina, cuyo ovario estaba casi completamente sustituido por una neoplasia sólido-quística de 20 x 25 cm de dimensiones máximas (durante el procedimiento quirúrgico se extrajo parte del contenido para reducir el tamaño del tumor). El estudio histopatológico reveló un tumor compuesto por células de Sertoli con escasa formación de túbulos, poco diferenciado, en un estroma gonadal, positivo para Inhibina, Calretinina y CD99. Se identificó un componente heterólogo no invasivo de tipo gastrointestinal mucinoso CK20+, CK7- y CDX2-, además de áreas cartilaginosas de aspecto benigno.

CONCLUSIONES: El tumor de células de Sertoli-Leydig representa menos del 0,5% de los tumores ováricos y aproximadamente el 30% son hormonalmente activos, especialmente aquellos con componente heterólogo mucinoso. A pesar de ser un hallazgo infrecuente, es fundamental una adecuada categorización del componente heterólogo, ya que su presencia influye en el pronóstico, siendo peor en aquellos tumores poco diferenciados y/o con componente heterólogo. Se han descrito tres subtipos moleculares: mutante DICER1, mutante FOXL2 y DICER1/FOXL2 tipo nativo (wild type). En nuestro caso, el análisis por NGS no identificó ninguna de las mutaciones descritas. Entre los posibles diagnósticos diferenciales, se debe considerar el adenocarcinoma endometriode poco diferenciado, el tumor de células de la granulosa del adulto y el tumor del seno endodérmico. La presencia de componente heterólogo también obliga a incluir en el diagnóstico diferencial los carcinosarcomas, los tumores mucinosos del ovario y los teratomas.

BSGC EN CARCINOMA DE ENDOMETRIOA

Valia Guerra, Miguel; Valia Guerra, Miguel; Pérez Parra, Victoria; Pérez Saura, Irene; García - Alarcon Belmonte, Veronica; García García, Sandra; Martínez Egea, Vanesa; Espin García, Salvador; Fernandez Valera, África; Morales Suárez, Mª Nuria; Isaac Montero, Mª Alejandra
Presentador: Pérez Parra, Victoria

HOSPITAL UNIV. SANTA LUCÍA DE CARTAGENA. 5ª ANATOMÍA PATOLOGÍA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de endometrio (CE) es la 6ª neoplasia más común en mujeres a nivel mundial y la más frecuente en España. La tasa de curación en estadios iniciales y la supervivencia global a 5 años es alta, siendo importante una correcta estadificación que integra la clasificación molecular y la estratificación por grupos de riesgo.

La biopsia del ganglio centinela (BSGC) es un método sensible para evaluar el estado ganglionar, permitiendo evitar la linfadenectomía sistemática disminuyendo la morbilidad quirúrgica y postoperatoria. La probabilidad de extensión del CE a los ganglios aórticos es baja, aproximadamente un 3%, cuando los ganglios centinela pélvicos bilaterales son negativos.

La ultraestadificación (UE) puede realizarse mediante técnicas de IHQ o técnica de OSNA, permitiendo de forma intraoperatoria o en diferido, detectar en minutos la presencia de macrometástasis, micrometástasis o células tumorales aisladas. OSNA® está autorizado para su uso diagnóstico e incluido en las últimas guías para el manejo de la BSGC en el CE.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro hospital, el estudio de la BSGC en CE se realiza en su mayoría mediante la técnica OSNA en diferido. En los ganglios restantes se emplea la UE por inmunohistoquímica utilizando citoqueratina AE1-AE3. Durante el periodo 2023-2024, se seleccionaron 16 pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio y BSGC pélvicos bilaterales mediante OSNA.

El procedimiento para el estudio en diferido mediante OSNA es el siguiente:

1. Se recibe la muestra en fresco, se pesa y se realiza una impronta con "diff quick".
2. Los ganglios se seccionan finamente, se identifican y se congelan a -80°C.
3. El día del análisis, se descongela la muestra, se añaden 4 ml de Lynorhag y se tritura 1 minuto.
4. Se extrae 1 ml del homogenizado, se centrifuga durante 60 segundos y se recoge 500 µl del lisado, que se etiqueta y se congela nuevamente para futuros estudios.
5. Se mezcla 20 µl de la muestra con 180 µl de Lynorhag, se agita, centrifuga y analiza en el equipo RD-210 de Sysmex para detectar metástasis.

RESULTADOS: 1. De las 16 pacientes analizadas, el 70% presentaban carcinoma de endometrio endometriode de bajo grado, y el 30% restante correspondía a tumores de alto grado (endometriode, seroso y un carcinoma escamoso de cérvix).

2. Se estudiaron 36 ganglios, en su mayoría ganglios pélvicos bilaterales. En 2 casos se evaluó únicamente un ganglio pélvico por paciente y en 3 casos se incluyeron ganglios no centinelas.

3. De los 36 ganglios, 35 resultaron negativos para metástasis (con concentraciones de CK19 inferiores a 160 cCP/7L). Un único ganglio mostró un resultado positivo para micrometástasis (340 cCP/7L), correlacionado con un cáncer de endometrio endometriode G2.

CONCLUSIONES: 1. Rapidez en la respuesta, lo que facilita decisiones inmediatas sobre el tratamiento a seguir

2. Reducción de falsos negativos asociados a la pérdida de material en técnicas tradicionales en parafina, especialmente en casos de micrometástasis

3. Evita reintervenciones y reduce morbilidad, al proporcionar una estadificación precisa durante la cirugía inicial

5. La automatización y estandarización del proceso con OSNA reduce la carga de trabajo para el TEAP

6. La técnica de OSNA es sensibilidad y especificidad por lo que es confiable para la estadificación y planificación terapéutica en pacientes con CE

7. Se necesita mayor casuística y evidencia científica para validar completamente la eficacia y seguridad de OSNA en CE de endometrio

EXPRESIÓN DISCORDANTE DE P57KIP2: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Valdivia, Carlos Enrique; García Martínez, Antonio; Rodríguez Rodríguez, Marta Presentación; Iglesias Conejero, Paula; González Peregrina, Sara María; Gallardo Chamizo, Francisco De Asís; Cantero Campos, Miriam; Preda, Ovidiu
Presentador: López Valdivia, Carlos Enrique

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La proteína p57 presenta función de inhibidor de la cinasa dependiente de ciclina codificada por el gen CDKN1C, expresada maternalmente con impronta paterna. Su detección inmunohistoquímica resulta útil en el diagnóstico diferencial de la enfermedad trofoblástica gestacional. En el aborto hidrópico y la mola hidatiforme parcial se expresa en el citotrofoblasto y células estromales de las vellosidades coriales, no expresándose en la mola hidatiforme completa. Sin embargo, existen patrones de tinción poco comunes. Dichos patrones plantean dificultad de interpretación y han sido frecuentemente asociados con el mosaicismo androgénico-biparental aunque se han comunicado en casos raros de embarazos molares completos. El patrón discordante consta en la tinción nuclear de la p57kip2 al nivel del citotrofoblasto y tinción estromal negativa (el patrón más frecuente), o viceversa (el menos frecuente), mientras que el patrón divergente está caracterizado por dos poblaciones de vellosidades, cada una con patrones de tinción diferentes. Presentamos un caso raro de expresión discordante de la proteína p57kip2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 34 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en hipogastrio y metrorragia en la semana 7+3 de gestación. En ecografía transvaginal, en la cavidad endometrial se observa en la mitad posterior densidad hiperrefringente, similar a copos de nieve que mide 35x28 mm. En analítica sanguínea presentaba niveles elevados de b-HCG (72323.2 mU/mL). Ante la sospecha de mola hidatiforme se realiza legrado aspirativo.

RESULTADOS: Se remiten múltiples fragmentos irregulares de aspecto hemático que en conjunto miden aproximadamente 7 x 5 cm.

El estudio microscópico demuestra múltiples fragmentos de decidua materna, escasas vellosidades coriales con mínima variabilidad de tamaño. Algunas de ellas presentan contorno irregular cambios hidrópicos con formación aislada de cisternas y proliferación trofoblástica focal sin pseudoinclusiones o presencia de cariorrexis. Las células del lecho de implantación presentan atipia. Dichos cambios morfológicos son equivocados para un embarazo molar.

La tinción para p57kip2 presenta tinción uniforme en todas las vellosidades coriales caracterizado por tinción débil-moderada en más del 10% de las células estromales sin evidencia de tinción en el citotrofoblasto vellosos. La tinción difusa en las células deciduales sirvió de control interno de la técnica.

La paciente presentó niveles séricos de la b-HCG en progresivo descenso con algún pico de más de 7000 mU/mL por lo que está programada para revisión ecográfica y posible legrado total de la cavidad endometrial.

CONCLUSIONES: Los patrones de tinción discordante y divergente plantean problemas en el diagnóstico diferencial (molar vs. no molar) porque son poco comunes y la mayoría de los patólogos no están familiarizados con ellos. Aunque la presencia del patrón discordante en la tinción para p57kip2 no permite distinguir los distintos tipos de conceptos mosaico/químico androgénico/biparental, dicho patrón sugiere la presencia de un componente androgénico al nivel de las vellosidades coriales que confiere un mayor riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional persistente y/o neoplasia trofoblástica gestacional. Por lo tanto, aparte del genotipo molecular para su completa caracterización, se recomienda un seguimiento estrecho de las pacientes similar a una mola completa.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS SEROTIPOS DE HPV TRAS LA VACUNACIÓN

Fernandez Aceñero, M^o Jesus
Presentador: Fernandez Aceñero, Maria Jesus

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La vacunación frente a los VPH de alto riesgo es una medida eficaz para prevenir las infecciones y el posterior desarrollo de lesiones tumorales asociadas a estos virus. Pasados casi 20 años desde la introducción de la vacuna nuestro objetivo es saber qué virus están adquiriendo mayor prevalencia en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de la serie de pacientes a las que se realizó la determinación del tipo de HPV en muestra de citología líquida vaginal entre 2022 y 2023 en un solo centro.

RESULTADOS: En este período se han obtenido 1325 registros con información válida. Nuestra muestra tuvo una edad media de 42,47 (DE 12,6), oscilando entre 16 y 88. Solo un 10% de las pacientes estudiadas tenían menos de 30 años y habían sido vacunadas en la infancia. Nuestros resultados indican que se sigue identificando HPV de tipo 16 en un 25,4% de las pacientes, siendo todavía el virus más prevalente. Se demostraron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad de las pacientes infectadas por HPV16 y las que no, siendo mayores las primeras (44,7 frente a 41,7 años)

Los virus HPV 31 (11,7%), 52 (12,2%) y 56 (11,5%) siguen en frecuencia al HPV16. La edad media de las pacientes infectadas por HPV 31 y 52 fue significativamente inferior a la de las pacientes no infectadas por estos virus, mientras que para el virus 56 no se demostraron diferencias significativas.

Casi un 33% de las pacientes presentaron infecciones por varios virus de alto y bajo riesgo, así como cambios en los serotipos a lo largo de la evolución.

Se obtuvo biopsia en un 20,7% de las pacientes, observando una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de HPV16 y la realización de biopsia, que también se observó para los virus 52 y 56.

CONCLUSIONES: Nuestro trabajo indica que el virus HPV 16 sigue siendo predominante en la población de mayor edad, que no fue vacunada en la infancia. Los virus 31, 52 y 56 están granando frecuencia en la población de menor edad.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENDOMETRIOSIS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.

Pueyo Arias, Pablo; Oliver Ledesma, Marina; Ruiz Quintero, Geraldinne; Martínez Miguel, Jennifer; Ibarrola Altuna, Rafael; Etxegarai Ganboa, Leire; Irigoyen Miró, Gonzalo; Saiz López, Alberto; Barredo Santamaría, Inmaculada; Ruiz Onandi, Rebeca
Presentador: Pueyo Arias, Pablo

HOSPITAL UNIVERSITARIO USANSOLO-GALDAKAO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La endometriosis es una enfermedad que afecta a un 10-15% de mujeres en edad reproductiva. Puede cursar de forma asintomática o ser incapacitante. La localización de la lesión es variable, siendo más frecuente en ovario, ligamentos uterinos y peritoneo o septo rectovaginal. Presentamos un estudio de prevalencia de endometriosis en la zona de influencia de nuestro hospital en los últimos diez años (2015-2025) entre las que se incluyen tres casos de localizaciones poco frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron las biopsias diagnosticadas de endometriosis entre el 01-01-2015 y el 01-02-2025. Se obtuvieron 155 casos que fueron ordenados en función de la localización (aparato genital femenino, intestino, piel y cavidad abdomino-pélvica).

RESULTADOS: Nuestros resultados fueron concordantes con los hallados en la literatura general, siendo más frecuente en aparato genital femenino. De entre los casos, se incluyen tres de interés debido a la baja frecuencia de aparición: uno en sigma con afectación ganglionar, uno en músculo recto anterior y otro en región esplénica.

CONCLUSIONES: La endometriosis es una enfermedad infradiagnosticada que cursa con sintomatología muy variada, dependiendo del órgano afectado. Es importante conocer las localizaciones menos frecuentes y tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial, ya que puede afectar a cualquier localización y simular patologías malignas. Además, conviene tener en cuenta que la endometriosis puede sufrir degeneración maligna.

METÁSTASIS ORBITARIA DE TUMOR DE BRENNER: REPORTE DE UN CASO E INCIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

Montano Lumbreras, Elena; Collado Martín, Ana Sofía; Sánchez Magdaleno, Lucía; Marcos Gonzalez, Sara; Calapaquí Terán, Adriana Katherine
Presentador: Montano Lumbreras, Elena

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de Brenner son neoplasias epiteliales ováricas muy infrecuentes, y corresponden al 1-2 % de las mismas. Dentro de estos un 5% son malignos. El tumor de Brenner maligno (TBM) es una neoplasia formada por células epiteliales uroteliales, de carácter invasivo, que se asocia, en mayor o menor medida, a un componente benigno o borderline, de tumor de Brenner

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo, desde el año 2000 hasta 2025, de tumores de Brenner diagnosticados en nuestro centro, obteniendo un total de 76 casos, de los cuales 72 corresponden a tumores benignos, dos a tumores borderline, y sólo un caso a tumor de Brenner maligno, que presenta metástasis extraperitoneal. Seleccionamos éste último, revisamos la historia clínica e histopatología, y realizamos una amplia búsqueda bibliográfica

RESULTADOS: El TBM representa un 1,3% de los tumores de Brenner diagnosticados en nuestro centro, en los últimos 5 años. Describimos un caso de tumor de Brenner maligno con metástasis periorbitaria. La paciente, de 77 años de edad, es diagnosticada en 2015 de tumor de Brenner maligno ovárico bilateral con áreas borderline, y citología de líquido ascítico positiva para células malignas (pT1c, estadio IC3 de la FIGO 2015). FUE Tratada mediante cirugía (histerectomía radical con doble anexectomía, omentectomía y apendicectomía) y quimio-radioterapia adyuvante.

En octubre de 2023, comienza con un cuadro de diplopía progresiva que fue diagnosticado finalmente como estrabismo restrictivo. Las pruebas de imagen, TC craneal, revelaron la existencia de una masa a nivel de la órbita izquierda que fue biopsiada.

En las secciones histológicas de las partes blandas periorbitarias se observa infiltración por una tumoración con crecimiento en nidos, compuestos por células epiteliales sin marcada atipia y de morfología transicional. Muestran positividad para CK, CK7, GATA3 ,p63 y p40; y fueron negativas para CK20, Wilms, receptores hormonales, PAX8, inhibina y calretinina.

CONCLUSIONES: No se describen en la literatura casos de TBM con metástasis en región orbitaria, pese a la existencia de casos con recaída o metástasis.

El TBM es un carcinoma epitelial ovárico muy infrecuente. Existen pocos estudios acerca de la tasa de recurrencias, el pronóstico o la probabilidad de padecer metástasis extraperitoneales. Se necesitan más estudios y un mayor número de reportes de casos de esta enfermedad para mejorar el conocimiento sobre la entidad, el pronóstico de los pacientes que la padecen y las posibilidades terapéuticas.

Patología Ginecológica

1574

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA DE LA VULVA SECUNDARIA A RECURRENCIA URETRAL DE CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA 5 AÑOS DESPUÉS DE LA CISTECTOMÍA RADICAL

Cuadrado Roson, Marta María; Paredes Fernández, Marcos; García Reyero, Julia; Mira Soto, María Concepción
Presentador: Cuadrado Rosón, Marta María

HOSPITAL SIERRALLANA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria vulvar es infrecuente; abarca el 5,7% de todas las neoplasias vulvares, según el Instituto Nacional del Cáncer. Clínicamente muestran eritema y pueden confundirse con eczema. Se divide en primario (neoplasias que se originan en la propia piel vulvar, ya sea en forma de carcinoma escamoso, o de adenocarcinoma con origen en glándulas apocrinas subyacentes), y secundario (que refleja una extensión intraepitelial de células de una neoplasia interna subyacente, fundamentalmente adenocarcinoma de colon y carcinoma urotelial). La presentación clínica del Paget vulvar primario y secundario es similar, pero sus implicaciones terapéuticas y pronósticas son diferentes, por lo que es necesario un diagnóstico preciso. La extensión pagetoide de un carcinoma urotelial es un evento muy raro y un desafío diagnóstico, especialmente cuando sucede años después de la cistectomía

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 69 años con antecedentes de tiroidectomía, histerectomía y doble anexectomía por patología benigna, mastectomía radical y radioterapia en 2000 por un carcinoma ductal infiltrante pT2pN0, y cistectomía radical, linfadenectomía extendida bilateral y derivación ureteroileal tipo Bricker en 2014 por carcinoma urotelial in situ (pTis pN0). Desde febrero de 2018 prurito vulvar e hiperemia que afecta a introito, labios menores, cara interna de labios mayores, horquilla y rafe medio en espejo. Es diagnosticada y tratada para candidiasis y para liquen escleroso sucesivamente. En septiembre de 2018 se realizó una biopsia de vulva, que fue sugestiva de dermatitis de contacto o medicamentosa. En diciembre de 2019 se realizó una segunda biopsia de vulva, con diagnóstico de enfermedad de Paget de probable origen urotelial. Posteriormente se remitieron citologías de lavado y raspado del remanente uretral y citología vaginal, que fueron positivas para malignidad. Se realizó vulvectomy total, colectomía total y extirpación uretral

RESULTADOS: La biopsia de 2019 mostraba una epidermis parcialmente erosionada y artefactada; aun así, era posible distinguir una población de células atípicas con núcleos irregulares, aumentados de tamaño, separadas del epitelio normal por un halo claro, y citoplasmas hundidos. Se disponen sueltas y en pequeños grupos, predominantemente en capas basales de epidermis. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CK7, CK20, p63 y GATA-3, con negatividad para Melan A, CDX2, y MUC5AC. En las citologías de lavado y cepillado del remanente uretral, y toma vaginal encontramos células con núcleos irregulares, hiper cromáticos y alta relación núcleo/citoplasmática

En la pieza quirúrgica se identificó enfermedad de Paget que afectaba en forma de focos aislados a clitoris, labios menores, zona distal de uretra y vagina, glándulas mucosas periuretrales y glándulas mucosas vulvares en el lado derecho; existía además una vulvitis crónica extensa y marcada, con desprendimiento del epitelio en múltiples áreas, lo que impidió una valoración más precisa de la extensión de la enfermedad.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Paget vulvar puede confundirse clínicamente con eczema o infección. En pacientes con antecedentes de neoplasia de tracto urinario y lesiones cutáneas en vulva, debe considerarse la posibilidad de un Paget extramamario

Patología Ginecológica

1573

RABDOMIOSARCOMA GINECOLÓGICO EN MUJER DE EDAD AVANZADA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Cuadrado Roson, Marta María; Paredes Fernández, Marcos; Caballero Escudero, Clara
Presentador: Cuadrado Rosón, Marta María

HOSPITAL SIERRALLANA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los rabdomiosarcomas son tumores infantiles infrecuentes, y extremadamente raros en adultos. Presentamos un caso que debutó como tumor ovárico con carcinomatosis peritoneal, y describimos sus características histológicas y su diagnóstico diferencial

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 68 años con dolor abdominal difuso, aumento del perímetro abdominal y masa hipogástrica palpable de 2 meses de evolución. El TAC revela una masa ovárica de 15 cm y mamezones en el peritoneo pélvico. Se realizó biopsia mediante trucut (de valoración limitada por necrosis extensa), y posteriormente laparoscopia exploradora para evaluar resecabilidad con toma de nuevas biopsias. Cuando se realizó la laparoscopia con intención curativa en un segundo tiempo, se encontró una rápida progresión de la enfermedad y aparición de metástasis hepáticas que no existían

RESULTADOS: en el estudio previo. El estudio histológico mostró una neoplasia de células pequeñas, redondas y azules. Un muestreo exhaustivo permitió identificar células en renacuajo con estrías transversales. El estudio inmunohistoquímico reveló negatividad para pancitokeratina, EMA, CK7, CK20, melan A, CD45, PAX8, calretinina, alfa inhibina, positividad focal para vimentina y actina, y positividad difusa para desmina MyoD1, miogenina, sinaptofisina, p53 y Ki67. Se decidió quimioterapia, pero no pudo comenzarse debido a una insuficiencia renal aguda y rápido empeoramiento de la función renal de la paciente. Se remitió a cuidados paliativos.

CONCLUSIONES: El rabdomiosarcoma es muy infrecuente en niños y extremadamente raro en adultos. Puede presentarse con variedad de aspectos histológicos que remedan los diferentes estadios de la miogénesis. Cuando muestra una histología mejor diferenciada puede asemejarse a un rabdomioma; cuando presenta un aspecto inmaduro parece un tumor indiferenciado de células pequeñas, redondas y azules, y su diagnóstico diferencial es más amplio. Este incluye linfoma, melanoma y dada su presentación como tumor ovárico con carcinomatosis habría que incluir al carcinoma de células pequeñas ovárico de tipo hipercalemicó, el carcinoma de células pequeñas ovárico de tipo pulmonar, el tumor de células pequeñas y redondas desmoplásico intraabdominal, tumor neuroectodérmico primitivo y tumor de células de la granulosa.

Patología Ginecológica 1555

TUMOR UTERINO QUE RECUERDA AL TUMOR DE LOS CORDONES SEXUALES DEL OVARIO (UTROSCT)

Dominguez Aparicio, Claudia; Moreno Valladares, Manuel; De Burgos Gonzalez, Saúl; Carrillo Cobarro, María; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Ugas Burranca, Deborah Ximena; Sanchez Perales, Zulzy Faby Elvita; Ruiz Diaz, Irune; Rezola Bajineta, Marta; Bernal Simon, Iraide

Presentador: Dominguez Aparicio, Claudia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de una mujer de 44 años que de manera incidental en RM se observa una lesión nodular en cavidad uterina de 13 mm, que recomiendan valorar por Ginecología (posible mioma submucoso vs pólipos). Antecedentes familiares de cáncer de mama en abuela materna y personales de hipermenorreas de un año de evolución, HPV negativo, G1P1, poliartralgias, déficit leve de alfa-1-antitripsina (fenotipo M/S), hipotiroidismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Por ECO se visualiza lesión intracavitaria de 18x15 mm. La histeroscopia muestra nódulo de 2 cm, duro que impresiona de mioma submucoso. eN UNA PRIMERA FASE DIAGNÓSTICA, Se envían varios fragmentos morcelados de miomectomía a Anatomía Patológica, CON UN PRIMER ESTUDIO EN H-E Y POSTERIOR IHQ.

RESULTADOS: EN UNO DE LOS FRAGMENTOS DE LA MIOMECTOMÍA SE LLEGA AL DIAGNÓSTICO DE UTROSCT. La IHQ: actina positivo parcial, desmina positiva parcial, CKAE1/AE3 positivo, RE positivo parcial, RP positivo extenso, CK 8.18 positivo parcial, inhibina positivo parcial, calretinina positivo parcial, fumarato conservado, sinaptofisina negativa, Sox 10 negativo, CD 10 positivo parcial, EMA negativo, vimentina, positiva, melan-A positivo en dot, CD 56 negativo, WTI positivo. En comité se decide histerectomía y doble salpinguectomía, en la que se identifica UTROSCT intramucoso de 4mm. El estudio molecular no muestra traslocación del SS18.

CONCLUSIONES: El tumor uterino que semeja el tumor de cordones sexuales de ovario es un tumor mesenquimal raro (<1 % de todos los tumores uterinos mesenquimales) compuesto por células epitelioides con patrones arquitecturales que semejan a aquellos descritos en tumores estromales de cordones sexuales de ovario, sin componente reconocible de estroma endometrial. Su diagnóstico se basa en características histomorfológicas, con un patrón predominante en cordones, nidos y trabéculas, y un inmunofenotipo caracterizado por la coexpresión de receptores epiteliales, de músculo liso, esteroideos y marcadores de cordones sexuales. Aunque la mayoría tienen un comportamiento benigno, poseen potencial maligno incierto por una baja tasa de recurrencia y metástasis, con histerectomía +/- anexectomía bilateral como tratamiento estándar.

Patología Ginecológica 1544

CARCINOSARCOMA DE ENDOMETRIO CON DIFERENCIACIÓN HETERÓLOGA A RABDOMIOSARCOMA: UN CASO INFRECLENTE

Benito Sanchez, Sonia; Garcia Perez, Marie Laure; Quina Sandoval, Romina Wendy; Garrido Rodriguez, Enrique; Del Olmo Morales, Miriam; Parron Collar, Damaso

Presentador: Benito Sanchez, Sonia

HOSPITAL UNI. DE CACERES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinosarcoma de endometrio es una neoplasia maligna bifásica rara, compuesta por un componente carcinomatoso y un componente sarcomatoide, este último con posible diferenciación heterólogas. Su agresividad y escasa incidencia dificultan su diagnóstico y manejo. Presentamos un caso de carcinosarcoma con diferenciación rabdomiosarcomatosa de endometrio, resaltando los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos más llamativos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nos encontramos ante una paciente de 71 años con sangrado vaginal de 15 días de evolución. La ecografía transvaginal reveló un engrosamiento endometrial irregular. Se realizó histeroscopia con biopsia endometrial, con un primer resultado de adenosarcoma con diferenciación rabdoide en la muestra remitida, aunque no había mucho material. Se procede con una de histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Dada la comorbilidad de la paciente se decide por parte de ginecología no llevar a cabo linfadenectomía estadificadora.

Se llevaron a cabo estudios histológicos e inmunohistoquímicos con marcadores epiteliales y mesenquimales, incluyendo vimentina, p16, desmina y MyoD1, así como estudios moleculares del p53 y el pole.

RESULTADOS: El estudio histológico de la biopsia endometrial mostró un tumor bifásico con un componente carcinomatoso de alto grado y un componente sarcomatoide con áreas de diferenciación rabdomiosarcomatosa. En la pieza quirúrgica, el tumor infiltraba menos del 50% del espesor miometrial, sin invasión linfovascular evidente. El estudio inmunohistoquímico confirmó la naturaleza bifásica del tumor. El componente epitelial fue positivo para pancitoqueratinas y receptores hormonales negativos, mientras que el componente sarcomatoso expresó vimentina, desmina, MyoD1 y Miogenina, confirmando la diferenciación a rabdomiosarcoma. El estudio molecular realizado por NGS nos revela un p53 mutado y un POLE negativo.

CONCLUSIONES: Los carcinosarcomas de endometrio representan menos del 5% de los tumores malignos del útero y tienen un comportamiento agresivo con altas tasas de recurrencia y metástasis. La diferenciación heteróloga a rabdomiosarcoma es poco frecuente y sugiere un peor pronóstico. La evidencia actual indica que estos tumores tienen una respuesta limitada a la quimioterapia convencional, siendo necesario el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces. El carcinosarcoma de endometrio con diferenciación rabdomiosarcomatosa es una entidad agresiva y de diagnóstico complejo, que requiere un análisis histológico e inmunohistoquímico detallado. La identificación de la infiltración miometrial y la ausencia de invasión linfovascular tienen implicaciones pronósticas y terapéuticas relevantes, subrayando la necesidad de un abordaje multidisciplinar para su manejo.

ENTIDAD POCO CONOCIDA A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES GINECOLOGICOS: ADENOSARCOMA ENDOMETRIAL.

Bravo Collazos, Yoselin Cristina; Reina Licona, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; García De La Torre, Juan Pablo; Gonzalez Matea, Manuel
Presentador: Bravo Collazos, Yoselin Cristina

COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenosarcoma endometrial es una lesión rara, inusual, bifásica, compuesta por tejido mesenquimal maligno y epitelio endometrial glandular benigno, con frecuencia de aspecto polipoide y más común en cuerpo uterino. ocasionalmente puede presentarse en cérvix, ovarios y vagina. predominantemente en mujeres jóvenes, esta lesión tumoral puede estar asociado a antecedentes de radiación pélvica, cáncer de mama, hipertensión arterial, obesidad y tratamiento previo con tamoxifeno.

MATERIAL Y MÉTODOS: se trata de 5 mujeres reportadas en nuestro hospital desde el año 2019, con edades comprendidas entre los 47 y 51 años, que acudieron a consulta por presentar dolor abdominal y metrorragias, una de ellas con antecedentes de obesidad e ingesta de tamoxifeno por carcinoma de mama previo, se les practicó histerectomía y doble anexectomía, que histopatológicamente coincidían con la morfología y compartían positividad estromal para cd-10 y wt-1, diagnosticadas como adenosarcoma endometrial.

RESULTADOS: de las 5 mujeres, 4 fueron intervenidas quirúrgicamente, realizando histerectomía y doble anexectomía, donde se reporto adenocarcinoma endometrial, 3 de ellas positivas para cd-10; 2 de ellos también con positividad para wt-1, y 1 con positividad de receptores de estrógenos y progesterona, a uno de los casos, se practicó polipectomía en el cual igualmente se encontró positividad para cd-10 estromal, receptor de estrógenos, progesterona y positividad focal con wt-1; diagnosticando entonces de adenosarcoma mülleriano tipo polipoide. actualmente se encuentran sin recidivas tumorales y en seguimiento por el servigio de ginecología.

CONCLUSIONES: el adenosarcoma endometrial es una variante rara de los tumores müllerianos mixtos, consistente en un componente glandular endometrial benigno en un estroma sarcomatoso, la edad media de presentación es de 50 - 59 años. histopatológicamente muy similar a los hallazgos encontrados en un tumor phyllodes, compuesto por un estroma hiper celular con alto indice mitótico mayor a 10 por campo de gran aumento, que puede confundirse clínicamente con un carcinoma de cérvix, si la lesión protuye a través del mismo, el tratamiento suele ser histerectomía total, factores de mal pronóstico podrían ser la invasión miometrial, invasión linfovascular y necrosis, el adenosarcoma endometrial es capaz de tener recidivas locales en un 30% de los casos, particularmente en la vagina, que pueden ser tempranas, o tardías. es necesario tener en cuenta, en lesiones de aspecto polipoide, el adenosarcoma endometrial entre los diagnósticos diferenciales en vista de su importancia clínica y su diferente presentación histopatológica.

REVISIÓN DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS VIRUS PAPILOMA HUMANO- INDEPENDIENTES DE VULVA

Díez Fernández, Alba; Martínez Lopez, Mario
Presentador: Díez Fernández, Alba

HOSPITAL 12 OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vulva es una neoplasia poco frecuente, representando entre el 2,5% y el 4% de todos los cánceres ginecológicos. La mayoría, corresponden a carcinomas escamosos. La quinta edición de la clasificación de la OMS clasifica las lesiones precursoras de vulva en función de su asociación con la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Las lesiones asociadas al VPH suelen presentarse en pacientes jóvenes, mientras que las lesiones no asociadas se dan en mujeres de mayor edad y suelen tener un comportamiento más agresivo,por lo tanto existe la neoplasia intraepitelial vulvar asociada al VPH (que puede ser de bajo o alto grado) o la neoplasia intraepitelial vulvar independiente del VPH. Esta última se subdivide en dos categorías, dependiendo de la presencia o ausencia de mutación en el gen TP53: la neoplasia vulvar diferenciada (dVIN), asociada a mutaciones en TP53, y la lesión intraepitelial vulvar exotífica diferenciada (DEVIL, 2017) o la acantosis vulvar con diferenciación alterada (VAAD, 2024), que no presentan mutaciones en TP53. La correcta clasificación de estas lesiones es crucial, por presentar comportamientos biológicos diferentes. Las lesiones asociadas al VPH tienen un pronóstico más favorable y menor tasa de recurrencia que las no asociadas. Además, las lesiones con mutaciones en TP53 tienen un pronóstico peor que aquellas sin dicha mutación. A pesar de las diferencias histológicas, en ocasiones existe un solapamiento entre las lesiones, por lo que se requieren técnicas complementarias, como la inmunohistoquímica para p16 y p53. Recientemente, se han descrito otros marcadores que podrían ser útiles, como GATA3, CK17 y MIB1. En este estudio, pretendemos realizar una revisión de los casos diagnosticados en nuestro hospital de las lesiones independientes de VPH, realizar un estudio comparativo mediante inmunohistoquímica, analizar las dificultades en el diagnóstico diferencial y evaluar la evolución de las pacientes y la progresión hacia carcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para llevar a cabo el estudio, se ha realizado una búsqueda en la base de datos del servicio de anatomía patológica, abarcando el periodo del 1 de enero de 2010 al 1 de enero de 2025, utilizando el término "neoplasia vulvar". se han revisado las preparaciones histológicas teñidas con hematoxilina y eosina. En aquellos casos que no contaban con IHQ para p16 y p53, se han solicitado las pruebas correspondientes, incluyendo también GATA3, CK17 y MIB1. Además, se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre las lesiones precursoras vulvares.

RESULTADOS: Se han identificado 14 casos, de los cuales 1 corresponde a DEVIL, 1 a VAAD y 12 a dVIN. Se han revisado las preparaciones de HE y las técnicas de IHQ (en estudio). En los casos de dVIN, se ha observado una maduración anormal de los queratinocitos y atipia en la capa basal. Tanto VAAD como DEVIL se caracterizan por un crecimiento exotífico y una arquitectura verrucosa y/o acantótica, con ausencia de atipia significativa en la capa basal.

CONCLUSIONES: Las lesiones precursoras de carcinoma de vulva independientes de VPH son poco frecuentes, y su clasificación en los tres grupos establecidos por la OMS es relativamente reciente. Su diagnóstico puede ser desafiante cuando se basa únicamente en la histología, por lo que es necesario el uso de técnicas complementarias. Actualmente se está llevando a cabo un análisis detallado de la evolución clínica de las pacientes, así como de las diferencias entre ellas.

Patología Ginecológica

1654

MOLA DE BREUS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 22 CASOS

Petrino, María Mercedes; Andrade Restrepo, Jerónimo; Pena Burgos, Eva Manuela; Regajo Zapata, Rita María
Presentador: Petrino, María Mercedes

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El trombohematoma subcoriónico masivo (TSM), también denominado Mola de Breus, es una patología placentaria infrecuente caracterizada por una extensa colección de material hemático coagulado en el espacio intervellositario subcoriónico. Aunque no existe consenso sobre los criterios diagnósticos, se ha descrito como un hematoma subcoriónico que supera 1 cm del grosor placentario y compromete más del 50% de la placa coriónica. Su presencia se ha asociado con complicaciones gestacionales, principalmente restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), parto prematuro y, en algunos casos, muerte fetal intrauterina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda retrospectiva en la base de datos del servicio de anatomía patológica de nuestro centro, identificando los casos de TSM diagnosticados en el periodo comprendido entre los años 2015 y 2025. Se revisaron las imágenes macroscópicas, las preparaciones histológicas y la historia clínica perinatal.

RESULTADOS: De los 22 casos de TSM diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años, el 91% (n=20) correspondieron a gestaciones únicas, una de ellas con una recurrencia en una segunda gestación, y el 9% (n=2) a gestaciones gemelares bicoriales-biarnióticas con discos placentarios independientes. No se documentaron muertes fetales anteparto, aunque un recién nacido falleció en las primeras horas de vida, asociado con un patrón genético triploide (XXY) y displasia mesenquimal placentaria. El 64% de los casos (n=14) presentó RCIU, de los cuales el 57% (n=8) estuvieron por debajo del percentil 3 de peso al nacer. El 73% de los partos fueron pretérmino (n=16). En 32% de los casos (n=7), en los controles prenatales se identificaron alteraciones morfológicas placentarias por ecografía. En cuanto al peso placentario, un 32% de las placentas (n=7) estuvieron por encima del percentil 75 de peso para la edad gestacional, con tres de ellas por encima del percentil 95, mientras que un 27% (n=6) se ubicaron por debajo del percentil 25, con dos de ellas por debajo del percentil 5. El análisis histopatológico evidenció lesiones de malperforación vascular materna en el 73% de los casos (n=16), villitis crónica focal en el 9% (n=2), alteraciones madurativas en el 28% (n=6) y un caso presentó un corangioma de 2 cm.

CONCLUSIONES: La TSM o Mola de Breus es una patología placentaria infrecuente que aumenta el riesgo de RCIU, parto pretérmino y muerte fetal. Su diagnóstico diferencial incluye trombohematomas de menor extensión y otras lesiones de malperforación vascular materna. Existen pocos reportes de casos en la literatura, por lo que nuestra serie contribuye a ampliar el conocimiento de sus características morfológicas y complicaciones perinatales. En nuestra casuística, hemos observado una asociación con la RCIU y el parto pretérmino. A diferencia de otras series publicadas hasta el momento, no reportamos ningún caso de muerte fetal anteparto y el único caso de muerte perinatal, podría estar asociado a alteraciones intrínsecas del recién nacido. Se requieren estudios adicionales para determinar las posibles repercusiones postnatales a largo plazo de esta patología.

Patología Ginecológica

1886

TUMOR YOLK SAC SOBRE CARCINOMA DE CÉULAS CLARAS EN ENDOMETRIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ugás Burranca, Deborah Ximena; Rezola Bajineta, Marta; Juaristi Abaunz, María Aranzazu; De Burgos Gonzalez, Saúl; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Carrillo Cobarro, María; Sánchez Perales, Zully Faby Elvita; Dominguez Aparicio, Claudia; Ruiz Diaz, María Trinidad

Presentador: Ugás Burranca, Deborah Ximena

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores germinales uterinos son tumores ginecológicos extremadamente raros y en su mayoría se diagnostican en mujeres pre-menopáusicas. En caso de mujeres post-menopáusicas, se describen carcinomas mixtos germinales y los derivados del epitelio. Presentamos un tumor del seno endodérmico de endometrio sobre un carcinoma de células claras, en una mujer post menopáusica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso correspondiente a una mujer de 62 años, que acudió por dolor abdominal de dos meses de evolución. Se objetivó, en el examen físico, un cérvix friable con parametrio derecho rígido y en el estudio de imagen, un engrosamiento endometrial que alcanza cérvix sin presentar patología extrauterina asociada. Se realizó toma de biopsia endometrial y cervical. El material recibido constó de dos fragmentos de coloración parda que midieron 2,5 x 1cm y 2,5 x 2,3 x 0,2 cm respectivamente, se fijaron en formol al 4%, fueron embebidos en parafina y teñidos con hematoxilina-eosina.

RESULTADOS: La histología mostró una tumoración hiper celular con morfología similar en ambas muestras. Arquitecturalmente, se identificaron múltiples patrones histológicos, destacando el patrón reticular-multiquístico, el glandular cribriforme, glandular confluyente, el papilar y áreas sólidas con celularidad de tipo célula clara. En las áreas de patrón microquístico se vieron ocasionalmente imágenes que recordaban a cuerpos de Schiller-Duval, así como celularidad de aspecto germinal, con células de citoplasma claro vacuolado y núcleos redondos con marcado nucleolo y glóbulos de hialina, así como zonas de celularidad heterogénea, con núcleos hiper cromáticos de alto grado con marcado pleomorfismo y un índice mitótico elevado. En contraste, las áreas glandulares y papilares, presentaban núcleos más uniformes, citoplasma más eosinófilo y con un menor índice mitótico. El inmunofenotipo tumoral para áreas microquísticas, mostraban una positividad débil y focal para CK7 y negativa para PAX8 y positividad para GLYPICAN-3, AFP y SALL-4; CEA y CD30 fueron negativos en estas. Mientras que en áreas de patrones glandular y papilar resultaron CK7, PAX8, RACEMASA y HNF-beta positivas; así como positividad focal para NAPSINA-A, sin expresar RE y RP y con negatividad para GLYPICAN-3, AFP y SALL-4.

CONCLUSIONES: Los casos descritos en la literatura son escasos. Se mencionan posibles teorías para explicar este tipo de neoplasias, de las cuales, la retrodiferenciación o diferenciación aberrante es la más factible en este caso, ya que es la que explica la asociación de carcinoma de célula clara y el tumor del seno endodérmico. Según ésta, la asociación de ambas neoplasias se da en mujeres post-menopáusicas por una desdiferenciación somática de un carcinoma epitelial hacia uno germinal. Esta combinación se ha descrito sobre todos los subtipos epiteliales de carcinomas, aunque la incidencia es baja. Si bien la morfología tumoral puede orientar al diagnóstico, es necesario el estudio inmunohistoquímico, empleando un panel extenso, ya que por la heterogeneidad de estas lesiones y su inmunofenotipo variado, pueden encontrarse tinciones aberrantes, parciales o incompletas.

Patología Ginecológica

1959

DESCRIPCIÓN DE LOS CARCINOMAS DE ENDOMETRIO POLE Y P53 SEGÚN SU GRUPO DE RIESGO MOLECULAR. CAMBIO DE PARADIGMA EN SU MANEJO CLÍNICO.

Flores García, Adriana Teresita; Quintero Duarte, Adriana Marcela
Presentador: Flores García, Adriana Teresita

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En 2013 la TCGA caracterizó los carcinomas endometriales en cuatro categorías según sus características transcriptómicas y genómicas. Estas categorías han demostrado tener valor pronóstico por lo que se han generado los grupos de riesgo según los hallazgos clínicos, histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares (Estudios como PORTEC) que incluyen POLE ultramutado (representan aproximadamente 6-9%), Inestabilidad de microsatélites/Hipermutado (aproximadamente 28%), número de copias alto/p53 anormal (aproximadamente 7-10%) y los tumores sin patrón molecular específico. En 2023, FIGO actualizó su estadificación, incluyendo cambio de riesgo según los resultados de p53 y POLE. La mayoría de los tumores son fácilmente clasificables en uno de los grupos, sin embargo, algunos tumores tienen más de una característica molecular representando aproximadamente un 5%, y son llamados múltiples clasificadores. Reconociendo la importancia de la estadificación según grupos de riesgo para la decisión de tratamiento o seguimiento, describimos el estado de POLE y p53 en los carcinomas de endometrio en los que se ha realizado NGS desde junio 2022 hasta diciembre 2024 en nuestro centro y como afectó la decisión terapéutica

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo de revisión de los resultados de carcinomas endometriales a los que se realizó ensayos de secuenciación masiva o de última generación basado en captura (NGS) Illumina TruSight Oncology 500 (TSO500). Se incluyen carcinomas endometriales según cribado que fuesen FIGO G3, p53 anormal por inmunohistoquímica o pT1b, seleccionadas por la posibilidad de uso de neoadyuvancia, desde abril 2022 hasta diciembre 2024

RESULTADOS: Se realizaron estudios moleculares por NGS a 56 tumores de endometrio, la media de edad de las pacientes fue 63,9 años (Rango 40-86 años), el tipo más frecuente fue el adenocarcinoma endometriode, se encontraron 14,2% de tumores con mutación de POLE en Hotspot, 10,8% de POLE no Hotspot (con mutaciones que se encontraron en los dominios c.968dupA, c.4743delG, c.715C>G, c.2091delC, c.1186delG, c.1307C>G), 19,6% con MMRd, 26,8% p53 y el resto sin un patrón molecular específico (NSMP). Se encontraron 14,2% de clasificadores múltiples

CONCLUSIONES: La NGS resulta una herramienta fundamental en los carcinomas de endometrio que permite la optimización de las estrategias terapéuticas, mejorando las estrategias al individualizarlas a las características moleculares propias. En nuestro caso 12% de los pacientes (POLE IAmPOLEmut) no requirieron terapia adyuvante post quirúrgica, hasta la actualidad, y no han presentado recaídas, lo que disminuye morbilidad y costes. Así mismo, pacientes con tumores locales con FIGO <IIc histológicamente, fueron reclassificadas IIcMp53abn (22%), que hubiesen requerido otra estrategia terapéutica, de estas 80% recibieron tratamiento adyuvante y hasta la actualidad no han presentado recaídas, del resto una paciente rechazo la opción quirúrgica, una paciente solo recibió radioterapia y fue exitus y una paciente está en espera de cirugía. Estos porcentajes son mayores que en la literatura muy probablemente en relación al cribaje previo realizado por la histología, inmunohistoquímica y clínica

Patología Ginecológica

1950

EXPRESIÓN DE 7-CATENINA EN CARCINOMAS DE ENDOMETRIO COPY NUMBER LOW (P53WT/NSMP) MEDIANTE TMAS

Gener Jorge, Cristina; Alcalá Lorente, Marta; García Hernández, Susana; López Del Campo, Ricardo; Piñol Ballús, David; Méndez Coca, Inmaculada; Costa Trachsel, Irmgard; Reques Llanos, Armando
Presentador: Gener Jorge, Cristina

CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma endometrial (CE) es el cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados. La clasificación molecular vigente establece cuatro subgrupos: POLE (ultramutado), Inestabilidad de microsatélites (MSI/MMRd), Copy Number High (p53abn) y Copy Number Low (p53wt/NSMP). Este último representa un grupo heterogéneo, tanto morfológica como molecularmente, con variabilidad en el pronóstico y en la respuesta terapéutica, por lo que actualmente se está intentando subclasificar los tumores de este grupo. La 7-catenina (CTNNB1) se ha propuesto como un posible factor pronóstico, asociado a mayor riesgo de recaída y menor supervivencia en ciertos estudios. Sin embargo, los resultados aún no son concluyentes. Presentamos los resultados preliminares de un estudio en curso para identificar marcadores pronósticos en este grupo molecular usando Tissue Microarrays (TMAs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se recopiló las piezas de histerectomía con diagnóstico de adenocarcinoma endometrial diagnosticados en nuestro centro, entre los años 2021 y 2024, y se seleccionaron los 55 casos clasificados dentro del subgrupo Copy Number Low (p53/NSMP). Para la evaluación de las técnicas inmunohistoquímicas se realizaron TMAs con dos cilindros de 4mm de diámetro representativos de las áreas tumorales de cada caso. Se realizó inmunohistoquímica con 7-catenina (b-catenin-l, Dako). La expresión de 7-catenina fue analizada considerando su localización celular (membrana, nuclear o pérdida de expresión). Por último, se evaluó estadísticamente su asociación con características clínico-patológicas relevantes.

RESULTADOS: De los 55 casos estudiados, 52 fueron valorables, de los cuales 34 presentaron positividad para 7-catenina de membrana (65%), 10 presentaron pérdida de expresión (19%) y 8 presentaron positividad nuclear (15%). Se realizó el análisis estadístico sin evidenciar una asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$) con características patológicas como el grado, la presencia de invasión de espacios linfocutáneos, la presencia de metástasis ganglionares o el estadio FIGO.

CONCLUSIONES: Este estudio presenta datos preliminares sobre la asociación entre la expresión de 7-catenina y el pronóstico en las pacientes con carcinoma endometrial con subtipo molecular Low Copy Number. Se ha evidenciado expresión nuclear en el 15% de las pacientes, sin asociación estadísticamente significativa de esta expresión con factores clínico-patológicos relevantes del tumor. Dos de las debilidades de nuestro estudio son las limitaciones inherentes al uso de TMAs y el reducido número de casos, que pueden limitar la detección de diferencias estadísticamente significativas. En este sentido, el uso de la técnica de TMA presenta beneficios en reducción de gastos, pero limita la cantidad de tejido estudiado en cada caso, por lo que puede limitar la valoración de marcadores con expresión focal y/o heterogénea. En pasos siguientes se aumentará el tamaño muestral y se realizará la correlación con la supervivencia y el seguimiento clínico de las pacientes.

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL CÁNCER ENDOMETRIAL EN NUESTRO CENTRO

Jironda Gallegos, M^a Concepción; Bautista Ojeda, María Dolores; Abiteil, Cristina; Naranjo Salcedo, María; Soto Hernández, Mercedes; Fernández Torres, Eva

Presentador: Jironda Gallegos, María Concepción

HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La caracterización molecular del carcinoma endometrial en 4 subtipos ha supuesto un cambio de paradigma diagnóstico y terapéutico, con implicaciones a nivel pronóstico y predictivo. Se recomienda su realización subrogada en todos los carcinomas endometriales mediante estudio inmunohistoquímico de MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y p53, así como secuenciación del gen POLE. Presentamos los resultados del estudio del ADN y ARN de un total de 50 pacientes (31 biopsias diagnósticas y 19 piezas de resección) con carcinoma endometrial mediante NGS, con revisión del perfil histológico e inmunohistoquímico, con su correspondiente estratificación en subtipos moleculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las extracciones de ácidos nucleicos se realizaron con kits y equipo automático MagCore, y la Secuenciación masiva (NGS) con tecnología Ion Torrent (ThermoFisher). Para ello, se generaron de forma automatizada las librerías y el templado en Ion Chef System y la secuenciación se realizó en un Ion S5 Plus utilizando el panel OncoPrime Comprehensive Assay. El análisis bioinformático se realizó en la plataforma Ion Reporter. Sólo se consideraron válidos los resultados con cobertura mínima >1000x.

RESULTADOS: De las 50 muestras analizadas, 47 proporcionaron lecturas correctas de ADN y ARN y se consideraron válidas para diagnóstico molecular. Las alteraciones más numerosas se observaron en las vías PI3K/AKT/mTOR (PTEN, PIK3CA) y de ARID1A, presentes en el 95% y 85% de las muestras respectivamente. Con respecto a los casos con histologías de alto grado, 5 casos corresponden al subtipo POLE mutado/ultramutado, con variantes patogénicas en el dominio de la exonucleasa en los exones 9 y 13 (P286R, P436R y V411L) del gen POLE. En el subgrupo p53 anormal (p53 abn), con 18 casos, las alteraciones más frecuentemente observadas fueron mutaciones missense de TP53. Además, en este subgrupo se detectaron alteraciones en otros genes como FBXW7, RNF42 y CNVs en ERBB2 y ERBB3, así como un caso con un transcrito de fusión resultante de la translocación KIAA1549-BRAF con diagnóstico histológico de carcinosarcoma. En el subgrupo MMRd/hipermutados (7 casos), solo uno de ellos mostró una variante truncante de MSH6 con una frecuencia alélica de 43%, sugiriendo un origen germinal. Por último, el subgrupo de tumores con perfil molecular no específico (NSMP, 19 casos) tiene mayor heterogeneidad histológica y molecular, con mayor proporción de casos con patrón de infiltración miometrial tipo MELF y numerosas y variables alteraciones moleculares, destacando entre otros CTNNB1, FGFR (2 y 4), NOTCH 1 y KRAS. La detección de una mutación de KRAS en una neoplasia con receptores hormonales negativos y la revisión histológica permitió su diagnóstico histológico definitivo como adenocarcinoma mesonefrico-like.

CONCLUSIONES: Presentamos las alteraciones moleculares más destacadas encontradas en una serie de 50 casos de carcinoma endometrial. La realización de NGS de manera rutinaria en los carcinomas endometriales nos aporta información genética adicional que permite una mejor clasificación diagnóstica, principalmente para los subtipos POLE mutado y p53abn, ya que los primeros se asocian con un pronóstico favorable evitando tratamientos adyuvantes de quimio-radioterapia. La integración de esta herramienta junto con el diagnóstico histopatológico nos permite actualmente una adecuada estratificación del riesgo individual.

TUMOR UTERINO SIMILAR A TUMOR OVÁRICO DE CORDONES SEXUALES (UTROSCT) RECIDIVANTE ASOCIADO A FUSIÓN GREB1-NCOA2

Delgado Fernandez, Jorge Luis; Del Valle Sanchez, Maria Elena; Viso Soriano, Maria Jesús; Elizaguirre Zarza, Beatriz; Martínez Castiellón, Javier; Guerrero Gómez, Maialen; Calavera Ambrosi, Juan; López Hernández, Alenna; Rodríguez Carpio, Robert Ricardo; León, Liliانا; Martínez Arnau, Neus

Presentador: Delgado Fernández, Jorge Luis

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El UTROSCT es una neoplasia mesenquimal rara, de histogénesis poco clara y de potencial maligno incierto. Está definida en la quinta edición de la OMS (2020) como una neoplasia uterina con patrones morfológicos que se asemejan a los observados en los tumores de cordones sexuales ováricos sin componente del estroma endometrial reconocible. Se han descrito múltiples variantes histopatológicas e inmunofenotípicas, lo que puede resultar un desafío diagnóstico. En términos de patogénesis molecular, el UTROSCT no tiene la fusión de genes JAZF1-SUZ12 ni el reordenamiento PHF1 descritos en el sarcoma del estroma endometrial con diferenciación de cordones sexuales. Recientemente, se ha descrito que presentan reordenamientos recurrentes de NCOA1-3 con los genes ESR1 y GREB1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 41 años en seguimiento desde hace 16 años con diagnóstico inicial de sarcoma del estroma endometrial de bajo grado, en pieza de miomectomía laparoscópica. Posteriormente, se realizó histerectomía más doble anexectomía, con diagnóstico de sarcoma del estroma endometrial de bajo grado con áreas de diferenciación tipo cordones sexuales y presentó múltiples implantes abdominales y pélvicos en TAC de control a partir de los 6 años de seguimiento. Se resecaron diversos implantes y la muestra fue enviada a otro hospital, que emitió un diagnóstico de sarcoma del estroma endometrial con un patrón predominante de tipo cordones sexuales. Años después, se detectó un nuevo implante peritoneal en sigma de 5,5 x 4,5 cm, que fue resecado, y la muestra se remitió al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla para un estudio de secuenciación masiva.

RESULTADOS: El estudio NGS demostró la presencia de dos fusiones entre los genes GREB1-NCOA2 (GREB1ex3::NCOA2ex13 y GREB1ex2::NCOA2ex14).

A nivel histológico la neoplasia era relativamente bien circunscrita, no encapsulada, pero con zonas focales de infiltración. Estaba compuesta por células epitelioides, con atipia moderada, núcleos de tamaño mediano-grandes, citoplasmas eosinófilos y nucléolos prominentes. Se disponían en diferentes patrones de crecimiento: difuso, cordonal, trabecular o pseudoglandular. No se identificó necrosis y el índice mitótico máximo fue de hasta 8 mitosis/CGA. Inmunohistoquímicamente se observó expresión focal de marcadores de cordones sexuales (WT1, CD99 y CD56) expresión de marcadores epiteliales (CKAE1/AE3, CK8/18) expresión de marcadores de músculo liso (actina y desmina) y de marcadores hormonales (ER y PR débil y focal).

CONCLUSIONES: El UTROSCT es una neoplasia mesenquimal poco frecuente. Estudios actuales revelan que, en comparación con los casos que presentan reordenamiento del gen ESR1, los casos con reordenamientos de GREB1 suelen ser más frecuentes en pacientes de edad más avanzada. Estos, a su vez, tienen mayor probabilidad de presentarse con tumores más grandes, con menor diferenciación hacia cordones sexuales y un mayor número de recidivas y metástasis, asociándose con un peor pronóstico. Sin embargo, se requiere el análisis de un mayor número de casos para establecer una relación clara entre las alteraciones moleculares y el comportamiento clínico, histopatológico y pronóstico del UTROSCT.

CORIOCARCINOMA GESTACIONAL EN EL CONTEXTO DE UNA MOLA HIDATIFORME COMPLETA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Perez Jimenez, Montserrat; Jimenez Lara, Araceli; Pemintel Cossi, Juan Jose; Ramos Rodriguez, Claudia Carolina; Gonzalez Lopez, Pedro; Alvarez Mancha, Ana Isabel
Presentador: Perez Jimenez, Montserrat

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El coriocarcinoma gestacional es un tumor maligno compuesto por sincitiotrofoblasto vellosa neoplásico, trofoblasto intermedio y citotrofoblasto. Es la neoplasia trofoblástica gestacional más común. A pesar de ello, es una entidad rara con una incidencia anual en Europa de 1 caso por cada 40000 embarazos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta caso clínico.

RESULTADOS: Mujer de 53 años sin antecedentes médicos de interés, con antecedentes quirúrgicos previos de tres cesáreas y una miomectomía, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso y metrorragia mayor que una regla. Se realiza estudio por parte de ginecología, objetivándose una BHCG de 215000 mUI/ml y una masa uterina sugerente de mola invasiva en pruebas de imagen. Por todo ello, se realiza una histerectomía con doble anexectomía. Macroscópicamente, al corte de la pieza, se observa una lesión que presenta áreas vesiculares que se alternan con zonas amarillentas homogéneas y de aspecto necrótico. Se identifica también un fragmento tisular suelto de coloración amarillento-anaranjada, y de aspecto vesicular, alternándose con zonas de aspecto necrótico, y otras amarillentas homogéneas. El estudio histopatológico reveló una mola hidatiforme completa rodeada de áreas con un patrón bifásico de celularidad trofoblástica, numerosas mitosis, necrosis, áreas hemorrágicas y atipia citológica marcada, que destruye la arquitectura normal del endometriometrio, con imágenes de invasión linfovascular.

CONCLUSIONES: El coriocarcinoma gestacional es la neoplasia trofoblástica más común. En cuanto a los factores de riesgo, se incluye la presencia de una mola previa, la raza y la edad materna avanzada. La clínica más habitual es el sangrado vaginal con niveles muy elevados de BHCG sérica, semanas o años después de una gestación. Histológicamente, se caracteriza por láminas de sincitiotrofoblasto atípico, citotrofoblasto y trofoblasto intermedio con un patrón infiltrante y destructivo. Presencia de alta actividad mitótica con hemorragia y necrosis. A pesar de ser una entidad poco frecuente, es necesario tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la enfermedad trofoblástica gestacional, ya que conlleva un manejo clínico diferente.

ANÁLISIS DE FUSIONES GÉNICAS EN UNA SERIE DE TUMORES UTERINOS QUE RECUERDAN A LOS TUMORES DE CORDONES SEXUALES DEL OVARIO (UTROSCT): VALOR DIAGNÓSTICO Y/O PRONÓSTICO.

Villar Espada, María; López García, Mª Ángeles; Civantos Jubera, Gema; Salguero Aranda, Carmen; Veites Pérez-Quintela, Begoña
Presentador: Villar Espada, María

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los UTROSCT (Uterine Tumour Resembling Ovarian Sex Cord Tumors) son neoplasias uterinas infrecuentes, con unos 500 casos publicados, cuyo diagnóstico puede resultar complejo. Clínicamente suelen debutar con metrorragia, siendo su localización habitual submucosa o intramural. Se considera un tumor de bajo potencial maligno, aunque hay descritos casos de recurrencia y metástasis. Presentan un perfil inmunohistoquímico variable, con expresión de marcadores de cordones sexuales, epiteliales y de músculo liso. En los últimos años se han descrito fusiones génicas características, como NCOA1-3 con ESRI y GREB1, que permiten una mejor caracterización de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en nuestro centro, analizando 9 casos diagnosticados de UTROSCT. Se recopilaron datos clínicos y patológicos, incluyendo edad, recurrencias, tamaño y localización tumoral, arquitectura, índice mitótico y alteraciones moleculares, entre otros. Se realizó un panel inmunohistoquímico completo en todas las muestras, incluyendo actina, CK (AE1/AE3), calretinina, inhibina, CD10, CD99, WT1, receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP). Se realizó además un estudio de secuenciación masiva NGS utilizando un panel específico para sarcomas (Sarcoma FusionPlex).

RESULTADOS: Las pacientes presentaban una edad media de 36 años y un tamaño tumoral promedio de 39 mm. La localización más frecuente fue submucosa (75%) y la cirugía más realizada la miomectomía. Histológicamente predominaron los bordes infiltrativos (78%), el patrón citológico epiteloide (66,6%), la atipia nuclear moderada (66,6%) y una media de mitosis de 2 x10 CGA (rango 0-8). No se evidenció necrosis ni invasión linfovascular. Destacar la recurrencia de una paciente a los 3 años (caso 2) y el diagnóstico metastásico en muestra de implante colónico (caso 7). El perfil inmunohistoquímico mostró resultados homogéneos, con inmunoreactividad positiva para actina (100%), CK (AE1/AE3) (100%), calretinina (89%), inhibina (89%), CD10 (22%), CD99 (100%), WT1 (67%), RE (100%) y RP (100%). El análisis molecular reveló fusión ESRI-NCOA2 en 3 casos (33,3%), ESRI-NCOA3 en 3 casos (33,3%) y GREB1-NCOA2 en 1 caso (11,1%), el cual corresponde al caso 7, de debut metastásico que además presentaba el mayor índice mitótico. Dos pacientes no presentaron fusiones (22,2%) destacando el antecedente de endometriosis grave en ambas.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de UTROSCT se ha basado clásicamente en parámetros morfológicos e inmunofenotípicos. La secuenciación (NGS) no solo permite una mejor caracterización, sino que también aporta valor diagnóstico y pronóstico. Las fusiones ESRI-NCOA2, ESRI-NCOA3 y GREB1-NCOA2, presentes en nuestra serie, se han descrito como características de esta entidad. La participación del gen ESRI pone de manifiesto el papel que la vía estrogénica podría tener en la oncogénesis de los UTROSCT, mientras que la fusión GREB1-NCOA2 se ha asociado con un comportamiento más agresivo y mayor riesgo de recurrencia, tanto en la literatura como en nuestra serie. Nuestros hallazgos refuerzan la heterogeneidad molecular de los UTROSCT y su potencial impacto en el pronóstico. La detección de fusiones génicas mediante NGS podría mejorar la estratificación del riesgo y guiar nuevas terapias, especialmente en casos agresivos.

CARCINOMA ADENOIDE DE CÉLULAS BASALES DE CÉRVIX: NEOPLASIA MALIGNA E INDOLENTE, IMPORTANTE DE CONOCER.

Pueyo Arias, Pablo; Martínez Miguel, Jennifer; Ruiz Quintero, Geraldine; Oliver Ledesma, Marina; Saiz Ruiz De Loizaga, Marta; Vidaurrazaga Olivares, Nerea; Pérez Zabala, Ana; Rodríguez González, Juana María; Martín Manso, Ana María; Irigoyen Miró, Gonzalo

Presentador: Pueyo Arias, Pablo

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma adenoide basal (CAB) de cérvix es un tumor infrecuente, de naturaleza indolente, pero que se parece a neoplasias malignas agresivas más comunes, por lo que es necesario un cuidadoso diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra se recibió en el servicio de anatomía patológica de nuestro centro. Se procesó y se obtuvieron bloques que se tiñeron con Hematoxilina & Eosina. Tras la valoración, se solicitaron las siguientes técnicas de inmunohistoquímica: p16, p63, p40, CK5/6, NKX3.1, CD117 y Ki67.

RESULTADOS: Caso clínico: Mujer de 63 años que en 2022 se le realiza conización cervical tras diagnóstico citológico de SIL de alto grado con extensión a cuellos glandulares, con HPV alto riesgo positivo, y posterior confirmación en biopsia. El resultado anatomopatológico de la pieza de conización fue de carcinoma adenoide basal, estadio pT1a2 (TNM, AJCC 8ª edición) con una infiltración del estroma de 4,2 mm. El tumor estaba constituido por una proliferación de células basaloideas monomorfos, de escasa atipia, que crecían constituyendo pequeños nidos sólidos con empalizada periférica. Se identificaron aisladas figuras de mitosis, así como fenómenos de quistificación o diferenciación escamosa o glandular. Las técnicas de inmunohistoquímica mostraron expresión para p16 (difusa y en bloque), p63, p40, CK5/6 y NKX3.1, así como negatividad para CD117. Índice de proliferación para Ki67 del 4%. Asociado a ello, se objetivó una lesión escamosa intraepitelial de alto grado con extensión a cuellos glandulares que contactaba con el margen endocervical. La paciente fue tratada con cirugía encontrándose a día de hoy libre de enfermedad.

Discusión: El carcinoma adenoide de células basales es una neoplasia epitelial maligna que representa menos del 1% de todos los carcinomas cervicales y que afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas. Se asocia en la mayoría de los casos con el VPH de alto riesgo. Es una neoplasia indolente que plantea el diagnóstico diferencial con entidades de comportamiento clínico más agresivo como el carcinoma adenoide quístico, el carcinoma de células escamosas basaloideo o el carcinoma de células escamosas bien diferenciado. Muchos casos de carcinomas adenoides de células basales coexisten con HSIL o carcinomas invasivos de otro tipo, más comúnmente carcinoma de células escamosas, que serán quienes marquen el pronóstico. Por ello, un diagnóstico definitivo de carcinoma basal adenoide puro requiere la evaluación de todo el tumor. Actualmente no existe un estándar de tratamiento específico. Para los casos típicos, sin otras neoplasias malignas acompañantes, la resección quirúrgica proporciona un buen pronóstico con un bajo potencial de recurrencia y metástasis.

Además, dada la escasa atipia celular y baja actividad mitótica, el CAB también debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial con entidades benignas como la hiperplasia basal adenoidea.

CONCLUSIONES: El CAB de cérvix es una neoplasia maligna muy poco frecuente e indolente que requiere una atención diagnóstica cuidadosa dado sus similitudes histológicas con otras neoplasias malignas más agresivas. Presenta muy buen pronóstico en su forma pura, sin potencial metastásico conocido, por lo que se ha sugerido el término de "tumor adenoide basal". El tratamiento definitivo depende de un diagnóstico preciso.

CINTEC® PLUS CYTOLOGY Y SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

Paniagua Quiñones, Beroé María; Arias Leal, Ana María; Sánchez Sánchez, Beatriz; Heras Berraco, Angélica; Partido López, María De Las Mercedes; Mendo Rubiales, Almudena; Gutiérrez Bustos, María Irene; Redondo Santibáñez, Almudena; Luengo Criado, Ana Belén

Presentador: Paniagua Quiñones, Beroé María

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de mortalidad femenina, asociado a la infección persistente por VPH. La citología convencional en base líquida tiene limitaciones en la detección de lesiones premalignas, lo que ha impulsado el uso de nuevas herramientas en los laboratorios como combinarla con pruebas moleculares en la detección del VPH y una vez que son positivas, la utilización de la tinción dual CIntec® PLUS.

CIntec® PLUS Cytology es una prueba inmunocitoquímica que detecta la coexpresión de p16 y Ki-67 en células del epitelio cervical. Dado que estos marcadores son mutuamente excluyentes en células normales, su sobreexpresión simultánea indica alteraciones asociadas a infección oncogénica por VPH, facilitando la identificación de lesiones con potencial de progresión a neoplasia.

La FDA ha aprobado su uso en el triaje de mujeres con VPH positivo cuando el test se realiza mediante VPH COBAS 4800.

El estudio compara la eficacia del CIntec PLUS como herramienta que indique la derivación a colposcopia frente a la citología en base líquida para mujeres con VPH + de alto riesgo de tipo no 16/18.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en la Unidad de Citología Ginecológica del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Cáceres durante el año 2024. Se incluyeron mujeres de 30 a 65 años con resultado positivo para VPH de alto riesgo no 16/18 mediante COBAS 4800. Se comparó la derivación a colposcopia según los resultados de citología en base líquida y la tinción dual CIntec® PLUS. Se analizaron 472 muestras con VPH positivo no 16/18.

RESULTADOS: De las 472 muestras con VPH + (no 16/18):

- 87 presentaron citología con lesión ? LSIL.
- 385 mostraron citología < LSIL, con la siguiente distribución:
 - NLJM: 214 (representa el 55.58%) ? TD+: 0
 - ASCUS: 63 (representa el 16.36%) ? TD+: 6
 - LSIL: 108 (representa el 28.05%) ? TD+: 36

Por tanto, se derivaron a colposcopia 42 mujeres con citología positiva y Tinción Dual positiva, que según las guías se les haría seguimiento anual.

De ellas, 29 (69.04%), fueron biopsiadas con los siguientes resultados:

- Negativa: 6 casos
- CIN1: 13 casos
- CIN2: 10 casos

Estos hallazgos sugieren que CIntec® PLUS mejora la identificación de pacientes con lesiones de alto grado y evita colposcopias innecesarias.

CONCLUSIONES: El uso de CIntec® PLUS Cytology en mujeres con VPH de alto riesgo no 16/18 mejora la estratificación del riesgo y optimiza la derivación a colposcopia. En este estudio, la tinción dual identificó pacientes con mayor probabilidad de presentar lesiones de alto grado, mejorando la precisión diagnóstica y reduciendo el número de colposcopias innecesarias.

Los resultados respaldan su implementación como prueba complementaria a la citología en el triaje de estas pacientes, contribuyendo a una detección más eficiente de lesiones premalignas y optimizando el manejo clínico.

Patología Ginecológica

1966

IMPLICACIONES CITOLÓGICAS EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DEL CARCINOMA ENDOMETRIAL

García Miranda, Iker; Goncalves Villarreal, Katherine Andreina; Orbeago Arrizabalaga, Idoia; Ramírez Feliz, Máximo Leonardo; Bravo Blanco, David; Alioto Molinero, Cayetano; Marcos Muñoz, Aitziber; Aberasturi Plata, Yoseba; Andrés Álvarez, Leire
Presentador: García Miranda, Iker

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma endometrial es la neoplasia maligna más frecuente del tracto genital femenino en occidente. La mayoría de casos se diagnostican en un estadio precoz, lo que asocia un buen pronóstico; sin embargo, el subtipo histológico papilar seroso representa un 10% del total de carcinomas endometriales, habitualmente se diagnostica en estadios avanzados y supone hasta un 39% de las muertes causadas por este.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer postmenopáusica, de 67 años sin antecedentes familiares ni personales de neoplasias ginecológicas con sangrado vaginal continuo de 3 meses de evolución.

A la exploración, genitales externos y cérvix morfológicamente normales. Llama la atención un material hemático que asoma por el orificio cervical externo que se recoge mediante cepillado. Mediante ECO se aprecia útero aumentado de tamaño (tamaño similar a útero gestante de 10 semanas y un engrosamiento endometrial irregular de 18mm).

Se remiten de forma simultánea al servicio de anatomía patológica las siguientes muestras: frotis cervical, biopsia Cornier y biopsias endocervicales.

Se confirma diagnóstico de malignidad y se decide intervención quirúrgica.

RESULTADOS: Macroscopia:

Útero de 11x7x5 cm y 265 g. Externamente se identifica un área parduzca que rodea el orificio cervical externo. A la apertura y a los cortes se observa una lesión de aspecto neoplásico que ocupa la cavidad uterina y que a los cortes parece infiltrar más del 50% del espesor miometrial. Presenta también múltiples formaciones nodulares de aspecto arremolinado (de entre 4-6 cm de diámetro).

Microscopia:

Citología: Frotis de patrón atrófico que muestra abundante celularidad atípica que se dispone en micropapilas o mórulas; núcleos hiper cromáticos con micronuleolo y citoplasmas amplios. La morfología y disposición de la celularidad descrita son concordantes con adenocarcinoma, posiblemente tipo micropapilar/seroso.

Biopsia material OCE: Carcinoma seroso endometrial G3.

p53 patrón de tinción aberrante (sobrexpresión).

Receptores hormonales negativos (expresión en 0% núcleos).

Ausencia de inestabilidad de microsatélites.

Biopsia de tejido en canal endocervical:

Carcinoma con iguales características que en la muestra anterior. Histerectomía total ampliada:

- Adenocarcinoma seroso de endometrio, G3 de la FIGO (alto grado de la OMS), con invasión miometrial >50%, invasión linfvascular en 2 vasos linfáticos miometriales y afectación del istmo.

- Linfadenectomías:

Para-aórtica: Metástasis ganglionares linfáticas, la mayor de 3mm, (2+/10) sin extensión extracapsular.

Pélvica bilateral: Ausencia de metástasis ganglionares linfáticas (0/6). Linfadenitis reactiva.

Ganglios presacros: Metástasis ganglionar linfática de 6mm (1+/2) sin extensión extracapsular.

CONCLUSIONES: Resaltar la importancia de la detección de células endometriales normales o con atipia en citologías cervico-vaginales de mujeres post-menopáusicas.

Destacar la correlación de estos hallazgos citológicos con factores de mal pronóstico como la afectación del estroma cervical en la pieza quirúrgica, la afectación de ganglios linfáticos regionales, un alto grado histológico y una invasión extensa del miometrio.

Patología Ginecológica

1879

EXPRESIÓN DE HER2 EN CARCINOMAS SEROSOS DE ALTO GRADO DE OVARIO: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Alcalá Lorente, Marta; Gener Jorge, Cristina; González Alonso, María Teresa; López Del Campo, Ricardo; Piñol Ballús, David; Méndez Coca, Inmaculada; Costa Trachsel, Irmgard; Reques Llanos, Armando

Presentador: Alcalá Lorente, Marta

CONSORCI SANITARI PARC TAULÍ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma seroso de alto grado de ovario es la neoplasia maligna ovárica más frecuente y una de las principales causas de muerte por cáncer ginecológico en España. Su alta mortalidad se debe a la dificultad en el diagnóstico precoz y a la frecuente resistencia a la quimioterapia convencional. En este contexto, el desarrollo de terapias dirigidas representa una necesidad clínica. HER2, un receptor de la familia de tirosina cinasas, es una diana terapéutica en diversos tumores, pero su expresión en el carcinoma seroso de ovario sigue sin estar claramente establecida. Nuestro objetivo es analizar la expresión de HER2 en carcinomas serosos de alto grado de ovario diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo con los casos de carcinoma seroso de alto grado de ovario diagnosticados en nuestro centro entre 2021 y 2024. Se incluyeron 77 casos con los que se realizaron TMA's ("tissue microarrays") y estudio inmunohistoquímico para HER2. Teniendo en cuenta que no existe un criterio estandarizado para la evaluación de HER2 en cáncer de ovario, se valoró mediante el sistema de puntuación de consenso para carcinoma endometrial: 0 (negativo), 1+ (expresión débil y focal), 2+ (expresión moderada) y 3+ (expresión intensa y difusa). No se realizó confirmación mediante FISH en los casos con score 2+.

RESULTADOS: De los 77 casos analizados, 11 no fueron valorables por limitaciones técnicas del TMA. De los 66 casos restantes, 46 (69,7%) no expresaron HER2 (score 0), 14 (21,3%) mostraron expresión débil y focal (score 1+), 4 (6%) presentaron expresión moderada (score 2+) y 2 casos (3%) mostraron expresión intensa y difusa (score 3+).

En este sentido, una de las debilidades de nuestro estudio es la utilización de TMA's, que sólo permite una valoración limitada del tejido, lo que podría afectar la interpretación de la expresión del anticuerpo.

CONCLUSIONES: Aunque nuestra muestra es limitada, los resultados sugieren que un subgrupo de pacientes con carcinoma seroso de alto grado de ovario podría beneficiarse de terapia dirigida contra HER2. En particular, los casos con score 3+ (3%) y aquellos casos 2+ con confirmación por FISH (hasta el 6%) podrían ser candidatos para terapia anti-HER2. Si en el futuro se ampliara la indicación de tratamiento a los criterios HER2-low, los casos con score 1+ también podrían considerarse para este tipo de tratamiento, incluyendo hasta el 30,3% de las pacientes, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas en esta patología.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL ESTADIAJE FIGO 2018 Y FIGO 2023 EN CARCINOMA ENDOMETRIAL

Reques Llanos, Armando; Alcalá Lorente, Marta; Gener Jorge, Cristina; Román Basanta, Montserrat; Lopez Del Campo, Ricardo; Piñol Ballús, David; Mendez Coca, Inmaculada; Costa Trachsel, Irmgard

Presentador: Reques Llanos, Armando

CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ - PARC TAULÍ HOSPITAL UNIVERSITARI

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) publicó en 2023 el nuevo sistema de estadificación para pacientes con carcinoma endometrial (CE). La nueva clasificación introduce criterios histológicos, como la presencia de invasión linfovascular (ILV) extensa o el tipo histológico, pero también moleculares, como las mutaciones de POLE o p53. Estos cambios han sido motivo de controversia al provocar cambios importantes de estadificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo recopilando aquellas pacientes con cirugía de estadificación por CE realizadas en nuestro centro entre los años 2021 y 2025. De las 137 pacientes localizadas, se han recogido los estadios FIGO 2018 y 2023. 60 casos eran previos a la publicación de la nueva clasificación por lo que se revisaron para determinar el estadio FIGO 2023.

RESULTADOS: Al aplicar la nueva clasificación, 26 pacientes (19%) pasaron de un estadio I (7 de ellas IA y 19 IB) en la clasificación anterior, a un estadio II con la clasificación FIGO 2023. De estas, 11 (8%) cambiaron a un estadio IIB debido a la presencia de ILV extensa, mientras que 2 pacientes (1,5%) pasaron a un estadio IIC por presentar un tipo histológico agresivo. Las restantes 13 pacientes (9,5%) ven incrementado su estadio a IICmp53abn por el hecho de tener expresión aberrante de p53. En cualquier caso, estas pacientes también presentaban un tipo histológico agresivo por lo que, aunque no se hubiera tenido en cuenta el criterio molecular, hubieran sido clasificadas como IIC atendiendo a criterios exclusivamente morfológicos. Otro punto que es relevante en nuestro estudio es la ausencia de cambios de estadificación producido al tener en cuenta la presencia de mutaciones de POLE. En nuestra serie encontramos 8 casos (6%) con mutación de POLE confirmada que, en la FIGO de 2018, presentarían una estadificación IA en 3 casos y IB en los 5 restantes. Estos casos, atendiendo exclusivamente a los nuevos criterios morfológicos de la FIGO 2023 pasarían a ser IA1 en 1 caso, IA2 en 2 casos, IB en 2 casos, IIB en 2 casos por la presencia de ILV extensa y 1 caso a IIC por ser histología agresiva. En cambio, al tener en cuenta los criterios moleculares todos ellos pasarían a un estadio IAmpOLEmut en la nueva clasificación.

CONCLUSIONES: Las principales diferencias entre ambos sistemas se producen debido a la introducción de los criterios histológicos de ILV extensa y tipo histológico agresivo. Acorde a nuestros datos, hasta el 9,5% de los casos con estadio I en la FIGO 2018 escalarían a estadio II de la nueva FIGO sólo con base en estos criterios. En este sentido, la clasificación como estadio IIC de aquellos casos con p53abn (9,5%) se podría decir que no ha tenido repercusión en nuestra serie, ya que todos estos casos hubieran visto aumentado su estadio a IIC en base al tipo histológico agresivo.

Por otro lado, 8 pacientes con POLEmut se han mantenido en el estadio I con los nuevos criterios moleculares, aunque atendiendo a criterios histológicos 3 de ellas hubieran escalado a estadio II. Estas son las pacientes que se benefician de la desescalada terapéutica.

Aunque existe controversia con esta nueva clasificación, permite una estadificación más coherente con las nuevas guías de tratamiento, especialmente para aquellos tumores del grupo POLEmut. Se deben realizar estudios amplios con seguimiento a largo plazo para confirmar la mejoría de esta clasificación en el tratamiento y la calidad de vida de las pacientes.

¿Y SI LA CULPA NO ES DEL HPV? A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISQUERATOSIS PAPULAR ACANTOLÍTICA.

Sánchez López, Eva Paola; Hincapié Baena, Vanessa; Serrano Velasco, María; Quiñones Garrido, Sara; Berjón García, Alberto

Presentador: Sánchez López, Eva Paola

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de ginecología por persistencia de condilomas perianales, diagnosticados cuatro años antes y refractarios a imiquimod.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo un análisis de la historia clínica de la paciente, incluyendo imágenes, el seguimiento del proceso clínico y los estudios histopatológicos disponibles, así como una revisión de la bibliografía pertinente.

RESULTADOS: La paciente acude en marzo de 2021 a la consulta de ginecología por prurito en la zona genital, realizándose un frotis cervical que resultó normal. Meses más tarde, es evaluada por el servicio de dermatología, observándose en la exploración lesiones verrucosas aplanadas en la región perianal, que se extienden ligeramente hacia la parte posterior de los labios mayores. La paciente informa verbalmente sobre una biopsia vulvar reciente realizada en otro centro, la cual resultó positiva para el virus del papiloma humano (VPH), así como una citología positiva en 2020. Se le prescribe tratamiento con imiquimod, sin observarse mejoría tras dos ciclos. A lo largo de los tres años siguientes, la paciente acude en dos ocasiones a revisión, realizándose una nueva citología vaginal negativa, un ciclo de crioterapia y otros tratamientos tópicos, sin éxito. Debido a la falta de respuesta al tratamiento, se decide realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico de condilomas. Histológicamente, se observa hiperplasia epidérmica, acantosis suprabasal, disqueratosis e hiperqueratosis focal, con negatividad para sobreexpresión de p16. A raíz de estos hallazgos, se sugiere el diagnóstico de disqueratosis papular acantolítica. Actualmente la paciente está en tratamiento con tacrólimus, pendiente de revisión.

CONCLUSIONES: La disqueratosis papular acantolítica es una dermatosis crónica, recurrente y de etiología desconocida. Se ha sugerido que está relacionada genéticamente con la enfermedad de Haley-Haley, ya que existen casos con antecedentes familiares de dicha enfermedad, aunque la mayoría son esporádicos.

Clinicamente se suele presentar como múltiples pápulas pruriginosas o asintomáticas, en zona perianal y genital, del mismo color que la piel y que no mejoran con imiquimod o tratamientos emolientes.

Histológicamente se ha descrito hiperqueratosis, paraqueratosis y células acantolíticas y disqueratosis en la parte media e inferior de la epidermis, lo que hace necesario el diagnóstico diferencial con otras disqueratosis acantolíticas, como la enfermedad de Darier o el disqueratoma verrucoso, así como no confundirlo con un carcinoma epidermoide de patrón acantolítico, para lo cual es imprescindible la correlación clínica. En este caso, el curso clínico de la paciente y los hallazgos histológicos han permitido realizar el diagnóstico de disqueratosis papular acantolítica, y, por tanto, orientar y tratar sus lesiones de manera distinta. Sin embargo, a pesar de que hay varias opciones de tratamiento, como el tacrólimus o las tetraciclinas, debe tenerse en cuenta que estas lesiones suelen persistir y recidivar.

Patología Ginecológica

1838

PECOMAS PÉLVICOS EN UNA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LEIOMIOSARCOMA UTERINO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

González García, Jesús; Olalla Gallardo, José María; Nieto Vallejo, Sixto Manuel; Parmeggiani Bermejo, Sofia; Melgar Melgar, Álvaro; García Aguilera, Ana Isabel

Presentador: González García, Jesús

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células epitelioides perivasculares (PEComas) son considerados neoplasias de células epitelioides perivasculares, que expresan marcadores melanocíticos y de músculo liso. Un artículo reciente, en el que se reportan cuatro casos de leiomiomas uterinos asociados con PEComas, sugiere la hipótesis de que algunos PEComas podrían tener su origen en células de músculo liso. Presentamos una paciente con antecedente de leiomiomas uterino, que presentó posteriormente tres implantes de PEComa en pelvis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 57 años con antecedente de leiomiomas uterino operado 4 años antes, en estudio por sospecha radiológica de recidiva. Se recibieron dos implantes tumorales de 3,4 y 1,5 cm procedentes de pared pélvica y otro de 1,6 cm de mesorrecto. Se realizaron preparaciones histológicas convencionales H-E y un panel de inmunohistoquímica con marcadores melanocíticos y de músculo liso.

RESULTADOS: En las tres lesiones se observó una neoplasia de células epitelioides y fusiformes, algunas en disposición perivascular, con estroma con haces gruesos de colágeno y contorno de patrón infiltrativo. Se evidenció notable atipia nuclear y alta actividad mitótica con presencia de formas anómalas. La inmunohistoquímica mostró positividad para HMB-45, melan-A, desmina y calponina. Los hallazgos histológicos observados y el perfil de marcadores inmunohistoquímicos condujeron al diagnóstico de implantes tumorales de PEComas.

CONCLUSIONES: Aunque no hemos podido demostrar un origen clonal común de ambas neoplasias, la coincidencia de estas dos entidades en la misma paciente, podría ser interpretado como un indicio más, a favor de la hipótesis del artículo publicado por Katsakhyan et al, que sugiere que algunos PEComas podrían tener un origen común con los leiomiomas, en las células progenitoras de músculo liso.

Patología Ginecológica

1834

BENEFICIOS DEL ANÁLISIS INTRAOPERATORIO POR MÉTODO OSNA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO.

Gervás Ríos, Ruth; Soto Torres, Olga M^a; Ruiz Pina, M^a De Los Angeles; Gómez Sánchez, M^a Esther; Solano Armesto, Luciana; Moreno Martínez, Miguel; Moreno García, M^a Isabel

Presentador: Gervás Ríos, Ruth

HOSPITAL PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de endometrio (CE) es el tumor ginecológico maligno más frecuente en España y el segundo en mortalidad tras el cáncer de ovario. La mayoría de los casos son tumores de bajo grado, en etapa temprana, y se clasifican en categorías de riesgo bajo o intermedio, según las características clínico-patológicas estándar.

La amplificación de ácidos nucleicos en un solo paso (OSNA) consiste en un ensayo rápido de diagnóstico molecular automatizado capaz de detectar el ARNm de la citoqueratina 19 (ck19) en ganglios linfáticos completos, para la detección intraoperatoria de metástasis de bajo volumen, validada en un estudio multicéntrico observacional a gran escala. El objetivo de este estudio es evaluar los beneficios del análisis intraoperatorio por método Osna del ganglio centinela en (CE) en el servicio de Anatomía Patológica frente a la ultraestadificación patológica estándar en pacientes en etapa temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda retrospectiva del número de casos diagnosticados por el método Osna en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Puerta del Mar de Cádiz (HPDM) desde los años 2022 al 2025. El número total de pacientes diagnosticados fueron 25 con un total de 55 muestras analizadas. Para el análisis de ganglios por el método OSNA, será necesario que se le haya realizado la prueba de expresión de ck19 al tumor y que la muestra de ganglio llegue en fresco y lo antes posible, será necesario una buena coordinación interdepartamental. Establecemos un tiempo medio de 10 minutos en recogida de la muestra, 17 en calibrado del aparato y 3 más por cada muestra procesada con un técnico dedicado en exclusiva a ello. Paralelamente para la ultraestadificación patológica necesitaremos cortes seriados del ganglio centinela con una combinación de tinción hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica para citoqueratinas, hasta la fecha no se ha validado ningún protocolo de rutina estandarizado.

RESULTADOS: Calculamos la comparativa de tiempos de trabajo necesarios según los tiempos establecidos con anterioridad, obteniendo un tiempo total de 9 horas en la recogida de muestras, 7h. para la calibración, 3h. en el análisis de las 55 muestras. Para la ultraestadificación necesitaremos el tallado, procesado e inclusión en parafina, calculando para el total de las muestras 9h. en el tallado (10 minutos por muestra) y 13 horas para el resto por cada muestra, sin contar con los cortes seriados (10 minutos por muestra) y las técnicas de inmunohistoquímica (2,5 horas por cada una). La comparativa obtenida es sensiblemente más elevada hacia la ultraestadificación en cuanto al tiempo necesario requerido para su realización y a favor de la utilización del método Osna.

CONCLUSIONES: Comparado con histopatología, OSNA es una técnica más rápida y precisa permitiendo mayor disposición de tiempo para la realización de otras técnicas tanto en general como simultáneamente lo que permitirá una descarga de trabajo en el Servicio.

La ultraestadificación patológica de los ganglios centinela es costosa y requiere mucho tiempo y no es adecuada para diagnósticos intraoperatorios rápidos.

OSNA detecta de forma precisa metástasis en GC y puede ayudar a los clínicos disminuyendo la morbilidad ya que si el resultado del GC es negativo el ginecólogo no continuará con disección de ganglios cercanos a la localización Aorta-cava.

Patología Ginecológica

1817

LESIONES NEOPLÁSICAS INTRAEPITELIALES VULVARES HPV-INDEPENDIENTES Y SUS VARIANTES MORFOLÓGICAS (D-VIN, VAAD, DEVIL): NUESTRA EXPERIENCIA EN LA EXPRESIÓN DE NUESTRAS MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS SOX-2,

Blasco Muñoz, Soledad; Pérez Parra, David; González Lorca, Laura; Casas Mena, Ana; Ortiz González, Ana; Isaac Montero, María Alejandra; Valia Guerra, Miguel; Martínez Egea, Vanesa

Presentador: Blasco Muñoz, Soledad

HOSPITAL SANTA LUCÍA - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), es un precursor no invasivo del carcinoma de células escamosas vulvar, independiente del VPH. Hay 2 subtipos: tipo diferenciado (d-VIN), asociado a mutaciones en TP53, y tipo VAAD/DEVIL, clasificado dentro de la maduración vulvar aberrante (VAM). Las VAM muestran alteraciones en la diferenciación escamosa, sin atipia basal, y son negativas para p16 con patrón p53 wild type. Se propuso agrupar las lesiones DEVIL y VAAD bajo el término vaVIN, y se postula que los marcadores CK17, SOX2 y GATA3 podrían ayudar a diferenciar vaVIN de lesiones benignas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Objetivo: Analizar los casos de VIN independiente de HPV diagnosticados entre 2020-2024 y evaluar p53, CK17, SOX2 y GATA3 en estas lesiones, comparándola con la expresión en lesiones vulvares benignas. Material y métodos: se evaluaron 11 casos de lesiones inflamatorias reactivas (líquen simple crónico, líquen escleroso,...) y 13 casos de mujeres entre 42 y 89 años, con 20 lesiones tipo VIN HPV-independientes en diferentes localizaciones vulvares. Se utilizaron técnicas de Hematoxilina-Eosina, p16, p53, CK17, SOX2 y GATA3, siguiendo los Scores de referencia.

RESULTADOS: El 50% de las lesiones VIN evaluadas presentaron p53 mutado (d-VIN) y el otro 50% mostró p53 wild type (vaVIN). Lesiones d-VIN: Morfología acantótica (100%), parakeratosis (70%), atipia basal (90%), sin crecimiento verruciforme, lesiones planas, sin palidez en capas superiores, 70% con hipergranulosis, 30% sobre líquen plano y 10% sobre líquen escleroso. Lesiones vaVIN: Morfología acantótica (90%), parakeratosis (90%), atipia basal moderada (70%) o casi imperceptible (30%), 30% con crecimiento verruciforme, 70% con crecimiento plano acantótico, 50% con hipergranulosis, 50% surgieron sobre líquen plano. Lesiones benignas reactivas: Morfología acantótica (90.91%), parakeratosis (18.18%), atipia basal reactiva (9%), crecimiento verruciforme (18.18%).

Expresión de Marcadores

CK17: En las lesiones d-VIN, 60% mostró tinción fuerte (3+), 30% moderada (2+), 10% débil (1+). En las vaVIN, 60% mostró tinción fuerte (3+), 10% moderada (2+), 20% débil (1+). En las lesiones benignas, 27% presentó tinción fuerte, mientras que el 63% tuvo una expresión incompleta o parcheada.

SOX2: 20% de las lesiones d-VIN mostraron tinción fuerte (3+), mientras que el 50% no expresaron SOX2. Ni en las vaVIN ni en las lesiones benignas hubo expresión.

GATA3: En d-VIN, 50% mostró pérdida basal de entre 25-75% de las células (pérdida 1+), 40% con pérdida mayor al 75% (2+). En vaVIN, 20% mostró pérdida basal entre 25-75% (1+), mientras que el 60% mostró pérdida basal mayor al 75% (2+). El 100% de las lesiones benignas conservaron la expresión de GATA3 con patrón 0.

CONCLUSIONES: Las lesiones d-VIN y vaVIN mostraron una fuerte y difusa expresión de CK17 (60%), mientras que las lesiones benignas presentaron una expresión menos uniforme y más parcheada. SOX2 no mostró expresión en las lesiones benignas ni en las vaVIN, y solo se expresó débilmente en un 20-30% de las d-VIN. Respecto a GATA3, las lesiones de tipo VIN (d-VIN y vaVIN) mostraron pérdida de expresión en un 80-90% de los casos, mientras que el 100% de las lesiones benignas conservaron dicha expresión.

Conclusiones En las lesiones independientes de HPV, los marcadores CK17, SOX2 y GATA3 (al menos dos de ellos) pueden ser útiles para diferenciar vaVIN de lesiones benignas no neoplásicas, mejorando la clasificación histológica y el manejo de los pacientes.

Patología Ginecológica

1816

DISMINUCIÓN DE LA CIRCULACIÓN DE LOS GENOTIPOS VACUNALES Y POSIBLE REEMPLAZO POR EL GENOTIPO VPH51 TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESPAÑA

Arruti Martin, Maialen; García Señán, Alicia Inés; Comba Miranda, Jhon William; Arenaza Lamo, Edurne; Ramos Triviño, María Raquel; Palomo Cousido, Sara; Domínguez Eguizabal, Beatriz; Zudaire Fuertes, Tamara; Gil Gil, Horacio; Del Virus Del Papiloma Humano (Geivph), Grupo Español De Estudio Del Impacto De La Vacuna

Presentador: Arruti Martin, Maialen

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA, DONOSTIA, GIPUZKOA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: A partir de 2007-2008 se incluye en España la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) en el calendario vacunal. Ambas vacunas usadas, Cervarix y Gardasil4, incluyen los genotipos VPH16 y VPH18 que se asocian con el 78% de los casos de cáncer de cérvix. Gardasil4 incluye, además, los genotipos de bajo riesgo VPH6 y VPH11. En la actualidad existen pocos estudios sobre el impacto que ha tenido la inclusión de la vacuna en nuestro país. En este estudio se analiza la distribución de los genotipos oncogénicos de VPH en mujeres vacunadas y no vacunadas en tres regiones de España, como indicador temprano del efecto de la vacunación de VPH en la prevención del cáncer de cérvix.

MATERIAL Y MÉTODOS: Dentro del proyecto, actualmente en marcha desde abril 2024, se están reclutando mujeres nacidas entre 1992-1997 que acuden al programa de cribado de cáncer de cérvix de La Rioja, Guadalajara y el País Vasco. Tras la firma del consentimiento informado se recogen los datos epidemiológicos, de vacunación frente al VPH y hábitos sexuales de las participantes. Una parte de la muestra de cepillado cervical obtenida para el programa de cribado se analiza con la tecnología de PCR en tiempo real de Allplex HPV28 (Seegene, Corea del Sur), que permite la identificación de 28 genotipos de VPH de forma independiente, incluyendo los 13 de alto riesgo oncológico (VPH-AR).

RESULTADOS: Hasta la fecha se han reclutado un total de 622 participantes, de las cuales el 57% (380/622) están vacunadas. El 88% (318/360) de las mujeres vacunadas son de origen español frente al 46% (112/242) de las no vacunadas. La mayoría de las mujeres se habían vacunado con Gardasil4 (88% 334/380), y dentro del calendario vacunal (87% 331/380). El estudio molecular indicó que el 36% (223/622) de las mujeres estaban infectadas por VPH, el 18% (109/622) presentaban coinfección por diferentes VPH y 23% (143/622) portaban al menos un VPH-AR. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El genotipo vacunal VPH16 se asoció a mujeres no vacunadas [3,7% (9/242) vs 0,26% (1/380) $p=0.001$], al igual que los genotipos vacunales VPH11 y VPH18 que sólo se encontraron en mujeres no vacunadas. La frecuencia del genotipo VPH51 fue mayor en la población vacunada que en la no vacunada [7,1% (27/380) vs 3,3% (8/242) $p=0.023$]; mientras que la frecuencia VPH68 fue mayor en la población no vacunada [1,3% (5/380) vs 3,3% (8/242) $p=0.045$].

CONCLUSIONES: La disminución de la circulación en la población vacunada de VPH16 y VPH18, responsables de la mayoría de los casos de cáncer de cérvix, apoya la efectividad de la introducción de vacunación frente a VPH en nuestro país. En el grupo de mujeres vacunadas se ha observado una mayor detección de VPH51, que podría estar indicando un posible reemplazo de genotipos y una disminución de VPH68, posiblemente relacionada con una protección cruzada. Ambas variaciones podrían indicar un efecto indirecto de la introducción de la vacuna de VPH en la distribución de otros genotipos no vacunales. Estos hallazgos son necesarios confirmarlos con un número mayor de participantes, así como determinar su posible repercusión clínica. Este estudio pone de manifiesto la importancia de disponer de un programa de vigilancia molecular de VPH que monitoree el impacto de la vacuna y que actualmente no existe en nuestro país.

PÓLIPO TUBULOESCAMOSO, UNA LESIÓN VAGINAL DE ORIGEN INCIERTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ruiz Quintero, Geraldinne Raiveliz; Ruiz Quintero, Geraldinne; Oliver Ledesma, Marina; Pueyo Arias, Pablo; Martínez Miguel, Jennifer; Irigoyen Miró, Gonzalo; Ruiz Onandi, Rebeca; Saiz López, Alberto; Pérez Zabala, Ana; Garde Garde, Iratxe; Barredo Santamaría, Inmaculada

Presentador: Ruiz Quintero, Geraldinne

HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 80 años que acude a nuestro centro por episodios de metrorragia postmenopáusica. En el examen físico se identifica un nódulo liso y elástico, pediculado, sangrante al roce superficial, de 3 cm, ubicado en la porción superior de la cara posterior vaginal. Resto del examen vaginal y cervical sin alteraciones.

El pólipo túbulo-escamoso es una lesión benigna, poco frecuente, que afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas. Histológicamente está constituido por epitelio escamoso y estructuras tubulares dispuestas en un estroma colagenizado. Predominantemente se ubica en la vagina superior.

La histopatogénesis es desconocida. Se proponen varias teorías entre las que se encuentra que sea de origen mülleriano, mesonéfrico, a partir del epitelio urogenital y derivado de las glándulas de Skene.

MATERIAL Y MÉTODOS: El caso fue recibido en el 2023 en el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro. Se realizaron las siguientes tinciones: Hematoxilina-Eosina, P63, CK34BE12, antígeno específico de próstata (PSA), NKX 3.1, receptores de estrógenos (RE) y receptores de progesterona (RP).

RESULTADOS: Microscópicamente se observa una lesión polipoide constituida por nidos bien circunscritos y expansivos de células epiteliales principalmente de tipo escamoso, con inmunotinción positiva para P63, Gata 3, 34BE12 y RE; acompañados de pequeños túbulos periféricos positivos para NKX3.1.

CONCLUSIONES: El pólipo túbulo-escamoso suele ser un hallazgo incidental siendo más común en mujeres postmenopáusicas. Son lesiones benignas con seguimiento que no recurren tras polipectomía.

SARCOMA UTERINO CON FUSIÓN NR4A3: ¿UNA NUEVA ENTIDAD?

Espada Bonilla, Abel; Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Díaz Martín, Juan; López García, M^a Ángeles; Vieites Pérez-Quintela, Begoña

Presentador: Espada Bonilla, Abel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas uterinos constituyen un grupo de neoplasias heterogéneas tanto clínica, como histológicamente.

En los últimos años, su caracterización molecular a partir de técnicas de secuenciación masiva, ha permitido una mejor clasificación, con repercusión pronóstica en algunos casos. Las bases moleculares de los leiomiomas uterinos (LMSU) continúan sin embargo siendo las más desconocidas, si bien se han identificado ciertas alteraciones genéticas impulsoras de la génesis de las variantes epitelioides y mixoides. El reordenamiento de NR4A3 con PGR ha sido recientemente correlacionado con la variante epiteliode de LMSU, incluso en casos con ausencia de expresión inmunohistoquímica de marcadores musculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se expone el caso de una mujer de 31 años en estudio por sangrado uterino anómalo. En RMN se identifica una formación en labio anterior de cérvix, en lado izquierdo, bien delimitada, de 13 mm. Durante un episodio de sangrado se produce expulsión de varios fragmentos tisulares, que se recogen para su estudio histológico.

RESULTADOS: Se identifica una neoplasia con alta densidad celular, que muestra un patrón de crecimiento difuso. Las células son de moderado tamaño, de morfología epiteliode, con moderada atipia citológica. Se contabiliza un índice mitótico de 3 mitosis/10 CAA. Existen áreas con patrón microquístico que remeda tumores de cordones sexuales.

Se realiza un amplio estudio inmunohistoquímico que muestra expresión de vimentina, Glypican 3, WT1, CD99, y focal y débil de EMA, con negatividad para actina de músculo liso, desmina, caldesmón, miogenina, HMB45, CK (AE1/AE3), CK 8/18, CK7, CD10, CD45, calretinina, alfa-inhibina, CD34, STAT6, p40, SALL4, alfa-fetoproteína, GATA3, PSA, PAX8, con baja expresión de ciclina D1 y patrón no mutado de p53.

Existe alta expresión de receptores de estrógenos y progesterona (80-90%).

Se realiza estudio de secuenciación masiva NGS con panel de sarcomas (SarcomaFusion Plex), demostrándose la presencia de transcritos de fusión PGR::NR4A3.

CONCLUSIONES: Hasta el momento la escasa bibliografía existente, relaciona la fusión PGR::NR4A3 con el leiomioma uterino, aunque en un número importante de casos, como en el presentado, estos tumores muestran características histológicas inespecíficas, con pérdida completa del inmunofenotipo de diferenciación muscular. Destaca también la edad de debut de esta neoplasia, significativamente inferior a la habitual en los sarcomas ginecológicos.

Esta ausencia de diferenciación muscular morfológica e inmunohistoquímica plantea la hipótesis de si deberían considerarse verdaderos leiomiomas, o por el contrario se trata de otra entidad con fenotipo molecular específico, que podría etiquetarse como "sarcoma uterino poco diferenciado con fusión PGR::NR4A3".

EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL ESTUDIO MACROSCÓPICO PROTOCOLIZADO DE LAS PIEZAS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

González López, Judith; Castells Perona, Oscar; Lopez Valdivia, Cecilia; Diaz Beveridge, Roberto; Ballester Ibáñez, Cristina; Montalvá Orón, Eva; López Andújar, Rafael; Pérez Rojas, Judith
Presentador: González López, Judith

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:18:18:30 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma ductal es la neoplasia maligna más frecuente del páncreas, caracterizada por su diagnóstico tardío y mal pronóstico. Múltiples estudios han demostrado que la supervivencia de los pacientes se correlaciona con el estatus de los márgenes quirúrgicos, por lo que es necesario contar con un protocolo de tallado estandarizado en las piezas de duodenopancreatectomía cefálica por parte del patólogo. Existe una variada terminología en los márgenes y estructuras anatómicas de acuerdo a las distintas sociedades científicas, así como en las técnicas de tallado descritas, siendo las más empleadas las técnicas axial y bivalva propuestas por Verbeke y Adsay respectivamente. En el presente estudio combinamos ambas técnicas en un protocolo único y comparamos el estatus de los márgenes quirúrgicos previo (2004-2010) y posterior (2011-2024) a su implementación en nuestro centro en las piezas de duodenopancreatectomía cefálica, considerando el avance en los tratamientos oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye todos los casos de duodenopancreatectomías cefálicas de nuestro centro entre enero de 2004 y diciembre de 2024 en pacientes mayores de 18 años de ambos sexos. El protocolo de tallado ha sido elaborado combinando las técnicas axial y bivalva según las descripciones de Verbeke y Adsay, primando la conservación de los márgenes quirúrgicos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo A (Sin protocolo único; técnica axial o bivalva) y Grupo B (Protocolo aplicado, combinación axial+bivalva), sin randomización. Se ha empleado el test de Chi-cuadrado a dos colas, con nivel de significación "p" menor o igual a 0,05, comparando el empleo del protocolo único con la afectación (R1: Células tumorales a menos de 1mm del margen) o no (R0: Células tumorales a 1 o más mm) de los márgenes quirúrgicos.

RESULTADOS: Se analizaron 128 piezas quirúrgicas. El porcentaje de resecciones R0 en el grupo B (95 casos) ha sido del 83.9%, comparado con el 51.5% para el grupo A (33 casos). El empleo del protocolo se ha asociado significativamente con el estatus de los márgenes quirúrgicos ($p=0.003$), así como al diagnóstico de neoplasia papilar intraductal mucinosa ($p=0.044$). El margen más frecuentemente afecto ha sido el posterior, con 14 casos en el Grupo A (42.4%) y 13 casos en el Grupo B (73.6%), en concordancia con lo reportado en la literatura.

CONCLUSIONES: El empleo de un protocolo único estándar en las piezas de duodenopancreatectomía cefálica se asocia significativamente a un aumento de los márgenes libres correlacionándose con el pronóstico del paciente, por lo que su empleo puede ser considerado por los patólogos en el contexto de la patología pancreática.

EXPRESIÓN Y PAPEL DE LA PROTEÍNA P62 EN EL HEPATOCARCINOMA

Ferrer Gomez, Ana; Moreno Moreno, Esther; Carretero Barrio, Irene; Palacios Calvo, Jose; Perna Monroy, Cristian
Presentador: Ferrer Gomez, Ana

HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:30:18:42 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El hepatocarcinoma (CHC) representa el 90% de las neoplasias primarias del hígado y supone la tercera causa de muerte por cáncer. Existen múltiples avances para el diagnóstico de esta enfermedad, no obstante, la tasa de supervivencia (18% a 5 años) prevalece baja, por lo que es crucial el estudio de posibles factores pronósticos en la misma. La proteína p62 es una proteína multifuncional que participa en procesos como ubiquitinización y autofagia de proteínas y orgánulos. El acúmulo de esta proteína se ha descrito en la mitad de los hepatocarcinomas, pudiendo demostrarse su presencia mediante estudio inmunohistoquímico. Algunos estudios asocian la presencia de esta proteína a peor tiempo de supervivencia o peor tasa de recidiva. El objetivo de este trabajo es estudiar si la expresión de p62 en las células neoplásicas podría expresarse de manera diferente en el hepatocarcinoma en relación a factores clínicos como la etiología y si podría condicionar un pronóstico diferente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron los pacientes diagnosticados de CHC en nuestro centro sometidos a resección quirúrgica entre los años 2015 y 2021. Se creó una base de datos con distintas variables clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas, incluyendo p62. Se realizó estudio inmunohistoquímico tras la construcción de tissue microarrays y se analizó la expresión de P62 realizando la suma de dos mediciones ("score" de 0 a 7) mediante microscopia óptica y patología digital basados en porcentaje (0 a 4) e intensidad de tinción (0 a 3).

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 97 pacientes. Respecto al estudio inmunohistoquímico de P62, 50 de los pacientes (51.5%) mostraron un score de p62 mayor de 3 mediante microscopia óptica y 42 mediante patología digital. En cuanto a los parámetros clínicos se observó que los pacientes con hepatocarcinoma de etiología viral expresaban menos P62 (41.3%), mientras que los pacientes con hepatocarcinoma de etiología enólica tenían mayor expresión (78.2%). En cuanto al grado de diferenciación tumoral se observó que los hepatocarcinomas moderadamente y pobremente diferenciados expresaban más P62 (59.4%). Respecto otros parámetros inmunohistoquímicos, los resultados fueron similares entre ambas mediciones. El grupo de hepatocarcinomas sin expresión de P62 mostró una mayor proporción de casos con positividad difusa para Hepatocyte, negatividad para HSP70 y un índice de proliferación menor (Ki67), mientras que el grupo de hepatocarcinomas con expresión de P62 mostró mayor proporción de casos con positividad focal para Glutamin Sintetasa y mayor índice de proliferación. No se demostró asociación de expresión de p62 con Glipican3 o p53. En cuanto al tiempo libre de enfermedad no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos según la expresión de P62. Respecto al tiempo de supervivencia global, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque se observa una tendencia a menor supervivencia en el grupo con expresión de p62.

CONCLUSIONES: La concordancia de la medición de p62 con método convencional óptico y digital fue buena, con pequeñas variaciones de significación estadística en algunos parámetros. La etiología podría tener un papel en la expresión de p62, siendo esta mayor en hepatocarcinomas de etiología enólica. Respecto al pronóstico, no hemos encontrado en nuestra serie que la expresión de P62 influya en la recidiva, observando una tendencia en la supervivencia.

IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA HEPÁTICA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR PORTO SINUSOIDAL. SERIE DE CASOS

Calixto Alvarez, Zyanya; Simon-Talero Horga, Macarena; Hidalgo Romero, Albert; Merino Casabiel, Xavier; Bañares Sanchez, Juan; Salcedo Allende, Maria Teresa
Presentador: Calixto Alvarez, Zyanya

HOSPITAL VALL D´HEBRON

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:45-17:50 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad vascular porto sinusoidal (EVPS) es una entidad clínico-patológica heterogénea y poco frecuente. Se caracteriza por daño en la vena porta y sinusoides en ausencia de cirrosis. Se asocia a medicamentos o tóxicos, infecciones, neoplasias, enfermedades hematológicas y autoinmunidad. Se presenta de forma asintomática o con complicaciones de HTP, generalmente la función hepática está preservada. Los signos específicos de HTP son: varices esofágicas y/o gástricas, colaterales portosistémicas y hemorragia digestiva alta. Los signos inespecíficos son: ascitis, plaquetopenia y esplenomegalia ?13 cm. Las características histológicas específicas de EVPS son: estenosis de la vena porta, hiperplasia nodular regenerativa y fibrosis septal incompleta. Las alteraciones histológicas inespecíficas son: distribución anormal de espacios porta y vena central, dilatación y fibrosis sinusoidal. Los criterios diagnósticos establecidos por Cottardi requieren biopsia hepática ? 20 mm sin cirrosis con: un signo específico de HTP o histológico, o, un signo inespecífico de HTP acompañado de un signo histológico inespecífico. Las complicaciones son secundarias a la HTP. No existe un tratamiento específico y en algunos casos es necesario el trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron 23 biopsias hepáticas y un explante hepático de pacientes con diagnóstico de EVPS entre 2015 - 2024.

RESULTADOS: Se revisaron 24 casos, 14 hombres (58.3%) y 10 mujeres (41.6%) entre 18 y 72 años, con antecedentes de inmunodeficiencia variable común (IDVC) (20.8%), neoplasias (20.8%), enfermedades hematológicas (20.8%), postrasplante pulmonar o renal por enfisema, fibrosis quística y enfermedad renal crónica de causa no filiada (12.5%), enfermedades autoinmunes (8.3%), miocardiopatía dilatada (4.1%), inmunodeficiencia primaria (4.1%), hallazgo incidental de dilatación de vena esplénica en IRM por estudio de lumbalgia crónica (4.1%) y antecedente de toxicidad por setas, que requirió trasplante hepático (4.1%). Dentro de las manifestaciones clínicas se encontró HTP (83.3%) asociada a varices esofágicas y/o gástricas (66.6%), hemorragia digestiva alta (16.6%), colaterales portosistémicas (29.1%), ascitis (37.5%) y plaquetopenia (79.1%), además de hallazgos radiológicos de esplenomegalia (75%). Un paciente presentó disfunción hepática (4.1%). Las biopsias hepáticas fueron remitidas con orientación clínica de EVPS (62.5%), hepatopatía crónica (25%), metástasis (8.3%) y cirrosis (4.1%). La lesión histológica más frecuente fue la HNR (54.1%), en el resto de las biopsias se observó dilatación sinusoidal no zonal (3.3%), dilatación de rama venosa portal con herniación (29.1%), fibrosis sinusoidal (4.1%) y venopatía ocluyente portal (4.1%). El tratamiento fue sintomático para las complicaciones de HTP.

CONCLUSIONES: La EVPS es una entidad clínico-patológica asociada principalmente a IDVC, neoplasias y enfermedades hematológicas, con complicaciones de HTP y que requiere biopsia hepática con hallazgos específicos para su diagnóstico, siendo la HNR el más frecuente.

NEOPLASIA PAPILAR INTRACOLECÍSTICA: ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE 7 CASOS.

Gonzalez Zuñiga, Ana María; Ruiz Estigarribia, Liz; Amat Villegas, Irene; Gimenez Abadia, Victoria; De Oliveira Gomes, Andreina; Fernandez De Los Reyes, Irene; Belouqui Perez De Obanos, Raquel
Presentador: Gonzalez Zuñiga, Ana María

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:50-17:55 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: La neoplasia papilar intracolecística (NPI) se define como un tumor epitelial no invasivo, que ha sido reconocida en la 5ª edición de la clasificación de tumores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una entidad específica de la vesícula biliar y de las vías biliares extrahepáticas. Se detecta en aproximadamente el 0.4 % de las colecistectomías y se estima que el 6% de los carcinomas de vesícula biliar surgen en asociación con esta lesión. Se caracteriza por la formación de masas exofíticas, que pueden presentar crecimiento papilar, tubular o tubulopapilar. Se reconocen cuatro patrones morfológicos histopatológicos: biliar, gástrico, intestinal y oncocítico; aunque es frecuente la superposición de patrones. Esta entidad, a diferencia de otras lesiones precursoras preinvasivas en el sistema hepatobiliar, aún no está completamente caracterizada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos 6 casos de neoplasia papilar intracolecística diagnosticados en el Hospital Universitario de Navarra entre 2021-2024. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, evolución, presentación macroscópica de la lesión, patrón morfológico histopatológico, la presencia de carcinoma infiltrante asociado y el inmunofenotipo.

RESULTADOS: La edad media de presentación fue de 62.7 ± 18.7 años. La distribución por sexo fue de 4 mujeres (66.7%) y 2 hombres (33.3%). Macroscópicamente las lesiones presentaron un tamaño promedio de 2 cm. De los 6 casos analizados, 4 fueron lesiones únicas y 2 múltiples, con predominio de la morfología polipoide. A nivel microscópico, 4 casos presentaron displasia de alto grado, uno displasia de bajo grado, y un caso mostró un adenocarcinoma infiltrante asociado. Los patrones morfológicos fueron: biliar (2 casos), gástrico (2 casos), intestinal y mixto. Ningún paciente presentó recidiva ni metástasis a distancia durante el seguimiento. En el análisis inmunohistoquímico, la citoqueratina 7 se expresó en la mayoría de los casos, en asociación con MUC1 en el patrón biliar. La citoqueratina 20 y MUC2 fueron negativas en la mayoría las lesiones, excepto en el patrón mixto gástrico/intestinal, donde ambos mostraron positividad. El CDX2 fue positivo en el patrón mixto gástrico/intestinal, aunque también se expresó en el patrón biliar. MUC5AC fue positivo en el patrón gástrico, mientras que MUC6 mostró positividad tanto en el patrón biliar como gástrico.

CONCLUSIONES: La neoplasia papilar intracolecística es una lesión preinvasiva que, en nuestra serie de casos, la mayoría se presentó asociada a displasia de alto grado, y solo un paciente a carcinoma invasivo. Sin embargo, la evolución fue favorable en todos ellos. A diferencia de lo descrito en la literatura; en nuestra serie, el patrón morfológico más frecuente no fue el mixto, y el análisis inmunohistoquímico no mostró una buena correlación con los patrones morfológicos.

SÍNDROME DE LOS DUCTOS BILIARES EVALESCENTES

Moreno Abenza, Gema; Lozano Salazar, Ana Delina; Tudela Pallares, Julián; Navarro Martínez, Nieves; Chaves Benito, María Asunción

Presentador: Moreno Abenza, Gema

HOSPITAL UNIV. MORALES MESEGUER

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 6)

INTRODUCCIÓN: La ductopenia biliar se caracteriza por una escasez de conductos biliares, específicamente la pérdida del 50% o más de los tractos portales. El síndrome de los conductos biliares evanescentes (VBDS) es una forma de enfermedad hepática colestásica que surge por múltiples etiologías y se caracteriza por ductopenia biliar. El hallazgo se ha atribuido a una variedad de procesos patológicos que incluyen el linfoma de Hodgkin, el VIH y la lesión hepática inducida por fármacos (DILI), entre ellos el Pembrolizumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 63 años en seguimiento por Oncología a causa de un adenocarcinoma de pulmón pobremente diferenciado pT1N2 intervenido y que ha recibido tratamiento adyuvante con cisplatino-pemetrexed, seguido de atezolizumab que se suspendió en noviembre de 2024, tras dos ciclos, por cuadro diarreico (EELI vs enteritis inusual). En enero comienza con picos febriles vespertinos, mal estado general, elevación de las transaminasas y de bilirrubina.

Se realiza ecografía abdominal y colangio-RM descartando obstrucción intestinal. Se procede a dar tratamiento antibiótico (ceftriaxona y azitromicina) y a realizar biopsia hepática.

RESULTADOS: La biopsia muestra parénquima hepático de arquitectura conservada, con 10 espacios porta en los que no se observan conductos biliares, conservando venas y arterias. Así mismo en los espacios porta hay un leve infiltrado inflamatorio crónico, sin granulomas, con muy ocasionales células plasmáticas y ausencia de eosinófilos. No se observa proliferación colangiar periportal ni trombos biliares intracanaliculares. En la zona 3 del lobulillo se observa una colestasis intrahepática moderada, con presencia de balonización hepatocitaria. Con técnicas de inmunohistoquímica, no se identifican conductos biliares portales ni proliferación colangiar periportal, usando anticuerpos anti-CK19 y anti-CK7, respectivamente. No se observa positividad frente a CMV ni se encuentra evidencia de infección por EBV mediante técnica de hibridación in situ.

CONCLUSIONES: VBDS es una condición infrecuente, caracterizada por pérdida de los conductos biliares y colestasis, con un pronóstico variable dependiendo de la extensión de la afectación y de la regeneración biliar.

Se pueden encontrar casos de hepatotoxicidad inmunológica relacionada con fármacos como anti-PD1/PDL-1. Esta asociación afecta aproximadamente al 5% de pacientes. Los mecanismos patológicos subyacentes son todavía desconocidos, pero la reacción de células T contra los antígenos presentes en el tumor y el tejido sano, así como el incremento de citoquinas proinflamatorias, podrían ser la explicación.

Dos casos de VBDS con pronóstico fatal han sido reportados en la literatura, ambos ocurrieron con Pembrolizumab, uno después de 12 ciclos y el otro tras la primera infusión.

A diferencia de estos dos casos, en nuestro caso también pudo haber contribuido el uso de antibióticos con el desarrollo del VBDS, pero no es conocido si actúan de manera sinérgica.

Serologías frente a virus y pruebas de imagen son necesarias para descartar otras causas de hepatitis, mientras que la biopsia hepática sigue siendo el gold standard del diagnóstico.

A modo de conclusión, el VBDS es un grupo de trastornos adquiridos y genéticos que causan destrucción y desaparición de las vías biliares intrahepáticas y colestasis. Se ha informado que la inmunoterapia puede ser la causante de este síndrome adquirido, así como múltiples fármacos, entre ellos, antibióticos.

CARCINOMA FIBROLAMELAR: UNA RARA NEOPLASIA HEPÁTICA

Sanroman Budiño, Begoña; Celeiro Muñoz, Catuxa; Busto Lodeiro, Eladio; Bescansa Pous, Ivett; Reguera Arias, Ana; Rodríguez Lopez, Antia; Queipo Gutiérrez, Patxi; Salcedo Allende, María Teresa; Concha Lopez, Angel

Presentador: Sanroman Budiño, Begoña

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El Carcinoma Fibrolamelar (CF) es una neoplasia hepatocelular maligna única. Tiene predilección por jóvenes, gran tamaño, sin asociar hepatopatía crónica subyacente ni elevación de alfa fetoproteína, a diferencia del hepatocarcinoma clásico (HC). El diagnóstico se basa en una morfología compatible, con el apropiado inmunofenotipo o detección del evento genómico clave (gen de fusión DNAJB1-PRKACA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos los diagnósticos de hepatocarcinoma de los últimos 5 años en nuestro centro e identificamos 2 casos de CF. Describimos sus características y evolución clínica.

RESULTADOS: 1. Mujer de 21 años que consulta por náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho. En RMN se identifica masa bien delimitada de señal intermedia en T1 y heterogénea e hiperintensa con área central hiperintensa en T2, con discreta restricción en difusión, asociada con adenopatía. La BAG muestra células de citoplasmas eosinófilos amplos, con núcleos ovoides con prominente nucleolo en trabéculas anchas separadas por septos fibrosos. Expresa CK7 y hepatocite con tinción focal para CD68. Se diagnostica de CF.

La hepatectomía muestra una tumoración de 8 cm multilobulada, con cicatriz central, sobre hígado no cirrótico, que dista 4 mm del margen de resección, con metástasis en un ganglio (pT2N1). La paciente tiene dos recaídas, 10 meses más tarde, de 2 cm y otra recaída en el momento actual con nódulo de 3 cm, y se indica lenvatinib.

2. Mujer de 16 años que consulta por masa palpable. En RM se observa una gran tumoración hepática con sospecha de hiperplasia nodular atípica/hepatocarcinoma. La alfa fetoproteína es normal. En la hepatectomía se identifica una masa de 13,5 cm, pardoverdosa, multinodular con cicatriz central, a micras del margen de resección. Microscópicamente vemos células con amplios citoplasmas eosinófilos y nucleolos prominentes, con bandas fibrosas. El inmunofenotipo es CK7 y CD68 positivo difuso. Se diagnostica de CF (pT2N0) pero se envía muestra a centro externo para confirmación molecular. Tras 9 meses de seguimiento está libre de enfermedad.

CONCLUSIONES: El CF es una rara neoplasia a considerar en el diferencial de toda neoplasia hepática maligna, especialmente en jóvenes sin cirrosis subyacente. Es bien circunscrito, heterogéneo, pardo, de firmeza variable. En el 70% de casos presentan cicatriz central y más de 10 cm de diámetro. Sus células son poligonales con nucleolo prominente y citoplasma eosinófilico granular, organizadas en trabéculas rodeadas por bandas de fibrosis lamelar. Pueden presentar patrón pseudoglandular con mucina focal.

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen el HC y el colangiocarcinoma intrahepático, ya que pueden mostrar fibrosis estromal. Un panel inmunohistoquímico incluyendo hepPar-1, CK7 y CD68 es de ayuda para confirmar el diagnóstico de CF. Dada la alta sensibilidad de estos marcadores, la doble negatividad de CK7 y CD68 excluiría el diagnóstico.

En mujeres jóvenes consumidoras de anticonceptivos habría que incluir la Hiperplasia Nodular Focal en el diferencial, ya que presentan también cicatriz central.

El estudio de rt-PCR o hibridación in situ del gen de fusión DNAJB1-PRKACA es muy útil para confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico temprano es clave para una resección quirúrgica completa. Si no es posible, el trasplante hepático es una opción. La quimioterapia y la embolización de la arteria hepática podrían ser alternativas. En ausencia de cirrosis la supervivencia no es muy diferente en pacientes con CF y pacientes con HC.

HALLAZGO INCIDENTAL DE NEOPLASIA NEUROENDOCRINA-NO NEUROENDOCRINA MIXTA EN LA VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Moreno Ontalba, Alicia

Presentador: Moreno Ontalba, Alicia

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias neuroendocrinas-no neuroendocrinas mixtas (MiNEN) son una entidad recientemente definida, formadas por un componente neuroendocrino (NEN) y un componente no neuroendocrino (nNEN), suponiendo cada uno de ellos al menos el 30% de la lesión. Basados en recientes estudios estadísticos en Europa, la incidencia es menos de 0,01/100000 casos por año, siendo el lugar más frecuente el tracto gastrointestinal (apéndice cecal (60.3%), colorrectal (14.5%) y raramente en el tracto biliar (1.6%) y de los casos del tracto biliar surgen en la vesícula biliar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 85 años institucionalizada y dependiente, que acude a urgencias por intenso dolor en hemiabdomen derecho de 2 días de evolución, disminución de la ingesta y vómitos. No fiebre. Se realiza ecografía abdominal urgente con diagnóstico de colecistitis aguda litiasica con engrosamiento parietal. Se realiza colecistectomía.

RESULTADOS: Se recibe vesícula biliar abierta con claro engrosamiento parietal (1 cm). Se identifica zona polipoida a nivel de cuerpo-infundíbulo. Histológicamente, se visualiza neoplasia epitelial maligna compuesta por un componente de tipo adenocarcinoma (60%) con el siguiente perfil IHC (CK7 -, CK20 -) y un componente de tipo carcinoma neuroendocrino (40%) que presenta el siguiente perfil IHC (CK7 -, CK20 -, Cromogranina +, Sinaptosina + y CD56 +). Se identifica mitosis y necrosis. El diagnóstico es de MiNEN (pT2) con neoplasia intraepitelial biliar de alto grado (BilIN3)

CONCLUSIONES: Las MiNEN en la vesícula biliar son extremadamente raras. Actualmente se han descrito unos 75 casos en la literatura. La mayor parte se manifiestan en mujeres como masas polipoides de los 10 a los 60 mm. Además los NEC en la vesícula biliar son de dos clases como SCNEC y LCNEC. En una revisión realizada en 74 casos el tipo más frecuente fue NEC sin especificar (37.8 %), seguido de SCNEC (32.4 %), luego LCNEC (24.3%) y NET (5.4%).

El origen es incierto, ya que la vesícula biliar normal no contiene células neuroendocrinas, salvo en la región del cuello.

Además en revisiones bibliográficas se observó que los MiNEN en la vesícula biliar tienen alta tasa de metástasis ganglionares (50.7%) y metástasis hepáticas (34.3%) En la actualidad nuestra paciente se encuentra acudiendo a revisiones oncológicas. En noviembre 24 presentó ictericia y distensión abdominal, objetivándose dilatación de la vía biliar por adenopatía vs proceso tumoral. Se le realizó colangioscopia que fue insatisfactoria y se colocó prótesis metálica. Se encuentra en tto paliativo.

Ren, X., Jiang, H., Sun, K. et al. Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm of the gallbladder: case report and literature review. *Diagn Pathol* 17, 51 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13000-022-01231-6>

In Park S, Lee JW, Zhiang JH, Chung YS, Chung MJ, Kim SH. Mixed neuroendocrine-non neuroendocrine carcinoma (MiNEN) in gallbladder with liver metastasis of neuroendocrine carcinoma component: a case report. *J Surg Case Rep*. 2023 Mar 14;2023(3):rjad132. doi: 10.1093/jsr/rjad132. PMID: 36926630; PMCID: PMC10014117.

COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO: AVANCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON ESTUDIOS MOLECULARES.

García Galvis, Olga Fernanda; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Alvarez Cañas, María Concepción; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Alzoghby Abi Chaker, Jacques; Hernando Martín, María Mercedes; Díez Tascon, María Cristina

Presentador: García Galvis, Olga Fernanda

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El colangiocarcinoma intrahepático (iCCA) es un tumor infrecuente de las vías biliares, de mal pronóstico y que puede presentar dificultades para su correcto diagnóstico. Los recientes avances en su clasificación definen dos subtipos: (1) el iCCA de ductos grandes se ubica cerca de los ductos hepáticos derecho e izquierdo en la región perihiliar y con mayor frecuencia presenta mutación de los genes KRAS (15%-30%) y TP53 (10%-40%), pero típicamente no presenta mutación de los genes IDH1/2 ni fusión de FGFR2. (2) Por otra parte, el iCCA de ductos pequeños se ubica en la periferia del hígado donde se encuentran los ductos interlobulares y septales, tiende a formar masa y puede mostrar mutación de IDH1/2.

Presentamos un caso de iCCA en el que se ha detectado una fusión de NRG1, gen que codifica para neuregulina-1 (NRG1). Las neuregulinas son un grupo de proteínas que actúan como ligandos de la familia Erb. En concreto, NRG1 se une a ErbB3, iniciando la formación de homo o heterodímeros y la fosforilación de su dominio quinaasa, y la consiguiente activación de rutas como PI3K-AKT o MAPK.

Se han encontrado fusiones de NRG1 en adenocarcinoma mucinoso de pulmón y en otros tumores sólidos como el adenocarcinoma ductal de páncreas, pero raras veces en colangiocarcinoma, con un reporte de incidencia total menor al 1%. Recientemente se ha aprobado un fármaco para la fusión de NRG1 en cáncer de páncreas, generando expectativas sobre su posible aplicación en otros tipos de tumores como el iCCA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de 78 años, bebedor moderado, con antecedente de adenocarcinoma de próstata en vigilancia activa. En sus controles se detecta un aumento en los parámetros de las pruebas de función hepática, por lo que se realizan estudios de imagen, con hallazgo de una lesión focal hepática de aproximadamente 6x4 cm de comportamiento indeterminado. Se realiza biopsia con fines diagnósticos y dado que es la única manifestación oncológica en el paciente, se realiza rescate quirúrgico.

RESULTADOS: En el estudio histológico inicial de la biopsia trucut de LOE hepática segmento VI/VII, se observó una proliferación neoplásica de hábito epitelial constituida por estructuras glandulares pequeñas que a veces se fusionan y están revestidas por células cuboidales atípicas y actividad mitótica. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para los marcadores CK20, CK7 y BerEP4, siendo negativo para CDX2, TTF1, NKX3 y Arginasa. Con estos hallazgos se realizó un diagnóstico de adenocarcinoma compatible con colangiocarcinoma o con metástasis de origen pancreato-biliar. Paralelamente, se realizó un estudio molecular por metodología de secuenciación masiva (NGS), detectándose una fusión ATP1B1-NRG1.

CONCLUSIONES: La disponibilidad de biomarcadores para distintos tipos de cáncer permite orientar su tratamiento en el contexto de la Medicina de Precisión. En el caso del iCCA, la existencia de fármacos para el bloqueo de IDH1/2 y FGFR2 justifica las recomendaciones actuales de estudios de secuenciación masiva en estos tumores.

En el presente caso, se ha detectado una fusión en el gen NRG1, biomarcador con reciente aprobación terapéutica por la FDA para el fármaco zenocutumab-zbco, en casos avanzados de adenocarcinoma ductal de páncreas y de carcinoma de célula no pequeña de pulmón, donde ha mostrado un aumento de la supervivencia de los pacientes.

NO TODAS LAS ESTENOSIS PANCREÁTICAS SON MALIGNAS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Bayo Juanas, Paula; Madrigal Rubiales, Beatriz; De La Serna Higuera, Carlos; Torres Nieto, María Ángeles

Presentador: Bayo Juanas, Paula

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La mayor parte de las lesiones estenosantes que asientan en el páncreas corresponden a neoplasias malignas. Sin embargo, existen otras entidades de carácter no tumoral que pueden debutar con el mismo cuadro clínico. En todos los casos es necesaria la realización de una ECO-PAAF que permita establecer el diagnóstico definitivo. En ocasiones, este material no es suficiente y se requiere un abordaje quirúrgico para esclarecer las características de la lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 62 años con ictericia obstructiva, derivada de otro centro hospitalario por sospecha de neoplasia en cabeza pancreática. Como antecedentes personales, presenta una mastectomía por carcinoma de mama 18 años antes y diabetes mellitus 2. La ecoendoscopia y la CPRE muestran una estenosis del colédoco distal sugestiva de malignidad. Se toma muestras mediante PAAF 22G y se coloca una prótesis biliar metálica. Los hallazgos citohistológicos muestran cambios sugestivos de pancreatitis crónica, con atipia focal sospechosa de malignidad.

Se realiza una duodenopancreatocetomía cefálica con linfadenectomía interaortocava y del hilio hepático. Macroscópicamente, la pieza de resección muestra un parénquima pancreático con áreas de transformación grasa y con adenopatías intrapancreáticas.

Histológicamente, el colédoco extrahepático muestra adelgazamiento y ulceración con intensa atipia reactiva, células gigantes multinucleadas y granulomas. En el parénquima pancreático y en las adenopatías peripancreáticas, se observa una inflamación granulomatosa no necrotizante de tipo sarcoide, formada por células histiocitarias de tipo epiteloide y células gigantes multinucleadas, algunas de ellas con presencia de cuerpos asteroides en su interior.

RESULTADOS: Los hallazgos histológicos son compatibles con proceso inflamatorio granulomatoso no necrotizante de tipo sarcoidosis pancreática.

En el estudio posterior del caso, se encuentra el diagnóstico, ya conocido en su centro de referencia, de sarcoidosis de 30 años de evolución, con presencia de afectación pulmonar, articular y dérmica, siendo compatible con nuestros hallazgos.

CONCLUSIONES: La afectación pancreática por sarcoidosis es una entidad de diagnóstico infrecuente, de forma incidental, en el proceso de exclusión de una neoplasia maligna, como en nuestro caso. Los resultados citológicos del material obtenido por ecoendoscopia y CPRE son esclarecedores si muestran representatividad de la lesión granulomatosa. En nuestro caso, y tras una nueva revisión, no hay presencia de granulomas. Por lo que, el abordaje quirúrgico y el estudio histopatológico de la pieza de resección es necesario para llegar al diagnóstico definitivo.

SPI EN CARCINOMA HEPATOCELULAR: SU PAPEL EN LA REGULACIÓN DE PNPTI Y SU POTENCIAL COMO BIOMARCADOR

Giner Moreno, Eduardo; Ventura González, Ignacio; Hernandez Chinchilla, Josselyn Andrea; Revert Ros, Fernando; Revert Ros, Francisco; Prieto Ruiz, Jesús Ángel; Hernández Andreu, José Miguel; Pérez Rojas, Judith

Presentador: Giner Moreno, Eduardo

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: PNPasa, translocasa mitocondrial responsable del transporte de nucleótidos a través de la membrana mitocondrial externa, está implicada en procesos tumorigénicos, como la diferenciación, adhesión y movilidad celular, así como en la regulación del microambiente tumoral. Entre los factores de transcripción que regulan su expresión, destaca SPI, cuya estructura en dedos de zinc le permite unirse a los motivos ricos en CG del gen PNPTI, que codifica PNPasa. El estudio de la regulación de PNPTI por SPI es crucial, ya que comprender cómo este factor modula su expresión puede proporcionar nuevos conocimientos sobre los mecanismos moleculares en la progresión tumoral.

La implicación de SPI en la regulación de genes asociados con la proliferación celular y la invasión tumoral sugiere su rol en la modulación del microambiente tumoral, abriendo posibles vías para desarrollar terapias dirigidas a modificar la actividad de PNPasa en la carcinogénesis hepática.

Con este objetivo, se lleva a cabo un estudio de la expresión de SPI desde enfoques molecular y histopatológico para evaluar su impacto en la regulación de PNPTI en el carcinoma hepatocelular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron análisis de expresión génica de SPI y PNPTI mediante RNA-Seq, utilizando bases de datos públicas como UALCAN, ONCOCDB, NIH Data Base y Human Protein Atlas, para evaluar su expresión en muestras tumorales de HCC y su correlación con características clínicas de los pacientes, como el estadio tumoral y la presencia de mutaciones.

Además, se analizaron curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se realizaron estudios de correlación para evaluar la relación entre la expresión de SPI y PNPTI y los desenlaces clínicos en HCC.

La expresión de SPI y PNPTI también se evaluó mediante IHQ, determinando su localización e intensidad en los tejidos tumorales.

La comparación entre los datos transcriptómicos de RNA-Seq y los resultados de IHQ permitió evaluar la correlación entre la expresión génica y proteica, proporcionando una visión integral de la regulación de SPI y PNPTI en el carcinoma hepatocelular.

RESULTADOS: Los análisis bioinformáticos de bases de datos de expresión génica y proteica evidenciaron variabilidad en la expresión de SPI a nivel de ARN en las muestras tumorales de carcinoma hepatocelular. Se observaron diferencias significativas entre los tumores, lo que sugiere que su regulación podría estar influenciada por factores moleculares específicos del tumor.

Además, el análisis inmunohistoquímico reveló variabilidad en la intensidad de la expresión de SPI, con muestras mostrando tinciones fuertes, débiles o incluso ausencia de señal. Estos hallazgos reflejan la heterogeneidad del carcinoma hepatocelular y sugieren que la expresión de SPI puede estar regulada de forma diferencial en distintos contextos tumorales.

CONCLUSIONES: SPI muestra una expresión variable en el carcinoma hepatocelular, lo que sugiere que su activación depende de factores moleculares específicos, como el estadio tumoral o mutaciones en genes clave. Esta heterogeneidad podría estar relacionada con la agresividad del tumor y la respuesta al tratamiento, posicionando a SPI como un promotor biomarcador pronóstico.

Entender su papel en la regulación de PNPTI y su impacto en la progresión tumoral abre nuevas posibilidades para el desarrollo de dianas terapéuticas en HCC. Se recomienda realizar investigaciones adicionales para explorar su utilidad clínica y su posible aplicación en estrategias de tratamiento dirigidas a SPI y PNPTI.

NEOPLASIA HEPÁTICA PRIMARIA CON DIFERENCIACIÓN MIXTA: UNA SERIE DE DIEZ CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Delgado Fernandez, Jorge Luis; Del Valle Sánchez, María Elena; Vicente Arregui, Sandra; Hördler Argarate, Carlos; Viso Soriano, María Jesús; Rodríguez Carpio, Robert Ricardo; Carilla Sanromán, Andrea; Carvajal Cornejo, María Camila; Martínez Arnau, Neus; Calavera Ambrosi, Juan; Martínez Castillón, Javier
Presentador: Delgado Fernández, Jorge Luis

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hepatocolangiocarcinoma combinado es un subtipo raro de carcinoma hepático primario (1-5% del total), de comportamiento altamente agresivo, que se caracteriza por la presencia morfológica inequívoca tanto de carcinoma hepatocelular como de colangiocarcinoma. La clasificación más reciente de la OMS 2019, basada en el consenso 2018, reconoce dos categorías de neoplasias hepáticas primarias con diferenciación mixta: el hepatocolangiocarcinoma combinado (CHCC-CCA) y el carcinoma de células intermedias (CI). Su patogénesis es aún tema de debate y plantea un reto diagnóstico por su complejidad morfológica y diversidad inmunohistoquímica. El diagnóstico se basa en la morfología tumoral con tinción de hematoxilina-eosina (HE), siendo sólo complementario el estudio inmunohistoquímico. Se excluye de esta clasificación el CHCC-CCA con características de células progenitoras, mientras que el colangioloocarcinoma ha sido reclasificado como una variante de colangiocarcinoma intrahepático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos una serie de diez casos de carcinomas hepáticos primarios con fenotipo mixto diagnosticados en nuestro Servicio en los últimos cinco años. El diagnóstico se realiza en biopsia hepática o en pieza quirúrgica, según los casos. La tipificación tumoral se determina en función de la morfología con HE y el estudio inmunohistoquímico incluye marcadores de diferenciación hepatocítica (Arginasa, Hep-Ar 1 y Glypican 3), marcadores de diferenciación colangiocítica (CK7, CK17, CK19, MOC31) y de células progenitoras (CD56, CD117). Además, se evalúan diversos parámetros clínicos: sexo, edad, factores de riesgo, marcadores tumorales (AFP, CEA y CA19.9) y supervivencia.

RESULTADOS: De las diez neoplasias primarias estudiadas, tres se tipifican como CI y siete corresponden a CHCC-CCA. Dentro del segundo grupo, cinco casos muestran un patrón entremezclado con rasgos típicos de HCC y de CCA en el mismo tumor, y dos se presentan con patrón contiguo (HCC adyacente a CCA en el mismo tumor). En el estudio inmunohistoquímico de los CI destaca la expresión difusa e intensa de marcadores de diferenciación colangiocelular, mientras que los hepatocelulares muestran menor expresión. Entre los CHCC-CCA con morfología entremezclada, la inmunohistoquímica muestra gran variabilidad, sin observarse un perfil repetitivo, y en los de patrón contiguo la expresión inmunohistoquímica es compartimental claramente diferenciada. Entre los datos epidemiológicos, se observa una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (8:2) con un rango de edad entre 36 y 76 años (mediana: 59 años), siendo la cirrosis el factor de riesgo más recurrente (6 casos). Los marcadores serológicos muestran un comportamiento diverso y no previsible. De los diez pacientes, cinco fallecieron entre 1 y 16 meses después del diagnóstico. El seguimiento más prolongado en nuestra serie es de 5 años, correspondiendo a un CHCC-CCA de patrón contiguo con predominio del componente hepatocelular.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados reflejan la heterogeneidad morfológica e inmunohistoquímica de los carcinomas hepáticos con diferenciación mixta, así como su pronóstico desfavorable. Por todo ello y a pesar de los avances en la definición de criterios y en su clasificación, constituye en ocasiones un diagnóstico complejo, sobre todo cuando existe superposición morfológica e inmunohistoquímica entre ambos componentes. Dada la rareza de esta entidad, sus características patológicas y moleculares —así como su tratamiento— siguen siendo objeto de debate.

HEPATOTOXICIDAD POR TERBINAFINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Garmendia Irizar, Maddi; Madinthemoon@Gmail.Com
Madinthemoon@Gmail.Com, Madinthemoon@Gmail.Com; Aran Gonzalez, Miguel; Salazar Nicolas, Alejandro; Castiella Eguskiza, Agustín; Aburruza Ucar, Leire; Sanchez Perales, Zully Faby Elvira; Domínguez Aparicio, Claudia; Samaniego Leoz, Leire
Presentador: Garmendia Irizar, Maddi

HOSPITAL DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los efectos adversos medicamentosos son difíciles de filiar, ya que requieren de una completa historia clínica, farmacológica y sospecha clínica cuya corroboración con los hallazgos morfológicos resulta habitualmente complicada. Las hepatopatías toxicomedicamentosas además pueden presentar cuadros histológicos similares entre sí o de características solapables con daño hepático de otra etiología. Presentamos un caso de hepatotoxicidad en relación a terbinafina y revisión breve de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 67 años. Antecedentes: neoplasia de sigma en remisión e isquemia miocárdica. El paciente es diagnosticado de micosis (tiña) en pie derecho para la cual se pauta terbinafina oral 250mg/día durante 8 semanas. Tras finalizar el tratamiento presenta ictericia, acolia y coluria. En la analítica se aprecia alteración de las transaminasas con perfil de colestasis y TC sin lesión ocupante de espacio del árbol hepatobiliar. Para determinar actitud y clasificar la hepatopatía, se biopsia el hígado (BAC hepática, 1 cilindro de 2 cm). Tras fijación en formol e inclusión en parafina, se realiza tinción rutinaria con hematoxilina-eosina y técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas adicionales (reticulina, trícromico de Masson, CD34, CK7, PAS, PAS diastasa, hierro, CD38).

RESULTADOS: Al estudio microscópico el hígado preserva su morfología habitual, destacando colestasis tanto en forma de 'plugs' intracanaliculares como en depósito de colestasis intracitoplasmática. Se acompaña por de discreta inflamación mixta predominantemente aguda, sin afectación del espacio periportal ni actividad lobulillar. No existe fibrosis asociada ni proliferación ductulillar. Se emite diagnóstico de hepatopatía colestásica con inflamación, catalogada como toxicomedicamentosa en relación a terbinafina.

CONCLUSIONES: Muchos fármacos antifúngicos de uso frecuente como el ketokonazol o el fluconazol entre otros, se relacionan con daño hepático por toxicidad. La terbinafina es un derivado sintético de la alilamina, antifúngico administrado por vía oral que se utiliza para el tratamiento de la onicomicosis y dermatofitosis y ha sido catalogado como una causa muy probable de daño hepático (likelihood score B según Livertox). Sus efectos adversos más frecuentes son cefalea, rash cutáneo, alteración del gusto y molestias gastrointestinales. La elevación de las transaminasas y daño hepático se estiman entre 1/50.000 y 1/120.000 prescripciones y aunque el mecanismo de acción aún no ha sido determinado se ha detectado susceptibilidad genética para desarrollar hepatotoxicidad por terbinafina para el alelo HLA-A*33:01. Las hepatopatías toxicomedicamentosas resultan en muchos casos difíciles de detectar y clasificar. En el caso de la toxicidad por terbinafina los hallazgos más relevantes corresponden con hepatitis colestásica (patrón colestático y daño hepatocelular combinado). Algunos casos evolucionan a síndrome de ducto evanescente (vanishing bile duct syndrome). Se requiere cese inmediato del tratamiento y control periódico de transaminasas. La evolución generalmente es favorable con resolución analítica en un periodo de 3 a 6 meses aunque ha habido casos que evolucionan a fallo hepático agudo. La información clínica y farmacológica detallada, junto con la correlación histológica resultan determinantes para la correcta tipificación de este tipo de patologías.

TUMOR MESENQUIMAL DESDIFERENCIADO INFRECUENTE

Cepeda García, Elena; Reguera Arias, Ana; Rodríguez López, Antia; Seijo Raposo, Jorge; Escalona Canal, María Eugenia; Concha López, Ángel

Presentador: Cepeda García, Elena

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario es un tumor mesenquimal raro de diferenciación fibroblástica, que puede desarrollarse en cualquier localización.

Generalmente se presentan en la edad adulta como masas de crecimiento lento e indoloro, aunque los que afecta a órganos abdominales pueden ser sintomáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 65 años sin antecedentes personales de interés, que presenta en los últimos 3 meses síndrome general con pérdida ponderal de 14kg y en el último mes dolor a nivel de hipocondrio derecho y costado derecho, con sensación de palpitaciones.

Le realizan ECG, ETT y ecografía abdominal, donde se evidencia una tumoración intrahepática de 17x17x19 cm de diámetro.

Se decide realizar una BAG hepática con diagnóstico de tumor fibroso solitario, con positividad intensa y difusa para CD34 y STAT6 y tras estudio de secuenciación (NGS) se detectó el reordenamiento característico de este subtipo tumoral: NAB2-STAT6.

Se decide realizar hepatectomía parcial derecha.

RESULTADOS: Recibimos una pieza quirúrgica de hepatectomía parcial de 5,100 gr, que mide 29.9x11.2x14.3 cm, en la que se observa una tumoración multinodular, de coloración pardo blanquecina, aparentemente bien delimitada, que mide 27x19.5x17.5 cm, con necrosis central que ocupa el 30% del tumor. Tras el estudio histológico se observa una neoplasia mesenquimal de alto grado, hiper celular, fusiforme, pleomórfica, con presencia de células bizarras y cambios mixoides. Presenta extensa necrosis (30%) y un recuento de 10 mitosis/CGA. Se observan áreas minoritarias constituidas por una celularidad fusiforme, hialinizada, con una rica red de vasos de paredes delgadas, ramificados, en "asta de ciervo". Además presenta áreas desdiferenciadas correspondiente a un sarcoma de alto grado con diferenciación miogénica focal.

Con técnicas inmunohistoquímicas resulta positivo con CD34 y STAT6, presentando positividad para desmina en las áreas sarcomatoides.

Presenta un riesgo de progresión alto siguiendo los criterios establecidos por la OMS.

CONCLUSIONES: El tumor fibroso solitario desdiferenciado es infrecuente pero se asocia a un peor pronóstico si lo comparamos con el tumor fibroso solitario convencional.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

Debido al potencial maligno indeterminado, es necesario realizar seguimiento del paciente.

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE MODELO PARA ENTRENAMIENTO DE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOGRAFÍA

Alcaraz Mateos, Eduardo; Salas Cortes, Jacinto; Rosenblum, Frida; Lepe, Marcos; Wu, Roseann I; Jiang, Xiaoyin Sara

Presentador: Alcaraz Mateos, Eduardo

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER; UNIVERSIDAD DE MURCIA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:18-19:30 Sala E1)

INTRODUCCIÓN: Los modelos para el entrenamiento en punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada abarcan desde soluciones artesanales de gran variabilidad hasta otras comerciales. Las limitaciones con estas soluciones son, por un lado, el tiempo que se invierte en la creación de las primeras, mientras que la falta de aspecto antropomorfo en las segundas se aleja mucho de la realidad. El objetivo de este estudio fue testar nuevos modelos ecográficos para un simulador antropomorfo que ya se encuentra en el mercado para PAAF directa (FioNA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se desarrollaron modelos de gel sintético no acuoso para adaptarlos al simulador FioNA, teniendo en consideración localizaciones anatómicas y reproduciendo objetivos o lesiones simuladas sólidas y quísticas que varían en tamaño, profundidad y número. Estos módulos fueron evaluados mediante pruebas de estrés empleando procedimientos repetidos con agujas de 25G durante 5 segundos a un ritmo de 2-3 movimientos/segundo. Se empleó un formulario de validación de apariencia y contenido o valor educacional.

RESULTADOS: Cuatro citopatólogos experimentados realizaron las pruebas de estrés sobre los módulos, con una media de 138 procedimientos (rango 100-210, 74.5) para los objetivos sólidos. La valoración global para validez de contenidos y educacional fue de 4.13 y 4.86 sobre 5, respectivamente.

CONCLUSIONES: - La validez aparente y el valor educacional fueron demostrados, por lo que los nuevos accesorios para PAAF ecoguiada pueden ser considerados como una herramienta de entrenamiento válida para dicha técnica.

- Debido a la forma humana del modelo original, se consigue una experiencia más realista, pudiendo adaptarse mejor a distintos escenarios clínicos.

- Esta aproximación estandarizada, integrada en metodologías de entrenamiento basadas en simulación, proporcionaría una mejor evaluación de los aprendices.

ESTUDIO DE LAS PUNCIONES CON AGUJA FINA Y BIOPSIAS CON AGUJA GRUESA EN LESIONES DE GANGLIO REALIZADAS EN CONSULTA DE PATOLOGÍA INTERVENCIONISTA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA Y

De La Torre Serrano, Montserrat; De La Torre Serrano, Montserrat; Vega González, Jesús; Hernández Martínez, Desiré; García Egido, Alejandro; Lample Brusel, Ignacio; Nieto Llanos, Santiago; Olmo Fernández, María Del Mar; Díaz Menéndez, Ariel; García Paulos, Antonio; Villar Zarra, Karen
Presentador: De La Torre Serrano, Montserrat

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En el siglo XX, los patólogos comenzaron a utilizar la punción aspiración con aguja fina (PAAF) para diagnosticar ganglios linfáticos palpables, buscando reducir las biopsias quirúrgicas. Con el tiempo, este procedimiento ha mejorado con la incorporación de la ecografía, extendiendo su uso a ganglios palpables y no palpables. La participación activa del patólogo aumenta la eficacia del procedimiento, al involucrarse en la obtención, clasificación e interpretación de las muestras. Sin embargo, la obtención de material insuficiente para pruebas complementarias sigue siendo un desafío. Para abordar esta limitación, se ha implementado la biopsia con aguja gruesa (BAG) en la práctica diaria. Los sistemas de clasificación internacionales, como el de Sydney, son fundamentales para estandarizar el reporte de los casos. En este estudio, se realiza una correlación entre la clasificación citológica inicial de Sydney en PAAF y el diagnóstico final en BAG, proponiendo un sistema de clasificación similar para los informes de biopsia con aguja gruesa de ganglios linfáticos. Además, se evalúa la rentabilidad de la PAAF y la BAG de ganglios linfáticos realizadas en consulta intervencionista.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre las PAAF y BAG guiadas por ecografía en la consulta de Patología Intervencionista durante 2023 y 2024. El objetivo fue correlacionar los diagnósticos obtenidos mediante la clasificación citológica de Sydney en las PAAF y el diagnóstico final en BAG de ganglios linfáticos. Se utilizó ecografía para evaluar los ganglios, registrando características ecográficas como ecogenicidad, forma y medidas de los diámetros. Las muestras de PAAF fueron evaluadas con el sistema de clasificación de Sydney, y los diagnósticos de BAG se compararon para establecer la correlación diagnóstica.

RESULTADOS: Se revisaron 134 PAAF (71 en 2023 y 63 en 2024) de ganglios linfáticos, con un 23,13% (16 en 2023 y 15 en 2024) seguido de BAG. Los pacientes fueron derivados principalmente de Medicina Interna (30,59%), Otorrinolaringología (23,13%) y Hematología (14,92%). El 75,37% de los pacientes no estaba bajo tratamiento con medicamentos antitrombóticos, y solo el 3,73% necesitó suspenderlos antes del procedimiento. La ecografía se realizó en el 98,5% de los casos con sonda lineal. En PAAF, se utilizó aguja Microlance 23G (82,08%) con un promedio de 1,31 pases. Se obtuvo material suficiente en el 98,5%, con diagnósticos clasificados según el sistema Sydney: 1,49% sin diagnóstico, 47,76% benignos, 2,98% atípicos, 4,47% sospechosos de malignidad y 43,28% malignos. En sospecha linfoide (58,20%), se realizó citometría de flujo con una correlación diagnóstica del 94,87%. En BAG, se utilizó aguja 16G (83,87%) con un promedio de 3,29 pases. Se obtuvo material suficiente para inmunohistoquímica en el 96,7%, y la correlación diagnóstica con PAAF fue del 94,87%. No se reportaron complicaciones.

CONCLUSIONES: La consulta de Patología Intervencionista es cada vez más demandada por diversas especialidades, facilitando diagnósticos, reduciendo listas de espera y ahorrando tiempo y recursos. Con la formación adecuada, los patólogos pueden realizar PAAF y BAG de manera eficiente, optimizando el uso de material para estudios complementarios. Se propone un sistema de clasificación adaptado para la BAG de ganglios linfáticos, similar al sistema Sydney de PAAF, lo que mejorará la estandarización del reporte diagnóstico y facilitará la comunicación entre distintos profesionales

CLINICAL VALUE OF PERCUTANEOUS CT-GUIDED CORE BIOPSY FOR SOLID TUMORS DIAGNOSIS.

Arisemendi Morillo, Gabriel
Presentador: Arisemendi Morillo, Gabriel

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE DEUSTO. BILBAO. ESPAÑA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: CT-guided percutaneous core biopsy is a highly valuable diagnostic tool at clinical setting. We aimed to evaluate the feasibility, safety, and diagnostic yield of percutaneous CT-guided core biopsy.

MATERIAL Y MÉTODOS: A total of 174 CT-guided percutaneous core biopsies in adult patients with solid tumors of liver, lung, retroperitoneum, pancreas, abdominal cavity, pelvic cavity, kidney, mediastinum and miscellaneous, between 2021 and 2023 were done.

RESULTADOS: Pathological diagnosis was achieved in 166 cases (95.4%). Malignant tumor was diagnosed in 134 (81%) cases. Pathological diagnosis in each biopsy from liver (60), mediastinum (10), kidney (7), and miscellaneous sites (5) was accomplished. In 8 cases (lung 3 of 30, pancreas 2 of 17, retroperitoneum 1 of 23, intra-abdominal cavity 1 of 12, and pelvic cavity 1 of 10), the pathological diagnosis was not succeeded. There were no major procedure-related complications.

CONCLUSIONES: Percutaneous CT-guided biopsy is an effective and safe procedure for initial diagnosis of patients with solid tumors. Affords a high diagnostic yield (95%) for pathological and immunohistochemical characterization. Anatomical obstacles, corporal movement and respiratory motion of patient are linked to the unsuccessful diagnosis.

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE LA CITOLOGÍA TIROIDEA Y EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Hernando Martín, M Mercedes; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; García Galvis, Olga Fernanda; Marín Asensio, Sergio José; Serrano Aguirrezábal, José Alberto; Martínez Martínez, Carlos Javier
Presentador: Rodríguez Guevara, María Guadalupe

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es el método de elección para obtener material citológico de nódulos tiroideos. Actualmente, con el sistema Bethesda, podemos clasificar en 6 categorías los hallazgos citológicos, lo que permite determinar el riesgo y la actitud terapéutica más correcta. Convirtiéndose en una prueba segura, accesible, económica y precisa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda sistemática de las muestras citológicas de tiroides entre los años 2019 y 2023. Se recogieron datos clínicos y morfológicos, se revisó el diagnóstico y se clasificó según el sistema Bethesda, se correlacionó el resultado de la citología con aquellos en los cuales se realizó tiroidectomía, además, se recogieron y analizaron los diagnósticos de aquellas piezas de tiroidectomías sin punciones previas registradas dentro del rango de fecha establecido para este estudio. Para el estudio estadístico se usó el software Microsoft Excel y SPSS.

RESULTADOS: Se revisaron 795 estudios de 458 pacientes, principalmente mujeres 80,34% (368). De estos pacientes, 178 tenían un solo registro (citología o biopsia) y 280 múltiples registros (citologías y biopsias), con un 18,57% (52) de éstos últimos habiendo tenido más de una punción previo a la cirugía. Los resultados de estos 280 pacientes utilizando la clasificación del Sistema Bethesda y su correlación con la pieza quirúrgica fueron los siguientes, en la Categoría I se registraron 45 casos, en 27 se repitió la punción. En la Categoría II se registraron 103 casos, el 93,23% (95) se confirmó el diagnóstico de benignidad y en el 7,7% (8) restante se informaron de carcinomas papilares y otros tipos de neoplasias. En la Categoría III se encontraron 53 casos de los cuales el 71,69% (38) no evidenciaron malignidad, mientras que el 28,30% (15) se correspondían en su mayoría con carcinomas papilares y otros tipos de neoplasias. En la Categoría IV se encontraron 64 casos de los cuales en 53,12% (34) se confirmó el diagnóstico de varios tipos de neoplasias foliculares y en el 46,87% (30) restantes patología benigna. En la Categoría V se encontraron 15 casos, un 93,3 % (14) informados como carcinomas papilares, el resto (1) de benigno. En la Categoría VI se encontraron 47 registros, en el 97,87% (46) se confirmó el diagnóstico de malignidad, siendo la mayoría carcinomas papilares. Finalmente, los 178 pacientes con un solo registro, 3 tenían punciones categoría VI (malignas) del Sistema Bethesda, en estos pacientes no se realizó resección quirúrgica por diversos motivos, y 175 solo biopsias de las cuales 149 fueron patología benigna, las 26 restante diagnosticadas de carcinomas siendo el papilar como hallazgo incidental el más frecuente. De estos 175 pacientes, 109 no tenían registro de punciones tiroideas en nuestro centro, mientras que los 66 restantes tenían punciones previas registradas en años anteriores, pero fuera del rango de años establecido para este estudio.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la mayoría de los diagnósticos malignos se encontraron en las categorías V y VI del sistema Bethesda, mientras que las categorías II y III mostraron mayor prevalencia de patologías benignas. Las categorías III y IV tuvieron menos concordancia con el diagnóstico final, estos resultados están alineados con el Riesgo de Malignidad por categoría descritos por el sistema Bethesda. Las tiroidectomías sin punciones previas fueron mayormente benignas. A pesar de sus limitaciones, la PAAF sigue siendo el método preferido para evaluar los nódulos tiroideos.

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES CON FENOTIPO ESCAMOSO: UN RETO DIAGNÓSTICO EN LA BIOPSIA PERCUTÁNEA DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL

Villar Zarra, Karen; Torres Rivas, Hector Enrique; Olmo Fernandez, Maria Del Mar; Garcia Paulos, Antonio; Diaz Menendez, Ariel; Nieto Llanos, Santiago
Presentador: Villar Zarra, Karen

HOSPITAL UNIV. DEL HENARES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) es una neoplasia agresiva que generalmente presenta un pronóstico desfavorable. En algunos casos, puede adoptar un fenotipo escamoso, lo que complica el diagnóstico, particularmente en ganglios linfáticos cervicales. A veces, esto es consecuencia de la dediferenciación de un carcinoma papilar de tiroides (CPT). Este caso ilustra cómo un fenotipo escamoso en la biopsia ganglionar puede generar dificultades diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente masculino de 76 años que acudió a consulta por adenopatía lateral izquierda del cuello. La ecografía del cuello mostró un nódulo en la región lateral izquierda con características heterogéneas, de bordes irregulares y áreas mixtas sólidas y quísticas. Se procedió a realizar una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) guiada por ecografía del ganglio, que mostró un fondo necrótico con células escamosas. La muestra fue analizada para descartar carcinoma epidermoide metastásico, y se confirmó un diagnóstico de carcinoma escamoso de origen tiroideo mediante examen ecográfico cervical y punción tiroidea.

RESULTADOS: La inmunohistoquímica del ganglio linfático y del tiroides reveló un fenotipo escamoso con marcadores positivos para PAX8 y BRAFV600E, sugiriendo origen tiroideo. Se identificaron áreas de carcinoma escamoso, tanto en el ganglio como en el tiroides. El diagnóstico de carcinoma de tiroides con fenotipo escamoso y metástasis ganglionar homolateral fue confirmado. Este hallazgo subraya la importancia de realizar un muestreo adecuado, ya que la presencia de características escamosas en el ganglio inicialmente sugirió carcinoma epidermoide metastásico. La transformación del carcinoma papilar de tiroides en un fenotipo escamoso es un fenómeno raro pero conocido, que presenta desafíos diagnósticos significativos. Este caso destaca la dificultad que puede generar un diagnóstico incorrecto, como el carcinoma epidermoide metastásico, cuando solo se observan características escamosas en el ganglio. Además, subraya la importancia de realizar un adecuado muestreo de los ganglios linfáticos y de evaluar el cuello con ecografía de alta resolución para detectar cualquier anomalía en la glándula tiroides.

La dediferenciación de un carcinoma papilar a un fenotipo escamoso puede ser un proceso biológico complejo, y es crucial considerar esta posibilidad en los pacientes con características sospechosas en los ganglios linfáticos. Un diagnóstico preciso requiere un enfoque multidisciplinario, que combine la evaluación histopatológica, la inmunohistoquímica y los estudios moleculares.

CONCLUSIONES: Este caso subraya la importancia de un muestreo adecuado en las biopsias de ganglios linfáticos cervicales, especialmente cuando se identifican características escamosas. La ecografía del cuello, junto con la punción tiroidea dirigida, es crucial para evitar diagnósticos incorrectos, como carcinoma epidermoide metastásico. Además, la dediferenciación del carcinoma papilar en fenotipo escamoso debe ser considerada como una causa potencial de metástasis en los ganglios linfáticos, lo que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico especializado.

EXPERIENCIA DE BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE LENGUA EN CONSULTA DE PATOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

De La Torre Serrano, Montserrat; De La Torre Serrano, Montserrat; Vega González, Jesús; Hernández Martínez, Desiré; García Egido, Alejandro; De Hita Castillo, Miguel; Nieto Llanos, Santiago; Olmo Fernández, María Del Mar; Díaz Menéndez, Ariel; García Paulos, Antonio; Villar Zarra, Karen
Presentador: De La Torre Serrano, Montserrat

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En 2009, el Colegio Americano de Patólogos (CAP) introdujo la punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada en la práctica diaria de los patólogos para evaluar lesiones palpables y no palpables. Desde entonces, se ha demostrado que las PAAF realizadas por patólogos tienen un mayor rendimiento diagnóstico y generan menos muestras insuficientes en todas las localizaciones. Aunque la biopsia translingual no es habitual y hay pocos reportes en la literatura, en manos entrenadas y con valoración multidisciplinar, puede evitar biopsias quirúrgicas, optimizando el uso del quirófano y reduciendo listas de espera. La incorporación de este procedimiento a la consulta intervencionista permite resolver casos directamente con la orientación conjunta de ORL, apoyándose en pruebas de imagen para conocer las dimensiones de la lesión y determinar la zona de biopsia. Esto posiciona a los patólogos intervencionistas como líderes en el diagnóstico mínimamente invasivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos a dos varones de mediana edad con pérdida de peso, aumento del tamaño e induración lingual de meses de evolución, acompañados de sialorrea, disfagia y alteraciones en la voz. La mucosa superficial no mostraba alteraciones significativas. Fueron derivados por otorrinolaringología a la consulta de patología intervencionista, donde se realizó una PAAF ecoguiada. Tras evaluar la muestra con el método ROSE, se decidió, en ambos casos, realizar una BAG en ese momento para estudios complementarios.

RESULTADOS: Ambas citologías fueron diagnósticas e informadas como carcinoma, probablemente epidermoide. Los estudios histológicos e inmunohistoquímicos de la BAG confirmaron el diagnóstico, permitiendo aplicar inmunohistoquímica y, en uno de los casos, técnicas moleculares para detección de HPV. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones inmediatas ni tardías, y ambos iniciaron su tratamiento oncológico en poco tiempo.

CONCLUSIONES: : La biopsia con aguja gruesa es un procedimiento diagnóstico ambulatorio realizable por patólogos intervencionistas. Esta técnica ofrece, de forma rápida y segura, un diagnóstico preciso que agiliza el inicio del tratamiento. Además, la consulta de patología intervencionista optimiza recursos tanto en el laboratorio como en el hospital, reduciendo listas de espera y mejorando la percepción asistencial de los pacientes.

MUTACIONES CON VALOR PRONÓSTICO EN EL MELANOMA UVEAL. ESTUDIO ANALÍTICO DE VARIANTES DETECTADAS POR NGS DIRIGIDA.

Perez Perez, Manuel; García De Sola Llamas, Carmen; Rios Martin, Juan Jose
Presentador: Perez Perez, Manuel

CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA DOCTOR GALERA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:54:18:06 Sala El)

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este estudio fue analizar las variantes genéticas encontradas mediante NGS dirigida, de una serie de melanoma uveal (MU) para determinar cuáles de ellas podrían tener valor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Secuenciamos el ADN de 69 casos de MU mediante NGS dirigida utilizando un panel de 519 genes. Se compararon las características clínicas e histopatológicas del tumor y la supervivencia de los pacientes con diferentes mutaciones. Empleamos un panel de 519 genes basado en SureSelect HS2 (Agilent Technologies). El análisis se realizó con Alissa Reporter v1.0 y Alissa Interpret 5.0 (Agilent Technologies) aplicando un árbol de filtrado de decisiones específico para seleccionar solo las variantes más relevantes. Probamos la asociación de las diferentes variantes con las características tumorales y el curso clínico utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la prueba U de Mann-Whitney, y la supervivencia con curvas de Kaplan-Meier con la prueba de log-rank y la regresión de Cox.

RESULTADOS: Se seleccionaron 28 genes mutados principales en esta neoplasia, que mostraban un total de 231 variantes genéticas. La presencia de mutaciones en BAP1, CHEK2, TSC2, DICER1 e IDO1 se asoció con un mayor riesgo de presentar metástasis. Los casos de MU con mutaciones en BAP1 y LRP1B son más propensos a tener un subtipo histológico de células epiteloides o mixtas, mientras que los casos con mutación en SF3B1 son más propensos a tener un subtipo histológico de células fusiformes y se presentan en pacientes más jóvenes.

CONCLUSIONES: El diagnóstico rutinario de la MU debe completarse con un análisis mutacional de genes con implicación pronóstica mediante técnicas de secuenciación dirigida, lo que optimizaría el seguimiento oncológico del paciente.

PTERIGIÓN Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ESCAMOSA CONJUNTIVAL: UNA REVISIÓN DE 10 AÑOS.

Guzmán Gómez, Yedra; Sáez Álvarez, Samuel; Marín Asensio, Sergio José; Serrano Aguirrezábal, Jose Alberto; García Galvis, Olga Fernanda; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Rodríguez Guevara, María Guadalupe

Presentador: Guzmán Gómez, Yedra

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:20-18:25 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El pterigium es una lesión fibrovascular degenerativa, benigna y no neoplásica de la conjuntiva bulbar con afectación de la córnea. Surge en la región interpalpebral con predilección nasal. Se caracteriza histológicamente por una degeneración elastótica de la sustancia propia, cubierta por epitelio escamoso no displásico. En casos raros puede presentarse neoplasia intraepitelial escamosa en el epitelio de superficie.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico clínico o anatomopatológico de "pterigium" durante los últimos diez años en nuestro centro. Se incluyeron los diagnósticos de "displasia o neoplasia intraepitelial conjuntival (NIC)" asociadas a pterigium, excluyéndose los NIC y carcinomas que asentaron sobre conjuntiva sana u otro tipo de lesiones conjuntivales. Se revisaron histológicamente las muestras diagnosticadas de NIC.

Se recogen datos sobre el sexo, la edad y la localización de la lesión. Además se revisa la literatura existente en relación con pterigium y NIC.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 531 biopsias de conjuntiva con diagnóstico de pterigium, correspondientes a 526 pacientes. La distribución por sexos fue 311 varones (59%) y 215 mujeres (41%) con una media de edad de 64,5 años.

Se encontraron 28 diagnósticos de NIC asociados a pterigium (5,27 %), correspondientes con 27 pacientes, con una media de edad de 66,8 años, afectando mayoritariamente a varones (19 pacientes; 70,4%). Uno de los pacientes mostraba dos biopsias con displasia, en diferente localización conjuntival. Las NIC se distribuyeron en 22 leves (78,5%), 5 moderadas (17,9%) y 1 severa/carcinoma in situ (3,6%).

Se clasificó como NIC leve una alteración arquitectural parcial del espesor del epitelio conjuntival; NIC moderada como afectación casi total y NIC severa/carcinoma in situ cuando la totalidad del espesor epitelial está involucrado. En todos ellos de manera más o menos constante se observaba degeneración basófila del estroma.

CONCLUSIONES: El pterigium tiene una incidencia estimada en climas templados del 2%, aumentando hasta un 30% en los trópicos (cinturón de pterigión). La coexistencia con NIC varía del 1 % al 11 %, según la geografía. Los factores de riesgo para el desarrollo de ambas lesiones parecen estar relacionados, principalmente la exposición a luz ultravioleta. En el estudio anatomopatológico del pterigium hay que prestar especial atención al epitelio para evaluar signos histopatológicos de displasia (NIC), posiblemente infradiagnosticados tanto clínica como morfológicamente. Es necesario el análisis histológico de todas las muestras extirpadas con apariencia clínica de pterigium, pues podrían asociar lesiones premalignas epiteliales conjuntivales.

QUERATOCONJUNTIVITIS LÍMBICA SUPERIOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

Guzmán Gómez, Yedra; Sáez Álvarez, Samuel; Rodríguez Guevara, María Guadalupe; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; García Galvis, Olga Fernanda; Serrano Aguirrezábal, Jose Alberto; Marín Asensio, Sergio José

Presentador: Guzmán Gómez, Yedra

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La queratoconjuntivitis límbica superior (QLS) es una enfermedad de la superficie ocular, poco reconocida, caracterizada por una inflamación crónica del limbo superior y de la conjuntiva bulbar y palpebral superiores, de carácter recurrente-remiteinte.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan los casos de nuestro departamento durante el último año encontrando dos casos de QLS. Además, se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed con las palabras claves "queratoconjuntivitis límbica superior", seleccionando dos artículos publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: Se presentan dos casos de QLS que corresponden a dos mujeres de 67 y 70 años. La primera presentaba afectación bilateral de la conjuntiva bulbar superior, con sintomatología de ojo seco y molestias oculares con sensación de cuerpo extraño. Anteriormente se había sometido a una cirugía de elevación de ambos párpados por ptosis y dermatocalchasis. La otra paciente refería sensación de cuerpo extraño, visión borrosa y sequedad ocular, de predominio en ojo derecho. A la exploración clínica en ambas pacientes se identificaba hiperemia conjuntival, tejido redundante en la región de la conjuntiva bulbar superior con folículos a nivel de la conjuntiva tarsal en una de ellas. A pesar de tratamiento médico (lágrimas artificiales y colirios), no mostraron mejoría sintomatológica. Se decide realizar una resección quirúrgica de la conjuntiva bulbar superior e injerto de membrana amniótica en ambas pacientes, refiriendo en la revisión posterior una notable mejoría clínica.

El tejido conjuntival extirpado se remitió a anatomía patológica para su estudio histológico. La imagen histológica reveló acantosis del epitelio con focal queratinización y reducción del número de células calciformes. A nivel estromal se observaba cambios de edema con un discreto infiltrado inflamatorio compuesto fundamentalmente por mastocitos con ocasionales linfocitos y células plasmáticas. Estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico clínico de Queratoconjuntivitis Límbica Superior.

CONCLUSIONES: La QLS es una entidad en la que se desconoce su verdadera prevalencia por la falta de datos epidemiológicos. Presenta predominio femenino con una media de edad de 50 años, sin predilección étnica ni geográfica. Aunque todavía se desconoce la patogenia se cree que está relacionada con una lesión mecánica, inestabilidad de la película lagrimal y una respuesta autoinmune/inflamatoria desregulada. Los síntomas más frecuentes son irritación ocular y sensación de cuerpo extraño, con períodos de remisión. Con frecuencia se diagnostica erróneamente como "ojo seco" al principio de su evolución, por ello es crucial un minucioso examen clínico de la conjuntiva superior para distinguirla de otras etiologías. La QLS puede asociarse con otras afecciones oculares y no oculares como la enfermedad del ojo seco, la enfermedad tiroidea, la enfermedad de injerto contra huésped ocular, el uso de lentes de contacto, trastornos de los párpados, etc. A pesar de ser una afección con un diagnóstico principalmente clínico, es importante su conocimiento así como el de sus hallazgos histológicos para su correcto diagnóstico. En la imagen histológica se observa un epitelio acantótico con ocasional queratinización, disminución de células calciformes y un estroma conjuntival con un grado variable de inflamación crónica con incremento del número de mastocitos. Estos hallazgos pueden ser sutiles y pasar desapercibidos, por ello es importante la orientación diagnóstica con la sospecha clínica.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE LA CONJUNTIVA BULBAR CON UN CRECIMIENTO EXOFÍTICO AGRESIVO.

Rodríguez Moncada, Juan Sebastian; Melgar Melgar, Alvaro; García-Hirschfeld García, Juan M; García-Montesinos Gutierrez, Javier

Presentador: Rodríguez Moncada, Juan Sebastian

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA CARLOS HAYA (HRUM) IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma adenoescamoso es una neoplasia maligna rara y agresiva descrita en múltiples órganos como en cérvix, colon y páncreas entre otros. Los casos en la conjuntiva ocular son extremadamente raros por lo cual presentamos este caso. En este tumor encontramos una combinación de componentes de carcinoma escamoso y adenocarcinoma. Presentamos el caso de una paciente adulta mayor con una masa de crecimiento rápido a nivel de la conjuntiva bulbar del ojo derecho, con marcado compromiso local. La paciente fue diagnosticada de un carcinoma adenoescamoso conjuntival e intervenida sin complicaciones con un resultado excelente recuperándose completamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 94 años de edad, sin antecedentes relevantes, con una masa de crecimiento rápido localmente agresiva que comenzó como una lesión rosada sésil en la conjuntiva bulbar inferior. La lesión mostró un rápido crecimiento en sólo tres meses con abundantes signos y síntomas locales. Se realizó exéresis de la lesión con márgenes libres y posteriormente una reconstrucción con injerto de membrana amniótica, sin complicaciones.

RESULTADOS: El diagnóstico definitivo de la lesión a sido un carcinoma adenoescamoso de la conjuntiva bulbar con un crecimiento exofítico agresivo, y con bordes de resección libres de enfermedad. En las técnicas inmunohistoquímicas encontramos positividad para CK 5/6, p63, p40, EMA y PAS, con negatividad para S100, Melan-A y Ber-Ep4. Una neoplasia maligna extremadamente rara en la conjuntiva ocular que se caracteriza por ser agresiva y localmente destructiva, que requiere un diagnóstico certero y temprano. En nuestro caso el resultado estético ha sido excepcional. La paciente actualmente no ha presentado recidivas y se encuentra libre de enfermedad.

CONCLUSIONES: El carcinoma adenoescamoso de la conjuntiva es un tumor maligno que está constituido por una combinación de componentes de carcinoma escamoso y adenocarcinoma. Su diagnóstico temprano con exéresis completa sin dejar mayores secuelas estéticas y/o funcionales es un reto terapéutico incluso en manos expertas. El tratamiento suele implicar una biopsia por escisión con márgenes de seguridad y un injerto de membrana amniótica. La tasa de recurrencia es alta y al igual que con otros tumores malignos de la superficie ocular, y suelen ser muy deformantes además de agresivos. El adecuado diagnóstico histopatológico y la extirpación temprana son cruciales para el pronóstico del paciente. El tratamiento adyuvante con mitomicina c puede ser beneficioso.

LINFOMAS CON AFECTACIÓN OCULAR. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS.

Herrero Casado, Samuel; Torrente , Jaime; Gámez Jiménez, Elena María

Presentador: Herrero Casado, Samuel

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas representan un grupo heterogéneo de neoplasias hematológicas originadas en los linfocitos, con potencial de diseminación a diversos órganos, incluyendo el sistema ocular. La afectación oftálmica en linfomas en fase metastásica es infrecuente, con una incidencia aproximada del 5-10%. El linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) es la variante más común de linfoma no Hodgkin, predominante en adultos mayores y con una leve mayor incidencia en varones. Por otro lado, los linfomas T/NK extranodales, aunque menos frecuentes, presentan un curso agresivo y pueden comprometer estructuras orbitarias. La afectación ocular secundaria es más común en pacientes inmunodeprimidos y suele manifestarse con infiltración de la órbita, retina o nervio óptico, impactando gravemente la función visual y el pronóstico del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestra serie de cuatro casos está compuesta por tres mujeres y un varón, con edades comprendidas entre 47 y 67 años. Todos, en algún momento de la historia de su enfermedad, han sufrido afectación ocular, principalmente uveítis y pérdida de visión, siendo corroborada por pruebas de imagen, OCT, análisis de humor vítreo y/o histología y técnicas moleculares. Las biopsias analizadas corresponden a conjuntiva, piel, cerebro, hígado y fosa nasal. Tras el correcto procesamiento estandarizado de las muestras y, para descartar los diagnósticos diferenciales y confirmar la sospecha diagnóstica mediante histología, recurrimos a la tinción hematoxilina/eosina y, posteriormente, a técnicas inmunohistoquímicas

RESULTADOS: Los hallazgos histológicos con hematoxilina mostraron una proliferación de linfocitos maduros de talla media a grande con patrón de infiltración difuso. El diagnóstico en tres de los pacientes fue de linfoma B difuso de célula grande (LBDCG), mostrando expresión inmunohistoquímica de CD20+, CD3- y CD10- y un Ki67 entre el 80 y 95 %. Según el algoritmo de Hans, dos de ellos resultaron "no centro germinal" y uno tipo "centro germinal". Además no mostraron reordenamiento del gen MYC. El cuarto caso fue diagnosticado como linfoma de células T/NK extranodal mostrando inmunoexpresión de CD3, CD8, granzima B y VEB mediante hibridación in situ.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos muestran la necesidad de considerar la afectación ocular en pacientes que presentan linfomas en fase avanzada, siendo menos frecuente y con peor pronóstico los casos de linfoma T/NK extranodal debido a su asociación con el virus de Epstein-Barr. El diagnóstico de esta patología requiere una atención multidisciplinar con especial énfasis en la anatomía patológica, cuyo papel es clave en la caracterización morfológica, inmunofenotípica y molecular de los linfomas de una forma precisa, ya que es fundamental para que los pacientes reciban un tratamiento adecuado, oportuno y dirigido a su perfil patológico específico.

UN CASO DE DISTROFIA CORNEAL GRANULAR (DCG), UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

Racean , Steliana; Galan , Nicoleta Elena; Cebrián Sanz, Raquel; Hogeboom Gimeno, Adriana Gretchen
Presentador: Racean , Steliana Florina

STELIANA FLORINA RACEAN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La distrofia corneal granular (DCG) es una rara enfermedad genética que afecta el estroma corneal. Se caracteriza por la presencia de depósitos estromales de morfología granular, central y superficial, provocando una disminución progresiva de la visión. Existen dos formas principales: la clásica (tipo 1) y la de Avellino (tipo 2), ambas de herencia autosómica dominante y asociadas a mutaciones en el gen TGFBI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 42 años que acude por primera vez al oftalmólogo, refiriendo baja visión desde la infancia, que no mejora con corrección. En la biomicroscopia del segmento anterior se objetivan unas lesiones redondeadas blanquecinas bien delimitadas de localización subepitelial y estromal y otras de apariencia cristalina en ambos ojos, localizados principalmente en el eje visual y respetando la periferia corneal. El hijo de la paciente, presente en la consulta, presentaba lesiones similares pero de menor tamaño y sin afectación visual significativa.

RESULTADOS: Las imágenes detalladas de la córnea mediante lámpara de hendidura y tomografía de coherencia óptica (OCT) revelaron depósitos característicos de DCG. La paciente fue sometida a un trasplante corneal. Los cortes histológicos del botón corneal muestran distrofia estromal y depósitos de un material amorfo eosinófilo de color rojo llamativo con la tinción tricrómica de Masson, sin presencia de depósito de material amiloide. Además, se realizaron estudios genéticos que confirmaron la mutación en el gen TGFBI. Los hallazgos encontrados son compatibles con distrofia corneal granular tipo 1.

CONCLUSIONES: La distrofia corneal granular es una entidad genética rara, que pesar de su apariencia clínica distintiva es poco conocida e infradiagnosticada, lo que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes afectados. Con esta presentación, se pretende resaltar la importancia del manejo multidisciplinar de la enfermedad, desde la sospecha diagnóstica, diagnóstico fenotípico, genotípico, tratamiento quirúrgico y el estudio anatomopatológico.

CONJUNTIVITIS LEÑOSA EN UNA PACIENTE CON DÉFICIT DE PLASMINÓGENO TIPO I: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO ACTUAL

Tirado Pascual, Mónica; Ranea Jimena, Sergio Antonio; Luque Aranda, Guillermo; León Dionis, Mateo; Nieto Vallejo, Sixto
Presentador: Tirado Pascual, Mónica

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (HRUM). IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La conjuntivitis leñosa es una forma rara de conjuntivitis crónica y recurrente, asociada a un déficit de plasminógeno de herencia autosómica recesiva. Se caracteriza por la formación de pseudomembranas leñosas en la conjuntiva y puede comprometer la agudeza visual en el 20-30% de los casos. Además, puede presentar manifestaciones extraoculares, como gingivitis, otitis y afectación respiratoria o renal. Presentamos un caso clínico de esta entidad en una niña con déficit de plasminógeno tipo I, destacando su diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niña sin antecedentes de interés, salvo consanguinidad de los padres, que inició síntomas a los 3 años con conjuntivitis recurrente inicialmente atribuida a causas infecciosas (adenovirus, bacterianas), que se complicó con celulitis preseptal. Ante la persistencia de pseudomembranas conjuntivales y ausencia de signos infecciosos, se sospechó conjuntivitis leñosa. Se realizaron dos intervenciones quirúrgicas, ambas con escisión de pseudomembranas y la última de ellas con recubrimiento de membrana amniótica.

RESULTADOS: El estudio microscópico de la biopsia conjuntival evidenció un engrosamiento focal del epitelio con áreas de necrosis y una inflamación crónica agudizada, destacando un marcado componente eosinófilo. Se observaron depósitos de material hialino, similar al amiloide. La amiloidosis primaria conjuntival es una enfermedad infrecuente, generalmente unilateral y que se presenta en adultos como una lesión subconjuntival, rosada, no dolorosa. Puede provocar ptosis palpebral y suele sangrar con facilidad. Estos depósitos resultaron negativos para la tinción de Rojo Congo, descartándose así esta posibilidad. La ausencia de gérmenes se confirmó mediante técnicas de histoquímica, como la tinción de Gram, ácido periódico de Schiff (PAS) y la tinción de plata, que resultaron negativas para microorganismos. La inmunohistoquímica reveló positividad para fibrinógeno, mientras que las tinciones para queratina y vimentina fueron negativas. En el estudio analítico, el plasminógeno en plasma estaba disminuido al 13%, y el estudio genético identificó una variante patogénica en heterocigosis en el gen PLG. Estos hallazgos histológicos, junto con la clínica de pseudomembranas recurrentes y el estudio analítico y genético, confirmaron el diagnóstico de conjuntivitis leñosa asociada a déficit de plasminógeno tipo I.

CONCLUSIONES: La conjuntivitis leñosa es una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica. Su diagnóstico diferencial es crucial para evitar retrasos en el tratamiento e incluye otras entidades que cursan con conjuntivitis membranosas, como la necrólisis epidérmica tóxica, la enfermedad de injerto contra huésped y las infecciones por adenovirus, Clamidia, Klebsiella o Estreptococo. Aunque tradicionalmente se ha manejado con heparina y corticoides tópicos, el uso de plasminógeno tópico y el trasplante de membrana amniótica han mostrado resultados prometedores. Esta última, facilita la epitelización, ya que reduce la inflamación y promueve la vascularización y la cicatrización. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar, tanto para confirmar el diagnóstico como para descartar posibles alteraciones asociadas en otros órganos, y el uso de terapias innovadoras como para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Patología Ocular

1824

DISTROFIA CORNEAL GRANULAR EN Córnea RECEPTORA POST-QUERATOPLASTIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Chao Crecente, Montserrat; Gómez Márquez, María; Dimas Vázquez, Nicole; Nogales Moro, Adrián; Pinilla Pagnon, Ignacio; García De Casasola Rodríguez, Gonzalo; Suárez Pita, Daniel; Ariño Palau, Carmen; Abascal Camacho, María Luisa; Vázquez Carnero, Rosario; Gallego Gutiérrez, Irene

Presentador: Chao Crecente, Montserrat

HOSPITAL UNIV. SEVERO OCHOA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las distrofias corneales son trastornos genéticos que afectan a la transparencia de la córnea por acumulación de depósitos anómalos. La distrofia granular (tipo I), poco frecuente, y autosómica dominante caracterizada por depósitos hialinos en el estroma corneal, lo que puede llevar a una disminución de la visión. El caso clínico se centra en una paciente de 79 años con recurrencia de distrofia corneal tras queratoplastia penetrante.

MATERIAL Y MÉTODOS: La paciente, una mujer de 79 años con antecedentes de distrofia granular, presentaba leucoma central en ojo derecho y catarata con baja visión en ojo izquierdo, lo que llevó a un trasplante corneal en este último. Tras el trasplante, experimentó una evolución desfavorable, lo que llevó a realizar una biopsia de la córnea receptora. Macroscópicamente la muestra consistía en un fragmento plano de 0,7x0,7 cm, blanquecino-transparente, fijado en formol. Se procesó con cortes seriados y se emplearon tinciones de hematoxilina-eosina (H&E), tricrómico de Masson y rojo Congo para el análisis histológico, considerando en el diagnóstico diferencial distrofia reticular y subtipos granulares.

RESULTADOS: El análisis microscópico reveló depósitos hialinos eosinófilos bien delimitados en el estroma corneal, con una apariencia de "caramelo de roca" en H&E. Estos depósitos se tiñeron de rojo brillante con tricrómico de Masson, lo que es típico de la distrofia granular. Sin embargo, la tinción con rojo Congo no mostró birrefringencia, lo que permitió descartar la presencia de amiloide, característica de la distrofia corneal reticular. Además, se consideraron otros subtipos, como la distrofia granular tipo II, que combina depósitos hialinos y amiloides, pero la ausencia de birrefringencia apoyó el diagnóstico de distrofia granular pura (tipo I).

CONCLUSIONES: El diagnóstico final fue distrofia corneal granular, sugiriendo recurrencia en el injerto, un hallazgo que explica la mala evolución posqueratoplastia. Esto resalta la importancia del estudio histopatológico en trasplantes fallidos o con mala evolución y la necesidad de considerar las distrofias corneales en el diagnóstico diferencial.

Patología Ocular

1595

DESPLAZAMIENTO DEL GLOBO OCULAR POR ADENOMA PLEOMORFO EN GLÁNDULA LAGRIMAL

Carrillo Cobarro, María; Aguirre Echevarría, Pablo; Aran González, Miguel; De Burgos González, Saúl; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Sánchez Burranca, Zully Faby Elvita; Domínguez Aparicio, Claudia; Cerezo Aguirre, Clara; Ruiz Diaz, Irune

Presentador: Carrillo Cobarro, María

HOSPITAL DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de la glándula lagrimal representan casi el 10% de las lesiones orbitarias. Aunque el adenoma pleomorfo representa tan solo el 0,6-2% de todas las lesiones orbitarias, es la neoplasia epitelial más común de la glándula lagrimal y representa el 50-70% de los tumores de la glándula lagrimal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 69 años presenta un cuadro de diplopía intermitente, epifora y visión borrosa de un año de evolución, con desplazamiento inferior del globo ocular derecho y asimetría facial. La RMN orbitaria mostró una lesión en glándula lagrimal derecha bien delimitada, sin destrucción ósea. Se realizó exéresis de la lesión, recibiendo un nódulo parduzco de 19x19x11mm con superficie de corte firme y blanquecina con áreas de aspecto mixoide.

RESULTADOS: Los cortes histológicos mostraron un nódulo bien delimitado por una pseudocápsula, con parénquima glandular desplazado a la periferia, constituido por una proliferación celular mixta compuesta por un componente epitelial que se disponía formando túbulos y ductos bicapa y en hileras anastomosadas, un componente mioepitelial en patrón difuso y un componente estromal fusocelular sobre un fondo mixohialino. La celularidad neoplásica no presentaba atipia, ni se identificaron figuras de mitosis. La lesión tumoral mostraba protusiones hacia la pseudocápsula sin sobrepasarla, contactando focalmente con el margen quirúrgico. El estudio inmunohistoquímico presentó positividad en el componente mioepitelial para p63, p40, S100 y GFAP. PLAC1 nuclear fue positivo en ambos componentes, con ki-67 < 1%. Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de adenoma pleomorfo focalmente en contacto con el borde quirúrgico de resección.

CONCLUSIONES: El adenoma pleomorfo es una neoplasia primaria benigna que consiste en una mezcla de componentes de aspecto epitelial, mioepitelial y mesenquimal. El sitio más comúnmente afectado es la glándula parótida. Puede presentarse en otras localizaciones, como glándulas salivales mayores (glándulas submandibulares y sublinguales), glándulas salivales menores del tracto aerodigestivo superior y glándula lagrimal. Generalmente, los pacientes tienen un pronóstico excelente tras su extirpación, siendo dos los principales factores pronóstico a tener en cuenta, la posibilidad de recurrencia secundaria a una resección incompleta y la probabilidad de transformación maligna, el llamado "carcinoma ex adenoma pleomorfo", condición relacionada con tumores de larga evolución.

MÁS ALLÁ DEL SEUDOTUMOR INFLAMATORIO, LO QUE LA ÓRBITA PUEDE ESCONDER

Fernandez Aceñero, Mª Jesus; De La Torre Serrano, Montserrat
Presentador: Fernandez Aceñero, Maria Jesus

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La órbita puede albergar procesos tanto inflamatorios como neoplásicos, siendo relativamente frecuente encontrar pseudotumores inflamatorios (ahora considerados parte de la enfermedad fibrosante asociada a igg4) y linfomas a dicho nivel. el objetivo de este trabajo es revisar procesos poco frecuentes de la órbita encontrados en nuestra práctica habitual

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de los casos de patología orbitaria diagnosticados en nuestro centro, con descripción de tres casos de especial interés.

RESULTADOS: el primer caso corresponde a un paciente con clínica sistémica y síndrome constitucional en el que las biopsias de diversos tejidos no consiguiendo un diagnóstico. la biopsia de una masa orbitaria sospechosa de linfoma reveló una vasculitis de tipo granulomatoso, compatible con poliangitis con granulomatosis.
el segundo caso corresponde a una paciente con una masa orbitaria responsable de proptosis, que fue biopsiada con sospecha de malignidad. el estudio histológico reveló una reacción de cuerpo extraño de color azul en relación al consumo de cocaína por adicción de la paciente.
el tercer caso corresponde a una mujer anciana con una masa lateral orbitaria, que fue biopsiada y reveló una metástasis de un carcinoma de mama, del que había sido tratada 20 años antes y que parecía estar en remisión

CONCLUSIONES: la órbita puede verse afectada por procesos sistémicos no diagnosticados en otras muestras. la historia clínica de los pacientes resulta esencial para interpretar la información morfológica

METÁSTASIS COROIDEA DE UN CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE GLANDULA SALIVAL PARÓTIDA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Kaip , Gisela; Pinochet Almonacid, Sebastian; Taveras Espinal, Héctor Alan
Presentador: Kaip , Gisela

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El globo ocular rara vez se ve afectado por la propagación de tumores malignos, debido a la ausencia de un sistema linfático propio. Las metástasis en las estructuras oculares suelen ser el resultado de una diseminación hematógena y/o perineural. El tracto uveal es la parte del ojo con mayor irrigación sanguínea. Aproximadamente el 90% del tracto uveal está formado por la coroides, que es también el principal destino de las metástasis oculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 52 años con resección quirúrgica completa de un tumor de glándulas salival mayor parótida en 2021. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de un carcinoma adenoide quístico con invasión perineural. Le realizan RM informando invasión tumoral del seno esfenoidal izquierdo con signos de extensión retrógrada del nervio trigémino izquierdo. Presenta hiperemia conjuntival asociada a ptosis palpebral. Se le realiza Radioterapia estereotáxica fraccionada. Se le realiza biopsia de Ganglio de Gasser, informando infiltración metastásica del carcinoma. Continúa con sintomatología clínica de parálisis facial izquierda. En 2022 refiere pérdida de visión en ojo derecho asociada a hipoestesia hemifacial izquierda. En RM de seguimiento del 2024 se visualiza imagen de engrosamiento como probable metástasis en recto interno de ojo izquierdo, la cual se confirma por biopsia a anatomía patológica. En julio del 2024 se realiza la exenteración orbitaria subtotal izquierda.

RESULTADOS: Hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos confirmando la infiltración neoplásica metastásica por carcinoma adenoide quístico en órbita, nervio óptico extendiéndose a toda la circunferencia ocular a través de capas coroides-uveal-esclera así como tejidos blandos adyacentes, márgenes quirúrgicos libres. Se presenta a comité de tumores de cabeza y cuello y se descarta adyuvancia.

CONCLUSIONES: El carcinoma adenoide quístico es la segunda neoplasia maligna primaria más frecuente de glándulas salivales, tras el carcinoma mucoepidermoide, y puede originarse de las glándulas salivales mayores o de las glándulas salivales menores, distribuidas a lo largo del tracto aerodigestivo superior. Suelen ser lesiones caracterizadas por tener un tamaño pequeño y un lento crecimiento. Sin embargo, pueden presentar una invasión subclínica (con un curso silente durante muchos años) y metástasis a distancia en aproximadamente el 50% de los casos. Son tumores de un pronóstico pobre a largo plazo, con una baja tasa de supervivencia (23-40% a los 15-20 años) y una alta tasa de recurrencia local tardía (16-67%). Las alternativas terapéuticas para metástasis coroides incluyen observación, escisión, enucleación, radioterapia y quimioterapia. Actualmente la radioterapia es el tratamiento de elección de metástasis coroides.

CORDOMA: REVISIÓN DE CASOS OPERADOS DURANTE 7 AÑOS EN UN CENTRO ESPECIALIZADO Y EVALUACIÓN DE POSIBLES MARCADORES PRONÓSTICOS.

Arbat , Julieta Romina; Naharro Gascon, Maria José; Burch Nchama, Elisabeth; Rojas Ferrer, Nohelia; Ruiz Carbonell, Isabel; De Fez Satorres, Amparo; González Ruiz, María Dolores; Gómez Perpiñá, Lorena; Martin Benlloch, Juan Antonio; Perez Ebri, Maria Luisa
Presentador: Arbat , Julieta Romina

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Tipo de trabajo: Oral
 (Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: El cordoma es un tumor raro y de crecimiento lento que afecta los huesos de la columna vertebral y la base del cráneo. Suele diagnosticarse en etapas avanzadas, presenta altas tasas de recidiva y una respuesta limitada a la radioterapia y quimioterapia. A pesar de que se han identificado posibles dianas terapéuticas moleculares, la cirugía sigue siendo el tratamiento principal y, la resección amplia con márgenes adecuados es determinante en el pronóstico. Nuestro objetivo es analizar las características clínico-patológicas de los pacientes operados de cordoma en nuestro centro, explorando posibles factores pronósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de cordoma en nuestro centro desde 2018 hasta 2024, con revisión epidemiológica, clínica e histológica. Se realizaron estudios inmunohistoquímicos para IN1I, Brachyury, Ki67, p16 y Ckit.

RESULTADOS: Se registraron 18 casos, todos con diagnóstico previo en biopsia; 4 con antecedente de traumatismo sacrococcigeo. Predominó el sexo masculino (11 hombres y 7 mujeres), con una edad media de 54 años (rango 36-75). El 66% de los tumores se localizaron en el sacro y el resto en la columna vertebral. Todas las cirugías fueron resecciones amplias (1 sacrectomía total, 11 subtotales y 6 vertebrectomías). Un paciente recibió embolización prequirúrgica y 5 radioterapia adyuvante. El tamaño tumoral varió de 3 a 18 cm (media 9,3 cm). Se diagnosticaron 17 cordomas convencionales (dos con áreas pleomórficas) y uno desdiferenciado. No hubo invasión vascular ni perineural. El 89% de los casos presentó recuento mitótico bajo (≤ 3/10 CGA). Se evidenció necrosis en el 72% de los tumores: extensa (750%) en 6, parcial (5-50%) en 5 y focal (75%) en 2. Los márgenes quirúrgicos estuvieron libres en 15 casos, aunque 13 fueron resecciones marginales (bordes ≥ 2 mm). Todos los casos fueron negativos para Ckit y positivos para IN1I y Brachyury. El Ki67 fue ≥10% en 16 casos. La expresión de p16 en las células tumorales fue variable: 9 casos con positividad nuclear y citoplasmática, 5 sólo citoplasmática y 4 negativos. Un patrón de expresión fuerte y constante se evidenció en los fibroblastos intra y peritumorales.

Se obtuvieron datos de seguimiento en 17 pacientes: 2 fallecieron en el posoperatorio, 3 tuvieron un seguimiento parcial y 12 continúan en seguimiento hasta la actualidad. De estos últimos, 10 permanecen libres de enfermedad (LE) tras un tiempo promedio de seguimiento de 29 meses (m); 1 recidivó y metastatizó a los 6 m, falleciendo posteriormente; y otro está con enfermedad estable (EE) a los 96 m, luego del tratamiento de varias metástasis.

De los 3 pacientes que se han perdido en el seguimiento, uno recidivó a los 24 m; otro lo hizo a los 48 m, sin nuevas recidivas ni metástasis hasta los 72 m; y el último permaneció LE hasta los 36 m.

CONCLUSIONES: Nuestro análisis mostró una buena respuesta terapéutica, con la mayoría de los pacientes LE o con EE, incluso tras recidivas o metástasis. Sin embargo, no se identificaron parámetros predictivos del comportamiento clínico. Destaca el caso de un paciente con cordoma desdiferenciado y múltiples metástasis que, tras 8 años de seguimiento y diversos tratamientos, sigue con vida. Además, resaltamos que algunos cordomas convencionales presentan una transición abrupta a zonas pleomórficas que no deben confundirse con desdiferenciación. La expresión constante de p16 en fibroblastos plantea la hipótesis de un posible rol en el desarrollo de estos tumores.

CARACTERIZACIÓN HISTOMORFOLÓGICA E INMUNOHISTOQUÍMICA DE TEJIDO SINOVIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Osuna Soto, Julio; Leiva Cepas, Fernando; Corrales Díaz-Flores, Sagrario; Aranda Valera, Concepción; López Pedrera, Rosario; Escudero Contreras, Alejandro; Sánchez Ramírez, Inmaculada
Presentador: Osuna Soto, Julio

UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA

Tipo de trabajo: MiniOral
 (Jueves 22, 17:30-17:35 Sala 4+5)

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que se caracteriza por la inflamación persistente del tejido sinovial articular. A pesar de que el diagnóstico precoz y el desarrollo de nuevas terapias han mejorado el pronóstico y manejo de esta entidad, todavía un porcentaje significativo de los pacientes no alcanza un control adecuado de la enfermedad ni responde favorablemente a los distintos fármacos disponibles. En este sentido, se plantea que la realización de biopsia sinovial y el análisis histopatológico y molecular de forma estandarizada en los pacientes con AR permite predecir el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, beneficiándose de esta forma de un manejo mucho más personalizado y optimizado que con el abordaje actual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron muestras de tejido sinovial mediante biopsias guiadas por ecografía de articulaciones afectas clínicamente. Las muestras se fijaron en formaldehído al 4%, se incluyeron en parafina y se realizó tinción de rutina mediante H-E para análisis mediante score semicuantitativo (0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 intenso) de varios parámetros: A nivel histomorfológico, se valoró el score de Krenn para el diagnóstico de sinovitis (grosor del epitelio sinovial, hipercelularidad estromal y densidad de infiltrado inflamatorio), grado de fibrosis y de vascularización. Así mismo, se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para CD68, CD3, CD20 y CD138, caracterizando el "patotipo" en linfo-mieloide (predominio de linfocito B y/o células plasmáticas), mieloido-difuso (predominio linfocito T e histiocitos) o pauci-inmune (ausencia de inflamación significativa). También se recogió la presencia de agregados y/o folículos linfoides y la presencia de granulomas.

RESULTADOS: Se excluyeron muestras de biopsia sinovial no representativas o procedentes de pacientes sin diagnóstico definitivo de artritis reumatoide; de esta forma, finalmente la muestra la compusieron 58 pacientes. Epidemiológicamente, 72% son mujeres; la mediana de edad al diagnóstico es de 54,5 años (rango 18-84 años). El 55% de la muestra está compuesta por pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide de reciente inicio (menos de 2 años desde el diagnóstico). Por su parte, el 29% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con un fármaco biológico (no FAME).

Morfológicamente, mediante el score de Krenn, el 52% de los pacientes fue diagnosticado de sinovitis de alto grado (Score de Krenn ≥4). Destaca que el 42% presenta patotipo linfo-mieloide (predominio de infiltración de linfocitos B y/o células plasmáticas), siendo el perfil inflamatorio más hallado. Por su parte, el perfil mieloido-difuso (predominio de linfocitos T y/o histiocitos) y el pauci-inmune (sin inflamación significativa) presentaron una frecuencia similar.

CONCLUSIONES: La realización de biopsia sinovial de articulaciones clínicamente afectas en pacientes con artritis reumatoide permite el estudio anatómopatológico de determinados parámetros histomorfológicos e inmunohistoquímicos, expuestos anteriormente. Esta tipificación histopatológica podría predecir el curso clínico y la respuesta a tratamiento, lo que permitiría personalizar el abordaje terapéutico de los pacientes, limitando la consecuente pérdida de oportunidad y exposición a efectos secundarios innecesarios a los que muchas veces se ven expuestos con el esquema actual.

¿SOLO DISPLASIA FIBROSA? EVALUANDO LA POSIBLE ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT: CUANDO LA ANATOMÍA PATOLÓGICA PLANTEA NUEVAS PREGUNTAS.

Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Moreno Valladares, Manuel; Juaristi Abaunz, Maria Aranzazu; Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Maestro Gómez, Lidia; De Burgos González, Saúl; Carrilo Cobarro, Maria; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Sánchez Perales, Zuliy Faby Elvita; Ruiz Díaz, Irune; Dominguez Aparicio, Claudia
Presentador: Ordoñez Arrillaga, Ainhoa

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA OSAKIDETZA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La displasia fibrosa es una neoplasia fibroscá medular benigna que representa el 7% de los tumores óseos benignos. Forma hueso displásico, mal organizado e inadecuadamente mineralizado. Puede ser monoostótica o poliostótica, predominando la localización craneal y en fémur. Las formas poliostóticas aparecen a edad más temprana. Suele ser asintomática y también asociarse, en el síndrome de McCune-Albright, con otros trastornos endocrinos y pigmentación cutánea. Asocia mutación "missense" del gen GNAS en el 50-70%. Presentamos un caso de displasia fibrosa en costilla, en una mujer de 44 años, con clínica compatible con el síndrome de McCune Albright.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recibe pieza quirúrgica correspondiente a resección segmentaria del 9º arco costal, que se fija en formol al 4%. Se toman muestras para poder realizar estudios de biología molecular y el resto se decalcifica para poder facilitar el proceso de tallado. Dichos cortes se embebieron en parafina, cortaron con el micrótopo y se tiñeron con hematoxilina-eosina de rutina.

RESULTADOS: La pieza corresponde a una resección segmentaria de costilla que incluye unión condrocostal, de 9 x 0,9 cm, que presenta una zona insuflada de 2 x 1,9 x 1,5 cm, con expansión de la cortical. Al corte, se observa superficie de corte sólida y coloración parduzca heterogénea. Las secciones histológicas mostraron una proliferación celular fibroblástica, circuncrita, englobando trabéculas óseas irregulares y curvilíneas, sin borde osteoblástico, con una área central de degeneración quística. Se observó infiltrado inflamatorio histiocitario y células gigantes multinucleadas osteoclasto-like. No se observó necrosis ni depósito de osteoide y se identificaron esporádicas figuras de mitosis. Las técnicas complementarias mostraron un índice de proliferación ki67<5%, una tinción de H3.3 G34 W negativa, descartando el tumor de células gigantes óseo, y se confirmó la mutación del gen GNAS por NGS. Los hallazgos morfológicos, inmunohistoquímicos y moleculares fueron compatibles con displasia fibrosa.

CONCLUSIONES: El síndrome de McCune Albright una entidad poco frecuente caracterizada por, además de la displasia fibrosa, otras manifestaciones extraesqueléticas como la pubertad precoz, las maculas pigmentadas color café con leche y alteraciones endocrinas, así como la mutación del gen GNAS. La historia clínica de la paciente indicó presencia de manchas café con leche en tórax anterior, quistes ováricos y una lesión micronodular hipercaptante en istmo tiroideo. Nuestros hallazgos, junto con el cuadro clínico de la paciente, nos orientó a una displasia fibrosa monoostótica en contexto de un posible síndrome de McCune Albright. Es esencial recalcar la necesidad de conocer la asociación entre ambas entidades y se aconseja revisar la historia clínica de los pacientes. Es fundamental realizar una adecuada correlación clínico-patológica para diagnosticar el síndrome de McCune Albright. Identificar este síndrome de forma temprana es importante, ya que su rareza y su presentación variable, pueden conducir, en casos de no diagnosticarse, en un manejo de los síntomas derivados y tratamientos inadecuados.

ARTROPATÍA OCRONOTICA EN PACIENTE CON ALCAPTONURIA: DEPÓSITOS OSCUROS, DIAGNÓSTICOS CLAROS.

Gil Galvín, Marco Asier; Morante Palacios, Maria Claudia; Guncay Morcho, Tania Patricia; Araya Umaña, Luis Carlos
Presentador: Gil Galvín, Marco Asier

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La alcaptonuria es un trastorno metabólico raro de herencia autosómica recesiva causado por una deficiencia de la enzima homogentisato 1,2-dioxigenasa, responsable de la degradación de ácido homogentísico, lo que conduce a su acumulación en diferentes tejidos y líquidos corporales. Se trata de una enfermedad multisistémica cuyas principales manifestaciones clínicas son, entre otras, orinas oscuras, ocrónosis (depósitos pigmentados en el tejido conectivo de diferentes localizaciones) y una forma grave de osteoartropatía, que suele afectar a la columna y a las grandes articulaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 71 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia y esclerosis aórtica con recambio valvular en 2018. En los antecedentes familiares destaca su padre, fallecido a los 63 años por causa desconocida, y su hermano, fallecido a los 66 años, quien fue diagnosticado de alcaptonuria tras estudio autopsico en 2018. Este mismo año, dado el antecedente familiar, se solicitó un estudio genético en nuestro paciente que confirmó asimismo el diagnóstico. Desde la infancia, el paciente refiere orinas que se tornan oscuras al contacto con el aire. Presenta además hiperpigmentaciones localizadas en esclera y pabellón auricular izquierdo, y clínica de larga evolución de dolores articulares en columna lumbar, hombros y rodillas. En enero de 2025, tras persistencia de clínica articular en rodilla izquierda y empeoramiento radiológico con signos de artrosis y degeneración articular severa, se decidió realizar artroplastia con colocación de prótesis.

RESULTADOS: Se recibió la pieza de artroplastia junto con fragmentos de tejido articular para el estudio anatomopatológico:

- Macroscópicamente se observó una pigmentación negra intensa tanto en el tejido articular como en el cartilago articular. Los cortes seriados revelaron una banda negra subcortical que se extendía por toda la articulación.

- En los cortes en parafina teñidos con H&E se observaron unos depósitos amorfos pigmentados de coloración ocre tanto en el cartilago articular, como en tendones y tejido sinovial. Se podían distinguir además signos de degeneración artroscá y una tenosinovitis de bajo grado.

Dados los antecedentes clínicos del paciente y la imagen tan característica se emitió el diagnóstico de artropatía ocrónótica.

CONCLUSIONES: La alcaptonuria es una enfermedad metabólica rara y de difícil diagnóstico ya que puede presentar una sintomatología inespecífica. Aunque la artropatía ocrónótica es una manifestación característica, la presentación de la misma suele ser tardía y puede simular una artrosis degenerativa, lo cual puede retrasar el diagnóstico. Por ello es importante destacar el papel del patólogo en el diagnóstico diferencial con otras artropatías degenerativas más comunes, especialmente relevante en pacientes en los que no se ha realizado el diagnóstico de alcaptonuria.

Patología Pediátrica 1727

ESPECTRO DE LAS LESIONES PLACENTARIAS RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS EN LOS NEONATOS Y MUERTE INTRAUTERINA EN GESTANTES INFECTADAS CON CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO

Pena Burgos, Eva Manuela; Caballero Ferrero, Ángela; Martínez Payo, Cristina; Viñuela Benítez, María Del Carmen; De La Calle Fernández-Miranda, María; Regajo Zapata, Rita María
Presentador: Pena Burgos, Eva Manuela

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El citomegalovirus (CMV) es una de las principales infecciones congénitas en el mundo y una de las principales causas de desórdenes neurológicos neonatales, sordera neurosensorial y muertes intraútero. Los factores placentarios involucrados en la transmisión de la madre al feto aún no se conocen bien. Nuestro objetivo es evaluar los hallazgos histopatológicos placentarios relacionados con la presencia de síntomas en el neonato y muertes intrauterinas en gestaciones con CMV congénito.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo de casos y controles que incluye aquellas gestaciones con CMV congénito seguidas en dos hospitales terciarios de referencia para embarazos de alto riesgo, entre los años 2012 y 2024. Se comparan las gestaciones de neonatos asintomáticos con neonatos sintomáticos y las gestaciones con neonatos sintomáticos y muertes intrauterinas.

RESULTADOS: Un total de 40 placentas han sido incluidas en el estudio, 23 en el grupo de los neonatos asintomáticos, 11 en el grupo de los neonatos sintomáticos y 6 en el grupo de las muertes intrauterinas. Se ha detectado placentomegalia ecográficamente en un 12,5% de los casos, sin diferencias entre grupos. No se han observado calcificaciones ni ecogenicidad heterogénea mediante ecografía. Placentas más pequeñas, con más deciduitis crónica, villitis crónica (sin vellosidades avasculares, rotura de las vellosidades, necrosis o depósitos de hemosiderina), más inclusiones virales en fibroblastos y más células positivas mediante inmunohistoquímica frente a CMV se han encontrado en los casos de neonatos sintomáticos cuando se comparan con los casos de neonatos asintomáticos. Más villitis crónica (con vellosidades avasculares, ruptura de las vellosidades, necrosis o depósitos de hemosiderina), depósitos intervillosarios de fibrina, inclusiones de CMV en células endoteliales y trofoblasto, y malperfusión (materna y fetal) se han encontrado en los casos de muerte intrauterina cuando se comparan con los casos de neonatos sintomáticos.

CONCLUSIONES: El screening mediante ecografía no parece ser una buena herramienta para predecir la afectación placentaria en gestaciones con CMV congénito. La presencia de una mayor afectación de las barreras vellositaria y vascular, de forma directa o indirecta por el virus, parece que se relacionan con una mayor afectación fetal, probablemente permitiendo la transmisión del virus al feto. Tratamientos que pudiesen atenuar este daño vascular y endotelial podrían ser útiles para reducir la presencia de síntomas en los neonatos y las muertes intrauterinas.

Patología Pediátrica 1729

HALLAZGOS PLACENTARIOS DE PLACENTAS TRIPLES ASOCIADOS A TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: ESTUDIO DE 98 PLACENTAS TRIPLES

Pena Burgos, Eva Manuela; De La Calle Fernández-Miranda, María; Pozo Kreiling, Jose Juan; García Díaz, Cecilia; Regajo Zapata, Rita María
Presentador: Pena Burgos, Eva Manuela

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:54-19:06 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: Las gestaciones triples se han incrementado debido al creciente uso de técnicas de reproducción asistida (TRA). Las gestaciones triples son de alto riesgo. Las gestaciones concebidas mediante TRA presentan mayores complicaciones y sus hallazgos placentarios no están estudiados en profundidad. Nuestro objetivo es evaluar si las gestaciones triples concebidas mediante TRA tienen más alteraciones placentarias que las concebidas in vivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo de casos y controles. Se incluyeron las gestaciones triples seguidas en un hospital terciario de referencia para el manejo de gestaciones de alto riesgo, entre los años 2000 y 2024, y cuyas placentas fueron analizadas en el Servicio de Anatomía Patológica. El grupo de los controles son las gestaciones triples concebidas in vivo (espontáneas e inseminación artificial) y el grupo de los controles son las gestaciones concebidas mediante TRA (fecundación in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoides). Se realizaron estudios estadísticos univariantes y multivariantes.

RESULTADOS: Se analizaron 98 placentas triples (294 fetos): 33 placentas (99 fetos) en el grupo de controles y 65 placentas (195 fetos) en el grupo de casos. Después de realizar el análisis multivariante se ha observado que el porcentaje de gestaciones monocoriales triamnióticas (p=0.02) es mayor en el grupo de los controles y el de gestaciones bicoriales triamnióticas (p=0.03) es mayor en el grupo de los casos. El porcentaje de primiparas (p=0.02) fue más alto en el grupo de las TRA. Las placentas del grupo de las TRA presentaron menor peso (p=0.03) y más inserción marginal (p=0.01) y velamentosa (p<0.01). Más villitis crónica (p=0.02), maduración vellositaria acelerada (p=0.01), depósitos intervillosarios de fibrina (p=0.01) y chorangiomas (p=0.04). Las placentas del grupo in vivo tenían más edema (p=0.01) y más células de la serie roja nucleadas circulantes (p=0.02).

CONCLUSIONES: La evaluación macroscópica e histológica de la placenta es clave para comprender los resultados gestacionales. Más estudios analizando los posibles mecanismos inmunológicos y vasculares implicados en el desarrollo de más alteraciones placentarias en gestaciones triples concebidas mediante TRA son necesarios.

GESTACIÓN TRIPLE CON COEXISTENCIA DE MOLA HIDATIFORME COMPLETA Y DOS FETOS VIABLES: REPORTE DE UN CASO

Brizzi , María Emilia; García Domínguez, Francisco

Presentador: Brizzi , María Emilia

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:05-18:10 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: El embarazo molar constituye una patología trofoblástica infrecuente. La mola hidatiforme completa (MHC), a diferencia de la mola parcial (MHP), no presenta desarrollo de embrión; sin embargo, puede darse la situación de que en una gestación gemelar coexista una MHC y un feto viable. Presentamos un caso de una gestación triple con coexistencia de MHC y dos fetos viables.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 34 años con una gestación gemelar bicorial biamniótica concebida a través de inseminación artificial de donante que en la semana 9 de gestación acudió a urgencias por hiperémesis refractaria a tratamiento. En la analítica destacó 456,933 UI de B-hCG sérico y en la ecografía transvaginal se observó la presencia de dos fetos con latido cardíaco positivo, con una imagen "en queso suizo" bajo una de las placentas, sugestiva de MHP. Se decidió finalizar la gestación mediante legrado evacuador aspirativo en quírofano.

RESULTADOS: El material se recibió fragmentado, siendo posible identificar restos de dos fetos sin malformaciones aparentes, dos discos placentarios y una masa compuesta por vesículas de pequeño tamaño y de pared fina semitransparente con aspecto en racimo de uvas.

En el estudio microscópico, el parénquima de ambas placentas estaba constituido por vellosidades intermedias inmaduras sin lesiones relevantes. La masa vesiculosa correspondió a vellosidades aumentadas de tamaño y con contorno irregular, algunas con pseudoinclusiones trofoblásticas. Tenían un estroma edematizado con presencia de cisternas sin identificarse luces vasculares. Asimismo, se observaba proliferación de trofoblasto en todo el perímetro de las vellosidades, con leve atipia citológica focal. Para confirmar el diagnóstico de mola completa se envió material en parafina para estudio genético que reveló un perfil homocigoto en los 16 marcadores analizados, compatible con MHC.

CONCLUSIONES: La MHC es una enfermedad trofoblástica gestacional originada por la fecundación de un ovocito enucleado por un espermatozoide haploide que duplica su genoma, produciendo un cariotipo dicigótico androgénico. El diagnóstico suele realizarse en la ecografía rutinaria del primer trimestre (imágenes anecoicas en "copos de nieve" o "queso suizo") o por clínica de sangrado vaginal, dolor pélvico o hiperémesis. Los hallazgos morfológicos macro y microscópicos habitualmente son suficientes para el diagnóstico, si bien en abortos precoces puede ser más difícil por presentar histología más inespecífica. En esos casos, es de utilidad la técnica inmunohistoquímica para p57, que es una proteína codificada por el gen CDKN1C el cual se encuentra sometido a impronta paterna, expresándose solo la copia materna. De este modo, en las MHC no se observa tinción para p57 dado que ambos cromosomas tienen este gen inactivado. En nuestro caso, como no se disponía de esta técnica en nuestro centro, se confirmó el diagnóstico mediante estudio genético.

La MHC es poco frecuente, con un único caso diagnosticado en nuestro servicio en los últimos 25 años. A este hecho, se añade la excepcionalidad de encontrarse en una gestación múltiple donde coexiste con dos fetos viables. Este tipo de embarazos son de alto riesgo y requieren estricto seguimiento dada la elevada tasa de complicaciones maternas y fetales, así como posibilidad de desarrollo de enfermedad trofoblástica persistente. Radiológicamente, puede confundirse con una MHP, como en nuestro caso, siendo fundamental el estudio anatómopatológico para el diagnóstico definitivo de gestación múltiple con MHC.

TUMOR NEUROEPITELIAL POLIMORFO JUVENIL CON REORDENAMIENTOS DE NTRK1

Benini Padilla, Paola Alessandra; Benini Padilla, Paola Alessandra; Yáñez Peralta, Yania; Molero Rozalén, Merche; Calabria Torres, Inés; Ferrer Lozano, Jaime; Escrivá Felix, Sonia; Vidal Tarrazona, Almudena; Valera Cuesta, Soledad; Alberto Rubio Martínez, Luis
Presentador: Yáñez Peralta, Yania

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:10-18:15 Sala 1+2)

INTRODUCCIÓN: El tumor neuroepitelial polimorfo juvenil (PLNTY, por sus siglas en inglés) es una neoplasia neuroepitelial de bajo grado recientemente descrita. Se caracteriza por una lesión infiltrativa de células oligodendroglioma-like, con elementos astrocíticos o citológicamente ambiguos, que asocian una fuerte positividad para CD34 y GFAP. Este tipo de tumor se ha asociado genéticamente con alteraciones en la vía de la MAP quinasa (MAPK), particularmente en fusiones de los genes FGFR2/FGFR3 y mutación BRAF. Suelen afectar a pacientes jóvenes y pueden presentarse con síntomas neurológicos como epilepsia refractaria o cefalea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente masculino de 8 años sin antecedentes patológicos, quien consultó por cefaleas persistentes de un año de evolución. Se realizó una resonancia magnética (RM) cerebral, que mostró una lesión parietal derecha prerrolándica con características sugestivas de cavernoma. Dadas las características de la lesión se decide intervención quirúrgica.

En el post-operatorio, se realiza tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética, a los 20 días, sugiriendo diagnóstico diferencial entre displasia cortical, hamartoma o ganglioglioma.

RESULTADOS: El análisis histopatológico reveló una proliferación celular de baja densidad dentro de un estroma extensamente hialinizado y calcificado. Las células tumorales, mostraron un patrón de crecimiento difuso con núcleos pequeños, redondeados u ovoides, escaso pleomorfismo y pseudoinclusiones claras frecuentes. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad de las células tumorales para CD34 y GFAP, con negatividad para EMA, somatostatina y Olig2. El estudio mediante NGS con el panel Action OncokitDX (CE-IVD), permitió la identificación de dos traslocaciones que afectan los genes TPM3 (1q21.3): NTRK1(1q23.1) y TPR (1q31.1): NTRK1 (1q23.1). Ambos reordenamientos producidos por la fusión entre la región 3' del gen NTRK1 y la región 5' de TPM3 y TPR, respectivamente. El punto de corte se encuentra en el exón 8 de NTRK1, exón 10 de TPM3 e intrón 18 de TPR. Las proteínas de fusión se componen, por tanto, de la región amino terminal de TPM3 y TPR con el carboxilo terminal de NTRK1. Este último contiene el dominio catalítico de la tirosina quinasa, lo que resulta en su activación constitutiva. No se identificaron alteraciones en los genes BRAF, ATRX, IDH1/2 ni FGFR1/2, tampoco codeleción 1p/19q.

CONCLUSIONES: Hasta la fecha, no se han descrito reordenamientos de NTRK1 en este tipo de tumor, lo que su identificación en este caso abre una posibilidad de tratamiento con inhibidores específicos como el larotrectinib o el entrectinib. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la caracterización molecular de los tumores pediátricos para optimizar y personalizar el tratamiento.

SARCOIDOIS ESPLÉNICA AISLADA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Fernández De Los Reyes, Irene; Velasco Gametxogoikoetxea, Coro; Ruiz Estigarribia, Liz María; Gimenez Abadía, Victoria Pilar; Panizo Santos, Ángel

Presentador: Fernández De Los Reyes, Irene

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis con afectación exclusiva esplénica es una enfermedad extremadamente rara, cuyo diagnóstico es un desafío clínico y patológico. Se han reportado once casos descritos en la literatura hasta la fecha. Debido a la clínica inespecífica que presentan estos pacientes y a la amplia variedad de patologías que cursan con granulomas se considera un diagnóstico de exclusión, siendo imprescindible la correlación clinicopatológica. Aportamos un nuevo caso de sarcoidosis esplénica aislada en una niña de 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 15 años sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por presentar fiebre alta (38°C) diaria de dos meses de evolución, vespertina, acompañada de sudoración y astenia. En la exploración física no se evidenciaron alteraciones destacables. En la analítica se observó una ligera anemia, leucocitosis con neutrofilia y anticuerpos antinucleares positivos (1:160). Los anticuerpos IgG frente a VEB fueron positivos con PCR en sangre negativa. Hemocultivos y sedimento de orina fueron negativos. La radiografía de tórax fue anodina. En la ecografía abdominal se identificó un bazo de tamaño normal con múltiples lesiones hipodensas de contornos irregulares confirmadas por TAC y con captación en el PET, con diagnóstico sugestivo de proceso linfoproliferativo vs patología infecciosa.

RESULTADOS: Se realizaron dos biopsias percutáneas con aguja gruesa guiadas por ecografía del bazo, en las que se evidenciaron granulomas epitelioides necrotizantes y no necrotizantes, con aislados linfocitos B y T acompañantes sin atipia. Se realizaron técnicas histoquímicas (PAS, Giemsa y Ziehl Neelsen) sin observarse gérmenes específicos. El estudio del VEB por CISH resultó negativo. Se realizó PCR sin observarse reordenamientos clonales en los genes IgH, IgK e IgL ni en el gen TCR.

En base a los hallazgos descritos el diagnóstico clinicopatológico fue de sarcoidosis por lo que se inició tratamiento con corticoides con resolución de la clínica. En la ecografía de control a los 3 meses se observó un bazo con una morfología y ecogenidad habitual.

CONCLUSIONES: La afectación hepatoesplénica en la sarcoidosis sistémica es común, sin embargo la afectación esplénica en ausencia de afectación pulmonar clínica o radiológica es excepcional. La sarcoidosis esplénica aislada suele presentarse de forma asintomática o acompañada de dolor abdominal y fiebre, como en el caso de nuestra paciente. El diagnóstico de sarcoidosis no está claramente estandarizado, las recomendaciones de las guías clínicas basan el diagnóstico en la existencia de hallazgos clínicos, histológicos y/o radiológicos compatibles. La amplia diversidad fenotípica de esta enfermedad hace necesaria la exclusión de una larga lista de patologías. Aunque los granulomas no necrotizantes son el sello distintivo de esta entidad, existen casos publicados con granulomas necrotizantes, denominados NSG (granulomatosis sarcoidea necrotizante). En conclusión, aportamos un caso de sarcoidosis esplénica aislada entidad muy poco frecuente cuyo diagnóstico requiere un abordaje multidisciplinar, un alto índice de sospecha y un diagnóstico diferencial minucioso.

TERATOMA CONGÉNITO MADURO GIGANTE DE LA ÓRBITA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Kaip, Gisela; Valdenebro Cuadrado, Gabriel

Presentador: Kaip, Gisela

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El teratoma es el tipo de tumor más frecuente en neonatos, representando aproximadamente el 25% de todos los tumores en esta etapa. Su incidencia es mayor en el sexo femenino (3:1). Estos tumores se localizan principalmente en la región sacrococcigea. Sin embargo los teratomas orbitarios son tumores congénitos muy poco frecuentes suelen presentarse al nacer con proptosis unilateral en neonatos saludables. Se caracterizan por un crecimiento rápido y, en algunos casos, el tumor puede extenderse hacia la cavidad intracraneana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un recién nacido de 38 semanas de gestación, al cual a las 35 semanas de gestación, describen a la exploración física ecográfica una imagen tumoral de 6-7 cm, la cual protruye desde la órbita, con componente quístico y sólido. Parto por cesárea sin complicaciones, el recién nacido de término con peso al nacer de 3100 gramos. Se ingresa en cuidados intermedios neonatales por tumoración ocular para observación, cuidados y completar estudio. No se evidencian otras malformaciones.

Se le practicó una resonancia nuclear magnética informando el diagnóstico es proptosis extrema debido a una lesión compleja sólida-quística orbitaria intraconal derecha, sin signos de infiltración del globo ocular ni del nervio óptico. Aunque no se observan signos de invasión intracanal o en los senos paranasales, la asimetría del nervio óptico derecho plantea dudas sobre su viabilidad.

A los 7 días de vida se realizó exéresis de la tumoración por el servicio de cirugía de maxilofacial.

Se le da de alta al día 19 postquirúrgico con revisiones por consultas externas del servicio de maxilofacial.

RESULTADOS: Recibimos la pieza quirúrgica en el servicio de anatomía patológica, la lesión se encuentra conformada por elementos de tejidos maduros de las tres líneas germinativas. A nivel ectodérmico se distingue tejido glial, plexos coroides así como tejido cutáneo con anejos y pelo. De origen mesodérmico se identifica tejido muscular- adiposo, médula ósea, cartilago. En relación a capa endodérmica se observa epitelio gastrointestinal y respiratorio.

CONCLUSIONES: Los teratomas son lesiones benignas que rara vez experimentan malignización; sin embargo, su tamaño y velocidad de crecimiento en la órbita pueden causar una destrucción significativa en las etapas iniciales de su desarrollo. Las intervenciones quirúrgicas realizadas tempranamente, cuando los huesos faciales aún no están completamente calcificados, favorecen una mejor recuperación anatómica y optimizan los resultados cosméticos. En la mayoría de los casos, los teratomas orbitarios no contienen células malignas no germinales. El tratamiento inicial consiste en la resección quirúrgica completa, y la decisión de aplicar quimioterapia adyuvante o radioterapia debe basarse en los hallazgos patológicos específicos de cada caso.

CARCINOMA NASOFARÍNGEO PEDIÁTRICO

Cidoncha Perez, Esther Maria; Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth; Conde Contreras, Gloria; Bejarano Jurado, Carmen
Presentador: Cidoncha Pérez, Esther Maria

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE BADAJOZ. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma nasofaríngeo es una neoplasia epitelial maligna rara que generalmente muestra diferenciación escamosa y presenta una asociación casi constante con el virus de Epstein-Barr. Tiene dos picos de incidencia (15-24 años y 65-74 años) en poblaciones de bajo riesgo, siendo la linfadenopatía cervical superior el síntoma de presentación más común en pacientes jóvenes. A nivel histopatológico se distinguen tres subtipos, el carcinoma de células escamosas queratinizante, no queratinizante y basaloide.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de sexo femenino de 10 años con odinofagia, otalgia y fiebre intermitente de meses de evolución. Tratada con antibióticos, corticoides y analgésicos sin clara mejoría y recurrencia de los síntomas. A la exploración destaca conducto auditivo externo izquierdo intensamente eritematoso con tímpano hiperémico, abombado y deslustrado y orofaringe levemente eritematosa sin otros hallazgos al inicio. Posteriormente recurre con parestias intermitentes en hemicaia izquierda e hipoacusia. Se solicita prueba de imagen (radiografía lateral de cavum) que informa de hipertrofia adenoidea que obstruye moderadamente vía aérea. Se decide inserción de tubo de drenaje transtimpánico y adenoidectomía.

RESULTADOS: La muestra de resección presenta una extensa afectación submucosa compuesta por células neoplásicas grandes con aspecto sincitial, núcleos vesiculares de redondos a ovalados y nucléolos centrales grandes, algunas con características similares a las células de Reed-Sternberg, con un patrón en láminas sólidas, islotes irregulares, trabéculas y células dispersas.

El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CKAE1/AE3, p63 y p40 y el estudio mediante hibridación in situ (CISH EBER) para el VEB resultó positivo. Se diagnostica de carcinoma nasofaríngeo subtipo no queratinizante indiferenciado. Tras el diagnóstico la paciente presenta dos adenopatías en nivel III laterocervical izquierdo, asimetría de hemipaladar izquierdo y pérdida ponderal. En la resonancia magnética se aprecia una masa voluminosa nasofaríngea de predominio izquierdo de 4,3 x 5,8 x 6,8 cm, que se extiende caudalmente ocupando la orofaringe, anteriormente hacia coanas y tabique nasal, lateralmente invade los espacios parafaríngeos, retrofaríngeos y agujero rasgado anterior y cranealmente con invasión de la base del cráneo y extensión hacia fosa temporal; adicionalmente se informan múltiples adenopatías laterocervicales izquierdas (T4 N1 Mx).

CONCLUSIONES: El carcinoma nasofaríngeo en pacientes pediátricos se suele presentar con linfadenopatía cervical pero es común otros síntomas como la obstrucción nasal, epistaxis, otitis media serosa, pérdida auditiva, cefalea y parálisis de pares craneales. Aunque una mayor proporción de pacientes en comparación con la población adulta presentan enfermedad locorregionalmente avanzada (>90% en estadio III/IV o T3/T4) en el momento del diagnóstico, la tasa de mortalidad es menor.

SORPRESAS EN LA RUTINA DE LAS APENDICITIS AGUDAS EN EDAD PEDIÁTRICA: CUÁNDO LLEVARLAS A COMITÉ MULTIDISCIPLINAR.

Gonzalez Obeso, Elvira; Pradillos Serna, Jose Mara; Molina Vázquez, María Elena; Aguilar Cuesta, Raquel; Redondo Villahoz, Elisabet; Sanchez-Escribano Morcuende, Ricardo; Moreno Muñoz, Cristina; Perez Rodriguez, Alvaro; Perez Martin, Elena; Viqueira Rodriguez, Isabel; Alvarez-Quiones Sanz, María
Presentador: Gonzalez Obeso, Elvira

HOSPITAL UNIV. DE VALLADOLID. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes en la edad pediátrica. Aunque tradicionalmente se ha atribuido a la obstrucción luminal por fecalitos, existen otras causas menos frecuentes que requieren tratamiento postquirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado los diagnósticos de apendicitis remitidos por el Servicio de Cirugía Pediátrica de un hospital de tercer nivel en el periodo 2018-2025 encontrándose un total de 932 resecciones.

RESULTADOS: De los 932 casos analizados, 15 (1,61%) estaban causados por parásitos enterobius vermicularis requiriendo el paciente tratamiento postquirúrgico con mebendazol. Y, lo más sorprendente y preocupante, 3 casos (0,32%) presentaban un tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1) como causa de la apendicitis aguda debido al cuadro de obstrucción de la luz apendicular. El primer caso se trataba de una niña de 13 años y el estado fue un pT3 (según criterios de 2018). Los dos últimos fueron diagnosticados en un periodo de dos meses entre finales de 2024 y principios de 2025 y eran una niña de 11 años con estadio pT1 de la AJCC 9ª (pT2 de la ENETS 2023) y un niño de 14 años con estadio pT1 de la AJCC 9ª (pT1 de la ENETS 2023). Presentados todos en comité, en 2018 se decidió realizar hemicolectomía derecha y, en los dos más actuales, siguiendo las guías de la European Neuroendocrine Tumor Society publicadas en 2023, se realizará estudio de extensión y seguimiento estrecho si no se observan metástasis, si las hubiera, se realizaría tratamiento según los protocolos existentes.

CONCLUSIONES: La apendicitis aguda es una entidad multifactorial en la que la obstrucción luminal no es el único mecanismo etiológico. A pesar de la baja incidencia de infecciones por parásitos hay que tenerlos en mente a la hora de realizar el estudio macroscópico y microscópico avisando a los cirujanos para que completen el tratamiento. Los hallazgos inesperados de tumores neuroendocrinos son siempre un motivo de alarma y debemos trabajar en equipo en los Comités Multidisciplinares para garantizar un enfoque integral en el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda.

REVISIÓN DEL ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. HALLAZGO INESPERADO EN NIÑO DE 8 AÑOS.

Gonzalez Obeso, Elvira; Martínez García, Gerardo; Botia Martínez, Carmen; Tejerina Lopez, Rodrigo; Perez Gallego, Lucia; Perez Rodriguez, Alvaro; De Uribe Viloria, Marta; Obregon Martínez, Estibaliz; Marroquin Juarez, Alexandra; Cano Perez, Ana Belen; Alvarez-Quirónes Sanz, María

Presentador: Gonzalez Obeso, Elvira

HOSPITAL UNIV. DE VALLADOLID. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El abdomen agudo quirúrgico por afectación del intestino delgado es un cuadro grave que puede tener diversas etiologías. Una de ellas es la intususcepción, un cuadro clínico de obstrucción aguda en el que un segmento de intestino se invagina dentro del siguiente. No es un cuadro que suponga riesgo vital inmediato y puede ser tratado con éxito con contraste baritado o contraste con aire o agua, que además de confirmar el diagnóstico suele reducirla con éxito en la mayor parte de los casos. Hasta un 10% pueden reocurrir en las primeras 24 h post tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado nuestra base de datos en el periodo 2018-2025 encontrando 30 casos de abdomen agudo quirúrgico de origen intestinal de etiologías variadas. El caso más preocupante y poco frecuente, que es el que nos motivó a realizar esta revisión, es el de un niño de 8 años con cuadro de intususcepción recidivante que en prueba de imagen presenta lesión endoluminal transmural de aspecto agresivo. Además encontramos 8 casos más de abdomen agudo de origen intestinal de etiologías variadas tratables quirúrgicamente.

RESULTADOS: El diagnóstico de un Linfoma de Burkitt como causa de intususcepción recurrente en un niño de 8 años sin otros antecedentes de interés supuso un motivo de inquietud y requirió estadificación posterior y tratamiento sistémico adyuvante. En el periodo 2018-2025 hemos recibido muestras de 66 pacientes pediátricos, con diagnóstico de necrosis/perforación en la mayoría de los casos, diagnosticando 17 casos más de obstrucción intestinal aguda/subaguda, 10 asociados a divertículo de Meckel, 4 asociados a Hirsprung y 3 a duplicaciones intestinales. Se realizaron 3 diagnósticos más en ese periodo de Linfoma de Burkitt en adenopatías cervicales e inguinales y en una biopsia de cresta ilíaca (estudio de extensión). Resuelto el abdomen agudo se le realizó estudio de extensión al paciente que no presentó lesiones a ningún otro nivel y fue tratado con adyuvancia estando libre de enfermedad en la actualidad.

CONCLUSIONES: Aunque la mayoría de los casos de intususcepción en niños son idiopáticos, una fracción significativa tiene una causa identificable. El reconocimiento temprano de estas etiologías mediante estudios de imagen permite seleccionar los pacientes que se pueden beneficiar de la cirugía y alertar de los raros casos en los que exista sospecha de malignidad. El trabajo en equipo en los Comités Multidisciplinares es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuados de estos casos.

TUMOR EMBRIONARIO CON ROSETAS MULTICAPA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Calavera Ambrosi, Juan; Hakim Alonso, Sofía; Lavarino , Cinzia Emilia; Lázaro Villanúa, Laura; Barreras Romero, Lorena; Marquina Ibáñez, Isabel; Alfaro Torres, Jorge; Carvajal Cornejo, María Camila; López Hernández, Alenna; Guerrero Gómez, Maialen

Presentador: Calavera Ambrosi, Juan

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores embrionarios del sistema nervioso central son un grupo de lesiones malignas de origen neuroepitelial. En ese grupo, el tumor embrionario con rosetas multicapa (ETMR) es una neoplasia poco frecuente pero agresiva, presentándose comúnmente en niños menores de 3 años. Según la última clasificación de Tumores del Sistema Nervioso Central de la OMS (5ª edición, 2021), el ETMR se clasifica como un tumor de grado 4.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de Tumor Embrionario con Rosetas Multicapa, con alteración de C19MC, grado 4 de la OMS SNC 5ª edición y revisamos la literatura.

RESULTADOS: Varón de 2 años de edad que presenta vómitos asociados a ptosis palpebral derecha, irritabilidad y desconexión del medio, con rigidez generalizada durante el sueño. En TC craneal se objetiva masa subcortical parietooccipital con desplazamiento de línea media y componente quístico e hiperdensidades que sugieren sangrado; en resonancia magnética (RM) se observa gran tumoración de predominio sólido hemisférica izquierda, con efecto masa sobre el sistema ventricular y el mesencéfalo, con desplazamiento de la línea media e hidrocefalia triventricular. Se interviene al paciente y en el estudio microscópico se observa una proliferación celular neoplásica constituida por células pequeñas, redondas y azules, de núcleos hiper cromáticos, dispuestas de forma discohesiva y constituyendo pequeños agregados, en ocasiones de distribución perivascular con formación de rosetas, identificándose mitosis, apoptosis y necrosis. El estudio inmunohistoquímico (IHC) muestra positividad difusa para sinaptofisina y vimentina, positividad débil en el 10% de las células tumorales para p53, negatividad para GFAP, Olig2, cromogranina, EMA, BCOR, H3K27M, H3K27me3 y H3G38W, con expresión conservada de INI-1, SMARC y ATRX, y Ki 67 del 70%, diagnosticándose de tumor embrionario del sistema nervioso central. Se envía muestra a otro centro para estudio del metiloma del tumor, con resultado de "Tumor Embrionario con Rosetas Multicapa, con alteración de C19MC, grado 4 de la OMS 5ª edición".

CONCLUSIONES: El ETMR es una neoplasia poco frecuente que se presenta mayoritariamente en regiones supratentoriales (70%) y suele causar síntomas de hipertensión intracraneal, crisis epilépticas y signos de focalidad neurológica. Los estudios de neuroimagen muestran lesiones de gran tamaño y bien definidas con importante efecto masa y restricción de difusión en la RM, aunque característicamente sin edema perilesional. Puede presentar una elevada heterogeneidad histológica, pero la presencia de rosetas multicapa y pseudoestratificadas, grandes áreas de neuropilo con dendritas, células gliales y axones no mielinizados son sugestivas de ETMR, por lo que las pruebas moleculares se utilizan para confirmar el diagnóstico. Los estudios moleculares han demostrado la amplificación recurrente de C19MC como un sello genético y probable impulsor principal de ETMR (en un 90% de los casos), independientemente de la histología. A pesar de la mayor comprensión genética y la clasificación como una entidad patológica independiente, no existe un acuerdo claro respecto al enfoque terapéutico debido a la limitada bibliografía existente y la falta de ensayos clínicos prospectivos.

CUANDO UN TERATOMA QUIERE SER UN FETO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE TERATOMA FETIFORME

Shalygina, Svetlana; Gracia Sáenz, Leticia; Martínez Gauffin, Lucía; Troncoso Hernández, Evelyn; Menor Vila, Víctor; Molina López, Juan Manuel; Casco Zuniga, Roger Eduardo; González Piñera, Jerónimo; Cañón Murillo, Diana Patricia; Peiró Marques, Francisca María; Peiró Cabrera, Gloria
Presentador: Shalygina, Svetlana

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE,
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y
BIOMÉDICA DE ALICANTE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El fetus-in-fetu (FIF) y el teratoma fetiforme (TF) son dos entidades extremadamente raras que pueden manifestarse como masas retroperitoneales con alto grado de diferenciación. Su origen es controvertido y la distinción entre ambas sigue siendo motivo de debate. FIF es considerado un gemelo monocigótico parásito incluido en el organismo del huésped, mientras que TF se interpreta como un teratoma maduro altamente diferenciado. La diferenciación entre ambas entidades es crucial debido a sus diferencias pronósticas: FIF es benigno, mientras que el teratoma tiene potencial de transformación maligna en aproximadamente un 10% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un lactante varón de 5 meses con una masa retroperitoneal detectada por tomografía computarizada (TC), la cual mostraba una lesión heterogénea de predominio graso, calcificaciones groseras áreas quísticas. Los niveles séricos de alfa-fetoproteína (AFP) en sangre periférica estaban elevados.

RESULTADOS: La resección quirúrgica evidenció una masa encapsulada, con zonas de tejido adiposo, estructuras quísticas y una prominencia con morfología digitiforme. El análisis histopatológico confirmó la presencia de tejidos maduros derivados de las tres capas germinales, incluyendo piel con anejos, cartilago, tejido nervioso central y periférico, glándula suprarrenal, tejido pancreático y epitelio intestinal. No se identificó columna vertebral ni estructuras fetales organizadas, lo que permitió establecer el diagnóstico de teratoma fetiforme.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial entre FIF y TF sigue siendo complejo siendo la columna vertebral el criterio clave para el diagnóstico de FIF. Sin embargo, algunos casos muestran grados variables de diferenciación, lo que plantea la necesidad de ampliar los criterios diagnósticos. Mientras que FIF suele diagnosticarse en el periodo neonatal, el TF es más frecuente en mujeres adultas, siendo su localización habitual en ovario en el caso de las mujeres y retroperitoneo en el de los hombres.

Desde el punto de vista clínico y pronóstico, la diferenciación entre FIF y TF es crucial. FIF es considerado una lesión benigna, mientras que los teratomas tienen un riesgo de transformación maligna, lo que justifica la necesidad de resección quirúrgica y seguimiento.

Este caso ilustra los retos diagnósticos entre FIF y TF, enfatizando la importancia del análisis histopatológico para un diagnóstico definitivo. La ausencia de columna vertebral y la presencia de tejidos desorganizados apoyaron el diagnóstico de teratoma fetiforme. Debido a su potencial maligno, el reconocimiento temprano de TF es fundamental para un manejo quirúrgico adecuado y seguimiento oncológico.

SI BUSCAS ENCUENTRAS

Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; Fernández Solé, Soledad; Moreno Ibérico, María Alejandra; Mosteiro González, Lorena; Buda, Mihaela Madalina
Presentador: Cordovilla Moreno, Antonio Manuel

HOSPITAL DE TXAGORRITXU

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Paciente gestante de 35 años de edad, grupo sanguíneo A, Rh positivo, sin antecedentes obstétricos de interés salvo gestación actual.

Durante la ecografía del primer trimestre (12+2 SG), se objetiva la presencia de hidrops fetal y se remite a urgencias para realización de ILE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recibe en el servicio de anatomía patológica la documentación para realizar estudio de autopsia fetal y biopsia de la placenta, con consentimiento para estudio genético en el caso de ser necesario.

Prevía realización de examen externo, toma de peso y medidas del feto y de la placenta, se lleva a cabo la realización de autopsia reglada por aparatos y sistemas y tallado mediante protocolo habitual.

RESULTADOS: Macroscópicamente: Feto con peso y tamaño disminuido para su edad gestacional. Sin malformaciones ni malrotaciones a la apertura y muy discreto edema subcutáneo generalizado.

Hallazgos histológicos: En el estudio placentario se observan vellosidades inmaduras propias del primer trimestre. En las vellosidades se aprecia moderado edema con aumento de células de Hofbauer y capilares dilatados en la periferia de las mismas con presencia de eritrocitos nucleados y eritroblastos. Ocasionalmente se observan inclusiones eosinófilas sugestivas de infección viral. En las secciones correspondientes a órganos internos se objetiva la presencia de cuerpos de inclusión eosinófilos en miocardio y parénquima hepático además de evidentes signos de autólisis tisular.

Ante dichos hallazgos se remite bloque a centro externo para realización de estudio inmunohistoquímico de Parvovirus con un resultado negativo. A pesar del resultado, por alta sospecha ante los hallazgos morfológicos, se contacta con el servicio de ginecología y ellos solicitan serología con resultado IgM e IgG positiva para parvovirus B19.

CONCLUSIONES: El hidrops fetal (HF) hace referencia al acúmulo de líquido intersticial en espacio extravascular. Ecográficamente se caracteriza por la presencia de edema subcutáneo generalizado, derrame pleural, pericárdico o ascitis. Para hablar de hidrops fetal debe de observarse la presencia de acúmulo de líquido en dos o más cavidades, o en una cavidad pero con edema subcutáneo generalizado.

El HF puede clasificarse o bien de origen inmune o no inmune en función de la presencia o no de anticuerpos circulantes maternos contra los hematíes.

En el caso del HF inmune siempre se habrá realizado previamente de forma rutinaria en las gestantes estudio de RH y Coombs indirecto. Pero en el caso de HF no inmunes son múltiples las causas que podrían estar ocasionando dicha patología, siendo en este caso de vital importancia una adecuada anamnesis y control ecográfico.

En relación a nuestro caso la infección por parvovirus B19 durante el embarazo puede ser causal HF no inmune, aborto espontáneo, anemia fetal y muerte fetal intrauterina. Varios estudios han demostrado la presencia de DNA de parvovirus en el 10 al 18% de fetos con HF no inmune. Se ha puesto de manifiesto en diferentes series de casos que la autopsia, acompañada del examen de la placenta, es el procedimiento más completo a la hora de determinar la causa de muerte y la posible etiología del hidrops fetal no inmune. El virus infecta principalmente las células eritroides causando anemia fetal grave con fallo cardíaco e hidrops, pero también puede haber afectación directa de los miocardiocitos, lo que se puede acompañar de necrosis miocárdica por apoptosis, y la afectación hepática.

Patología Pediátrica 1645

AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DEL ASMA INFANTIL DE DIFÍCIL CONTROL, CRIOBIOPSIAS Y PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO

Lopez Peña, Carmen; Samperiz Sinovas, Lucía; Sanchez De Las Matas Garre, María José; Capozzi , Claudia Alejandra; Ortiz Gonzalez, Ana; García-Alcón Belmonte, Veronica; Morales Suarez, Nuria; Perez Parra, Victoria; Blasco Muñoz, Soledad; Diaz García, Carolina
Presentador: Lopez Peña, Carmen

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, CARTAGENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El asma severa no controlada (SUA) es una condición heterogénea con múltiples fenotipos clínicos e inflamatorios. Actualmente, el recuento de eosinófilos en sangre (BEC) es uno de los principales biomarcadores utilizados para identificar inflamación tipo 2 y guiar la selección de terapias biológicas. Sin embargo, su relación con la inflamación en el tejido bronquial no está completamente establecida, lo que limita su utilidad en ciertos pacientes. Las biopsias bronquiales proporcionan información más precisa sobre la inflamación en el asma severa, especialmente en aquellos con bajo BEC o en tratamiento con corticosteroides orales (OCS). Estudios recientes han demostrado que el uso exclusivo del BEC puede subestimar la inflamación en algunos casos, mientras que la combinación con la biopsia bronquial permite una mejor estratificación del asma severa y una selección más adecuada de terapias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el último año se han realizado biopsias programadas de pacientes pediátricos, tomadas con cryobiopsia, junto con BAL para determinación de macrófagos cargados de lípidos (OIL-RED),y citología líquida, para, de esta manera conseguir tipificar y ampliar el estudio de estos pacientes. De las 6 biopsias realizadas, 5 fueron válidas y proporcionaron información relevante para la toma de decisiones, mientras que 1 no contaban con la calidad suficiente para su procesamiento, debido a la escasez de tamaño y la superficialidad de la muestra. En las muestras válidas se aplicó para su diagnóstico el protocolo publicado en Archivos de Bronconeumología en 2023 (Validation of a Pathological Score for the Assessment of Bronchial Biopsies in Severe Uncontrolled Asthma: Beyond Blood Eosinophils; Borja G. Cosío et al) el estudio fue realizado por dos patólogos de forma independiente, y evidenciándose una fácil reproducibilidad de los ítems propuestos en dicho protocolo

RESULTADOS: todas las muestras pudieron ser evaluadas con los ítems propuestos asignándoles el valor correspondiente a cada uno,Entre los que destacan el engrosamiento de la membrana basal (en 5 de las muestras remitidas), acumulación de eosinófilos en la submucosa (3) y prominencia del músculo liso (2), se observaron hiperplasia de células calcificiformes, aumento de plasmáticas, metaplasia escamosa entre otras. Una de las muestras era de escaso tamaño pero aun así se observaron criterios de diagnóstico como el engrosamiento de la membrana basal.

CONCLUSIONES: El papel de la biopsia bronquial en el manejo del SUA radica en su capacidad para predecir la respuesta a la terapia biológica y en la fenotipificación y endotipificación de los pacientes. Un estudio prospectivo reciente evidenció que la biopsia bronquial puede ser más precisa que los biomarcadores T2 para predecir la eficacia de los tratamientos biológicos. Se observó que la presencia de eosinofilia tisular en la biopsia se asocia con una mejor respuesta a estos tratamientos.La aplicación del protocolo propuesto es de fácil manejo, reproducibilidad y reúne los criterios necesarios para ser aplicable por el clínico en la toma de decisiones y optimización del tratamiento. Su combinación con otras técnicas como OIL-RED. BAL y biomarcadores como FeNO puede optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar los resultados en pacientes con SUA. La creciente evidencia en poblaciones pediátricas y en adultos respalda su papel en la identificación de distintos fenotipos inflamatorios, lo que permitirá desarrollar estrategias terapéuticas más precisas y eficaces.

Patología Pediátrica 1539

EXPLORING A FETAL PERICARDIAL TERATOMA: A RARE BUT CRITICAL CONDITION

Reina Licona, Lucía Alejandra; Alberca Corominas, David; Bravo Collazos, Yoselin Cristina; García De La Torre, Juan Pablo
Presentador: Reina Licona, Lucía Alejandra

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Teratomas are neoplasms that derive from the three germinal layers. Fetal pericardial teratomas are rare and benign but potentially fatal. Complications usually include pericardial effusion or hydrops fetalis. These tumors represent a rare form of primary cardiac tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Male fetus with a gestational age of 22 weeks, that weighs 465g. and is 27cm long. A fetal ultrasound was done that revealed a pericardial mass that measured 23x18mm with pleural effusion and no signs of hydrops. The mother has no underlying conditions.

RESULTADOS: Male fetus with no gross external malformations. When the pericardium is exposed a spongiform and edematous mass was identified, located between the exterior wall of the right atrium and adhered to the origin of the aorta and focally extends towards the anterior mediastinum. When cut, the mass showed cystic or pseudo cystic areas and was edematous. Rest of the study without macroscopic alterations. Microscopically the mass was determined to have immature tissues such as neuroepithelium with neurotubular structures, cartilage, mesenchyma, hepatic, retinal and glandular. The diagnosis was determined as a pericardial immature teratoma. A fetal genetic study was done the determined a male fetus: rsa(X,Y)x1 and (13,18,21)x2. (No trisomy was observed for the analysed chromosomes).

CONCLUSIONES: Fetal pericardial teratomas are benign tumors, that can have grave complications such as pericardial effusions that can lead to tamponade and hydrops fetal. It is important to diagnose this pathology so, as to prevent premature delivery or fetal death.

¿ES DIFERENTE LA PREVALENCIA DE MUTACIONES ACCIONABLES EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA EN ESTADIOS TEMPRANOS Y ENFERMEDAD AVANZADA?. ESTUDIO MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA

Zazo Hernandez, Sandra; Carvajal , Nerea; Pérez-Buira , Sandra; Pérez González, Nuria; Borregón , Jennifer; López-Sánchez , Almukena; Prieto , Iván; Cedeño , Mabel; Carías , Rafael; Rojo , Federico

Presentador: Zazo Hernández, Sandra

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:54-19:06 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) en estadio temprano (IA-IIIa) se diagnostica en aproximadamente el 30% de los pacientes. El tratamiento de elección en estos estadios es la cirugía, seguido de terapia sistémica adyuvante en los estadios II-IIIa, pero, en los últimos años, al igual que en estadios avanzados, la medicina de precisión ha mejorado las opciones de tratamiento y de supervivencia de los pacientes. Por tanto, la presencia de alteraciones genómicas condiciona la decisión terapéutica en CPCNP estadios tempranos, abriendo la utilización de terapias dirigidas contra EGFR o ALK, o el uso de inmunoterapia en estos casos. En contexto, actualmente, se disponen de pocos datos sobre la frecuencia de las alteraciones accionables, o el beneficio de la inmunoterapia en pacientes mutados con CPCNP en estadios tempranos. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de las alteraciones accionables de CPCNP estadios tempranos en nuestro centro y compararlo con la frecuencia encontrada en estadios avanzados, con el fin de establecer una estrategia de diagnóstico de biomarcadores en esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 949 casos de CPCNP, 404 estadios tempranos y 544 estadios avanzados, comprendidos entre los años 2023-2024, mediante secuenciación masiva dirigida (NGS) con los paneles, AVENIO Tumor Tissue Expanded Kit (Roche Diagnostics), que cubre regiones exónicas de un total de 77 genes relevantes en cáncer, y con el panel ActionOncoKitDx (Imegen) que analiza alteraciones SNV de 59 genes. La secuenciación de ambos paneles se llevó a cabo en un equipo Illumina NextSeq500 (Illumina).

RESULTADOS: En los 949 casos estudiados, se detectó alguna alteración patogénica/probablemente patogénica en 857 casos (90,3%), siendo los casos no mutados para las alteraciones estudiadas un 9,2%. Sin embargo, solo 320 pacientes (33,7%) presentaron alteraciones accionables, de los cuales, 128 (31,7%) fueron diagnosticados en estadios tempranos (I-IIIa), y 192 (35,3%) en estadios avanzados (IIIB-IV). La proporción de casos con mutaciones en estadios tempranos frente a avanzados fue similar para las mutaciones de EGFR [39 (9,65%) en I-IIa vs. 56 (10,29%) en IIIB-IV], de KRAS G12C (10,8% vs. 10,9%), BRAF V600 (2,2% vs. 2,7%), y para las traslocaciones de ALK, ROS1 y RET (4,7% vs. 5,2%). Se constató una diferencia en la frecuencia de mutaciones activadoras de ERBB2 (inserciones del exón 20 y mutaciones puntuales), siendo más alta en la población metastásica (1,2% vs. 3%). Otras mutaciones acompañantes, principalmente TP53 y PIK3CA, fueron más frecuentes en estadios avanzados (9,3% vs. 12,8%). Por último, la concurrencia de alteraciones de EGFR y KRAS G12C fue más frecuente en estadios avanzados (5,5% vs 10,5%). Los pacientes con traslocaciones ALK, ROS1 y RET mostraron concurrencia en menos del 1% de casos.

CONCLUSIONES: Los hallazgos de este estudio sugieren que la frecuencia de alteraciones accionables es del 31,7% en pacientes con CPCNP en estadios tempranos, es muy similar a la identificada en casos en estadios avanzados. En concreto, las mutaciones de EGFR y las traslocaciones de ALK se presentan con la misma prevalencia en los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad. Estos resultados confirman la importancia de realizar una caracterización molecular mediante NGS en pacientes con CPCNP en el momento del diagnóstico de la enfermedad, independientemente del estadiaje del tumor, con el fin de adecuar el tratamiento de acuerdo al perfil mutacional en cada caso.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE BIOMARCADOR ALK POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN MUESTRAS DE CÁNCER DE PULMÓN PAN-NEGATIVAS POR NGS

Muñoz Marmol, Ana M^o; Montironi , Carla; Oliveras Serrat, Glòria; Varela Rodríguez, Mar; Clavé Safont, Sergi; Catusús Cols, Lluís; Hernández Gallego, Alba; Teixidó Febrero, Cristina; Baixeras González, Núria; Hernández Losa, Javier

Presentador: Muñoz Mármol, Ana M^o

HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL.

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:06-19:18 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: Las secuenciación masiva (NGS) es la tecnología recomendada para la caracterización genética del cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP). Algunos de los biomarcadores testados, como ALK, se han estudiado tradicionalmente por otras técnicas, siendo la inmunohistoquímica (IHQ) la más común. La determinación de fusiones génicas presenta retos metodológicos específicos. La existencia de diversos partners y variantes complica el diseño de los ensayos de NGS, especialmente cuando están basados en tecnologías de amplicones partner específicas. Son además alteraciones poco frecuentes, por lo cual es difícil conseguir un número alto de muestras control durante la fase de validación de los ensayos.

Los objetivos de este trabajo son revisar las diferencias metodológicas utilizadas en siete centros de referencia de Cataluña para la identificación de fusiones de ALK en CPCNP y comprobar mediante IHQ la validez de los resultados obtenidos mediante NGS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron las tecnologías utilizadas para la detección de fusiones de ALK en 7 centros de Cataluña. En el año 2022, se recogió el número de casos total de CPCNP estudiados por NGS, así como el porcentaje de estos ALK positivos, pan-negativos (sin alteraciones en EGFR, KRAS, BRAF, ALK, ROS1, NTRK, RET o MET exon14 skipping), y con fusiones no valorables mediante NGS.

En los casos pan-negativos en que se disponía de material remanente se comprobó el estado de ALK por IHQ (ALK (D5F3) VENTANA). En 4 de los centros el estudio se extendió hasta el 2024. Los casos discrepantes se comprobaron mediante técnica alternativa.

RESULTADOS: Un único centro realiza el estudio de ALK en paralelo por IHQ y NGS, con tecnología de captura a partir de DNA (panel custom de Agilent, secuenciación Illumina). El resto de los centros estudian las fusiones a nivel de RNA con paneles de amplicones Oncofuse (Thermo Fisher Scientific). Los paneles utilizados son diferentes entre centros y tienen diferentes diseños (diferente número de partners y variantes), siendo los utilizados en 2022 Oncofuse Focus Assay (OFA), Oncofuse Precision Assay (OPA) y Oncofuse Comprehensive Assay (OCA). Las técnicas alternativas de estudio de ALK son mayoritariamente la IHQ y la FISH, y en menor grado Idylla GeneFusion Assay.

En global, en 2022 se analizaron 1910 casos de CPCNP mediante NGS, de los cuales un 1,8% fueron ALK-positivos, un 51,8% pan-negativos y un 2,5% no valorables. De los casos pan-negativos, el resultado de ALK se comprobó por IHQ en 553 (113 estudiados con panel Agilent y 440 con Oncofuse). Dos casos estudiados con OCA fueron equívocos por IHQ, de los cuales uno presentó un patrón de hibridación de ALK positivo (FISH XL ALK BA Metasystems). Entre 2023-24 se comprobaron 367 casos adicionales (232 Agilent y 135 Oncofuse), entre los cuales se detectó un caso discrepante (NGS Agilent negativo, IHQ y Idylla GeneFusion positivo).

CONCLUSIONES: A pesar de las diferencias metodológicas entre los paneles de NGS utilizados en los 7 centros participantes en el estudio, la fiabilidad de los resultados obtenidos para la detección de fusiones de ALK en CPCNP es muy alta, tanto con paneles basados en tecnología de captura a partir de DNA como en paneles de amplicones a partir de RNA. Como en cualquier otra técnica, existe una posibilidad baja de falsos negativos (0,2%; 2/920 en nuestra serie). En casos pan-negativos seleccionados, con clínica o histología sospechosa de alteración de ALK, la IHQ es una opción razonable para confirmar los resultados de NGS obtenidos.

Patología Pulmonar

1912

SPATIAL TRANSCRIPTOMICS FOR THE CHARACTERIZATION OF THE TUMOR MICROENVIRONMENT AFTER NEOADJUVANT CHEMOIMMUNOTHERAPY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Martin Lopez, Javier; Molina Alejandro, Marta; Gil González, Ángeles; Gutiérrez Escobedo, Juan Manuel; Sierra Rodero, Belén; Martínez Toledo, Cristina; Isabel Rodríguez, Ana; Muñoz Viana, Rafael; Provençio, Mariano; Cruz Bermúdez, Alberto

Presentador: Martin López, Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO. 5.ª ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:18-19:30 Sala 3)

INTRODUCCIÓN: Lung cancer is one of the main public health concerns worldwide. Neoadjuvant chemo-immunotherapy (ChIO) treatments (prior to surgery) have been a revolution for patients with locally advanced non-small cell lung cancer (NSCLC). However, since a considerable percentage of patients relapse after surgery, it is necessary to characterize the anti-tumor immune response induced by neoadjuvant treatment in the perioperative setting.

Spatial transcriptomics (ST) is a cutting-edge technique that allows the measurement of gene expression in the spatial context of a tissue sample. Unlike traditional RNA sequencing, ST preserves tissue architecture, resulting in the analysis of the expression of specific genes within specific anatomical structures. Its application in the perioperative setting could facilitate the identification of response patterns, resistance mechanisms and possible biomarkers, providing key information for personalized medicine and biomedical research.

MATERIAL Y MÉTODOS: 12 tissue samples of NSCLC patients treated with neoadjuvant ChIO (NADIM clinical trial, NCT03081689) were selected and categorized as follows: 4 CPR tumors from disease-free patients (60 months), 4 non-CPR tumors from progression-free patients (60 months), and 4 non-CPR tumors from patients with disease progression (median PFS: 16.9 months). The median age of patients was 68.5 years, with 67% being male and 33% female. Regarding histology, 58% of tumors were adenocarcinomas and 42% were squamous cell carcinomas. CPR was observed in 25% of tumors, while 33% showed an incomplete response, and 42% exhibited a major response. From the surgical pieces of the post-neoadjuvant bed, RNA was extracted to evaluate its quality (Covaris, DV200>50%), and a serial section was stained with H&E to evaluate the microanatomy, from which areas of 6 mm² relevant to the study were selected by a pathologist. Selected areas were cut and placed on Visium spatial gene expression slides that were covered by 5000 spots with spatially informative barcodes. The tissue was then stained with H&E and photographed. DNA library was constructed using Dual Index Kit TS Set A following the Visium Spatial Gene Expression for FFPE guide (CG000407, Rev D), and sequenced on a NovaSeq X Plus (Illumina) using a forward-forward workflow to a depth of 25,000 readings per covered spot. Space Ranger pipeline, Loupe Browser (10x Genomics), and R were used to analyze the sequenced data.

RESULTADOS: Of the 12 samples analyzed, 75% satisfied the quality criteria (DV200>50%), while 25% had a DV200 of 30-50%. However, all of them were analyzed by ST.

Tissues covered a median of 75% of the capture areas (3748/5000 spots), with an average of 25,000 reads/covered spot, 94 million total reads were obtained per sample. A median of 1863 genes/spot were detected and a median sequencing depth saturation of 68.9% was achieved.

As quality control (spots with >300 genes and genes present >5 spots), a median of 20 spots (0.5% of the covered spots) were excluded. Then, regions of lymphoid aggregates and other anatomical areas were visually selected by a pathologist in H&E staining and compared with the expression profile mapped by ST data. Spatial gene expression matched anatomical structures seen on H&E staining.

CONCLUSIONES: ST is a methodologically feasible and informative technique for the characterization of the anti-tumor immune response induced by neoadjuvant treatment in the perioperative setting.

Patología Pulmonar

2030

ESTANDARIZACIÓN DE LAS MUESTRAS DE CRYOEBUS EN PATOLOGÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS MEDIASTÍNICOS. ¿EN QUÉ CASOS SE DEBE REALIZAR DICHA TÉCNICA?

Torres Rivas, Hector Enrique; González Gutiérrez, María De La Paz; Berrios Hernández, Mario Luis; Villar Zarra, Karen; Ariza Prota, Miguel; Velasco Alonso, Julio; Escuredo Fernández, Susana; García Alfonso, Lucia; López González, Francisco Julián; Fernández Fernández, Luis Manuel

Presentador: Torres Rivas, Héctor Enrique

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:00-18:05 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: La obtención de muestras de ganglios mediastínicos mediante la metodología de CryoEBUS es una realidad, con implementación creciente en las consultas intervencionistas de los servicios de neumología. Por ello consideramos necesario establecer el flujo de trabajo y las indicaciones del CryoEBUS desde la perspectiva del patólogo. Presentamos nuestra experiencia (hospital universitario de tercer nivel), como centro especializado en el desarrollo y formación de la técnica del CryoEBUS de ganglios linfáticos mediastínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se cuantificaron todos los procedimientos de CryoEBUS desde febrero de 2022 hasta febrero de 2025. Se recolectaron los datos demográficos de los pacientes, y la información concerniente al estudio microscópico, técnicas complementarias y el diagnóstico definitivo. Se efectuó la correlación de las muestras extraídas por EBUS convencional y CryoEBUS, con el respectivo análisis estadístico.

RESULTADOS: En el periodo mencionado se realizaron en nuestra institución 203 CryoEBUS de ganglios linfáticos mediastínicos. La edad promedio de los pacientes fue de 64 años. El 73% de los pacientes fueron varones. En casi el 40% de los casos se mostró el ganglio linfático mediastínico 7. En aproximadamente el 47% de los casos se estableció un diagnóstico de malignidad en las muestras de CryoEBUS. Al realizar la correlación estadística, el índice Pearson fue 0.99. Se establecieron 4 niveles de indicación para la realización de CryoEBUS de ganglios linfáticos mediastínicos.

CONCLUSIONES: En la mayoría de los casos, la realización de un EBUS convencional para la obtención de muestras de ganglio linfático mediastínico es suficiente para llegar al diagnóstico definitivo, pero en determinadas patologías, la necesidad de espécimen tisular se hace patente para poder alcanzar un diagnóstico certero. Aunque el índice de Pearson de 0.99 demuestra una correlación casi perfecta entre las muestras de EBUS y CryoEBUS, es evidente que el disponer de muestra tisular con integridad arquitectural facilita el proceso diagnóstico. En numerosas publicaciones se ha demostrado la "superioridad" en tamaño de las muestras de CryoEBUS de ganglios linfáticos mediastínicos sobre los bloques celulares de los EBUS. En aras de optimizar recursos, consideramos que es necesario establecer el flujo de trabajo y las indicaciones del CryoEBUS, atendiendo a las necesidades diagnósticas del patólogo, proponiendo 4 niveles "decrecientes" de indicación de realización de la técnica (siempre que se disponga de los medios necesarios), comenzando con una recomendación preferente de nivel 1 en casos de síndromes linfoproliferativos, un nivel 2 en caso de metástasis no pulmonares, un nivel 3 en caso de necesidad extra de determinaciones moleculares - ensayos, y terminando con una recomendación opcional de nivel 4, para casos misceláneos. Consideramos tácito que esta propuesta de flujo de trabajo y estandarización del proceso / estudio de las muestras de CryoEBUS de ganglios mediastínicos debe adaptarse a cada centro hospitalario y paciente.

MUTACIÓN DE KRAS EN EL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA TIPO NO ESCAMOSO. ANÁLISIS CLÍNICO-PATOLÓGICO, PRESENCIA DE CO-MUTACIONES Y EXPRESIÓN DE PDL-1

Cristóbal Redondo, Víctor; Zapater Hernández, Pedro; Pedrero Castillo, Víctor; Casco Zuniga, Roger Eduardo; Shalygina, Svetlana; Gracia Sáenz, Leticia; Alenda González, Cristina; Aranda López, Ignacio

Presentador: Cristóbal Redondo, Víctor

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS (ALICANTE). INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA (ISABIAL)

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:05-18:10 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: Los recientes avances científicos han tenido un gran impacto en el abordaje terapéutico del cáncer de pulmón, existiendo, en la actualidad, una larga lista de drivers oncogénicos para los que ya se dispone de tratamiento dirigido, por ejemplo EGFR, ALK, ROS, MET o NTRK. KRAS, el oncogén más prevalente hasta la fecha en el cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) no escamoso, fue considerado durante cuatro décadas imposible de tratar. No obstante, en los últimos años, se han desarrollado una serie de inhibidores covalentes, primero para G12C y, posteriormente, para otros subtipos, con esperanzadores resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Partimos de una cohorte de 523 pacientes seguidos y tratados en nuestra institución por cáncer de pulmón en los años 2019-2024, con análisis molecular a partir de secuenciación masiva (NGS). De ellos, 372 casos de CPCNP no escamoso fueron seleccionados. Se realizó un estudio retrospectivo de los datos clínicos y los hallazgos morfológicos. PDL-1 fue evaluado mediante inmunohistoquímica en 296 casos. Los casos fueron estratificados en KRAS y no-KRAS, y KRASG12C y no-KRASG12C. Los resultados obtenidos se compararon en busca de diferencias estadísticamente significativas por medio de Chi2 o test de Fisher.

RESULTADOS: Se detectó la mutación de KRAS en 143/372 (38,4%), de los cuales 89 eran hombres (62,2%) y 54, mujeres (38,8%), con una media de edad de 64 años (rango 43-94). El análisis estadístico mostró diferencias significativas a favor del grupo KRAS con respecto a los no-KRAS para: tabaco (fumadores moderados/intensos, definidos como mayor o igual a 15 paquetes-año, $p=0,001$), estadio (enfermedad avanzada, $p=0,012$) y PDL-1 (mayor expresión, $p=0,025$). Por otro lado, las co-mutaciones encontradas más frecuentemente fueron TP53 (42,7%), STK11 (12,6%), SMARCA4 (11,9%), ARID1A (8,4%) y NOTCH3 (7%), hallándose exclusivamente un caso con EGFR (0,7%), de manera muy escasa con ALK (2,1%) y ninguno con ROS1. Dentro de las variantes mutacionales de KRAS, la más común fue KRASG12C con 64 casos (64/143; 44%). En la comparativa de este subtipo frente al resto de subtipos, KRASG12C se asoció con niveles de tabaco menos intensos ($p=0,006$) y una menor tendencia a coexistir con mutaciones en P53, NFI, SETD2 y MAP2K2.

CONCLUSIONES: Nuestro trabajo estableció que las mutaciones más comunes en el CPCNP de tipo no escamoso son KRAS y P53. Dentro de la cohorte de KRAS mutado, hallamos la presencia de co-mutaciones, destacando P53, STK11, SMARCA4 y ARID1A. Acorde con la literatura científica, la variante mutacional más prevalente de KRAS fue KRASG12C en nuestro estudio, representando casi la mitad de los casos. Dicho subtipo demostró un grado más leve de tabaquismo y una menor tendencia a asociarse con otras mutaciones como P53, NFI, ETD2 o MAP2K2, frente al resto de subtipos. Una mejora en la comprensión de la compleja red de co-mutaciones de KRAS podría contribuir a explicar los diversos comportamientos biológicos que ofrece este grupo de pacientes, repercutiendo en su beneficio terapéutico.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL PAX8 MONOCLONAL EN LA DIFERENCIACIÓN DE NEOPLASIAS PULMONARES Y TÍMICAS PRIMARIAS

Diazgranados Daza, Adriana Paola; Sansano Valero, Irene; Dinares Fernandez, Maria Carme; Chabla Jaramillo, Julio Fabriccio; Hidalgo Romero, Albert

Presentador: Diazgranados Daza, Adriana Paola

HOSPITAL VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:10-18:15 Sala 10)

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico diferencial entre neoplasias pulmonares primarias y neoplasias tímicas es clínicamente complejo y, a menudo, difícil de resolver solo con morfología. Marcadores inmunohistoquímicos como PAX8, son utilizados para diferenciar estos tumores. Sin embargo, la utilidad de PAX8 varía según el clon del anticuerpo utilizado. Según la OMS 2021, el PAX8 policlonal es positivo en neoplasias epiteliales tímicas pero negativo en carcinomas pulmonares, mientras que los anticuerpos monoclonales dan resultados negativos en ambos. Este estudio presenta nuestra experiencia con el anticuerpo monoclonal PAX8.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 21 tumores tímicos de los archivos hospitalarios y se realizaron tinciones en secciones completas utilizando el anticuerpo monoclonal PAX8 de rutina, MRQ-50 (Cell Marque), en la plataforma Ventana BenchMark Ultra. Además, se tiñeron 7 "tissue microarrays" (TMAs), que incluían al menos 3 cilindros de tejido por cada muestra, de un total de 219 tumores pulmonares. Se consideró como tinción positiva la coloración nuclear en células tumorales cuando era difusa y de intensidad moderada a fuerte.

RESULTADOS: De los 21 tumores tímicos analizados, 11 fueron timomas, 1 fue un carcinoma atípico y 9 fueron carcinomas tímicos. El PAX8 resultó positivo en 13 de estos tumores. En contraste, todos los carcinomas pulmonares (adenocarcinomas, carcinomas de células escamosas, carcinomas de células grandes y carcinomas sarcomatoides) fueron negativos para PAX8.

CONCLUSIONES: Los anticuerpos PAX8 dirigidos al dominio N-terminal, ya sean monoclonales o policlonales, muestran positividad en una proporción significativa de tumores tímicos, pero permanecen negativos en carcinomas pulmonares. La homología dentro de la familia PAX conduce a reacciones cruzadas, especialmente en el dominio N-terminal, mientras que el dominio C-terminal está menos conservado. Por ende, PAX1 que es un factor de transcripción, desempeña un papel en el desarrollo tímico en humanos y modelos murinos. PAX8 no siempre es positivo en tumores tímicos, por lo que debe utilizarse dentro de un panel inmunohistoquímico más amplio. Sin embargo, con el clon adecuado (cualquiera dirigido al dominio N-terminal), PAX8 puede ser útil en el diagnóstico diferencial entre neoplasias pulmonares y tímicas primarias.

ANÁLISIS DE SECUENCIACIÓN DE 50 CARCINOMAS ESCAMOSOS DE PULMÓN. ¿VALE LA PENA SECUENCIARLOS?

Rodríguez Villena, María Amanda; Caniego Casas, Tamara; Santón , Almudena; Torres Calcines, Natalia; Castellá Bataller, Laura; García Peña, María; Muñoz Hernández, Patricia; Díaz Menéndez, Ariel; Hernández Alfonso, Jorge; Benito Berlinches, Amparo

Presentador: Rodríguez Villena, María Amanda

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 7)

INTRODUCCIÓN: La indicación de estudio molecular mediante secuenciación masiva (NGS) en carcinomas escamosos pulmonares (CEP) es un tema controvertido debido a la escasez de dianas terapéuticas accionables. La Comunidad de Madrid puso en marcha en marzo de 2024 el programa ROM (Red Oncológica Madrileña), incluyéndose en los criterios de secuenciación estadios avanzados de carcinoma de pulmón de célula no pequeña, entre los que se incluyen CEP. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados de los CEP secuenciados hasta la fecha en nuestro centro y sus implicaciones pronóstico-terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los CEP de nuestro centro en los que se había realizado secuenciación masiva empleando el panel de ensayos Oncomine Research (Ion Torrent, Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, EE. UU.), que estudia 50 genes frecuentes en tumores sólidos (año 2018 - actualidad). Los criterios de inclusión fueron histología compatible, p40+ y TTF1-. Se excluyeron carcinomas adenoescamosos, pobremente diferenciados o metástasis conocidas de otras localizaciones. Se recogieron, además, variables clínico-patológicas (edad, sexo, historia tabáquica, vivo/fallecido, tipo de muestra empleada y porcentaje de expresión de PD-L1 (TPS). En las muestras de NGS se exigió más de un 20% de celularidad tumoral en las biopsias y >100 células en bloques celulares.

RESULTADOS: Se evaluaron 49 pacientes con CEP. La media de edad fue 70 +/- 9,9 años, relación hombre-mujer 5:1, un cuarto había fallecido y salvo un caso nunca fumador, todos eran fumadores activos o exfumadores. Los niveles de expresión de PD-L1 fueron <1% (35,4%), 1-50% (41,7%) y >50% (22,9%). Los estudios se realizaron sobre biopsias pequeñas en más del 50% de los casos. Se encontraron alteraciones moleculares en 34 pacientes (69,4%). Las alteraciones moleculares más frecuentes fueron:

- 1º TP53 (21 casos, 61,7%, mutaciones)
- 2º PIK3CA (9 casos, 26,5%, mutaciones y amplificaciones)
- 3º FGFR1 y PTEN (7 casos, 20,6%), amplificaciones focales (FGFGR1); pérdidas y mutaciones (PTEN)
- 4º KRAS (5 casos, 14,7%, mutaciones (G12A, G12D, G13C) y amplificaciones focales)
- 5º CDKN2A (3 casos, 8,8%, pérdidas y mutaciones)
- 6º FGF3, EGFR y CD274 (2 casos, 5,8%), fusiones y mutaciones (FGFR3), fusiones y amplificaciones (EGFR) y amplificaciones focales (CD274). La expresión de PD-L1 en los dos casos con amplificación de CD274 fue del 15% y 30%. Se identificó, a su vez, una fusión en MET y una amplificación en ERBB2.

CONCLUSIONES: Los estudios de NGS en CEP permiten identificar nuevas dianas terapéuticas y marcadores pronósticos, limitadas en este subtipo tumoral. La mayoría de las alteraciones moleculares identificadas en nuestro estudio son marcadores pronósticos, únicamente una de ellas es terapéuticamente accionable.

Los estudios de NGS en CEP de forma generalizada son en la actualidad escasamente rentables, pudiendo restringirse a pacientes jóvenes y nunca fumadores, donde parecen acumularse las dianas moleculares accionables. El presente estudio se encuentra limitado por la presencia de numerosas biopsias pequeñas y la escasa representatividad de pacientes jóvenes y no fumadores. En nuestra serie, las pérdidas de CD274 no se correlacionaron con altos niveles de PD-L1. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos resultados.

DIRECT INTERACTION OF PLATELETS WITH TUMOR CELLS INCREASES CISPLATIN RESISTANCE IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Serrano Fernández, María Jose; Ceron-Hernandez, Jorge; García-Díaz, Abel; Molina, María Pilar; Fresno, Cristóbal; Denninghoff, Valeria; Lopez-Hidalgo, Javier

Presentador: Serrano, María Jose

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 8)

INTRODUCCIÓN: Platelets have been described as active elements during tumorigenesis. However, the interactive mechanisms and their direct impact on tumor cells are unknown. Preliminary studies in our laboratory showed that the coculture of lung cells and other cancer cell lines with platelets increases proliferation and induces phenotypic changes. One hypothesis is that platelets protect tumor cells against cell death and apoptosis and could protect them against antineoplastic treatments. In vitro tests were carried out to prove this hypothesis by co-culturing different non-small lung cancer cell lines (A549 and H1299) with platelets from a healthy donor and then undergoing cisplatin.

MATERIAL Y MÉTODOS: The tests were carried out with cisplatin treatment at previously calculated IC50 concentration with or without platelets. Platelets were added at a concentration of 100,000 platelets/ μ L. The effect on cell death and apoptosis was evaluated 24 h after treatment by FACS. We also carried out xCelligence assays analyzing cell proliferation and cytotoxicity. After that, we performed an RNA-seq and measured clonogenic proliferation's capability by colony assay.

RESULTADOS: Cisplatin IC50 increased in both tumor lines when tumor cells had 48 hours of contact with platelets. Apoptosis in A549 co-cultured with platelets and treated with cisplatin showed a statistically significant decrease at 24 hours compared to cells without platelets treated with the same drug ($P < 0.05$). Similar results were found in the co-culture of H1299 cell lines with cisplatin-treated platelets. Regarding xCelligence proliferation assays, significant differences were found between the treated co culture condition and treated cells without platelets for A549 and H1299 cell lines at 24 and 48 h after cisplatin treatment ($P < 0.05$). Differential transcriptomic analysis determined an upregulation of genes associated with PI3K-AKT, NF-KAPPA B, and apoptosis-related pathways. This finding would determine a chemoresistant phenotype and a greater clonogenic capacity. A clonogenic proliferation assay was performed to validate the RNA-seq. This capacity was increased in cell lines A549 and H1299 after 48 hours of platelet contact when treated with Cisplatin IC5 or IC10.

CONCLUSIONES: This study demonstrates the behavioral and transcriptomic changes induced by platelet interactions with tumor cells under pharmacological pressure from Cisplatin. It describes the mechanisms underlying platelet-mediated chemoresistance and underscores the implications of these findings, challenging and motivating the field of oncology and cancer biology.

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE HER2 EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON AMPLIFICACIÓN DEL GEN HER2

Montijano Pozas, María; Enriqueta; Valérdiz Menéndez, Nicolás; Ayra Arango, Carmen; Fernández Luque, Elena; Perez, Marco
Presentador: Montijano Pozas, María Enriqueta

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 9)

INTRODUCCIÓN: La identificación y el análisis de la amplificación y sobreexpresión de HER2 en el carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) han cobrado una creciente relevancia en los últimos años, debido a su potencial como diana terapéutica. Aunque la sobreexpresión de HER2 ha sido extensamente investigada en otros tipos de cáncer sólido, como el cáncer de mama, su rol en el CNMP aún no está completamente establecido, principalmente debido a su baja prevalencia en esta población de pacientes. Sin embargo, es de suma importancia optimizar los protocolos diagnósticos existentes, perfeccionar las guías clínicas actuales y mejorar las estrategias terapéuticas personalizadas para este grupo de pacientes. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la correlación entre la amplificación y sobreexpresión de HER2 en el CNMP, con un enfoque particular en cómo estos biomarcadores pueden impactar en el tratamiento personalizado, contribuyendo al desarrollo de enfoques terapéuticos más efectivos y adaptados a las características individuales de cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado una selección retrospectiva de 9 pacientes diagnosticados con carcinoma de pulmón no microcítico, no de células escamosas, en los cuales se detectó amplificación de HER2 mediante "Next-generation sequencing" (NGS) utilizando los paneles "OncoPrint Focus Assay" (OFA) y "OncoPrint Comprehensive Assays" (OCA). Asimismo, se incluyeron 10 casos de control sin alteraciones, amplificación o mutación, en dicho gen. Posteriormente hemos realizado análisis inmunohistoquímico para determinar la sobreexpresión de HER2 en las muestras de los pacientes seleccionados. La valoración de la inmunoexpresión de HER2 se llevó a cabo según los criterios establecidos en el carcinoma de mama, basándose en la tinción de membrana, ya sea completa o incompleta.

RESULTADOS: Entre los pacientes con amplificación de HER2, se observó una sobreexpresión 3+ mediante inmunohistoquímica en 8 de ellos (88/88%), siendo el caso restante un 1+ (12,12%). En el grupo de controles, se identificaron únicamente dos casos con una expresión 2+ (20%), mientras que el resto de los casos en este grupo fueron negativos, con cinco casos clasificados como 0 (50%) y tres casos con una expresión 1+ (30%). Estos resultados muestran una significancia estadística ($p = 0,0002$) al realizar un análisis mediante test exacto de Fisher, así como una fuerte asociación según la V de Cramér's ($V = 0,9$).

CONCLUSIONES: A diferencia de los hallazgos habitualmente descritos en la bibliografía, en nuestro estudio el análisis inmunohistoquímico ha mostrado una correlación destacada entre los resultados de 0/1+ y los pacientes sin amplificación de HER2, así como entre los resultados de 3+ y el grupo de amplificados. Si bien estos resultados son limitados debido al escaso tamaño muestral del que disponemos, los hallazgos obtenidos sugieren la necesidad de ampliar el estudio y plantean la posibilidad de establecer criterios específicos para la evaluación de la sobreexpresión de HER2 en CPNM. Este enfoque permitiría una mejor selección de pacientes que podrían beneficiarse de terapias dirigidas, optimizando así los tratamientos personalizados para esta patología.

TUMOR MALIGNO DE VAINA DEL NERVO PERIFÉRICO NO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS. REPORTE DE DOS CASOS.

Herrero Casado, Samuel; Valerdz Menéndez, Nicolás; Bonilla Seara, José Miguel
Presentador: Herrerp Casado, Samuel

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor maligno de vaina del nervio periférico (TMVNP) es un sarcoma poco frecuente (3-5% de los sarcomas) que surge de un nervio periférico y muestra una morfología habitualmente fusocelular. La localización más frecuente de estos tumores son extremidades, cabeza y cuello y tronco, siendo la localización pulmonar excepcional, con un 0,013-0,2 % de las neoplasias malignas de pulmón. La mitad de los casos ocurre en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 (NFI), mientras que el 10 % están asociados a radiación, siendo el resto esporádicos. Los TMVNP asociados a NFI suelen darse en personas jóvenes, siendo raro en niños, mientras que los no asociados a NFI ocurren en adultos durante la quinta y sexta década. Este sarcoma presenta una tasa de mortalidad del 60%, siendo de peor pronóstico los asociados a NFI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el año 2024 se diagnosticaron en nuestro centro hospitalario un total de dos casos de TMVNP primario pulmonar, pertenecientes a varones de 74 y 84 años respectivamente, fumadores y con masas pulmonares sospechosas de tumor primario pulmonar. Ninguno de los pacientes estaba diagnosticado de NFI, ni habían recibido tratamiento radioterápico. Ambas muestras fueron fijadas en formol al 10%, parafinadas y realizados cortes teñidos con hematoxilina-eosina para la valoración inicial. Posteriormente realizamos diversos estudios inmunohistoquímicos.

RESULTADOS: En ambas muestras hemos identificado una población celular fusiforme, con atipia leve-moderada y una distribución en fascículos y hemangiopericitoides, además de necrosis. En ninguno de los casos hemos identificado componente heterólogo evidente. El diagnóstico diferencial principal que nos planteamos incluye el carcinoma sarcomatoides, el tumor fibroso solitario, el sarcoma sinovial e incluso el rhabdomioma fusocelular. Como menos probable, debido a la localización de la lesión, nos hemos planteado la posibilidad de que se trataran de liposarcomas o de liposarcomas desdiferenciados. El estudio inmunohistoquímico realizado muestra ausencia de inmunoexpresión de panCK, p40, S100, STAT6, CD34, Actina de músculo liso, desmina y SS18-SSX, entre otros. Ambos casos muestran una pérdida de expresión de H3.327me, que nos apoyan en el diagnóstico final realizado de Tumor maligno de vaina nerviosa periférica.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de esta entidad es particularmente desafiante, ya que la historia clínica no orienta hacia esta patología, la localización es extremadamente infrecuente, y su asociación más frecuente, la neurofibromatosis tipo 1, está ausente en estos pacientes. Sin embargo, es fundamental considerarla en el diagnóstico diferencial de neoplasias malignas pulmonares poco comunes y descartarla ante la presencia histológica de una lesión fusocelular. La inmunohistoquímica, con la pérdida de expresión de H3.3k27me fue clave para confirmar el diagnóstico, una vez descartadas las patologías más frecuentes.

CARACTERIZACIÓN DE CARCINOMAS DE CÉLULA PEQUEÑA DE PULMÓN DIAGNOSTICADOS POR EBUS DURANTE 6 AÑOS: ANÁLISIS DE CASOS PRIMARIOS Y POR TRANSFORMACIÓN DE ADENOCARCINOMA

Pijuan Andujar, Lara; Pijuan Andújar, Lara; Gibert Vígués, Oriol; Baixeras Gonzalez, Núria; Trias Sabria, Pere; Mancebo Marco, Eva; Rodiño Diaz, Eider; Ubalde Rizos, Susana; Nadal Alforja, Ernest; Alay Badosa, Ania; Varela Rodriguez, Mar
Presentador: Pijuan Andújar, Lara

HOSPITAL UNIVERSITARI BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de pulmón de célula pequeña (CPCP) es una neoplasia agresiva con alta tasa de proliferación y mal pronóstico. En algunos casos, el CPCP puede originarse por transformación de un adenocarcinoma pulmonar tras el tratamiento con terapias dirigidas, especialmente inhibidores de la tirosina quinasa (ITK), un mecanismo de resistencia bien documentado.

La técnica de punción aspiración guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) se ha consolidado como una herramienta diagnóstica esencial en el estudio de estas neoplasias.

En este estudio se analiza la frecuencia y características clínico-patológicas de los CPCP secundarios a la transformación de adenocarcinoma, diagnosticados en nuestro centro mediante EBUS durante un periodo de seis años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de CPCP diagnosticados por EBUS en nuestro hospital entre 2019 y 2024 registrados en la sala de citodiagnóstico del gabinete de neumología intervencionista. Se diferenciaron los casos primarios de aquellos secundarios a transformación de un adenocarcinoma previo. Se analizaron variables clínico-patológicas, incluyendo edad, sexo, hábito tabáquico, alteraciones moleculares y tratamientos previos en los casos transformados.

RESULTADOS: Se analizaron 193 casos de CPCP, de los cuales 187 (96.89%) fueron diagnósticos primarios y 6 (3.11 %) correspondieron a transformaciones de adenocarcinoma pulmonar, ocurridas entre 10 y 19 meses después del diagnóstico inicial. Entre los casos transformados, la distribución por sexo fue equitativa (3 mujeres y 3 hombres), con edades entre 48 y 76 años. Respecto al hábito tabáquico, 4 pacientes eran no fumadores, 1 fumador y 1 exfumador.

A nivel molecular, 4 pacientes presentaban alteraciones en el gen EGFR (3 con deleciones en el exón 19 y 1 con la mutación L858R en el exón 21) que fueron tratados con ITK como Afatinib, Erlotinib y Osimertinib. Un paciente tenía una traslocación EML4-ALK y recibió tratamiento con Alectinib y Lorlatinib. El sexto caso, sin alteraciones en EGFR ni ALK (wild-type), fue tratado con Pembrolizumab. La caracterización molecular del adenocarcinoma inicial se realizó en todos los casos mediante PCR en tiempo real con el kit cobas EGFR Mutation de Roche Molecular Systems, Inc.

CONCLUSIONES: El CPCP diagnosticado mediante EBUS en nuestro centro es predominantemente primario, aunque un pequeño porcentaje corresponde a la transformación de un adenocarcinoma pulmonar previamente tratado con ITK o inmunoterapia.

La alteración genética más frecuente en los CPCP transformados fue en EGFR, con predominio en no fumadores y mujeres, pero también puede ocurrir en pacientes con alteraciones en ALK. Estos hallazgos resaltan la importancia del seguimiento molecular y citológico en pacientes con adenocarcinoma tratados con terapias dirigidas, ya que la transformación a CPCP representa un mecanismo de resistencia que puede impactar en el manejo clínico y pronóstico de estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE LAS FUSIONES DE ALK EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA MEDIANTE NGS BASADA EN CAPTURA DE DNA

Perez-Buira , Sandra; Pérez Gonzalez, Nuria; Borregon , Jennifer; Sardon Fernandez, Amanda; Manso , Rebecca; López-Sánchez , Almudena; Prieto-Potin , Ivan; Carvajal , Nerea; Zazo Hernandez, Sandra; Rojo Todo, Federico
Presentador: Perez-Buira , Sandra

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las guías actuales recomiendan la determinación de distintas alteraciones accionables en cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) (EGFR, ALK, ROS1, BRAF, KRAS, NTRK, MET, RET, HER2 y PD-L1). Los reordenamientos de ALK representan entre el 1-7% de los adenocarcinomas de pulmón y son heterogéneos, tanto por los múltiples puntos de ruptura potenciales en EML4, como por los distintos genes de fusión. Este estudio tiene como objetivo analizar la distribución de las variantes de la fusión de ALK utilizando Action OncoKitDx, un panel de captura de híbridos de DNA, que permite simultáneamente la detección de mutaciones puntuales, inserciones y deleciones, variantes estructurales, variantes del número de copias, e inestabilidad de microsatélites.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre los años 2022 y 2024, se identificaron 30 pacientes positivos para ALK de 810 pacientes con CPNM, a quienes se les realizó de forma refleja en el momento del diagnóstico la inmunohistoquímica (IHC) para ALK (D5F3), TRK y PDL1 (22C3), junto con el panel NGS basado en ADN, Action OncoKit Dx, que detecta las fusiones de ALK capturando específicamente el intrón 19, donde se encuentran los principales puntos de rotura. Como ensayos ortogonales para la detección de la traslocación de ALK, se utilizó principalmente la IHC y, en los casos necesarios, el panel de fusiones TruSight RNA PanCancer.

RESULTADOS: La frecuencia de ALK en nuestra casuística es del 3,7%. De los 30 casos ALK alterados, se identificó como la variante 3 de EML4-ALK (E6:A20; 9/30, 33%) como la más frecuente, seguida de la variante 1 (E13:A20; 8/27, 26,6%), la variante 5 (E18:A20; 2/30, 6,6%) y la variante 7 (E14:A20; 1/30, 3,3%). También se detectó la traslocación no canónica KLC1-ALK (K9:A20; 2/30, 6,67%). En el 23% de los casos, se detectaron reordenamientos complejos como: EML4-ALK (E19:A19) y (E6:A19) con puntos de rotura intergénicos, reordenamientos en regiones no codificantes LOC101928135:ALK y AC0076821:ALK, en los que no fue posible predecir el punto de ruptura. Mutaciones concomitantes se observaron en 7 pacientes (23,3%), involucrando co-mutaciones en 3 genes, siendo las mutaciones en TP53 las más frecuentes (5/30, 16%), seguidas de la mutación en CTNNB1 (1/30, 3,3%) y variantes de resistencia tratamiento ALK (1/30, 3,3 %).

CONCLUSIONES: Este estudio ilustra los patrones de las variantes de fusión de EML4-ALK en pacientes con CPNM, encontrando que las variantes 1 y 3 de EML4-ALK fueron las más frecuentes. Además, las mutaciones en TP53 fueron las más prevalentes entre las alteraciones concomitantes. Los paneles de captura de DNA permiten la detección de fusiones de ALK junto a otras alteraciones accionables en CPCNP en una sola determinación, pero los casos con reordenamientos poco comunes y complejos requieren confirmación por una técnica ortogonal. En conjunto, estos datos demuestran heterogeneidad genómica entre los adenocarcinomas de pulmón con reordenamiento de ALK, lo que puede explicar las diferencias en la respuesta al tratamiento con inhibidores de ALK.

Patología Pulmonar

2031

DÉFICIT ALFA 1-ANTITRIPSINA EN DIFERENTES ESTADIOS DE PRESENTACIÓN

Marín Asensio, Sergio José; Álvarez Cañas, M^a Concepción; Matanza Rodríguez, M^a Inmaculada; Rodríguez Guevara, M^a Guadalupe; García Galvis, Olga Fernanda; Hernando Martín, M^a Mercedes; Esqueda Azpiroz, Elbimar Del Carmen; Serrano Aguirreabál, José Alberto

Presentador: Marín Asensio, Sergio Jose

COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El déficit de alfa-1 antitripsina (AIAT) es una enfermedad genética de herencia recesiva por mutación del gen SERPINA1. Esto provoca bajos niveles de proteína los cuales son esenciales para el correcto equilibrio de la actividad de las proteasas. Esta enfermedad se presenta alrededor de 1 de cada 2500 individuos de Europa predominantemente. Puede presentarse de forma variada según el tipo de defecto genético heredado siendo la afectación pulmonar (EPOC) y la afectación hepática (cirrosis) las más frecuentes. Se presentan dos casos con distintas expresiones de la enfermedad con el objetivo de resaltar la heterogeneidad en la presentación histológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron dos casos clínicos de pacientes varones mayores de 70 años con diagnóstico de déficit de AIAT en diferentes estadios de la enfermedad. Uno de ellos con diagnóstico ya conocido y otro con sospecha y hallazgos incipientes compatibles con inicio de la enfermedad. Se revisaron antecedentes médicos, comorbilidades, hallazgos clínicos, pruebas complementarias y tratamientos instaurados, enfatizando la afectación pulmonar y hepática.

El primer caso, un varón de 70 años, presenta antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial y dislipemia, con afectación pulmonar y hepática secundaria al déficit de AIAT. Presenta elevación de GGT, esteatosis hepática y signos de hepatopatía crónica incipiente.

El segundo caso, un varón de 71 años, sin hábitos tóxicos y con múltiples comorbilidades, presenta hepatopatía crónica en estudio con probable origen por depósito graso asociada a déficit de AIAT.

En ambos casos, se realizaron biopsias hepáticas percutáneas bajo control ecográfico.

RESULTADOS: La biopsia del primer caso reveló alteración de la micro anatomía, mediante técnicas de Gomori y Tricrómico de Masson, a expensas de fibrosis perisinusoidal y fibrosis portal con formación de algún puente fibroso y delimitación de un nódulo cirrótico. Mediante la técnica de PAS diastasa se evidencian glóbulos eosinófilos intracitoplasmáticos en los hepatocitos portaes. A su vez, se observan ligeros depósitos de gotas lipídicas de gran tamaño así como algunos hepatocitos balonizados. Con estos hallazgos se le dio el diagnóstico de alteraciones histológicas compatibles con déficit de alfa-1 antitripsina y de MASLD con signos de fibrosis con formación de un nódulo cirrótico.

La biopsia del segundo caso reveló una adecuada arquitectura con conservación de los ductos y sin presencia de depósitos de gotas lipídicas ni de actividad necroinflamatoria. Mediante la técnica de PAS diastasa se observan glóbulos intracitoplasmáticos PAS positivo diastasa resistente de tamaño variable y localización fundamentalmente periportal. Con estos hallazgos se indicó la necesidad de valorar el déficit de alfa-1 antitripsina

CONCLUSIONES: El déficit de AIAT puede manifestarse de manera heterogénea, desde afectación pulmonar severa hasta hepatopatía crónica incipiente. La detección temprana y el seguimiento multidisciplinario son fundamentales para optimizar el manejo de estos pacientes, considerando los diferentes estadios de presentación de la enfermedad, como se observa en nuestro estudio. Es necesario un abordaje individualizado que contemple la terapia sustitutiva, control de comorbilidades y vigilancia estrecha de la progresión hepática y pulmonar.

Patología Pulmonar

2038

NUEVOS HALLAZGOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADOS AL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO. A PROPOSITO DE 2 CASOS DE TRASPLANTE BIPULMONAR.

Ratón , Nicolás Gustavo; Enguita Valls, Ana Belén; Prados Villanueva, Carlos; Orbegozo Arrizabalaga, Idoia

Presentador: Ratón , Nicolás Gustavo

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En mayo de 1981 sonaban las alarmas y comenzaba así la mayor crisis relacionada con la seguridad alimentaria en España. Aunque al principio se pensará en otras etiologías, tras dos meses del primer caso de insuficiencia respiratoria se asoció una causa alimentaria, el aceite de colza desnaturalizado con anilina 2% que fue importado desde Francia para uso industrial y refinado fraudulentamente para venderlo como aceite de mayor calidad. Las cifras oficiales de afectados por este consumo es de un total de 20643 personas (Posada, M. CISAT. ISCIII) de las cuales 356 murieron por causa directa. Todavía algunos intoxicados arrastran secuelas por su consumo pues las manifestaciones más tardías del síndrome aún siguen siendo descritas 40 años después del inicio de la epidemia. Así, esta revisión pretende exponer nuevos hallazgos con respecto a la hipertensión pulmonar desarrollada por un gran número de pacientes intoxicados, como es el caso de la hipertensión pulmonar por enfermedad veno-oclusiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos los casos de dos explantes bipulmonares procedentes de un varón y una mujer de 59 y 53 años respectivamente, ambos afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico con patología pulmonar y neurológica.

RESULTADOS: Los hallazgos patológicos de ambas piezas son superponibles. Macroscópicamente, observamos en una de ellas que las arterias del hilio pulmonar impresionan de estar dilatadas. Histológicamente, las lesiones predominan en lóbulos inferiores donde se observa distorsión por un patrón enfisematoso con espacios alveolares dilatados y septos incompletos. En las zonas centrolobulillares observamos zonas fibrosas con pigmento antracótico atrapado. Las estructuras vasculares de los hilos pulmonares presentan aterosclerosis moderada con engrosamiento de la media y presencia de células xantomizadas. En los lóbulos superiores, observamos en las estructuras vasculares septales engrosamiento de la capa media. En lóbulos inferiores, se observan más lesiones vasculares con áreas de aspecto plexiforme y otras angiogénicas.

Por otro lado, observamos una remodelación a nivel intersticial, subpleural y centrolobulillar con estructuras periféricas de lobulillo secundario engrosadas con hendidura vascular. Así, dentro de estas áreas de remodelado, observamos depósito de pigmento hemosiderótico intramacrofágico intraalveolar junto con un aspecto congestivo de los septos asociando lesiones de aspecto granulomatoso sin presencia de eosinófilos pero sí de células gigantes. Estos últimos hallazgos, aunque no específicos, sí que demuestran un daño de las estructuras venosas pulmonares.

CONCLUSIONES: Existen escasas publicaciones que traten sobre los hallazgos histopatológicos en pacientes con hipertensión pulmonar asociada al Síndrome del Aceite Tóxico. Esto, junto al desconocimiento acerca de los mecanismos inmunológicos que subyacen en el desarrollo de estas lesiones y el porqué de la variabilidad clínica entre pacientes que consumieron el mismo aceite, hace necesario el seguir aportando datos sobre la evolución de esta enfermedad. La presencia de enfermedad veno-oclusiva, junto con los hallazgos característicos de hipertensión pulmonar arterial severa, aportan nueva información sobre los pacientes afectados. No obstante, es un campo que todavía nos queda por aprender puesto que siguen existiendo muchos afectados por esta crisis sanitaria que seguirán evolucionando y que merecen la mayor información posible para así poder corresponder social y moralmente ante la desgracia ocurrida.

TÉCNICA DIAGNÓSTICA EBUS_TBNA

Prieto Cocero, Sara; Prieto Cocero, Sara; Barroso Cárdenas, Monica; Carrillo Franco, Laura; Alarcon Segura, Marina; Barea Sanchez, Marina
Presentador: Prieto Cocero, Sara

LABORATORIO SANZ MORENO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La técnica EBUS (Endobronchial Ultrasound) es una técnica diagnóstica que se utiliza para evaluar los pulmones y las estructuras cercanas al mediastino. Un avance muy importante en la medicina moderna debido a la complejidad anatómica que existe para acceder a estructuras internas, como la zona central del tórax y la cavidad pulmonar. La técnica más avanzada para la obtención de tejido es la EBUS_TBNA (Transbronchial Needle Aspiration guiada por Ecobroncoscopia Endobronquial), esta consiste en insertar una aguja fina a través de la pared bronquial para aspirar las células o tejido, mejorando así la precisión diagnóstica sin tener que usar otros procedimientos quirúrgicos más invasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Documentación y etiquetado de la muestra:
- Etiquetas claras para cada muestra (¡no queremos confundirnos!).
- Formularios específicos donde anotas qué estudios quieres que se hagan.
2. Materiales principales para su realización:
- Agujas finas (normalmente de 21G o 22G) para hacer la punción.
- Jeringas de 10 o 20 mL para aspirar el material.
- Frascos con solución salina estéril por si necesitas limpiar la aguja o hacer un lavado bronquial.
- Portaobjetos de vidrio bien etiquetados para extender las muestras celulares.
- Alcohol al 96% o un fijador citológico para que las muestras se fijen rápido y no se degraden
- Frascos con formalina al 10% para las biopsias (si se forma un bloque celular).
- Recipientes estériles que se cierren bien para llevar las muestras sin contaminarlas.
3. Tipos de tinciones para su observación:
- Tinción Diff-Quik, que sirve para evaluar rápido si la muestra es útil o si hay que tomar más.
- Colorantes de Papanicolaou, que se usan en el laboratorio para completar el diagnóstico.

RESULTADOS: 1.Evaluación Rápida in situ
Técnica de tinción Diff-Quik que permite saber si la muestra es adecuada antes de finalizar el procedimiento.
2.Diagnóstico Citológico
Benigno: Indica inflamación, granulomas no específicos, infecciones o cambios reactivos.
Maligno: Identificación de células tumorales compatibles con carcinoma (principalmente cáncer de pulmón de células pequeñas, no pequeñas, metástasis de otros tumores).
No Diagnóstico: Muestra insuficiente para diagnóstico.
3.Bloques Celulares :
Permiten estudios adicionales al procesar la muestra como un tejido sólido.
Se pueden realizar tinciones convencionales y técnicas especiales como inmunohistoquímica para identificar mejor el tipo de célula tumoral.
4.Estudios Especiales:
Inmunohistoquímica (IHC): Permite diferenciar tipos específicos de tumores, como adenocarcinoma vs. carcinoma de células escamosas.
Biología Molecular: Detección de mutaciones específicas (EGFR, ALK, ROS1, etc.) en cáncer de pulmón, útil para tratamientos dirigidos.

CONCLUSIONES: Gracias a este tipo de técnica, el patólogo observa las características celulares de las muestras de tejido evaluando si hay o no material suficiente para un futuro diagnóstico.

MUTACIÓN DE STK11 Y SU IMPLICACIÓN EN LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN

Bonilla Seara, José Miguel; Valerdez Menéndez, Nicolás; Montjano Pozas, María Enriqueta; Torrente Dong, Jaime; Biscuola , Michele
Presentador: Bonilla Seara, José Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El gen STK11 codifica la quinasa hepática B1, que actúa como supresor tumoral mediante la activación de quinasas relacionadas con AMPK, regulador de la supervivencia celular durante condiciones de estrés. En modelos preclínicos, la inactivación de STK11 conduce a la progresión del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) con la adquisición de propiedades metastásicas y estudios publicados en los últimos años asocian esta mutación a una expresión menor de PDL-1 y variaciones en el microambiente tumoral, lo que podría predecir la respuesta o resistencia a tratamientos con inhibidores de PDL-1. Sin embargo esta relación entre mutación de STK-11 y baja expresión de PDL-1 se ha observado con mayor intensidad en aquellos pacientes con mutación concomitante de KRAS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos seleccionado de forma retrospectiva a 24 pacientes diagnosticados en nuestro centro de CPNM, desde febrero 2023 a febrero 2024 en los que se detectó mutación en el gen STK11 demostrada mediante el panel de "Next-Generation-Secuenci" (NGS) Oncomine Comprehensive Assay de ThermoFisher y hemos analizado las alteraciones concomitantes sobre KRAS detectada con el mismo método y la expresión de PDL-1 mediante tinción inmunohistoquímica con el anticuerpo SP263 de Roche, así como la supervivencia hasta febrero de 2025.

RESULTADOS: De este modo hemos observado en los 11 pacientes con mutaciones concomitantes de KRAS una supervivencia media de 6,46 meses frente a una supervivencia media de 8,82 meses en los 13 pacientes sin mutaciones de KRAS, analizando estos datos mediante U de Mann-Whitney con resultado estadísticamente no significativo (p>0,41). Por otro lado, los pacientes con alteraciones de KRAS presentan negatividad para PDL-1 en un 63,6% frente a un 46,1% en los pacientes sin alteraciones de KRAS, obteniéndose una supervivencia media en los paciente con negatividad para PDL-1 de 6,7 meses, para los pacientes con baja expresión de PDL-1 de 9,1 meses, y para los pacientes con alta expresión de PDL-1 de 7,6 meses, con un resultado estadísticamente no significativo (p>0,74) mediante análisis Kruskal Wallis.

CONCLUSIONES: Los datos de nuestro estudio nos ofrecen un resultado en la misma dirección que artículos ya publicados, en los que la asociación de mutación en STK11 y KRAS parecen influir negativamente en la expresión de PDL-1 y en la supervivencia de pacientes con CPNM, a pesar de no haber alcanzado un valor estadísticamente significativo debido, posiblemente, al limitado tamaño muestral.

PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS-B DE BAJO GRADO PRIMARIOS DE PULMÓN. REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

García Miranda, Iker; Goncalves Villarreal, Katherine Andreina; Orbeogo Arrizabalaga, Idoia; Ramírez Feliz, Máximo Leonardo; Bravo Blanco, David; Marcos Muñoz, Aitziber; Saiz Camin, Mónica
Presentador: García Miranda, Iker

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El linfoma primario pulmonar es una entidad poco frecuente que supone menos del 4% de los linfomas extraganglionares, menos del 1% de los linfomas no-Hodgkin y un 0,5-1% de las neoplasias primarias de pulmón. La mayoría de estos, corresponden a linfomas extranodales de células B de la zona marginal del tejido linfoide asociado a mucosas.

La presentación habitual es en la séptima década de la vida (mediana de 67-68 años), de forma asintomática o con síntomas inespecíficos y con predominio en mujeres. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son enfermedades autoinmunes y estados de inmunosupresión/inmunodepresión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda de los procesos linfoproliferativos de bajo grado derivadas de células B, originados en pulmón que han sido diagnosticadas desde el 01/01/2020 hasta el 31/12/2024 en nuestro hospital con 6 resultados; junto con una revisión de la historia clínica de dichos pacientes.

Además, se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos pubmed donde se encuentran 8 artículos (de los que se desestiman 3 por no ajustarse al objetivo de búsqueda). Para ello, se utilizan los siguientes criterios:

"lung B cell lymphoma"[Title/Abstract] OR "pulmonary B cell lymphoma"[Title/Abstract] OR "pulmonary lymphoid proliferation"[Title/Abstract] OR ("lymphoid proliferation"[Title/Abstract] AND lung[Title/Abstract] AND (review[Filter]) AND (review[Filter]) AND ((review[Filter]) AND (2000:2025[pdat]))).

RESULTADOS: En el periodo 01/01/2020 – 31/12/2024 se diagnostican 6 casos compatibles con linfoma tipo MALT/BALT. Los casos diagnosticados de linfoma MALT se dan en mujeres, con una edad media de 55 años y mediana de 62 años, de forma asintomática (66%) y oligosintomática (33%).

En la serie de casos analizada, las comorbilidades relacionadas con el linfoma MALT primario pulmonar se presentan en un 50% de los casos diagnosticados: 2 casos asocian procesos autoinmunes/autoinflamatorios y 1 caso asociado a VIH.

CONCLUSIONES: La mayor parte de nódulos pulmonares con diagnóstico de malignidad son carcinomas, mientras que los linfomas suponen menos del 1%.

El principal diagnóstico diferencial del linfoma MALT es la hiperplasia nodular linfoide; la cual puede presentarse como un nódulo y ser sospechosa por morfología y/o captación metabólica. Para ello, es imprescindible la correlación clínico-histológica, una correcta interpretación de las pruebas de inmunohistoquímica y un exhaustivo estudio molecular.

Nuestra serie de casos, en concordancia con la literatura consultada, muestra que la mayoría de pacientes con linfoma primario pulmonar se dan en mujeres de edad media con antecedentes de tabaquismo o de enfermedad autoinmune/autoinflamatoria, de forma asintomática.

SARCOMA INTIMAL DE ARTERIA PULMONAR SIMULANDO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRONICO

Casco Zuniga, Roger Eduardo; Amor Jimenez, Lazaro; Alenda , Cristina; Troncoso Hernandez, Evelyn Beatriz; Cristobal Redondo, Victor; Paya Roma, Artemio; Garzon Arana, Alejandro

Presentador: Casco Zuniga, Roger Eduardo

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS (ALICANTE), INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE (ISABIAL)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Mujer de 63 años de edad, exfumadora que presentaba disnea progresiva por lo cual se realizó un Angiotac pulmonar siendo diagnosticada de tromboembolismo pulmonar crónico, en controles posteriores se observa progresión de lesión pulmonar por lo que se decide realizar resección quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio macroscópico e histológico de la pieza quirúrgica. Se solicita técnicas inmunohistoquímicas (IHC) y estudios moleculares de hibridación in situ con inmunofluorescencia (FISH) para confirmar diagnóstico definitivo.

RESULTADOS: Se observa una tumoración intraluminal en arteria pulmonar de 7,6x 4 cm con extensión hacia ramas lobares y parénquima pulmonar. La tumoración es solida, blanquecina, homogénea con áreas calcificadas. A nivel microscópico se observa una proliferación compuesta de células fusiformes de distribución irregular, con núcleos atípicos, vacuolados; presencia de abundante mitosis y áreas de necrosis con extensa formación de osteoide. No se identifica otro componente heterólogo. IHC: Positivo para: Vimentina, MDM2, y Alfa actina, Negativo para CKAE1/AE3, CD34, STAT6, S100, Desmina. FISH: Muestra amplificación de MDM2 con polisomía de cromosoma 12

CONCLUSIONES: El sarcoma intimal es una rara entidad de difícil diagnóstico clínico que puede confundirse con una entidad mas frecuente como el tromboembolismo pulmonar. A su vez a nivel histológico es posible que muestre diferenciación de componentes heterólogos como en este caso que muestra un componente tipo osteosarcoma. Es característico la amplificación de MDM2 y en algunos casos esta descrita la polisomía del cromosoma 12.

TOXICIDAD PULMONAR ASOCIADA A ADALIMUMAB: CASO DE NEUMONÍA ORGANIZADA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA

García López, Henar; Romo Navarro, Ángel; Sánchez Granados, María Jesús; López Clemente, Daniel; Recuerdo Pradillo, María; Sánchez Muñoz, César; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Bergua Arroyo, Sergio; Empananza García, Cayetana; Parra Tercero, Ana Rosa; García Rivas, Manuel

Presentador: García López, Henar

COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La citocina TNF- γ es producida principalmente por el sistema monocitomaqurófago, uniéndose a receptores en la membrana celular, y desempeñando un papel crucial en la regulación de la respuesta inflamatoria e inmunológica. Presenta una dualidad funcional: puede inducir inflamación y daño celular, pero también iniciar la reparación tisular, controlando la respuesta inmune.

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- γ), como el Adalimumab, han revolucionado el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la enfermedad de Crohn. Sin embargo, se han reportado efectos adversos pulmonares como infecciones, neumonitis intersticial, fibrosis pulmonar o neumonía organizada.

Presentamos el caso de un paciente de 72 años con artritis psoriásica con cuadro compatible con toxicidad farmacológica por Adalimumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente que tras más de un año en tratamiento con Adalimumab por su artritis psoriásica, comienza con espusos hemoptoicos matutinos, sin dolor torácico, ni síntomas infecciosos sistémicos. Ante dichos hallazgos, se realizó una tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) y una criobiopsia.

RESULTADOS: El TACAR reveló un patrón en empedrado en los lóbulos pulmonares inferiores, planteando un diagnóstico diferencial entre hemorragia alveolar difusa, proteinosis alveolar o neumonía organizada.

La criobiopsia pulmonar mostró un parénquima pulmonar con un leve infiltrado linfocitario intersticial y ocupación de espacios alveolares por tapones fibroblásticos con estroma mixoide y aislada celularidad inflamatoria crónica (cuerpos de Masson), sin evidencia de microorganismos patógenos.

Tras el diagnóstico de neumonía organizada, se decidió la retirada del fármaco biológico Adalimumab y se inició corticoterapia. El paciente presentó notable mejoría y en la actualidad se encuentra asintomático.

CONCLUSIONES: La toxicidad pulmonar asociada a inhibidores de TNF- γ es una entidad emergente con una prevalencia estimada entre el 0,5 % y el 3 %, siendo poco frecuente pero relevante en la práctica clínica.

En este caso, el uso prolongado de Adalimumab precedió al desarrollo de neumonía organizada, siendo compatible con toxicidad farmacológica.

Hay muy pocos casos reportados de neumonía organizada secundaria a los fármacos anti TNF- γ , siendo de vital importancia su identificación para un diagnóstico certero.

TUMOR DE COLISIÓN EN LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO DE PULMÓN: ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO Y MESOTELIOMA EPITELIOIDE.

Gallardo Chamizo, Francisco Asís; Márquez Lobo, Bélgica; Romero Ortiz, Ana Isabel; González Peregrina, Sara María; Monsalve Sosa, Pablo Manuel; Rodríguez Rodríguez, Marta Presentación; Cantero Campos, Miriam; De Cabanyes Candela, Sara S; Pérez Bustamante, Oscar Edgardo; Martín Archilla, Verónica

Presentador: Gallardo Chamizo, Francisco De Asís

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de colisión son entidades raras que presentan la coexistencia de dos o más neoplasias en un mismo órgano, lo que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. En el ámbito pulmonar, esta condición es especialmente infrecuente, y su reconocimiento temprano es crucial para un manejo adecuado. Presentamos el caso de un paciente de 70 años con un nódulo espicalado en el lóbulo superior izquierdo (LSI) de pulmón, diagnosticado como un tumor de colisión compuesto por un adenocarcinoma bien diferenciado de patrón lepidico predominante y un mesotelioma epitelioide pleural metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 70 años con antecedentes de HTA, DM2 y cáncer de próstata tratado previamente. El caso fue diagnosticado inicialmente mediante tomografía computarizada (TC) torácica y PET-TC, los cuales mostraron un nódulo pulmonar espicalado subdóido de 16 x 10 mm en el lóbulo superior izquierdo. Posteriormente, se realizó una resección pulmonar atípica, y los bloques de la muestra fueron sometidos a análisis histopatológico e inmunohistoquímico.

RESULTADOS: El análisis histopatológico reveló la presencia de dos neoplasias distintas en el mismo nódulo pulmonar, lo que permitió confirmar el diagnóstico de tumor de colisión. La primera neoplasia fue un adenocarcinoma bien diferenciado de patrón lepidico predominante, con una dimensión de 1,2 cm, clasificado como pTmi (mínimamente invasivo). Este adenocarcinoma no mostró evidencia de invasión a pleura, linfáticos ni nervios, y se caracterizó por una ausencia de necrosis. El perfil inmunohistoquímico del adenocarcinoma fue positivo para TTF-1, Napsina, CK7, CKAE1/AE3 y BER-EP4, mientras que los marcadores negativos fueron CK20 y P40, lo que es consistente con este tipo de adenocarcinoma pulmonar.

La segunda neoplasia fue un mesotelioma epitelioide de pleura metastásico, localizado en el parénquima pulmonar adyacente. Este mesotelioma media 6,8 mm y mostró características típicas del mesotelioma maligno. El perfil inmunohistoquímico para esta lesión fue positivo para calretinina, D240, CK7, CKAE1/AE3 y WT1, con los marcadores negativos PSA, P63, NKX3, P504, RA, CK20 y BER-EP4. La coexistencia de estas dos entidades tumorales en la misma pieza reseada fue confirmada, lo que define este caso como un tumor de colisión. Además, se identificó la delección homocigótica del gen CDKN2A en el mesotelioma, lo que refuerza la malignidad de la lesión.

El margen quirúrgico fue adecuado, ya que ambos tumores se localizaron a 1,5 cm del borde de resección, lo que sugiere que la intervención fue completa. El estudio molecular mediante FISH aportó información relevante para el pronóstico del paciente, en particular, la presencia de la delección de CDKN2A, que podría tener implicaciones en el tratamiento y seguimiento.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de un tumor de colisión en el pulmón es complejo, pero este caso subraya la importancia de la evaluación histológica exhaustiva para diferenciar las entidades involucradas. La coexistencia de un adenocarcinoma y un mesotelioma epitelioide en el mismo nódulo pulmonar es inusual, lo que exige un enfoque multidisciplinario en el manejo del paciente. El estudio molecular mediante FISH para CDKN2A ofrece un complemento diagnóstico relevante en la identificación de características genéticas específicas de los tumores. La resección quirúrgica ha demostrado ser una estrategia efectiva para el tratamiento de este tipo de tumores, con un pronóstico que dependerá de la evolución clínica y los controles postoperatorios.

KRAS EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA: IMPLICACIONES PRONÓSTICAS Y DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Rivas Hernández, Raquel; Roldán Ruiz, Jonnathan; Jiménez Pérez, Andrea Beatriz; León Gil, Johanna Gabriela; Montero González, Juan Carlos; Olivares Hernández, Alejandro; Abad Hernández, María Del Mar; Rodríguez González, Marta
Presentador: Rivas Hernández, Raquel

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El mayor conocimiento de las alteraciones genéticas del cáncer de pulmón de célula no pequeña no escamoso (CPCNPNE) ha permitido desarrollar una gran cantidad de biomarcadores y fármacos que han supuesto una verdadera revolución, personalizando el tratamiento, especialmente en aquellos pacientes en estadios avanzados. KRAS es el oncogén más frecuentemente alterado en CPCNPNE, 25-30% de los casos. Las mutaciones suelen afectar a los codones G12, G13 y Q61, siendo la mutación G12C la de mayor frecuencia (41%), además de G12V (21%) y G12D (17%). Asimismo, también se han descrito amplificaciones de KRAS. La importancia clínica y biológica varía dependiendo del subtipo de mutación. Presentamos un estudio retrospectivo en el que analizamos el impacto en la respuesta al tratamiento y el pronóstico de las alteraciones de KRAS en pacientes con CPCNPNE en estadio IV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron un total de 477 muestras de pacientes con CPCNPNE utilizando secuenciación de nueva generación (NGS) entre octubre de 2022 y noviembre de 2024. Todas las muestras estaban fijadas en formol tamponado al 10% y embebidas en parafina. Se extrajo ADN de las mismas tras el diagnóstico histológico, así como cortes para tinción de PD-L1. Se utilizó la plataforma Ion Torrent™ Genexus™ con el panel OncoPrint Precision Assay para detectar mutaciones en puntos calientes, variaciones en el número de copias (CNVs) y fusiones génicas en 50 genes asociados al cáncer, utilizando el chip Ion Torrent G5X. Se determinó la expresión proteica de PD-L1 utilizando el clon 22C3 pharmacDX de Dako. El análisis de supervivencia global (SG) y correlación se realizó utilizando el método Kaplan-Meier (prueba Log-rank) y la prueba de Chi-cuadrado. La significancia estadística se estableció en $p < 0.05$ (software SPSSv28).

RESULTADOS: De las 477 muestras de CPCNPNE, un total de 125 presentaron alteraciones en KRAS (26,2%). De estos, 74 pacientes tenían un estadio IV al diagnóstico, mostrando una SG superior a 30 días y recibieron tratamiento. La mediana de edad de éstos fue de 65 años [44-87 años], la mayoría eran hombres ($n=56$; 76%). Todos excepto uno eran fumadores o exfumadores en el momento del diagnóstico. El diagnóstico más frecuente fue adenocarcinoma ($n=69$, 93%). Las mutaciones de KRAS estaban presentes en el 86%, siendo la más frecuente la G12C (50%), y observando amplificación en el 14% restante. PD-L1 fue positivo en el 72% ($n=53$), siendo altos expresores 17 pacientes. En nuestros casos, la positividad para PD-L1 se relacionó con la presencia de mutaciones de KRAS ($p=0.005$). En el tiempo de seguimiento, 32 pacientes fallecieron, 43%; siendo la media de supervivencia de la serie 13 meses [1-66 meses]. La SG de los pacientes con mutaciones de KRAS fue mayor que en los pacientes con amplificación ($p=0.020$). Asimismo, observamos que la inmunoterapia, sola o en combinación con quimioterapia, presentaba una SG mayor en comparación con aquellos que no recibieron este tratamiento ($p=0.002$). De los 61 pacientes tratados con inmunoterapia, aquellos con mutación en el codón G12 y Q61 mostraron una SG mayor ($p=0.041$).

CONCLUSIONES: Los hallazgos encontrados en nuestra serie muestran que es importante reflejar el tipo de alteración de KRAS, dado que hemos relacionado la presencia de amplificación con un peor pronóstico. El recibir inmunoterapia supone una mayor supervivencia en pacientes con alteración de este gen, encontrando en este subgrupo que, aquellos con mutación en los codones G13 y Q61, tienen mejor pronóstico.

TRANSFORMACIÓN FENOTÍPICA A CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE PULMÓN COMO MECANISMO DE RESISTENCIA FÁRMACOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Gutierrez Melgarejo, Paola Andrea; Reyes Sánchez, Teresa; Masero Carretero, Jose Manuel; Martín Estevez, Elena
Presentador: Gutierrez Melgarejo, Paola Andrea

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de pulmón de células pequeñas es uno de los más frecuentes a nivel mundial, representando un 15% de los casos de cáncer de pulmón. El carcinoma de células pequeñas se clasifica como una neoplasia neuroendocrina con alta malignidad y mal pronóstico. Se puede presentar tanto de novo como por transformación de una neoplasia previa, ambos compartiendo características morfológicas y moleculares similares, así como manifestaciones clínicas y sensibilidad a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, el Carcinoma de células pequeñas transformado presenta una patogénesis distinta y un microambiente tumoral diferente debido a la adquisición de mecanismos de resistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos dos pacientes con diagnóstico de Adenocarcinoma de pulmón estadio IV, en los que se identifica progresión de su patología a pesar de una respuesta previa al tratamiento.

RESULTADOS: Paciente varón con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar, con biopsia pulmonar, que mostró inmunoreactividad positiva para TTF-1, Napsina A, CK7 y ALK. El estudio molecular mediante método PCR en tiempo real mostró translocación de ALK. Quien recibió tratamiento con Alectinib (inhibidor de la tirosina quinasa) por 18 meses, con deterioro clínico y aparición de adenopatía paraesofágica. La biopsia de dicho ganglio mostró una infiltración por carcinoma neuroendocrino de células pequeñas con inmunotinción positiva para CKA6 (con patrón "dot like"), CD56, sinaptofisina y cromogranina y ALK. Se confirmó nuevamente la mutación para ALK mediante estudio molecular.

El segundo paciente mujer con diagnóstico previo de adenocarcinoma mediante biopsia pulmonar. El estudio inmunohistoquímico con positividad para TTF-1, Napsina A y CK7. El estudio molecular mediante PCR en tiempo real mostró mutación de EGFR consistente en supresión exón 19. Fue tratada con Osimetinib (inhibidor de la tirosin quinasa), por 14 meses. Por empeoramiento clínico, se toman nueva biopsia de ganglio linfático con diagnóstico de infiltración por carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, el estudio inmunohistoquímico positividad para CK AE, TTF-1, CD56, cromogranina y sinaptofisina y focal para CK7.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células pequeñas transformado es un fenotipo especial del carcinoma pulmonar. La transformación celular se ha identificado como uno de los principales mecanismos de resistencia adquirida frente a diversas modalidades terapéuticas, lo que conlleva un impacto muy negativo en el pronóstico de los pacientes. En los últimos años, la incidencia de carcinoma de pulmón de células pequeñas transformado es del 3-14%. Hasta el momento, el carcinoma de pulmón no microcítico con mutación en el gen EGFR se ha identificado como el origen más frecuente. La transformación en tumores con reordenamientos de ALK también ha sido descrita. Aportamos aquí dos nuevos casos que ejemplifican cada una de estas opciones.

Es fundamental destacar el papel crucial que desempeña el patólogo en el diagnóstico de la transformación fenotípica de la neoplasia previa. Debe ser considerado como la primera posibilidad en caso de progresión de la enfermedad, evitando la confusión con una nueva neoplasia. Según la literatura más reciente, se enfatiza la importancia de realizar una nueva biopsia tras la progresión de la enfermedad, para dirigir el tratamiento. Dado el aumento de la incidencia del carcinoma de pulmón de células pequeñas transformado, se requiere un enfoque multidisciplinario para abordar de manera efectiva el tratamiento de los pacientes.

ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO Y EVOLUTIVO TRAS TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE REORDENAMIENTOS DE ALK Y ROS1 POR PRUEBAS MONOGENICAS. CORRELACION CON RESULTADOS DE NGS

Martin Soler, Paula; Calavera Ambrosi, Juan; Verdún Aquilar, Juan Antonio; Jimenez Rubiano, Maria Berta; Castillo Malla, Jennifer Silvana; Agustín Ferrández, María José; Zalaya Cortés, Sigrid; Perulero Martín, María Francisca; Álvarez Alegret, Ramiro
Presentador: Martín Soler, Paula

HOSPITAL UNIV. MIGUEL SERVET. 5º ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El empleo de biomarcadores moleculares en el carcinoma de pulmón no microcítico (NSCLC) permite una selección más precisa de terapias dirigidas. Las técnicas de inmunohistoquímica (IHC) y hibridación in situ con fluorescencia (FISH) constituyen herramientas fundamentales para la detección de alteraciones en ALK y ROS1; no obstante, la secuenciación de nueva generación (NGS) está sustituyendo progresivamente estos métodos, consolidándose como una estrategia esencial para un diagnóstico más preciso y completo. Las guías clínicas establecen que la inmunohistoquímica es una técnica suficiente para establecer el diagnóstico e iniciar un tratamiento dirigido. El objetivo de nuestro estudio es analizar la correlación entre la positividad de la técnica inmunohistoquímica y la presencia de alteraciones patogénicas identificadas mediante NGS en aquellos pacientes cuya respuesta al tratamiento no haya sido la esperada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con IHC positiva para ALK y ROS1 tratados en dos hospitales de nuestra comunidad autónoma. Analizamos de manera más exhaustiva a aquellos que han mostrado una respuesta limitada a las terapias dirigidas y utilizamos el panel de NGS Oncomine Presition Assay (OPA) de ThermoFisher para confirmar la alteración en estos pacientes. Se revisan asimismo los resultados obtenidos mediante las pruebas monogénicas (Farmadiagnóstico, inmunohistoquímica, y FISH).

RESULTADOS: De 54 pacientes analizados, 9 pacientes tenían alteración de ROS1 y 43 pacientes de ALK. 23 pacientes tuvieron una respuesta inferior o igual a 6 meses. 14 pacientes < 3 meses y 9 pacientes entre 3 y 6 meses. 21 pacientes fueron analizados con IHC. Se presentan los datos de correlación del resultado de biomarcadores (ALK y ROS1 por pruebas monogénicas) con las técnicas de NGS.

CONCLUSIONES: Es preciso disponer de pruebas de confirmación (ortogonales) para resultados que pueden resultar equívocos con las técnicas monogénicas en determinación de biomarcadores.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE CARCINOMAS PULMONARES DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS CON MUTACIÓN DE ERBB2.

Casco Zuniga, Roger Eduardo; Troncoso Hernandez, Evelyn Beatriz; Menor Vila, Victor; Gracia Saenz, Leticia; Arar Gomez, Aicha; Ortuño Gouffon, Samanta; Roca Navarro, Maria De Los Reyes; Martinez Maquill, Lucia; Alenda, Cristina; Aranda Lopez, F Ignacio

Presentador: Casco Zuniga, Roger Eduardo

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS (ALICANTE), INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE (ISABIAL)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón sigue siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón (IASLC) han propuesto un sistema de gradación que incorpora patrones histológicos predominantes y patrones arquitectónicos de alto grado (>20% de la superficie tumoral), mejorando la capacidad pronóstica en comparación con clasificaciones previas. El receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) codificado por el gen ERBB2, es actualmente un objetivo terapéutico en el carcinoma pulmonar de células no pequeñas (CPCNP). Las mutaciones de ERBB2 representan del 2 al 4% de los CPCNP, estas incluyen mutación del gen, amplificación y sobreexpresión. Algunos estudios han demostrado asociación de mutaciones de ERBB2 con el género femenino, los no fumadores y la histología de adenocarcinoma presentando un peor pronóstico que pacientes con CPCNP con mutación EGFR o ALK.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los CPCNP en estadios avanzados con estudio de secuenciación masiva (NGS) realizado mediante paneles comerciales Oncomine Comprehensive, Oncomine Childhood y Oncomine Precision Assay en el periodo 2021-2024, identificando aquellos con mutaciones en ERBB2. Se evaluaron sus características histopatológicas según la clasificación de la IASLC, junto con la expresión de PD-L1, el tipo de mutación y la presencia de comutaciones.

RESULTADOS: Se ha revisado una serie de 526 CPCNP con estudio de NGS disponible y valorable. Se identificaron 13 casos con mutación en ERBB2, con una media de edad de 64,27 años (38,5% hombres, 61,5% mujeres). La mayoría fueron adenocarcinomas no mucinosos (ADC, n=12), con patrones: acinar (38,5%), papilar (23,1%), sólido (23,1%), y cribiforme/glandular complejo (7,7%); y un caso de carcinoma escamoso queratinizante (n=1). Entre los ADC, el 53,8% presentaron grado histológico 2 y el 76,9% grado nuclear 2. Los tipos de mutación fueron: amplificaciones (38,5%), mutación en dominio Tyrosin-kinasa (30,8%), mutación en dominio extracelular (2%) y de significado incierto (2%). El 84,6% fueron negativo para PDL-1. El 100% de los casos tenían comutaciones, siendo TP53 la más frecuente con un 84,6%.

CONCLUSIONES: Las mutaciones en ERBB2 representan un subconjunto poco frecuente del CPCNP, con predominio en mujeres y en adenocarcinomas no mucinosos. La mayoría de los casos presentaron patrones histológicos de grado intermedio y ausencia de expresión de PD-L1, lo que podría tener implicaciones terapéuticas. Además, la alta frecuencia de comutaciones, especialmente en TP53, sugiere una posible influencia en la agresividad tumoral y la respuesta al tratamiento. Estos hallazgos refuerzan la importancia de caracterizar molecular e histológicamente estos tumores para optimizar su manejo clínico.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANEJO DEL ESTUDIO MOLECULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

Abraham Molero, Magdalena; Gómez Sánchez, Luis; Pérez Jiménez, Montserrat; Jiménez Lara, Araceli; Pemintel Cussi, Juan José; González López, Lucía

Presentador: Abraham Molero, Magdalena

HGU CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En España se diagnostican más de 30000 nuevos casos de cáncer de pulmón al año. El carcinoma de pulmón de no célula pequeña tiene un gran número de dianas terapéuticas identificadas. Según las guías actuales es imprescindible identificar mutaciones en EGFR, MET, KRAS, BRAF, traslocaciones de ALK, ROS1, RET y NTRK además de la expresión de PD-L1. Las técnicas recomendadas para determinar las mutaciones son inmunohistoquímica, IHC, (PD-L1, NTRK, ALK, ROS1), hibridación in situ, FISH, (ALK, ROS1, RET, MET), PCR o NGS (NTRK, ALK, ROS1, RET, MET, EGFR, KRAS, BRAF).

MATERIAL Y MÉTODOS: En todas las muestras de cáncer de pulmón se realiza IHC de PD-L1 (22C3) y NTRK. Se determina el porcentaje tumoral a analizar (bloques celulares de citologías o biopsias en parafina). Si tiene más de un 30% de células tumorales, la muestra es procesada para NGS, si tiene entre un 5-30% de células tumorales, será analizada mediante RT-PCR Idylla™ de Biocartis. En los casos seleccionados para determinaciones por RT-PCR de Idylla™, primero se realiza el estudio de mutaciones en EGFR; si el test no detecta mutaciones se realiza un nuevo test de fusiones de ALK, ROS1, RET y salto exón 14 de MET. Si el resultado es negativo se realiza un nuevo test de KRAS y finalmente si no hay mutaciones se realiza un test de BRAF. En los pacientes seleccionados para NGS se realiza extracción de ADN y ARN manualmente con los kit de extracción de ácidos nucleicos AllPrep DNA/RNA FFPE (Qiagen). Se preparan las librerías con los paneles Oncomine focus assay (52 genes) en el Ion Chef de forma automatizada y se secuencian en el secuenciador Ion S5 (ThermoFisher). Los resultados son analizados con el software de Idylla Explore con la primera técnica y con el software Ion Reporter los casos de NGS.

RESULTADOS: En 2024 se realizaron 129 test de EGFR de Idylla™, de los que se obtuvieron 19 pacientes (15%) con mutaciones: 11 con delección del exón 19 (8%), 6 con mutación L858R (5%), 1 con mutación S768I (5% EGFR, 1% total) y 1 paciente con mutación L861Q (5% EGFR, 1% total). Se analizaron 108 test de fusiones de Idylla™, detectándose 5 fusiones de ALK (5%) y 1 mutación (1%) con salto del exón 14 de MET. Se llevaron a cabo 86 test de mutaciones de KRAS, obteniendo 28 pacientes mutados, encontrando 16 mutaciones en KRAS G12C (12%), 7 en G12V (6%), 2 en G12D (1%), 1 mutación G12R(1%), 1 KRAS A146 (1%), y 1 paciente con KRAS G13D(1%). Además se realizaron 9 test de BRAF sin encontrar ninguna mutación. A finales del año 2024 se comenzó a implementar la NGS como técnica de rutina y se analizaron 37 pacientes hallándose 14 mutaciones patogénicas, 8 variantes probablemente patogénicas y 6 con variantes de significado incierto

CONCLUSIONES: El estudio de marcadores moleculares en pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña es ya una rutina en nuestro servicio. Las ventajas del sistema Idylla™ son entre otras la rapidez y facilidad de uso de la técnica y la principal desventaja es la gran cantidad de muestra de muestra que se utiliza para cada test. En el caso de la NGS la ventaja es que en una misma prueba se testan 52 genes y la principal desventaja es el tiempo de respuesta, ya que la demora es mayor desde el procesamiento de la muestra hasta la emisión del informe. El uso de ambas técnicas permite el correcto manejo de los pacientes de cara al tratamiento con terapias dirigidas.

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS EN UN PACIENTE CON ANCAS NEGATIVOS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

López Clemente, Daniel; Romo Navarro, Ángel; Sánchez Granados, María Jesús; Merdeño García, María Montaña; García López, Henar; Bergua Arroyo, Sergio; García Rivas, Manuel; Manzanero Gómez, Juan Eugenio; Yunge Del Pozo, Gonzalo José; Sánchez Simón, Raquel

Presentador: López Clemente, Daniel

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (EGPA), o síndrome de Churg-Strauss, es una entidad sistémica que se caracteriza histológicamente por la presencia de vasculitis con eosinófilos, inflamación granulomatosa necrotizante con infiltrado eosinofílico y áreas de neumonía eosinofílica. No obstante, la presencia de todos estos hallazgos en un mismo caso es rara y su diagnóstico suele requerir correlación clínica. Se presenta un caso con anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) negativos con una histología cutánea evidente y pulmonar lmativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 77 años, polimedicada, con antecedentes personales de asma persistente e ingreso por neumonía adquirida en la comunidad. Posteriormente, presenta cuadro de tos, disnea y febrícula, acompañado de pápulas cutáneas en región palmar de ambas manos y ambas mejillas, inferiores a 0,5 cm, con necrosis. Para su estudio, se realizan pruebas alérgicas, analítica con autoinmunidad, tomografía axial computerizada de alta resolución (TACAR) y biopsias de piel y pulmón.

RESULTADOS: Las pruebas alérgicas cutáneas fueron positivas para pólenes, siendo el resto negativas. La analítica mostró eosinofilia (1000 eosinófilos por microlitro; 9,8%) y anticuerpos ANCA negativos. En el TACAR se observó afectación parenquimatosa pulmonar bilateral de distribución parcheada, de predominio periférico, en lóbulos superiores. La biopsia cutánea evidenció importante infiltrado inflamatorio dérmico formado por polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos, con vasculitis arteriolar y presencia de cariorrexis. La biopsia pulmonar mostró neumonía eosinofílica con infiltración eosinofílica peribronquial. Tras correlacionar todas las pruebas se estableció el diagnóstico de EGPA, con tratamiento para dicha entidad y marcada mejoría en el momento actual.

CONCLUSIONES: Hasta un 40% de los pacientes con EGPA son ANCA negativos, en cuyo caso tienen mayor incidencia de afectación cardíaca y gastrointestinal, por lo que requieren un seguimiento exhaustivo. El caso presentado exhibe una clínica, radiología e histología compatibles, evidenciando la importancia de realizar una interpretación conjunta de todos los datos para un diagnóstico certero.

Patología Pulmonar 2328

VALIDACIÓN DE EXPRESSION IMBALANCE EN CPNM: COMPARACIÓN POR MÉTODOS ORTOGONALES

Colomar Roig, María; Navarro Cerveró, Lara; Aguilar Gil, Amparo; Martínez García, Laura; Navarro Gonzales, Atilio; Roselló Sastre, Esther
Presentador: Colomar Roig, María

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) es una de las neoplasias más frecuentes y la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Fusiones en ALK, ROS1, RET y NTRK son clave en la oncogénesis y en la selección de terapias dirigidas. Técnicas como NGS, FISH e IHC permiten su detección, aunque presentan limitaciones en sensibilidad y especificidad. El uso del panel Oncomine Precision Assay (Thermo Fisher) e Idylla (Biocartis) ha facilitado la identificación de fusiones y expression imbalance, que se calculan normalizando las lecturas de los exones frente a valores de muestras normales. Sin embargo, estos pueden deberse a artefactos técnicos, lo que hace esencial su validación con métodos ortogonales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron muestras de 153 pacientes con CPNM en el año 2024, procesadas con el Genexus™ Purification System y secuenciadas con el ensayo Oncomine Precision – GX5 – Solid Tumor – DNA and Fusions – w.3.2.0. Los casos con imbalances fueron evaluados con el GeneFusion Assay de Idylla y validados mediante FISH o DNaseq. Para DNaseq se usó el panel Action ST Oncokit (HealthInCode), con Magnis Prep System (Agilent) e Illumina NextSeq500/550Dx. Además, se reanalizaron los datos con el ensayo Oncomine Precision – GX5 – w.3.4.2.

RESULTADOS: Se detectaron imbalances de ALK en 5 de los 153 casos por el ensayo OPA w.3.2.0 e Idylla, pero la validación con DNaseq no confirmó ninguno como fusión genuina, sugiriendo artefactos o falsos positivos. El reanálisis corroboró estos hallazgos, subrayando la necesidad de validación ortogonal. La concordancia entre DNaseq y FISH fue elevada demostrando su fiabilidad.

CONCLUSIONES: La combinación de FISH y DNaseq es clave para validar imbalances detectados por el OPA w.3.2.0 e Idylla en CPNM. Esta estrategia integrada mejora la precisión diagnóstica y reduce falsos positivos, asegurando la autenticidad de fusiones y reordenamientos génicos, optimizando así las decisiones terapéuticas en CPNM.

Patología Pulmonar 2400

EVALUACIÓN HISTOLÓGICA PROSPECTIVA DE 29 BIOPSIAS BRONQUIALES DE PACIENTTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Perez Bustamante, Oscar Edgardo; Rodríguez Rodríguez, Marta Presentación; Marquez Lobo, Bélgica; Romero Ortiz, Ana Isabel; López Hidalgo, Javier Luis; González Peregrina, Sara María; López Valdivia, Carlos Enrique; Gallardo Chamizo, Francisco De Asís; Cantero Campos, Miriam; García Martínez, Antonio
Presentador: Perez Bustamante, Oscar Edgardo

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El asma bronquial es un trastorno inflamatorio crónico en el que las células inflamatorias y el tejido conectivo juegan un papel muy importante. El asma severa es considerada una condición heterogénea con fenotipos que varían de acuerdo a parámetros clínicos testados por técnicas de análisis de laboratorio lo que los hace susceptibles de recibir tratamientos con biológicos, sin embargo estas técnicas no son óptimas. Por ésta razón se considera la broncoscopia con toma de biopsia como una técnica que permite valorar en muestra algunos parámetros más objetivos así como establecer diagnósticos diferenciales sobre la misma (granulomas, displasia, neoplasia), por lo que presentamos una serie de casos para determinar las características histopatológicas de dichos pacientes en nuestro hospital, siguiendo los criterios recogidos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos prospectivamente y siguiendo el protocolo modificado de Gordon et al, biopsias procedentes de broncoscopias de pacientes con asma grave de 9 varones y 20 mujeres, en un rango de edad entre los 31 y 64 años. De cada paciente se tomaron dos biopsias con pinza, las cuales se fijaron una en formol y otra en fresco para congelación. Las biopsias para estudio histológico se fijaron en formol tamponado al 10% y se tiñeron con hematoxilina y eosina, posteriormente fueron escaneadas en el programa Philips. La evaluación se hizo con un objetivo 40x. Se utilizaron los ítem recogidos en la literatura para el asma grave: engrosamiento de la membrana basal, hiperplasia de músculo liso, hiperplasia de célula caliciforme, metaplasia escamosa, denudación epitelial, presencia de glándulas en submucosa, displasia y/o neoplasia, conteaje de eosinófilos, conteaje de plasmáticas, conteaje de neutrófilos, los cuales fueron gradados cualitativamente como ausente, leve, moderado y grave dándoles una valor numérico a cada ítem, de la siguiente manera, 0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 y 4 grave dependiendo de la presencia o no de dichos parámetros para obtener un Score.

RESULTADOS: En ninguna de las 29 biopsias analizadas se identificó metaplasia escamosa ni signos de displasia. En el recuento de eosinófilos se identificó ausencia de eosinófilos en 5 (17,2 %), eosinofilia leve en 10 (17,5%), eosinofilia moderada en 7 (24,1%) y eosinofilia grave en 1 (3,4 %). La media de Hiperplasia de célula caliciforme y célula plasmática fue de 2, mientras que un Score de 5 fue obtenido para los 29 casos. En cuanto a la medición del grosor de membrana basal, de los 24 casos estudiados se observó con hematoxilina-eosina una media de 2.8-38 mcr de grosor con una desviación estándar de 7.0755; mientras que con PAS se observó una media de 3.4-32 mcr con una DS de 7.4017.

CONCLUSIONES: La biopsia endobronquial es una herramienta útil y válida para evaluar aspectos relevantes del asma grave, especialmente el grado de eosinofilia, célula caliciforme, células plasmáticas las cuales afectan el score cuyo valor es de relevancia para la toma de decisiones terapéuticas. El grosor de la membrana basal no parece tener relevancia al menos en los casos estudiados.

ESTENOSIS TRAQUEAL IDIOPÁTICA, PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Moreno Martínez, Miguel; Carrasco Fernández, Daniel; Vidal Aguirre, Steffi Verónica; García Domínguez, Francisco; Castro Maldonado, Adriana Valentina; Benavides De La Fuente, Cristian; Palomo González, María Jesús; Muriel Cueto, Pedro Jesús
Presentador: Moreno Martínez, Miguel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La estenosis traqueal en el adulto es una rara condición que según su etiología se clasifican en postraumática, inflamatoria, neoplásica e idiopática. La primera, en la mayoría de los casos, corresponde con una complicación de la intubación prolongada; la segunda se asocia a enfermedades autoinmunes e infecciones; la tercera se ha descrito en carcinomas adenoides quísticos y mucoepidermoide, constituyendo la idiopática un 5% de todas las estenosis y afectando casi exclusivamente a mujeres con una media de edad de 50 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de casos correspondientes a tres mujeres de entre 44 y 71 años sin hábito tabáquico ni historia de intubación previa. Todas presentaban clínica respiratoria de tipo obstructivo siendo dos de ellas diagnosticadas de asma cuya evolución fue tórpida. En el seguimiento se realizaron fibrobroncoscopia y pruebas de imagen observándose una estenosis traqueal entre el primer y tercer anillo traqueales en los tres casos, decidiéndose en comité multidisciplinar una resección traqueal con anastomosis termino-terminal como medida terapéutica.

RESULTADOS: Cada caso correspondió a un segmento tubular cuyos diámetros oscilaban entre 2 y 2,5 cm mostrando luces parcialmente ocupadas por un material fibroso adherido a la mucosa. Se incluyeron cortes representativos, según el eje transversal; tras procesado histológico y tinción con hematoxilina-eosina se apreciaron segmentos traqueales con arquitectura respetada que presentaron engrosamiento de la mucosa respiratoria constituido por tejido fibroconectivo con hiperplasia de glándulas seromucinosas, algunas dilatadas, focos de inflamación crónica inespecífica, signos de hemorragia aguda y hemosiderófagos. Uno de los segmentos traqueales presentaba un foco de metaplasia escamosa sin displasia en la mucosa. En ninguno de los tres casos se observaron granulomas, vasculitis, microorganismos ni malignidad histológica. En dos de los tres casos en el tejido estenótico se identificaron fibroblastos con inmunotinción positiva para receptores de estrógenos y progesterona.

CONCLUSIONES: Ante estos hallazgos se emitieron los diagnósticos de estenosis traqueal idiopática habiendo sido el primer caso descrito por Brandenburg et al. en 1972 y cuya etiopatogenia no está bien definida. Varios autores la asocian con las hormonas femeninas, el reflujo gastroesofágico de larga duración y la tos crónica, que produce traumatismo y reparación anómala de la mucosa traqueal. Debido a la reciente pandemia por COVID19 se han observado varios casos de infección leve-moderada con estenosis traqueal posterior sin historia de intubación, añadiéndose el virus como posible causa etiológica. Como medidas terapéuticas se incluyen corticoides y metotrexate como tratamiento farmacológico, terapia endoscópica con incisión radial con láser CO₂ y/o dilatación, y resección quirúrgica del segmento afecto como la realizada en nuestros casos.

MESOTELIOMA PLEURAL: EL ESTUDIO PATOGENÉTICO COMO AYUDA AL DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO

Martin Lopez, Javier; Martin Acosta, Paloma; García Fresnadillo, Diego; Martín Fraguero, Luz; Vicente Lago, Yolanda; García Lanchó, Laura; De Santos Fuente, Lourdes; Salas Antón, Clara
Presentador: Martin Lopez, Javier

HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO.Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma pleural difuso (MPD) es una neoplasia infrecuente, de mal pronóstico y que, en muchos casos, supone un reto diagnóstico debido a la escasa disponibilidad de muestra obtenida. Los estudios de expresión génica han descrito alteraciones moleculares en 9p21, BAP1 y NF2 y se ha descrito su frecuencia respecto a los subtipos histológicos en algunas series publicadas. Resultado de ello, se plantea utilizar estas alteraciones moleculares implicadas en la patogenia del mesotelioma en las muestras citológicas y biopsias pequeñas o subóptimas como técnica complementaria de apoyo al diagnóstico en la práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Con el objetivo de evaluar la utilidad de las alteraciones en BAP1 como herramienta diagnóstica presentamos los resultados de una serie retrospectiva de 70 casos recopilados en nuestro hospital entre los años 2005 al 2025. Describimos la frecuencia de las alteraciones de BAP1 con inmunohistoquímica en MPD y evaluamos la distribución en relación a los subtipos histológicos para con todo ello analizar su utilidad diagnóstica. Evaluamos secciones completas utilizando el clon C-4 de Santa Cruz. Caracterizamos la distribución de los casos en base al sexo, edad, el tipo de muestra con la que se obtuvo el diagnóstico, la caracterización fenotípica de la proliferación así como la expresión de PDL1 y el estudio, en la mayoría de los casos, de 9p21 mediante FISH.

RESULTADOS: De los 70 pacientes, 56 eran hombres (80%) y 14 mujeres (20%) con un rango de edad comprendido entre 35 a 93 años. Las muestras fueron obtenidas con aguja gruesa en 15 casos (21,4%), biopsias quirúrgicas (VATS) en 43 casos (61,4%), resección quirúrgica abierta en 9 casos (12,8%), biopsias de tejido metastásico en 2 casos (2,8%) y citología de derrame pleural en un caso (1,4%). Todos los casos se evaluaron inicialmente con al menos dos marcadores inmunohistoquímicos mesoteliales y dos de carcinoma. En cuanto al subtipo histológico, 47 casos se clasificaron como mesotelioma epitelioide (67,1%), 11 como sarcomatoides (15,7%) y 12 como bifásicos (17,1%). Se observó pérdida de la expresión de la proteína BAP1 en 34 de los 62 casos de MPD (54,8%). En 8 casos no se realizó la técnica al diagnóstico pero se ha solicitado su determinación. En relación al tipo histológico, el 72,7% de los bifásicos, 57,1% de los epitelioides y el 22,2% de los sarcomatoides fueron deficientes en BAP1. Con frecuencia los subtipos epitelioides muestran negatividad o baja expresión de PDL1 mientras que los subtipos sarcomatoides muestran una mayor expresión de PDL1. El uso de BAP1 y de la delección de 9p21 ha incrementado la tasa diagnóstica de mesotelioma en muestras tipo BAG respecto a las VATS comparado con nuestros datos comunicados en 2019.

CONCLUSIONES: Nuestra serie supone la de mayor número de casos descrita en nuestro país. El diagnóstico de MPD se obtiene en la mayoría de las ocasiones mediante biopsias obtenidas por VATS pero hasta 27 pacientes no necesitaron una cirugía para conseguir un diagnóstico. La utilidad de la inmunohistoquímica de BAP1 en nuestros casos es más frecuente en el mesotelioma bifásico y epitelioide lo que supone una herramienta diagnóstica útil en dichas proliferaciones. La implementación de BAP1 y de otros marcadores moleculares a la batería de técnicas complementarias muy probablemente nos permitirá realizar diagnósticos fiables de mesotelioma sin necesidad de cirugía.

Patología Pulmonar

2444

ESTUDIO DE LAS DELECCIONES COMPLEJAS DEL EXÓN 19 DEL GEN EGFR EN EL CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA DE PULMÓN METASTÁSICO EN NUESTRO HOSPITAL DESDE LA INSTAURACIÓN DE LA NGS

Saiz Camín, Monica; Marcos Muñoz, Aitziber; Rodríguez Martínez, Ana Belén; Castro Amo, Erika; Larrañaga González, Aida Eugenia; Camarero Tejedor, Estibaliz; Andrés Álvarez, Leire
Presentador: Saiz Camín, Mónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es un gen que comprende hasta el 35-40% de las mutaciones estudiadas en el carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP). La alteración más común es la delección del exón 19 (p.E746_A750del), que se asocia a buenas respuestas a los inhibidores de la tirosina quinasa (ITK) del EGFR. Sin embargo, existe menos conocimiento sobre la correlación clínico-patológica en pacientes con CPCNP que presentan delecciones complejas y poco comunes del exón 19 (ex19delins), que en este estudio se han querido analizar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión clínico-patológica de las muestras en las que se han identificado delecciones complejas del exón 19 del gen EGFR tras el análisis mediante secuenciación masiva NGS. Se analizan las variables sexo, edad, hábito tabáquico, estado del PDL1 (TPS), tipo histológico, grado histológico, evolución clínica y tipo de variante.

RESULTADOS: Se identifican 14 pacientes con este tipo de variantes (en uno de ellos estudio de dos muestras, la inicial al diagnóstico y a la progresión), en total 15 determinaciones. Se detectan 9 alteraciones ex19delins distintas, siendo la p.L747_P753delins la mayoritaria (25%). Se observa predominio del sexo femenino (71,4% n=10) y edad media de 68,6 años. La gran mayoría (13 pacientes) son no fumadores o ex fumadores de más de 15 años. Todos los casos muestran como tipo histológico adenocarcinoma, y el 64,2% de ellos con grado histológico G2 (moderadamente diferenciado). Con respecto al PDL1 (TPS), el 85,7% de los casos son negativos o menores del 5%, y solamente en dos casos el TPS resulta mayor del 50%.

El tratamiento de elección en todos los casos es un ITK, el Osimertinib, con supervivencia global en el 64,3% de los pacientes a los dos años.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados concuerdan con los observados en la bibliografía con respecto al tipo histológico, sexo, edad y hábito tabáquico de los pacientes con delección compleja del exón 19 del gen EGFR.

Patología Pulmonar

2449

ESTUDIO DE LAS VARIANTES INFRECUINTES DEL GEN EGFR EN EL CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA DE PULMÓN METASTÁSICO EN NUESTRO HOSPITAL: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS DE NGS

Saiz Camín, Monica; Marcos Muñoz, Aitziber; Rodríguez Martínez, Ana Belén; Castro Amo, Erika; Santos Mariscal, Rebeca; Revilla Fernández, Soraya; Andrés Álvarez, Leire
Presentador: Saiz Camín, Mónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFR) que ocurren con mayor frecuencia en el carcinoma de pulmón no célula pequeña (CPCNP) son la delección del exón 19 (45-50%) y la variante puntual L858R del exón 21 (35-40%). El resto corresponde a mutaciones poco frecuentes, un grupo heterogéneo de alteraciones genéticas localizadas en los exones 18-21

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión clínico-patológica de las muestras en las que se han identificado variantes infrecuentes de EGFR tras el análisis mediante secuenciación masiva NGS. Se analizan las variables sexo, edad, hábito tabáquico, estado del PDL1 (TPS), tipo histológico, grado histológico, evolución clínica y tipo de variante.

RESULTADOS: Se identifican 8 pacientes con este tipo de variantes (en dos de ellos se realiza estudio de dos muestras, al inicio y a la progresión), en total 10 determinaciones. Se detectan 5 variantes diferentes en los exones 18, 20 y 21, siendo la G719X la más frecuente (33%). Se observa predominio del sexo femenino (62,5% 5 mujeres, 3 hombres) y una edad media de 67,3 años. El 75% de los pacientes son no fumadores o ex fumadores de larga data. Todos los casos muestran como tipo histológico adenocarcinoma, grado histológico 3 (pobremente diferenciado). Con respecto al PDL1 (TPS), el 75% de las muestras presentan resultado negativo o menor del 50%. El tratamiento de elección en el 75% de los pacientes es un inhibidor tirosina quinasa (Osimertinib o Afatinib), en el resto el tratamiento es quimioterapia habitual por situación ECOG inadecuada. La supervivencia global es del 70% de los pacientes a los dos años.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados concuerdan con los observados en la bibliografía con respecto al tipo histológico, variantes identificadas, sexo, edad y hábito tabáquico de los pacientes con variantes infrecuentes de EGFR en el CPCNP metastásico.

LA RELEVANCIA DE LA EXPRESIÓN DE PDL-1 Y LA CANTIDAD DE LINFOCITOS T CD8+ COMO BIOMARCADOR COMBINADO PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN EN ESTADIO AVANZADO TRATADO CON INMUNOTERAPIA

Rendón García, Rosa; Álvarez Muñoz, Alejandro; Montaña Ramírez, Ana María; Machuca Aguado, Jesus; Mora Díaz, Rodrigo; Lara Medina, Guillermo; Idoate Gastarena, Miguel Ángel
Presentador: Rendón García, Rosa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado, siendo la expresión de PDL-1 uno de los biomarcadores más relevantes. La respuesta a la inmunoterapia también podría depender de otros factores relevantes como es el microambiente tumoral, y específicamente el linfocito T CD8+ que es la célula efectora más importante. El impacto pronóstico de los linfocitos T CD8+ ha sido demostrado en otras neoplasias como el cáncer de mama.

Este estudio tiene como objetivo establecer el valor de la combinación de la expresión de PDL-1, la cantidad de linfocitos T CD8+ y su relación con alteraciones moleculares claves como factor pronóstico en los pacientes con CPNM avanzado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que incluyó 50 pacientes con CPNM avanzado tratados con inmunoterapia entre 2016 y 2021, con una mediana de seguimiento de 43,5 meses. Se cuantificó el número de linfocitos T CD8+ (TIL) estromales e intraepiteliales según la clasificación de Donnen. La expresión de PDL-1 se determinó mediante inmunohistoquímica. El perfil molecular se analizó mediante secuenciación de nueva generación (NGS). Se analizaron posibles correlaciones entre estos factores aislados o combinados con la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia global (SG).

RESULTADOS: La cantidad de TILs estromales se asoció con una mejor SG ($p = 0,04$), pero no con la SLE. En contraste, la presencia de TIL intraepiteliales no demostró relación con la supervivencia. En un modelo de regresión de Cox la combinación de un número elevado de TILs estromales (750%) y la expresión de PDL-1 $\geq 50\%$ correlacionó de forma significativa con una menor mortalidad (Hazard ratio TILs estromales: 0,46, $p=0,037$ /Hazard ratio PDL-1750%: 0,49, $p=0,046$). La combinación de estos biomarcadores permitió también identificar subgrupos en función de estos dos parámetros, con distinto pronóstico, siendo el subgrupo con PDL-1 y TILs estromales altos el que demostró mejor supervivencia global ($p=0,014$). El análisis molecular identificó mutaciones en los genes EGFR, TP53, ROS-1, BRAF y KRAS, que no mostraron correlación significativa con los marcadores estudiados ni con la respuesta a la inmunoterapia.

CONCLUSIONES: uestros hallazgos subrayan la utilidad de la expresión de PDL-1 y la cuantificación de TIL estromales como un biomarcador combinado pronóstico de SG más preciso que la de ambos por separado en los pacientes con CPNM avanzado sometidos a inmunoterapia. Esto abre la posibilidad de la posible aplicación de este biomarcador combinado en la personalización del tratamiento inmunoterápico en el CPNM.

QUISTE MULLERIANO DE MEDIASTINO POSTERIOR (QUISTE DE HATTORI) A PROPOSITO DE UN CASO

Forero Leon, Claudia Lorena; Exposito , María; Masip , Albert; Aparicio , Claudia; Martínez , Nestor; García , Joan
Presentador: Forero Leon, Claudia Lorena

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los quistes de mediastino suelen ser benignos y relativamente poco comunes, representan entre el 12% y el 18% de todas las lesiones mediastínicas primarias. Siendo los quistes de Müller tumores muy poco frecuentes en el mediastino posterior. Son derivados del mesodermo embrionario. La mayoría son asintomáticos y se detectan de manera incidental por pruebas de imagen. El tratamiento de elección es el quirúrgico y tienen buen pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 70 años, con antecedentes patológicos de asma, cardiopatía hipertensiva, hipertensión, dislipemia, BMN, sin otros antecedentes médicos de interés. Ingresada en medicina interna por broncoespasmo moderado en contexto de asma reagudizado. Se realiza radiografía de tórax que muestra pequeña imagen nodular parahiliar derecha, por lo que se decide ampliar estudio con TAC de tórax que reporta que la lesión nodular visible en la placa de tórax corresponde a la arteria lobar inferior derecha y describen la presencia de una lesión nodular heterogénea en cuerpo de D6 sugiriendo origen neurogénico. Se programa la resección quirúrgica.

RESULTADOS: Se recibe un fragmento de tejido irregular y superficie rugosa de coloración terrosa que mide 16 x 10 mm. Al estudio histológico se observa una pared fibrosa con áreas de sufusión hemorrágica, revestida por un epitelio simple cuboidal ciliado, sin atipia citológica. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para PAX 8 y receptores de estrógenos y negatividad para calretinina, TT-FI, CD45, S-100, CD56, P40, P53 wild type y el índice de proliferación celular con Ki67 fue del menos del 1%. El diagnóstico emitido es de quiste mülleriano (Quiste de Hattori).

CONCLUSIONES: Los quistes de Müllerianos son tumores benignos muy poco frecuentes en el mediastino posterior. Se han informado 40 casos en la literatura. Se presentan en mujeres entre 40 y 60 años de edad de manera incidental, debido a que la mayoría son asintomáticos.

El principal diagnóstico diferencial se ha de realizar con quistes de mediastino como el quiste broncogénico, pericárdico, tímico, entérico, linfático y paratiroides. Para lo cual es importante el estudio tanto histológico como inmunohistoquímico, ya que los quistes müllerianos al ser serosos tienen paredes delgadas, con células de revestimiento que se asemejan a las trompas de falopio normales con células ciliadas y secretoras intercaladas e inmunohistoquímicamente son positivos para receptores de estrógenos, receptores de progesterona, PAX 8 y WTI. Tienen un comportamiento benigno y el pronóstico es bueno después de la extirpación quirúrgica.

ADENOFIBROMA PULMONAR: ESTUDIO DE 10 CASOS DE UNA RARA LESIÓN PULMONAR

Machuca Aguado, Jesús; Álvarez Muñoz, Alejandro; Rendón García, Rosa; Mora Díaz, Rodrigo; Lara Medina, Guillermo; Alfonso Rosa, Carmen María; Rodríguez Zarco, Enrique; Ríos Martín, Juan José; García Escudero, Antonio

Presentador: Machuca Aguado, Jesús

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenofibroma pulmonar (AP) es un tumor benigno de histogénesis desconocida, no reconocido como entidad independiente por la OMS. Se describe como una lesión bifásica con un componente glandular y un estroma fusocelular, con similitudes al tumor filodes mamario. Su incidencia es baja, posiblemente por infradiagnóstico. Estudios moleculares han sugerido un vínculo aún no confirmado con el tumor fibroso solitario (TFS), ya que algunos AP presentan la fusión NAB2::STAT6 característica del TFS. Este estudio busca caracterizar al AP desde un enfoque clinicopatológico y molecular, con énfasis en NAB2::STAT6 y su posible relación con el TFS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 10 casos de APs diagnosticados entre 2002 y 2022, analizando sus características clínicas, morfológicas y moleculares. Las características clínicas se obtuvieron de fichas electrónicas. El análisis morfológico incluyó tinción con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica (IHQ) con CD34, STAT6, BCL2, TTF1, RE, RP, S100 y AML. Para detectar la fusión NAB2::STAT6, se empleó hibridación fluorescente in situ (FISH).

RESULTADOS: De los 10 casos, 7 fueron hombres y 3 mujeres, con edades entre 41 y 75 años (promedio 60,1). El 70% fueron hallazgos incidentales, mientras que el 30% presentó síntomas inespecíficos. Siete tumores se localizaron en el pulmón derecho y tres en el izquierdo, predominando en lóbulos inferiores (50%). Cinco pacientes tenían antecedentes oncológicos. Todos fueron tratados quirúrgicamente, principalmente con resecciones en cuña. En el seguimiento (3-213 meses, promedio 85,4 meses), no se detectó recurrencia ni progresión. Los tumores midieron entre 6 y 25 mm (promedio 12,3 mm), con bordes expansivos en 9 casos y un borde infiltrativo no destructivo en 1, sin atipia, necrosis ni actividad mitótica significativa. Histológicamente, se identificaron dos componentes: uno estromal, con celularidad baja en 7 casos, moderada en 2 y alta en 1, con hiperplasia del 10-50% en estos últimos, y uno epitelial, formado por epitelio respiratorio, con celularidad baja en 7 casos y muy baja en 3. La IHQ mostró que el componente epitelial fue 100% positivo para TTF1 y 40% para RE, mientras que el componente estromal fue 100% positivo para BCL2, 60% para STAT6, 50% para RP y 30% para RE y CD99. En el análisis molecular, el 50% de los casos (5/10) mostró ruptura del gen NAB2::STAT6; de estos, 4 expresaron STAT6 en inmunohistoquímica y 1 fue negativo. Entre los 5 casos FISH negativos, 2 fueron STAT6 positivos en IHQ y 3 negativos.

CONCLUSIONES: Se ha caracterizado a los APs desde una perspectiva clinicopatológica y molecular, confirmando su naturaleza benigna y baja recurrencia. El análisis FISH identificó la fusión NAB2::STAT6 en un subgrupo de casos, sugiriendo una posible relación TFS, ya que la mayoría presentó expresión de STAT6 en IHQ. En contraste, los casos negativos para la traslocación parecen representar APs verdaderos, sin vínculo con el TFS. La coexistencia de casos STAT6 negativos con ruptura del gen en FISH indica la posible existencia de subtipos dentro de los AP o que la diferenciación entre ambas entidades aún no está clara. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios con más casos y análisis complementarios para determinar si los AP son una entidad independiente o parte del espectro de los TFS.

SARCOMA DE EWING DE LOCALIZACIÓN PLEURAL: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

Garzón Prieto, Belén; Herrero Casado, Samuel; Montero Mateos, Enrique; Marcilla Plaza, David; Millán Ortega, Irene; Navas García, Natalia; Meléndez Guerrero, Blas; Ramos Mejido, Susana; Díaz Estrade, Beatriz; García Rojo, Marcial

Presentador: Garzón Prieto, Belén

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo maligno más frecuente en niños y adolescentes, perteneciendo al grupo de tumores de "células pequeñas, redondas y azules". Su presentación extraósea es extremadamente rara, representando menos del 1% de los sarcomas y con una distribución anatómica variable. En pacientes de edad avanzada, la incidencia es aún más inusual, lo que dificulta su diagnóstico y manejo. Presentamos un caso excepcional, tanto por su localización pleural como por la edad de la paciente, que subraya la importancia de la correlación inmunohistoquímica y molecular en el diagnóstico de estas neoplasias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 82 años con antecedente de linfoma B difuso de células grandes diagnosticado en 2016, que ingresa por tos y disnea. Las pruebas radiológicas evidencian un derrame pleural asociado a múltiples nódulos pleurales. Se realiza biopsia de las lesiones ante la sospecha de recidiva del linfoma, seguida de estudio histológico, inmunohistoquímico y análisis molecular mediante FISH para reordenamiento genético.

RESULTADOS: El estudio histológico mostró una proliferación de células pequeñas y redondas con escaso citoplasma y disposición levemente angiocéntrica. El extenso panel inmunohistoquímico realizado resultó negativo para marcadores epiteliales, linfoides y melanocíticos, descartando entidades como una recidiva del linfoma, mesotelioma, tumor neuroendocrino, neoplasia de origen ovárico o tumor fibroso solitario. Se observó, sin embargo, positividad difusa e intensa para vimentina, CD99, NKX2.2 y FLI1, hallazgos compatibles con un sarcoma de Ewing extraóseo. El análisis molecular confirmó la presencia de un reordenamiento del gen EWSR1, confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIONES: Este caso destaca la importancia de una aproximación diagnóstica integral que combine inmunohistoquímica y estudios moleculares en neoplasias pleurales atípicas. La detección del reordenamiento del gen EWSR1 resultó clave para establecer el diagnóstico de sarcoma de Ewing extraóseo, diferenciándolo de otras entidades malignas, especialmente en una paciente con antecedentes oncológicos. La integración de técnicas avanzadas es fundamental para optimizar la precisión diagnóstica y la toma de decisiones terapéuticas en contextos clínicos desafiantes.

Patología Pulmonar 1460

ENFERMEDADES PULMONARES POR EXPOSICIÓN DESCUBIERTAS ACCIDENTALMENTE. UN ESTUDIO SOBRE 64 CASOS

Gomez Roman, Jose Javier; Zabaleta Sánchez, Maria; Freire Salinas, Francisco Javier
Presentador: Gómez Román, José Javier

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares por exposición a agentes inhalados constituyen un grupo de enfermedades profesionales, prevenibles, causadas por la inhalación de polvos orgánicos e inorgánicos, y clasificadas según dicho agente.

a pesar de las medidas de protección, La cifra de pacientes afectados sigue siendo muy elevada aunque probablemente esté incluso infraestimada.

Actualmente el tratamiento se encuentra muy limitado una vez alcanzado el estadio fibrótico, con la única alternativa del trasplante pulmonar en estadios terminales.

Estos pacientes tienen una componente por otro lado social ya que si se diagnostican adecuadamente son subsidiarios de recibir una contraprestación por parte de la empresa o del estado al tratarse en gran medida de patologías laborales. Nuestra labor como patólogos es fundamental ya que en nuestros diagnósticos debe quedar claramente establecida la presencia de elementos extraños y la respuesta del organismo ante ellos

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo conformado por 64 pacientes diagnosticados de neumoconiosis de forma incidental mediante biopsia o análisis de piezas quirúrgicas de pacientes sin sospecha diagnóstica clínica inicial intervenidos quirúrgicamente por otras causas. Los casos se recopilaron entre el 9 de Enero del 2020 y el 25 de Septiembre del 2023. Se recogieron datos referentes a la actividad profesional o exposición ambiental tal y como se exponían en las historias clínicas electrónicas y los informes clínicos correspondientes

RESULTADOS: Los pacientes fueron diagnosticados mayoritariamente de neumoconiosis mixta por polvo de carbón y silicatos, predominando el sexo masculino, con una media de edad de 69 años.

El 62,5% mostraban información adecuada recogida en las historias y se dedicaban a la construcción.

El 54,6% de los pacientes presentaban síntomas respiratorios, que eran atribuidos en general a EPOC.

En el 25% de los pacientes no aparecía reflejado en la historia clínica ningún dato acerca de la profesión o una exposición ambiental o laboral.

El 78% de los pacientes se diagnosticaron en estadio macular o nodular, y un 22% en estadio de Fibrosis masiva progresiva

CONCLUSIONES: Es preciso concienciar al personal sanitario de la importancia de realizar una buena historia clínica, incluyendo el ámbito laboral y ambiental del paciente.

El objetivo de identificar neumoconiosis en etapas tempranas, pasa por su conocimiento ya que se encuentran infradiagnosticadas en el ámbito médico por parte del neumólogo, el especialista de atención primaria y muchas veces del patólogo.

Es muy importante examinar las zonas no neoplásicas en los pacientes con resección pulmonar por cáncer porque existen numerosas lesiones que deben ser diagnosticadas.

la importancia de nuestros diagnósticos alcanza repercusiones sociales para estos enfermos y sus familias

Patología Pulmonar 1494

MUJER DE 64 AÑOS CON UN TUMOR INUSUAL, UN RETO PARA LA BIOPSIA DIAGNÓSTICA.

Ortega Pinto, Eugenia Isabel De La Milagrosa; Revilla Sánchez, Enrique; Prados Villanueva, Carlos; Jiménez Almonacid, Justino; Ruano Domínguez, Yolanda; Enguita De Valls, Ana Belen
Presentador: Ortega Pinto, Eugenia Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma hialinizante de células claras (HCCC) primario de pulmón es una neoplasia extremadamente infrecuente, con menos de 15 casos reportados en la literatura. Suele localizarse en las vías respiratorias centrales a nivel bronquial. Los pocos casos descritos muestran un curso indolente, sin relación aparente con el tabaquismo, y con la resección quirúrgica como tratamiento de elección.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 64 años, no fumadora, en quien se detectó, durante un control rutinario con su médico de atención primaria, una opacidad subpleural de 20 mm de diámetro en el lóbulo superior izquierdo (LSI), predominantemente en vidrio deslustrado y de contorno irregular, junto con una adenopatía perihiliar izquierda de 18 x 12 mm. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una ecobroncoscopia (EBUS) dirigida a la adenopatía.

RESULTADOS: En los extendidos citológicos se apreció un marcado artefacto de desecación, con numerosos grupos y placas de células epiteliales unidos por pequeños istmos. Dichas células presentaban una disposición tridimensional y morfología columnar, con núcleos redondos a ovoides y sin atipia citológica de alto grado. En algunos de los grupos se observaron células mucoscretoras. No se identificaron de manera clara cilios ni barra terminal, y se describió la presencia de muy escasos linfocitos maduros.El estudio inmunocitoquímico evidenció diferenciación escamosa en los grupos atípicos (CK5/6+, p40+ focal). Se solicitó la prueba de hibridación in situ fluorescente (FISH) para MAML2, cuyo resultado fue no valorable. En vista de estos hallazgos, se procedió a realizar una biopsia bronquial de la lesión.Los cortes histológicos mostraron fragmentos de pared bronquial; en dos de ellos se identificaron células de tamaño intermedio, con citoplasma eosinófilo claro y morfología monótona, organizadas en nidos sobre un estroma fibroso. No se observaron necrosis ni mitosis en el material analizado.El estudio inmunohistoquímico fue negativo para TTF1 y positivo para P40. Asimismo, se llevó a cabo NGS, que demostró la fusión EWSR1-ATF1. Con estos datos se estableció el diagnóstico de carcinoma hialinizante de células claras (HCCC). Una vez confirmado, se practicó una neumonectomía con intención curativa.

CONCLUSIONES: El carcinoma hialinizante de células claras de pulmón es una neoplasia maligna de bajo grado, con un curso clínico indolente y una frecuencia de presentación sumamente baja. Su diagnóstico depende de la correlación integral de los hallazgos citológicos, histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares. Esta entidad puede confundirse fácilmente, en especial en biopsias escasamente representativas, con el carcinoma escamoso, uno de sus principales diagnósticos diferenciales. Es fundamental subrayar que el pronóstico difiere de manera notable: mientras el carcinoma escamoso tiende a mostrar una evolución agresiva y peor pronóstico, el HCCC suele comportarse de forma más benigna. Por consiguiente, la identificación precisa y temprana es crucial para un manejo óptimo y una mejoría en el desenlace clínico de los pacientes.

EVALUACIÓN HISTOLÓGICA DE LA RESPUESTA A DISTINTOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO

Díaz Del Arco, Cristina; Caballero González, Paula; Ortega Medina, Luis; Velasco Barrientos, Ruth; Aguado De La Rosa, Carlos; Fernández Martín, Elena; Saiz-Pardo Sanz, Melchor
Presentador: Díaz DEL Arco, Cristina

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS S^o ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, el tratamiento neoadyuvante ha cobrado relevancia en el cáncer de pulmón no microcítico (CNCP) localmente avanzado y potencialmente resecable, utilizando quimioterapia (QT) o QT-radioterapia (QT-RT). Además, la combinación de QT e inmunoterapia (QT-IT) neoadyuvante está siendo evaluada en pacientes seleccionados. Sin embargo, los estudios sobre la respuesta histológica a estos tratamientos siguen siendo limitados.

El objetivo de este estudio es describir los hallazgos microscópicos en CNCP tratados con neoadyuvancia y comparar preliminarmente los efectos histológicos de distintas estrategias terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo en pacientes con CNCP operados entre 2019 y 2023 tras tratamiento neoadyuvante. Se incluyeron 24 casos: 12 tratados con QT (dos con QT-RT) y 12 con QT-IT (procedentes de ensayos clínicos fase III). Se excluyeron pacientes con alteraciones genéticas diana de terapias específicas. Se recopilaron datos clínicos y se analizaron las características microscópicas en las piezas de resección postneoadyuvancia siguiendo un protocolo predefinido. Se evaluaron la celularidad tumoral residual (CTR), las características del lecho tumoral y del área peritumoral. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 65 años. Los tumores se localizaron mayoritariamente en el lóbulo superior derecho (41,7%) y fueron predominantemente escamosos (54,2%). Se realizó lobectomía en el 75% de los casos. En la serie completa, el porcentaje medio de CTR fue del 28%, el de necrosis en el lecho tumoral del 13,3% y el de componente estromal del 58,7%, subdividido en fibrosis (22%), degeneración elástica (32,5%) e inflamación (28,1%). Se identificó una media de 22 vasos en 10 campos de gran aumento. El 41,7% de los casos presentó una CTR menor o igual al 10%. Tras el tratamiento, la mayoría se encontraba en estadio ypT1 (46,4%) e ypN0 (62,5%). Se halló una relación significativa entre la CTR y el tipo de neoadyuvancia ($p=0,026$), el estadio ypT e ypN ($p=0,02$ y $p=0,001$), el número de ganglios linfáticos afectados tras la cirugía ($p=0,014$) y el porcentaje de estroma en el lecho tumoral ($p<0,001$). Comparando los grupos QT, QT-IT y QT-RT, se observaron diferencias significativas en la CTR (menor en QT-IT), necrosis tumoral (mayor en QT-RT) y en el porcentaje de estroma y degeneración elástica (mayor en QT-IT). La relación entre el tipo de tratamiento y el estadio ypN mostró tendencia a la significación ($p=0,058$).

Al agrupar los pacientes en dos brazos (QT/QT-RT vs. QT-IT), se confirmaron diferencias significativas en la CTR (menor en QT-IT), el porcentaje de estroma y degeneración elástica (mayor en QT-IT), y una tendencia a la significación en el número de ganglios linfáticos afectados postratamiento (menor en QT-IT). No se observaron diferencias en los cambios del área peritumoral entre los distintos tratamientos.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos sugieren que la QT-IT se asocia con una mejor respuesta tumoral y que los diferentes esquemas de neoadyuvancia inducen respuestas histológicas distintas en el lecho tumoral. Además, los tratamientos generan modificaciones en el área peritumoral, sin diferencias significativas entre ellos. Finalmente, la QT-IT podría estar relacionada con un mejor estadio ganglionar posquirúrgico. Debido a las diferencias observadas, se recomienda realizar estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

RELEVANCIA DE LA SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE ALTERACIONES MOLECULARES EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO

Díaz Del Arco, Cristina; Román García, Óscar; Ortega Medina, Luis; Antónanzas Basa, Mónica; Díaz Suárez, María Pilar; Saez Rodríguez, Mamen; García Martínez, Ricardo; Saiz-Pardo Sanz, Melchor

Presentador: Díaz Del Arco, Cristina

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS S^o ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma no microcítico de pulmón (CNCP) es el subtipo más frecuente de cáncer pulmonar. Aunque el desarrollo de terapias dirigidas ha mejorado el pronóstico de estos pacientes, un porcentaje considerable no presenta dianas terapéuticas detectables en los estudios moleculares de rutina. Nuestro objetivo fue analizar las alteraciones moleculares más frecuentes en estudios de secuenciación de nueva generación (NGS) en tejido de pacientes con CNCP sin alteraciones en los marcadores moleculares convencionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron pacientes con CNCP en estadio IV diagnosticados entre 2016 y 2024. Se seleccionaron los casos en los que se realizaron, en muestras de tejido, estudios moleculares de rutina (EGFR, ALK y ROS1) con resultado negativo y posteriormente técnica de NGS mediante la plataforma FoundationOne CDx. Se recopilaron datos clínicos, histológicos y moleculares, realizándose análisis estadístico con SPSS para Windows.

RESULTADOS: Se incluyeron 17 pacientes, el 53% hombres, con una edad media de 64 años. El 64,7% eran exfumadores y el 17,6% fumadores activos. En cuanto a la histología, el 88,2% de casos (15/17) se correspondieron con adenocarcinomas, siendo los dos casos restantes un carcinoma sarcomatoide y un carcinoma neuroendocrino de célula grande. El análisis por NGS identificó alteraciones moleculares en el 100% de los tumores, con un mínimo de 3 y un máximo de 10 por paciente, afectando a un total de 45 genes. La mayoría de estos genes desempeñaban funciones clave en la regulación del ADN/ARN (15/46, 32,6%) o en la transducción de señales y el ciclo celular (15/46, 32,6%). Menos del 10% de los genes identificados cumplían otras funciones, como supresión tumoral, codificación de factores de transcripción o receptores de membrana. Considerando el conjunto de pacientes, el 94,1% (16/17) presentó alteraciones en genes involucrados en el procesamiento del ADN/ARN, siendo la más frecuente la mutación de TP53 (13/17, 76,5%). Destacaron también las alteraciones en los genes de la familia FGF (amplificaciones y mutaciones, 6/17, 35,3%), mutaciones de ARID1A (4/17, 23,5%), mutaciones y deleciones de RBL (3/17, 17,6%), amplificaciones de RICTOR (3/17, 17,6%) y KDM5A (2/17, 11,8%), amplificaciones y mutaciones de HER2 (3/17, 17,6%), mutaciones de STK11 (3/17, 17,6%), G12C de KRAS (2/17, 11,8%) y del promotor de TERT (2/17, 11,8%). Todos los tumores analizados fueron estables y la carga mutacional media fue de 9 mutaciones por megabase, con un rango de 0 a 23. No se halló una relación estadísticamente significativa entre las alteraciones moleculares identificadas y los factores clinicopatológicos evaluados.

CONCLUSIONES: El análisis mediante NGS permite identificar alteraciones moleculares no detectables con los paneles convencionales, lo que respalda su implementación sistemática en pacientes con CNCP. Nuestros hallazgos subrayan el papel clave de los genes implicados en la regulación del ADN/ARN y el ciclo celular en la patogénesis del CNCP. Algunas de estas alteraciones, como la mutación de TP53, tienen relevancia pronóstica, aunque actualmente solo la mutación KRAS G12C y las amplificaciones de HER2 cuentan con tratamientos aprobados por la FDA. El desarrollo de terapias dirigidas frente a genes recurrentemente alterados en nuestra serie, como TP53, la familia FGF, ARID1A o RICTOR, representa una oportunidad clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

MICROLITIASIS ALVEOLAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tirado Pascual, Mónica; Flórez Rial, María Del Pino; Rodríguez Moncada, Juan Sebastián; Parmeggiani Bermejo, Sofía; Santana Ramos, Marina Alejandra; González García, Jesús
Presentador: Tirado Pascual, Mónica

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (HRUM). IBIMA PLATAFORMA BIONAND.

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La microlitiasis alveolar es una enfermedad autosómica recesiva que consiste en el acúmulo de microlitos de fósforo y calcio en el espacio alveolar. Se ha asociado con una mutación en el gen SLC34A2 que codifica un co-transportador de sodio-fosfato. Es característica su disociación clínico-radiológica: pacientes clínicamente asintomáticos con hallazgos llamativos en la radiología. Presentamos un caso clínico diagnosticado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un varón de 23 años con episodios de tos persistente y mucosidad de dos años de evolución. Además, presenta con frecuencia hematuria y hemospermia. No tiene antecedentes familiares de problemas respiratorios.

En TC de tórax, destacaba la presencia de calcificaciones lineales en pericardio posterior y adyacente a cisura derecha en parénquima del lóbulo medio, así como engrosamiento difuso septal de predominio en lóbulos inferiores, presente en Rx de tórax previas. Fue valorado en el comité de enfermedades intersticiales pulmonares y se decidió biopsia pulmonar mediante videotoracoscopia.

RESULTADOS: Se realizaron dos biopsias pulmonares de lingula y de lóbulo inferior izquierdo, con histología superponible. A pequeño aumento, se observó la arquitectura pulmonar característica con espacios aireados y delimitados por septos alveolares finos, muy escasa fibrosis de las paredes alveolares y un discreto infiltrado inflamatorio crónico. Destacó la presencia de un material basófilo y amorfo en algunos espacios alveolares, algunos laminados y otros con material calcificado. La mayoría de esas calcificaciones asociaban células gigantes que tapizaban la pared alveolar. Con la técnica histológica de PAS se realizaron estas calcificaciones (PAS positivas). El diagnóstico fue compatible con microlitiasis alveolar pulmonar.

Ante los datos de la biopsia, se solicitó estudio del gen SLC34A2 para consejo genético (pendiente). Actualmente, el paciente hace vida activa y deporte, sin limitación a nivel respiratorio. Se está haciendo seguimiento con densitometrías de control y dieta baja en fósforo.

CONCLUSIONES: La clínica suele ser inespecífica pero las imágenes radiológicas orientan hacia enfermedad intersticial. El diagnóstico diferencial de la microlitiasis alveolar incluye enfermedades de depósito, Nieman-Pick, tuberculosis, amiloidosis o sarcoidosis.

El trasplante pulmonar es, de momento, el único tratamiento eficaz pero el descubrimiento de una mutación causante de esta patología abre nuevas opciones de tratamiento. El diagnóstico debe incluir un estudio familiar dado el origen genético.

REPORTE DE TRES CASOS DE AMILOIDOSIS NODULAR PULMONAR EN PACIENTES EN ESTUDIO POR NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

Petrino, María Mercedes; Andrade Restrepo, Jerónimo; Hincapié Baena, Vanessa; García Fernández, Eugenia; Regojo Zapata, Rita María; Esteban Rodríguez, María Isabel
Presentador: Petrino, María Mercedes

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis nodular pulmonar (ANP) es una entidad infrecuente que suele detectarse de manera incidental en estudios de imagen, en forma de nódulos pulmonares únicos o múltiples. Constituye una forma localizada de amiloidosis AL que, a diferencia de la amiloidosis pulmonar septal difusa, no suele presentar afectación sistémica. A nivel histopatológico es importante hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades que causan depósitos de material hialino acelular como la enfermedad por depósito de cadenas ligeras pulmonar y el granuloma pulmonar hialinizante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda por código de diagnóstico de los casos diagnosticados de ANP en la base de datos del servicio de anatomía patológica de nuestro centro, abarcando el periodo comprendido entre los años 2014 y 2025. Se revisaron las preparaciones histológicas e inmunohistoquímicas (IHQ), los estudios radiológicos y la historia clínica de los pacientes. Adicionalmente, se efectuó estudio de espectrometría de masas.

RESULTADOS: Como resultado de la búsqueda se identificaron tres casos, correspondientes a tres pacientes de sexo masculino, mayores de 75 años, exfumadores, que presentaron como hallazgo incidental un nódulo pulmonar solitario, subpleural, con hipercaptación en PET-TAC. En dos de los casos se realizó PAAF prequirúrgica, con hallazgo de material proteináceo acelular en uno de ellos, e infiltrado inflamatorio de histiocitos y células gigantes multinucleadas en el otro. Los tres pacientes fueron sometidos a cirugía, y tanto en el estudio intraoperatorio en congelación, como en el análisis definitivo del material fijado en formol e incluido en parafina, se observó una lesión nodular compuesta por un material eosinófilo, amorfo y acelular, rodeado por un infiltrado linfoplasmocitario sin atipia, con células gigantes multinucleadas y focos de metaplasia ósea. Con la tinción con Rojo Congo se observó birrefringencia color verde manzana en el microscopio de luz polarizada. Mediante IHQ, el material fue negativo para amiloide AA y conservó la birrefringencia verde manzana tras la tinción con Rojo Congo-Permanganato. No se observaron depósitos de amiloide a nivel perivascular ni septal. Ninguno de los pacientes mostró alteraciones en la función renal, presencia de cadenas ligeras en orina ni pico monoclonal sérico.

CONCLUSIONES: En presencia de un nódulo pulmonar no neoplásico compuesto por un material eosinófilo, amorfo y acelular, los principales diagnósticos diferenciales incluyen la ANP, la enfermedad por depósito de cadenas ligeras pulmonar y el granuloma pulmonar hialinizante. La enfermedad por cadenas ligeras se distingue de la ANP por la ausencia de birrefringencia verde manzana en luz polarizada tras la tinción con Rojo Congo. El granuloma pulmonar hialinizante, aunque puede mostrar birrefringencia positiva con Rojo Congo, a diferencia de la ANP, está constituido por haces de colágeno dispuestos en láminas o remolinos, sin células gigantes multinucleadas ni metaplasia ósea.

Patología Pulmonar

1671

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PULMÓN DE NUESTRO CENTRO: REPERCUSIÓN DE LA INMUNOTERAPIA

Hermida Romero, María Teresa; Escalona Canal, María Eugenia; Rodríguez López, Antia; Álvarez Rodríguez, Mónica; Álvarez Rodríguez, Roberto; Pombo Otero, Jorge; Vázquez Costa, Cristina; Tovar Durán, Héctor; Suñez Hernández, Jorge; Concha López, Angel

Presentador: Hermida Romero, María Teresa

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA . HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón localmente avanzado pero potencialmente resecable, representa un desafío para los equipos multidisciplinares. Diversos ensayos clínicos han explorado combinaciones de tratamientos neoadyuvantes con inclusión de la inmunoterapia, mostrando resultados prometedores en términos de supervivencia. El Colegio Americano de Patólogos ha establecido directrices para la evaluación anatomopatológica homogénea de las piezas quirúrgicas tras neoadyuvancia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recogimos de forma retrospectiva las piezas quirúrgicas de cáncer de pulmón tras neoadyuvancia, con o sin inmunoterapia, en el periodo entre Junio de 2021 y Enero de 2025 intervenidas en nuestro centro. Analizamos la respuesta patológica siguiendo las directrices del Colegio Americano de Patólogos. La expresión de PDL1 la valoramos con el Ac Sp263 en la biopsia diagnóstica. Recogimos otros datos como son la presencia de mutaciones propias del cáncer de pulmón, en las piezas resecadas.

RESULTADOS: Incluimos 83 pacientes (27 mujeres y 56 hombres). La estirpe más frecuente fue el adenocarcinoma con 44 casos y el estadio más frecuente fue el IIIA. 22 casos de los 83 tuvieron una respuesta patológica completa; 10 fueron adenocarcinomas, 10 escamosos y 2 tipo NOS. La presencia de estroma (fibrosis más inflamación) fue el hallazgo patológico más frecuente en el total de casos. De los 22 pacientes con respuesta completa, 20 habían recibido tratamiento combinado de quimioterapia con inmunoterapia. La expresión de PDL1 media fue mayor en éstos 22 casos que en los 61 restantes con peor respuesta patológica. De total de los 83 pacientes, 15 presentaban alguna mutación, siendo la más frecuente la del gen KRAS y finalmente, 16 de los 22 casos con respuesta patológica completa fueron intervenidos en 2024.

CONCLUSIONES: Todos los casos con respuesta patológica completa, incluían inmunoterapia en el tratamiento neoadyuvante y mostraron mayor expresión de PDL-1 en la biopsia diagnóstica. No hay diferencia numérica entre los casos con respuesta patológica completa y la estirpe del tumor, siendo la expresión de PDL1 la determinante en nuestra serie para predecir una mejor respuesta patológica.

Patología Pulmonar

1491

UTILIDAD CLÍNICA DE LA BIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN EL PACIENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA: EL VALOR DEL PATÓLOGO

Naharro Gascon, María Jose; Arbat , Julieta Romina; Boris Bermeo, Carolina Karen; Burch Nchama, Elisabeth; Sanchis Pascual, Juana; Requena García, María Consuelo; Sanchez Galarza, Yolanda; Rojas Ferrer, Nohelia; Peláez Malagón, Stella; Pérez-Ebri , María Luisa; Martínez Moragon, Eva

Presentador: Naharro Gascón, María Jose

HOSPITAL DOCTOR PESET

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La biopsia transbronquial mediante broncoscopia puede ser una herramienta valiosa en los pacientes con asma grave no controlada, en particular para estudiar las patologías subyacentes y a evaluar el remodelado bronquial e inflamación eosinofílica tisular. El estudio histopatológico protocolizado añade valor a la caracterización del fenotipo del asma de los pacientes, más allá del recuento de eosinófilos en sangre.

Este estudio describe las alteraciones histológicas relacionadas con el remodelamiento de la vía aérea en biopsias procedentes de pacientes con diagnóstico de asma grave no controlada, mediante la utilización de un protocolo estandarizado de fácil aplicación, y su relevancia en el manejo clínico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye biopsias bronquiales recibidas durante el año 2024 en el servicio de Anatomía Patológica, realizadas por la Unidad de Asma del servicio de Neumología mediante broncoscopia. Los criterios de inclusión en el estudio con fenotipaje de asma grave no controlada, exclusión de comorbilidades o valoración en respuesta inadecuada al tratamiento biológico.

La evaluación histopatológica se realiza mediante el estudio de cada muestra con las tinciones de Hematoxilina-Eosina, PAS y Tricrómico de Masson, así como realización de técnicas inmunohistoquímicas adicionales para clasificación de la inflamación tisular (CD4, CD8 y c-kit CD117).

Se aplica un protocolo modificado validado (Cosío B. et al), que incluye valoración de recuento de eosinófilos y neutrófilos en submucosa y a nivel epitelial, hiperplasia de células caliciformes, denudación epitelial, engrosamiento de la membrana basal, hiperplasia de músculo liso, hiperplasia de glándulas mucosas, metaplasia y displasia epitelial y proliferación vascular.

Como modificación, evaluamos la distribución de las poblaciones linfocitarias CD4 y CD8, tanto a nivel submucoso como su comportamiento a nivel intraepitelial, así como recuento de mastocitos.

El protocolo evalúa un total de 10 ítems, a cada uno de los cuales se le atribuye una puntuación, obteniendo una puntuación final total (Score).

RESULTADOS: Se analizaron 26 biopsias bronquiales obtenidas en 2024. Un 20% mostró infiltrado eosinofílico severo en la submucosa (>20 células por campo de gran aumento [CGA]), mientras que el 65% presentó infiltrado escaso (1-5 células por CGA). En 4 casos con eosinofilia submucosa (>3 eosinófilos por CGA), se inició terapia con biológicos, independientemente del recuento de eosinófilos en sangre periférica. La inflamación neutrofílica submucosa fue leve (3-10 células por CGA) en el 41% de los casos.

Todos los pacientes presentaron denudación epitelial, extensa en el 77% de ellos. El engrosamiento de la membrana basal se observó en un 85%, la proliferación vascular submucosa en un 97% y la hiperplasia del músculo liso en un 89%. La metaplasia escamosa estuvo presente en el 26% de las muestras, con un caso de displasia moderada (3%).

CONCLUSIONES: Los hallazgos refuerzan la utilidad de la biopsia transbronquial en el manejo del asma grave no controlada, proporcionando información adicional sobre el remodelamiento bronquial y permitiendo la identificación de candidatos para terapia biológica, más allá del recuento de eosinófilos en sangre. Se subraya la necesidad de establecer protocolos estandarizados para evaluar las alteraciones histopatológicas en esta patología.

DETERMINACIÓN DE MACRÓFAGOS CARGADOS DE LÍPIDOS MEDIANTE LA TÉCNICA DEL OILRED EN EL ESTUDIO DEL ASMA INFANTIL

Perez Saura, Irene; Pérez Parra, Victoria; Morales Suarez, Nuria; Fernández Valera, Africa; Valia Guerra, Miguel; Martínez Egea, Vanesa; García García, Sandra; Pedreño García, Jose Francisco; Capozzi , Claudia Alejandra; Ortiz Gonzalez, Ana; López Peña, Carmen
Presentador: Pérez Saura, Irene

HOSPITAL UNIV. SANTA LUCIA, Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El asma infantil es una patología común en edad pediátrica y es una de las primeras causas de visitas a urgencias y de ingresos hospitalarios. En una crisis asmática las vías respiratorias se inflaman produciendo un estrechamiento de la vía aérea y una consecuente sensación de falta de aire. Estos síntomas responden a desencadenantes como alérgenos, químicos ambientales, prácticas deportivas ,RGE, emociones fuertes o infecciones respiratorias. El diagnóstico del asma se sospecha en casos de disnea, fatiga, sibilancias, opresión torácica y tos, éstos son predominantemente nocturnos y estacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: En ocasiones el asma puede resultar de difícil control incluso con tratamiento, en éste caso se considera "ACD". Se sospecha que puede estar causado por enfermedad por reflujo gastroesofágico ya que éstas patologías suelen manifestarse a menudo combinadas. Por otra parte, el RGE es muy frecuente en edad pediátrica con una incidencia de un 18%. Una de las opciones diagnósticas ante ésta clínica es una broncoscopia, el acceso a las vías aérea bajas permite la visualización y la toma de muestras para el estudio histológico. La muestra de elección es un broncoaspirado (BAS) sobre el que se hará la técnica del OIL RED para visualizar macrófagos cargados de lípidos.

El OIL RED, también conocido como Rojo Sudán, es una técnica que se basa en un lipocromo y un colorante azoico y se usa para visualizar triglicéridos. El oil red tiñe selectivamente los lípidos celulares y la hematoxilina tiñe los núcleos. Cuando los BAS llegan al laboratorio de AP recepcionamos la muestra, comprobamos datos clínicos y empezamos con el proceso. Primero centrifugamos 3 min a 800 rpm, decantamos y tomamos una gota de la muestra que extenderemos sobre tres cristales. Fijamos la muestra con vapores de formol para evitar disolver los depósitos de grasa, y una vez fijado empezamos con la tinción, en nuestro caso es manual y dura unas 2h.

El Diagnóstico de éstas muestras se basa en el conteo de los lípidos que muestran los macrófagos, el método de cuantificación fue descrito por Colombo y Hallberg donde se evalúan un total de 100 macrófagos en cada cristal y se divide en 5 grupos: Tipo 0: Ausencia de Lípidos, Tipo 1: los lípidos ocupan 25% de la superficie del citoplasma, Tipo 2: Ocupan el 50%, Tipo 3: Ocupan el 75%, y Tipo 4: Los lípidos ocupan la totalidad del citoplasma de macrófago. La puntuación obtenida oscila entre 0 y 400 y se estableció como indicativo de aspiración pulmonar un valor de 85 IMCL o superior.

RESULTADOS: En nuestro hospital procesamos una media de unas 12 muestras anuales procedentes de pacientes pediátricos con asma de difícil control. La Técnica del OilRed diferencia cuales de ellos tienen asociado a su patología un RGE que empeora las crisis asmáticas y dificulta su tratamiento. Este hallazgo cambia la actitud terapéutica enfocando el tratamiento a controlar el reflujo. Como primera línea de tratamiento se proponen d cambios en el estilo de vida como son: mantener un peso saludable, elevar la cabecera de la cama y evitar alimentos como grasas, cafeína o chocolate. También se recomienda medicación suave como ejemplo los inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES: La incorporación de ésta técnica simple y habitual en el laboratorio de AP agiliza y facilita el diagnóstico de éstos pacientes y favorece una adecuada elección del tratamiento y permite una optimización de los recursos y una mejora de la calidad de vida del paciente.

CÓMO ENFRENTARSE AL RECHAZO AGUDO CELULAR PULMONAR A1

Daoud , Mehdi; Gómez Román, José Javier; Moreno Avalos, Elba
Presentador: Daoud , Mehdi

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El trasplante de pulmones es el tratamiento utilizado en pacientes con una enfermedad respiratoria crónica severa, sin opción de tratamiento alternativo. Una de las complicaciones iniciales es el rechazo agudo celular, que es mediado por células monomorfas (principalmente linfocitos T). La gravedad y la frecuencia de estos episodios de rechazo implican un mayor riesgo de desarrollar un rechazo crónico a posteriori. Para evaluar el rechazo del injerto, se lleva a cabo una broncoscopia con biopsia transbronquial a las tres semanas tras el trasplante y, dependiendo de las características anatomopatológicas, lo clasificaremos según la más reciente revisión de ISHLT. Normalmente, la aproximación terapéutica en casos de rechazo agudo del trasplante pulmonar consiste en administrar a los pacientes dosis elevadas de corticoides si muestran grados histológicos iguales o superiores a A2. No hay consenso sobre la urgencia de tratar a los pacientes con rechazo agudo celular de grado A1. Actualmente no existe un consenso para el tratamiento de los rechazos celulares agudo de bajo grado A1. Las opciones terapéuticas incluyen el mantenimiento del tratamiento supresor estándar, el aumento de las dosis de corticoides orales y/o el uso de bolos de corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de todas las biopsias pulmonares transbronquiales que fueron tomadas en el HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) de 3 años recopilando 415 muestras. De ellas se seleccionaron las correspondientes a pacientes trasplantados de pulmón (260 biopsias)

De las 260 biopsias transbronquiales de pacientes con trasplante de pulmón, sólo 13 tienen un diagnóstico de Rechazo agudo celular grado A1 de la WF de la ISHLT esto supone un 5% del total de las biopsias de pacientes trasplantados. Se realizó la revisión de las historias clínicas, tipo de tratamiento y evolución del rechazo agudo celular grado A1.

RESULTADOS: En el tratamiento el tratamiento inmunosupresor convencional post-trasplante se administra con tacrólimus, ajustando sus dosis, micofenolato de mofetilo y prednisona, además de azitromicina como inmunomodulador, y profilaxis anti-infecciosa. Ante el diagnóstico anatomopatológico de rechazo celular grado A1 de la ISHLT, se puede seguir manteniendo el tratamiento inmunosupresor convencional, aumentar las dosis oral de corticoides o administrarlos en bolo. De los 13 pacientes con rechazo celular A1, 5 siguieron manteniendo el tratamiento inmunosupresor convencional, y a los otros 8 se les aumentó las dosis orales de corticoides. En el grupo que mantuvo el tratamiento convencional ninguno presentó ninguna complicación aguda y en el grupo que aumentó las dosis orales de corticoides 7 de los 8 pacientes estaban en resolución salvo una paciente que progresó a un rechazo de mayor grado (A2).

Por lo tanto, ante los resultados obtenidos de estos pacientes, podemos decir que la evolución de los pacientes con rechazo celular tipo A1 es benigna ya que independientemente del ajuste de los esteroides orales ($p= 61,5\% > 5\%$) los pacientes no desarrollan un grado de rechazo mayor.

CONCLUSIONES: En nuestros casos los pacientes diagnosticados de rechazo celular A1 parecen tener la misma evolución independientemente del incremento de dosis de corticosteroides orales al no haber diferencias significativas entre ambos grupos

Patología Pulmonar

1700

ANÁLISIS DEL PERFIL MOLECULAR DEL CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP) EN NUESTRO CENTRO

Fula Cobos, Magda Carolina; Boiza Sánchez, Macarena; Neria Serrano, Fernando; Mármol Fábrega, María Angeles; De León García-Rico, Lucia; Carrillo Pohl, Marcos; Muñoz Fernández, María Angeles; Hernández Suarez, Eduardo; Meizoso Latova, Telma
Presentador: Fula Cobos, Magda Carolina

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón es una de las patologías oncológicas con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial. Tras dos décadas de estudio, los conocimientos sobre biología molecular han mejorado e individualizado el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con CPCNP. Con este trabajo queremos comparar el perfil epidemiológico y molecular de los pacientes con CPCNP de nuestra institución con la literatura actual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han incluido los pacientes con diagnóstico de CPCNP en nuestro centro entre los años 2012 y 2024 y se han analizado sus datos demográficos (sexo, hábito tabáquico, edad al diagnóstico), histológicos (tipo histológico, diagnóstico sobre material de biopsia o citología) y moleculares (análisis de EGFR mediante PCR o NGS, PDL-1 mediante técnicas de inmunotoquímica, determinación de ALK, ROS1, KRAS, MET y RET), así como su periodo de seguimiento y su supervivencia. Con los datos registrados se ha realizado un estudio descriptivo con análisis multivariante.

RESULTADOS: En 12 años se han recogido 356 pacientes, con mediana de edad de 68 años. 286 pacientes eran varones y 70 eran mujeres. Al evaluar tipo histológico el 50,8% fueron adenocarcinomas, un 36,2% fueron carcinomas escamosos y el 12,9% comprendía otros tipos tumorales. El 51,9% de los pacientes eran fumadores al diagnóstico, con un 44,3% de exfumadores y un 3,8% de no fumadores. El 81% de nuestros pacientes presentaban un estadio avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, con 5 veces más riesgo de morir (HR = 5,00; 95% CI: 3,45-7,26; p < 0,001). En cuanto al perfil molecular, 21 pacientes presentaron mutaciones en EGFR, de los cuales el 57,1% fueron exfumadores, el 33,3% fueron no fumadores y el 95,2% presentaron un adenocarcinoma, siendo mucho menos frecuentes en pacientes fumadores y en el tipo histológico carcinoma escamoso. La mutación más frecuente de EGFR fue la delección del exón 19 (61,9%), seguida por la mutación L858R del exón 21 (23,8%) y la inserción en el exón 20 (14,3%), como en otros estudios evaluados. No se encontraron mutaciones en MET y RET. Sólo se encontró un caso con ALK mutado y 3 pacientes con mutaciones en KRAS. El 58% de los pacientes presentaron un PDL-1 positivo, con posibilidad de tratamiento dirigido y cierta relación con la supervivencia (p 0,028).

Al comparar con las series actuales, se cumple la tendencia de un estadio avanzado al momento del diagnóstico y una distribución por tipo histológico similar a la de otros estudios, aunque en nuestra población se observa un bajo porcentaje de mutaciones en EGFR (un 6,6%, comparado con el 25% de otras series) y destaca su prevalencia entre exfumadores. El PDL-1 > 50% parece ser un factor relacionado con la supervivencia, como se ha demostrado en otros estudios.

CONCLUSIONES: Este trabajo nos ayuda a comprender el comportamiento del CPCNP de nuestra población y a evaluar la importancia de las mutaciones presentes, que modifican la supervivencia de los pacientes, con el objetivo de continuar el estudio de estas neoplasias y conseguir un manejo más individualizado.

Patología Pulmonar

1707

MELANOMA PRIMARIO PULMONAR: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Parmeggiani Bermejo, Sofia; Parmeggiani Bermejo, Sofia; Romero Madrid, Beatriz; León Dionis, Mateo; Melgar Melgar, Álvaro; García Aguilera, Ana Isabel; Nieto Vallejo, Sixto Manuel
Presentador: Parmeggiani Bermejo, Sofia

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El melanoma primario pulmonar (MPP) cuenta hasta la fecha con menos de 100 casos publicados, lo cual supone un número muy bajo en comparación con el diagnóstico de melanomas metastásicos (0,01% de todos los tumores pulmonares primarios y 0,4% de todos los melanomas). Las dos teorías más aceptadas del origen de esta neoplasia se basan en la migración de melanocitos durante la embriogénesis y en la proliferación de melanocitos en laringe y esófago.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 79 años sin antecedentes clínicos de interés que en 2021 es derivada a neumología de nuestro centro por disnea de un mes de evolución y ortopnea, por lo que se le realizó una Tomografía Computarizada (TC) que reveló una masa de 44,5 mm en lóbulo inferior izquierdo (LII). Posteriormente, se le realizó una Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT) en la cual se evidenció la lesión pulmonar con conglomerados adenopáticos mediastínicos hipermetabólicos. Se realizó una PAAF histológica de dicha masa en LII.

RESULTADOS: En la PAAF histológica se observó una neoplasia constituida por células epiteloides, dispuestas en sábana con atipia franca, anisonucleosis marcada, inclusiones nucleares, figuras de mitosis y nucleolos prominentes. El estudio inmunohistoquímico (IHQ) reveló positividad para Melan A, Vimentina, S-100, SOX-10, CKIT y Ki 67 (30%) y negatividad para citoqueratinas, marcadores neuroendocrinos y linfoides.

Por ello, se emitió el diagnóstico de "neoplasia maligna indiferenciada con perfil inmunohistoquímico compatible con melanoma maligno" y realizó Idylla para BRAF, el cual detectó mutación en el codón 600 (V600E, V600E2 y V600D).

Tras el resultado se realizó una exploración física completa por el servicio de dermatología, donde no identificaron lesiones pigmentadas en piel ni mucosas.

La paciente recibió tratamiento de inmunoterapia dirigida con dabrafenib + trametinib desde julio del 2021. En octubre del 2024 el TC mostró la desaparición completa de la masa pulmonar y del conglomerado adenopático, encontrándose la paciente asintomática hasta la fecha (febrero de 2025).

CONCLUSIONES: El MPP es muy difícil de diagnosticar, dada su infrecuencia. El análisis inmunohistoquímico (Melan A, S-100, HMB-45, MITF, y SOX-10), histopatológico y la exclusión de otros orígenes constituyen el gold standard del diagnóstico. La supervivencia de estos pacientes es muy pobre, pero existe la posibilidad de tratamiento con inmunoterapia, siendo la base fisiopatológica de esta terapia la inhibición de la vía de señalización MAPK/ERK, la cual está hiperactivada en este tipo de tumores.

LIMITACIONES DEL ANTICUERPO P53 COMO MARCADOR SUBROGADO EN EL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

Espada Bonilla, Abel; Valerdez Menéndez, Nicolás; Arolfo, María Carolina; Sánchez López, Samsara; Delgado García, Mercedes
Presentador: Espada Bonilla, Abel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El gen TP53, conocido como el "guardián del genoma", codifica la proteína p53, que juega un papel crucial en la regulación del ciclo celular, la apoptosis y la reparación del ADN, siendo uno de los genes supresores de tumores más conocido. Las mutaciones en este gen son altamente frecuentes en diversos tipos de cáncer, incluido el cáncer de pulmón, donde se encuentran en una proporción significativa de los casos. A pesar de ello, no parece tener en este órgano la misma trascendencia que se ha observado en otras localizaciones, como el endometrio, en el que forma parte integral de la clasificación molecular.

Para el estudio del TP53, se puede emplear el anticuerpo p53, ampliamente aceptado como marcador subrogado en ciertos tumores del tracto genital femenino. No obstante, esta relación aún no ha sido demostrada en neoplasias pulmonares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo en una serie de 32 pacientes con diagnóstico de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) en los que se detectó mutación en el gen TP53 mediante panel integral de secuenciación OncoPrint Comprehensive Assay (OCA) de ThermoFisher. Posteriormente, se realizó un análisis inmunohistoquímico con el anticuerpo p53 de la plataforma ventana (Roche) para determinar la expresión de este gen.

RESULTADOS: Los pacientes de nuestra cohorte presentaron un rango de edad de 45 a 80 años, con una mediana de 70,5 años. De los 32 pacientes incluidos, 23 (71,87%) eran hombres y 9 (28,12%) mujeres. En cuanto a los diagnósticos histológicos, se identificaron 14 carcinomas de células escamosas (43,75%), 13 adenocarcinomas (40,62%) y 5 carcinomas no microcíticos (15,62%). Al momento del diagnóstico, 25 pacientes (78,12%) se encontraban en un estadio avanzado de la enfermedad.

Respecto a las mutaciones observadas, se detectaron 20 mutaciones missense (62,5%), 7 mutaciones nonsense (21,87%), 3 mutaciones frameshift (9,37%) y 2 mutaciones intrónicas (6,25%). Además, 18 pacientes (56,25%) presentaron al menos una mutación concomitante en otro gen, siendo la alteración más frecuente en el gen KRAS.

Con estos datos hemos realizado diversos estudios estadísticos. Esperaríamos haber encontrado un patrón de inmunoexpresión alterado en todos los casos, pero únicamente 12 de 32 (37,5%) de los mismos han presentado un patrón de inmunoexpresión tipo null o sobreexpresada.

Aún así hemos realizado estudios de correlación mediante test de Chi2, en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el subtipo histológico y el tipo de mutación detectada ($p=0,22$), ni entre el perfil de inmunoexpresión y el tipo de mutación ($p=0,63$). Del mismo modo, no se observaron diferencias significativas entre la presencia de mutaciones concomitantes y el perfil de inmunoexpresión ($p=0,83$), ni entre las mutaciones concomitantes y el tipo de mutación ($p=0,76$).

CONCLUSIONES: Aunque el anticuerpo p53 ha demostrado ser un marcador subrogado útil en tumores del tracto genital femenino, nuestros hallazgos iniciales indican que en los CPNM su capacidad para reflejar de manera consistente la presencia de mutaciones en el gen TP53 es limitada, observándose un patrón de expresión alterado en solo el 37,5% de los casos.

Además, la identificación de mutaciones concomitantes en un gen adicional en más de la mitad de los pacientes resalta la importancia del análisis molecular integral en esta población. El alto porcentaje de diagnósticos en estadios avanzados subraya el papel clave del gen TP53 en la progresión del CPNM.

REVISIÓN DE 22 CASOS DE PATOLOGÍA TÍMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth; Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; García Pérez, Marie Laure; Benito Sánchez, Sonia; Quina Sandoval, Romina Wendy; Cidoncha Pérez, Esther María
Presentador: Del Olmo Morales, Miriam Elizabeth

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El timo es un órgano hematopoyético situado en la cara anterior del mediastino. Está avocado a la involución, por lo que las patologías que lo afectan son raras. Son más comunes en adultos. Los pacientes suelen asociar comorbilidades autoinmunes, siendo la miastenia gravis la más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio estadístico descriptivo, inferencial y retrospectivo de las enfermedades del timo resecaadas desde 2010 hasta 2024, en nuestro hospital (población caucásica). El objetivo era hacer una revisión de estas patologías. Aquellos que se diagnosticaron como "involución tímica" o "sin evidencia de malignidad" fueron englobados dentro de los criterios de exclusión. Empleamos Jamovi como software estadístico para manejar los datos. Las variables que planteamos fueron la edad, el sexo y la malignidad. Hicimos hincapié en los timomas, valorando el tamaño, los tipos y la extensión según el estadio Masaoka-Koga, así como el factor "muerte" y "años de supervivencia".

RESULTADOS: Recopilamos un total de 22 casos, de los cuales fueron 9 hombres y 13 mujeres (H:M; 1:1,4) con edades comprendidas entre 42 y 79 (media: 61 años) y 19 y 74 (media: 54 años), respectivamente. El 45,5% de las lesiones se diagnosticaron como benignas (seis quistes tímicos, un timolipoma, una malformación vascular y dos hiperplasias tímicas) dejando el 54,5% restante como malignas (once timomas y un linfoma folicular clásico).

Respecto a los timomas, el diámetro máximo osciló entre 4 y 170 mm (media: 89,3 mm). En cuanto a los tipos, hubo seis AB, cuatro B1 y un B3. Siguiendo el sistema Masaoka-Koga, siete se clasificaron como I (64%) y los otros cuatro como IIa (9%), IIb (9%), IVa (9%) y IVb (9%) (uno por cada estadio).

De los 11 pacientes, 6 están vivos (54,5%) mientras que los otros 5 perecieron (45,5%). El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el éxitus fue de 5 años, con una desviación típica de 4 años. Los datos recopilados y las curvas de supervivencia indicaron que las mujeres fueron las que más esperanza de vida tienen, ya que, actualmente solo hay 2 varones vivos. Además, las fallecidas murieron por causas ajenas al proceso neoplásico (dos por infección respiratoria y una por pancreatitis), mientras que en los hombres se produjo por la progresión metastásica de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Tras revisar la distribución epidemiológica por edad y sexo, así como la frecuencia de los tipos de timomas y el estadio, determinamos que nuestros datos se correlacionan con la bibliografía de referencia en la población estudiada.

La supervivencia de los pacientes con timomas es muy buena, siendo prácticamente curativa la intervención quirúrgica junto a radioterapia adyuvante, si la resección es completa. Además, el estadio Masaoka-Koga es el factor pronóstico más relevante. Cabe mencionar que otros tumores, menos frecuentes y más agresivos que los descritos, son el carcinoma tímico y las neoplasias neuroendocrinas tímicas.

UN TIMOMA FUERA DE LUGAR

Melguizo García, Verónica; García Pastor, Elena María; Gómez Fernández, Laura; Arranz Salas, Isabel; García Salguero, Ana Isabel; Hierro Martín, María Isabel
Presentador: Melguizo García, Verónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El mediastino es una localización anatómica en la cual podemos encontrar diversos tumores, destacando el linfoma, el teratoma, el tumores tiroideos y timoma. Es por ello que ante biopsias de dicha localización debemos pensar en alguna de estas entidades y establecer un algoritmo diagnóstico adecuado, ya que en muchas ocasiones las biopsias son de pequeño tamaño lo cual dificulta el proceso. A continuación relatamos un caso de una neoplasia mediastínica inesperada por su localización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 70 años con insuficiencia aórtica severa se realiza intervención quirúrgica para sustitución de prótesis aórtica. Durante la cirugía se observó una tumoración pericárdica anterior la cual se resecta manteniendo su cápsula y se envía a anatomía patológica.

RESULTADOS: Macroscópicamente se trataba de una tumoración de 5,6 x 4,2 cm con aspecto fibroadiposo que al corte presentaba parénquima blanquecino de aspecto carnoso heterogéneo. Microscópicamente presentaba arquitectura lobulada separada por bandas fibrosas. Se trata de una neoplasia bien delimitada de arquitectura lobulada separadas por bandas fibrosas. Los lobulillos están formados por frecuentes células poligonales tumorales que se entremezclan con escasos linfocitos con inmunodepresión de TDT y CD1a. Las células tumorales presentaban inmunotinción fuerte y difusa para CKAE1/AE3, CK7, p63 y p40, e inmunotinción negativa para cromogranina, sinaptofisina, STAT6, CD34, estrógenos, progesterona, CDX2, CK20, DOG1, SOX10 y WT-1. Dichos hallazgos son compatibles con timoma que se podría clasificar tipo A remediando un patrón vascular pseudorosetoide que focalmente presentaban empalizada (tipo B3).

CONCLUSIONES: Ante una biopsia mediastínica primero debemos identificar el patrón histológico para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado. En nuestro caso teníamos una proliferación de células epiteliales con escaso componente linfocitario. Ante dichos hallazgos las sospechas clínicas son carcinoma tímico, timoma tipo B3 y carcinoma escamoso. Para ello es importante el uso de la inmunohistoquímica que en casos de biopsias pequeñas puede tener ciertas limitaciones si se agota el tejido. Además en nuestro paciente el timoma era primario intrapericárdico, dado que no tenía afectación del timo, cuya localización es rara y se debe a un arrastre de tejido tímico entre ambas hojas pericárdicas durante el desarrollo embrionario. Los timomas primarios intrapericárdico puede cursar con síntomas congestivos locales secundarios a crecimiento tumoral, diferenciándose de los timomas de origen ortotópico los cuales suelen presentar síndromes paraneoplásicos asociados como la miastenia gravis. El timoma tipo B3 constituye del 16 al 21% de todos los timomas, con una mediana de edad de 55 años con leve predominancia masculina. La supervivencia a los 5 y 10 años tras una resección RO es del 80%, presentando un pronóstico excelente como en el caso de nuestro paciente. Por lo tanto se debe plantear también el tratamiento quirúrgico con objetivo citorrreductor y así favorecer un mejor pronóstico.

HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN EL LÍQUIDO PERICÁRDICO: UN CASO DE METÁSTASIS PULMONAR

Reyes Sanchez, Teresa; Gutierrez Melgarejo, Paola Andrea; Martin Estevez, Elena; Duran Izquierdo, Elena Amalia
Presentador: Reyes Sanchez, Teresa

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón de célula no pequeña es el segundo tumor sólido en frecuencia y el primero en mortalidad a nivel mundial. El lugar de metástasis mas frecuente es el hígado (30%) y el pericardio que nos atañe corresponde con el 10-15 % del total, siendo el pulmonar, el tumor primario mas común que involucra al pericardio. La pericardiocentesis por su parte, es un importante método diagnóstico y terapéutico que conlleva la reducción de la presión intrapericárdica y permite obtener material para evaluación citológica. El diagnóstico de metástasis cardiaca de un carcinoma de pulmón mediante citología es un hallazgo poco frecuente de ahí la presentación de este caso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 37 años, sin antecedentes personales de interés, consulta en neumología por disnea de esfuerzo desde hace meses. TAC tórax: conglomerados mediastínicos, derrame pericárdico y nódulos subpleurales. Pericardiocentesis: Se drenan 1.100 ml que se envían a AP con citología sospechosa. Posteriormente se realiza crioEBUS

RESULTADOS: PERICARDIO (pericardiocentesis): Se objetivan grupos de celularidad de hábito epitelioide, con atipia nuclear moderada-severa, focos de citoplasma microvacuolado que desplazan al núcleo ("pseudoanillo de sello"), calcificaciones tipo psamomatoso y mitosis junto con otros grupos celulares, de características histiocitarias, con atipia moderada. No se identifica población linfoides. IHQ bloque celular: Población de hábito histiocitario: CD68 (+ intenso) y CK7/ Calretinina (+ parcial y difuso), lo cual es concordantes con naturaleza mesotelial/reactiva de la misma. Grupo celular con diferenciación microvacuolada CKPAN/CK7 y TTF (+) y CK20/TIROGLOBULINA/D240/MELAN-A/CDX2/PAX 8/p53/RE (-). ALK (+).
DIAGNOSTICO: EXTENDIDOS SOSPECHOSOS DE NEOPLASIA -ADENOPATIA 4L (BIOPSIA POR CRIOEBUS)
IHQ: CK7/TTF1/napsina (+) y SALL- 4/WT1/CDx2/calcitonina/HER2/OCT- 4/p53/CK20/Tiroglobulina/GATA3 (-)
DETERMINACIÓN DE REORDENAMIENTO ALK: POSITIVO.
DIAGNOSTICO: : TEJIDOS CONJUNTOS CON INFILTRACIÓN POR ADENOCARCINOMA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. La inmunohistoquímica orienta a un origen pulmonar de la neoplasia.

CONCLUSIONES: La evaluación citológica es solo un aspecto del estudio general del líquido pericárdico que junto con el análisis químico y microbiológico, tiene como objetivo principal determinar su etiología. Descartar o confirmar la presencia de malignidad es la principal contribución de la evaluación citológica, puesto que pueden ser múltiples afecciones las causantes del derrame. El diagnóstico citológico en liquido pericárdico es algo poco frecuente, esto se puede deber a que estos líquidos se reciben en menor proporción al total de muestras, a menos que el derrame se acumule en una gran cantidad o produzca taponamiento cardiaco, generalmente no se interviene y si además, un paciente tiene un derrame pleural y pericárdico concomitante, el derrame pleural se drena preferentemente. Ante todos estos aspectos, aun siendo el cáncer de pulmón de célula no pequeña el tumor primario que mas frecuentemente afecta al tejido cardiaco, su detección mediante citología de liquido pericardio es poco habitual, de ahí su complejidad diagnóstica y la singularidad de este caso. Con esto podemos concluir que el uso de la pericardiocentesis como medio diagnostico-terapéutico supone un doble beneficio para el paciente, como tratamiento sintomático y diagnostico con menor demora del que supondría una biopsia. convencional.

TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO EN PULMÓN: PAPEL CLAVE DEL ANÁLISIS MOLECULAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pérez Zunino, Ana; Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; Sabio Amat, Miguel Ángel; Mendoza Alarcón, Miguel Ángel; Avellaneda Ortiz, Henry Steven; Mayoral Guisado, Carlos

Presentador: Pérez Zunino, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor lipomatoso atípico (TLA) o liposarcoma bien diferenciado (LBD) es una neoplasia mesenquimatosas localmente agresiva caracterizada por la proliferación de adipocitos con atipia nuclear focal en células adiposas y estromales. Su identificación es fundamental para el manejo clínico, ya que puede confundirse con lesiones benignas. Según la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico se basa esencialmente en la morfología, observando variación del tamaño de los adipocitos, con atipia nuclear en células estromales y/o adiposas. Como criterio deseable, y que se aplica en casos dudosos, como es el que se presenta a continuación, puede confirmarse el diagnóstico mediante la expresión nuclear en inmunohistoquímica de MDM2 y/o CDK4, o la amplificación génica en paneles de secuenciación masiva (NGS) o hibridación in situ por fluorescencia (FISH) de MDM2 y/o CDK4.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza revisión de un caso de una mujer de 71 años, asintomática a nivel respiratorio, con hallazgo incidental de atelectasia en lóbulo inferior izquierdo, en un TAC realizado por cuadro compatible con litiasis renal. En estudios de imagen de seguimiento, se describe imagen de aspecto sólido, triangular, dividido en dos sectores (superior más hiperintensa realza levemente al contraste, mientras que la inferior es más hipointensa y presenta componente lipídico). Según el informe de radiología, dichos hallazgos sugieren origen neurogénico (ganglioneuroma-schwannoma). La pieza quirúrgica de resección segmentaria pulmonar presentaba una lesión de 6.5 cm de diámetro con aspecto lipomatoso periférico y área central fibrosa con estructuras vasculares. Se realizaron estudios histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares, tanto de FISH como NGS para la detección de potenciales mutaciones, y amplificaciones de MDM2 y CDK4.

RESULTADOS: El estudio histológico reveló una proliferación adipocitaria madura con escasa celularidad fusiforme mioide y estructuras vasculares hemangiopericitoides. La inmunohistoquímica mostró positividad para S100 (componente adiposo), actina de músculo liso (parcheada en el componente fusocelular) y CD34 (difuso). El estudio molecular mediante NGS sugirió la amplificación de los genes CDK4 y MDM2, y el análisis mediante FISH confirmó la amplificación de esos mismos genes, permitiendo el diagnóstico de TLA/LBD. Además, se evidenciaron amplificaciones en KRAS, ERBB3 y GLI1, sin mutaciones en genes relevantes para la patogénesis de otros sarcomas.

CONCLUSIONES: Este caso destaca la importancia del análisis molecular en el diagnóstico diferencial de lesiones mesenquimatosas pulmonares, diferenciando el TLA de otras entidades como hamartomas mesenquimales y tumores fibrosos solitarios con componente adiposo. La detección de amplificaciones en MDM2 y CDK4 resulta clave para una correcta clasificación y manejo clínico de estos tumores.

SARCOMA MIXOIDE PULMONAR PRIMARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carrillo Cobarro, María; Juaristi Abaunz, Arantxa; Arán González, Miguel; Val-Carreses Castellote, Andrea; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Sánchez Perales, Zully Faby Elvita; Domínguez Aparicio, Claudia; Rezola Bajineta, Marta; Ruiz Díaz, Iruñe

Presentador: Carrillo Cobarro, María

HOSPITAL DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El sarcoma mixoide pulmonar primario, es un tumor maligno de bajo grado primario de pulmón muy poco frecuente, que alberga fusiones de genes EWSR1 - CREB1 en la mayoría de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 29 años, fumadora, consulta por espuntos hemoptóicos y febrícula de dos semanas de evolución. En el año 2022, tuvo un ingreso por el mismo motivo, en el que se apreciaba una masa en base pulmonar izquierda en la RX de tórax. Tras la resolución del cuadro, por pérdida de seguimiento de la paciente, no se realizó Tc de control recomendado para la caracterización de la misma. En la Tc actual, se identifica una masa pulmonar (vs. pleural) lobulada en LII de 8,4 x 9,2 x 9,8 cm heterogénea, con calcificaciones en su interior, que desde el hilo se extiende a la pared, abombando a lingula sin aparente infiltración. La biopsia endoscópica transbronquial muestra una mucosa bronquial con extensa inducción fibromixoide no concluyente. Se realiza exéresis de la lesión. Se recibe una pieza de lobectomía pulmonar de 15,2 x 15,2 x 9,3 cm, que al corte muestra una lesión nodular bien delimitada, blanco-amarillento y de consistencia gelatinosa de 11 x 9,5x 8,5 cm que contacta con margen quirúrgico y pleura visceral.

RESULTADOS: En los cortes histológicos se aprecia una neoplasia de crecimiento multinodular de localización subyacente a bronquios. El estroma predominante es mixohialino con bandas colágenas y un marcado infiltrado inflamatorio mixto, en el que se reconocen células con escaso pleomorfismo de morfología fusiforme, estrellada y redondeada, que se disponen en láminas y cordones conformando un patrón reticular. No se identifican figuras de mitosis. En el estudio inmunohistoquímico, las células neoplásicas muestran positividad débil y focal para EMA. Son negativas para actina de músculo liso, desmina, CKAE1/AE3, calretina, S100, CD34, sinaptofisina y ALK-1. Ante un posible diagnóstico de sarcoma mixoide primario pulmonar con translocación EWSR1 - CREB1, se remite el caso al hospital de referencia para estudio confirmatorio. Se evidencia translocación del gen EWSR1 mediante estudio FISH, que junto al patrón morfológico y de inmunofenotipo apoyan el diagnóstico de sarcoma mixoide pulmonar primario con fusión EWSR1-CREB1.

CONCLUSIONES: El sarcoma pulmonar mixoide primario se presenta con un ligero predominio en el sexo femenino y con una edad media de 49 años (rangos: 26-80 años). Son tumores lobulados de crecimiento endobronquial o en relación a los bronquios, compuestos de células fusiformes, estrelladas y redondeadas con escasa atipia citológica, que adquieren un patrón reticular distintivo dentro de un estroma mioide prominente. El 60% de los casos presentan expresión típica débil y focal de EMA. Se deben excluir otros tipos de tumores con histología similar, como el condrosarcoma mixoide extraesquelético y los tumores mioepiteliales. El 80% de los casos muestran la translocación cromosómica característica t(2;22)(q33;q12), que da como resultado la proteína de fusión EWSR1-CREB1, hallazgo deseable para confirmar el diagnóstico, aunque algunos tumores pueden albergar una alteración genética diferente aún sin caracterizar. El tratamiento es quirúrgico y aproximadamente el 90 % de los pacientes permanecen libres de enfermedad, sin embargo, escasos casos han mostrado diseminación metastásica al pulmón, riñón o cerebro.

TUMOR YOLK SAC DEL MEDIASTINO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON ESTUDIO MOLECULAR POR SECUENCIACIÓN.

Sanchez Bernal, María Luisa; Montaña Ramírez, Ana María; Mora Díaz, Rodrigo
Presentador: Sanchez Bernal, María Luisa

HOSPITAL VIRGEN MACARENA. Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El Tumor Yolk Sac del mediastino (“Primary Mediastinal Yolk Sac Tumour”), es una neoplasia de células germinales extragonadales extremadamente rara y muy agresiva. Estos tumores suelen presentarse a nivel del mediastino anterior en hombres jóvenes, con edades comprendidas entre 15 y 59 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un hombre de 56 años, exfumador, con antecedentes familiares de cáncer de pulmón, que tras dolor torácico se detecta en pruebas de imagen tres tumoraciones de gran tamaño que comprimían el mediastino superior. La mayor de ellas alcanzaba los 94 mm de diámetro y se observaba destrucción del quinto arco costal izquierdo con afectación de partes blandas. Se realizó biopsia con aguja gruesa que fue remitida a nuestro Servicio para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS: El estudio histológico puso de manifiesto una neoplasia de patrón sólido de alto grado histológico, que fue positiva para pancitoqueratina, SALL4, Glypican 3 y CDX2, y negativa para GATA3, sinaptofisina, OCT4, CD117, CD30, NUT, HepPar, B-HCG y WTI. Estos hallazgos orientaron al diagnóstico de tumor tipo Yolk Sac del mediastino, descartándose otras posibilidades como carcinoma tímico, carcinoma neuroendocrino de células grandes, seminoma, metástasis de hepatocarcinoma y carcinoma tipo NUT. El estudio por secuenciación mediante NGS reveló mutaciones puntuales patogénicas en TP53 y PTEN, así como diversas variantes en el número de copias (CNVs), incluyendo deleciones o ganancias de cromosomas completos o parte de los mismos.

CONCLUSIONES: Los hallazgos histopatológicos del presente caso son concordantes con el diagnóstico de Tumor Yolk Sac del Mediastino. Estos tumores se caracterizan por su baja incidencia y elevada agresividad, así como por un perfil molecular diferente si lo comparamos con los tumores germinales testiculares. Las mutaciones en TP53 se encuentran descritas hasta en el 82% de los casos y es considerado actualmente un factor pronóstico asociado a la resistencia a terapias habituales basadas en cisplatino.

PAPEL DE LA CRIOBIOPSIA PULMONAR COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Oliver Ledesma, Marina; Ruiz Quintero, Geraldinne; Pueyo Arias, Pablo; Barredo Santamaría, Inmaculada; Aburto Barrenechea, Myriam; Martínez Miguel, Jennifer; Irigoyen Miro, Gonzalo; Ibarrola Altuna, Rafael; Etxegarai Ganboa, Leire
Presentador: Oliver Ledesma, Marina

HOSPITAL DE GALDAKAO (LABEAGA AUZOA 48960)

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico anatomopatológico es importante en el abordaje de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID), y una herramienta clave para orientar al clínico en su tratamiento. La criobiopsia transbronquial presenta un rendimiento diagnóstico mayor que la biopsia transbronquial convencional, y menos complicaciones que la biopsia pulmonar quirúrgica. En el presente estudio se pretende resaltar el valor de esta técnica en el manejo de las EPID, así como conocer otros datos relativos a las características epidemiológicas de este grupo de enfermedades en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tomando como punto de partida las criobiopsias pulmonares recibidas en nuestro servicio de anatomía patológica entre los años 2018 y 2024, se construyó una tabla de Excel donde se recogieron: número de biopsia, número de historia clínica, sexo, edad, diagnóstico histológico y diagnóstico final. Se excluyeron las biopsias solicitadas con fines diagnósticos diferentes al estudio de EPID y aquellas con pérdida del seguimiento del paciente, quedando un tamaño de muestra de 292 pacientes. Se evaluaron 12 posibles diagnósticos finales y 22 posibles patrones y hallazgos en biopsia. Con los datos recabados, se diseñaron tablas y gráficos para analizar los siguientes datos: número de criobiopsias realizadas por año, distribución global y por sexos de las EPID, distribución de los patrones histológicos observados y correlación entre las EPID más frecuentes en la muestra y la información aportada por las biopsias correspondientes.

RESULTADOS: El mayor número de biopsias realizadas por año corresponde al año 2019 (64), y el menor al año 2021 (29). La muestra presentó un predominio masculino (65%) y una edad media de 63 años. El diagnóstico más frecuente fue el de Neumonitis por Hipersensibilidad (NH), en el 23%, seguido de la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) en el 18%, la enfermedad intersticial indeterminada en el 16% y la Neumonía Intersticial No Específica (NINE) en el 11%. En cuanto a los patrones morfológicos, el más frecuente corresponde al de Neumonía Intersticial Usual (NIU) en el 18% del total, seguido de bronquiolitis respiratoria (17%) y neumonoconiosis (10%). En 155 pacientes se observaron múltiples patrones en una misma biopsia. Cabe destacar que en 3 pacientes con sospecha inicial de EPID, el diagnóstico aportado por la biopsia fue de adenocarcinoma. Finalmente, se analizaron los cuatro diagnósticos más frecuentes y se relacionaron con los hallazgos anatomopatológicos observados. En el caso de la FPI, se observó un patrón NIU en el 49% de las muestras, en la NH un 25% de los casos presentaban hallazgos compatibles con dicha entidad y en pacientes con NINE los hallazgos eran concordantes con NINE en el 23% de las biopsias.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio reafirma la necesidad de un manejo de las EPID basado en la integración de historia clínica con múltiples pruebas complementarias, siendo la criobiopsia una herramienta no definitiva, pero muy relevante.

Patología Pulmonar

1793

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE CARCINOMAS PULMONARES DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS CON MUTACIÓN DE EGFR Y COMUTACIONES.

Casco Zuniga, Roger Eduardo; Troncoso Hernandez, Evelyn Beatriz; Shaigyna , Svetlana; Roca Navarro, Maria De Los Reyes; Arar Gomez, Aicha; Mendez Fernandez, Carmen; Cristobal Redondo, Victor; Aranda Lopez, F Ignacio
Presentador: Casco Zuniga, Roger Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón sigue siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón (IASLC) han propuesto un sistema de gradación que incorpora patrones histológicos predominantes y patrones arquitectónicos de alto grado (>20% de la superficie tumoral), mejorando la capacidad pronóstica en comparación con clasificaciones previas. Entre las alteraciones moleculares, las mutaciones del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) son relevantes terapéuticamente, ya que confieren sensibilidad a los inhibidores de tirosina quinasa (TKI), mejorando la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global. Sin embargo, la presencia de comutaciones, como TP53, puede influir en la respuesta a los TKI de EGFR y se asocia con un peor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los CPCNP en estadios avanzados con estudio de secuenciación masiva (NGS) realizado mediante paneles comerciales OncoPrint Comprehensive, OncoPrint Childhood y OncoPrint Precision Assay en el periodo 2021-2024, identificando aquellos con mutaciones en EGFR. Se reevaluaron sus características histopatológicas según la clasificación de la IASLC, junto con la expresión de PD-L1 y la presencia de comutaciones.

RESULTADOS: Se ha revisado una serie de 526 CPCNP con estudio de NGS disponible y valorable. Se identificaron 49 casos de cáncer de pulmón con mutación en EGFR, con una media de edad de 64,27 años (36,7% hombres, 63,3% mujeres). La mayoría fueron adenocarcinomas no mucinosos (ADC, n=42), incluyendo patrones acinar (22,4%), papilar (12,2%), sólido (26,5%), micropapilar (6,1%) y cribiforme/glandular complejo (18,4%). Otras histologías incluyeron un ADC mucinoso (n=1), ADC fetal (n=2) y carcinoma escamoso no queratinizante (n=4). Entre los ADC, el 61,9% presentaron grado histológico 3 y el 59,5% grado nuclear 3. Se detectaron comutaciones en el 71,4% de los casos, siendo TP53 la más frecuente (82,9% de los casos con comutaciones). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características histopatológicas entre los casos con y sin comutaciones, aunque los tumores de alto grado y el patrón cribiforme fueron más frecuentes en los casos con comutaciones. Las comutaciones EGFR/TP53 se asociaron significativamente con grado nuclear 3 (73,1%, p=0,036) y mostraron una tendencia hacia grado histológico 3 (72%, p=0,102).

CONCLUSIONES: Las mutaciones en EGFR se asociaron principalmente con adenocarcinomas no mucinosos de alto grado histológico y nuclear. La alta frecuencia de comutaciones, especialmente con TP53, sugiere una posible influencia en la agresividad tumoral y en la respuesta a los TKI. Aunque no se encontraron diferencias histopatológicas estadísticamente significativas entre los casos con y sin comutaciones, la asociación de EGFR/TP53 con grado nuclear 3 resalta su posible impacto pronóstico. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar comutaciones en EGFR para una mejor estratificación terapéutica y pronóstica en CPCNP.

Patología Pulmonar

1763

TIMOMA MICRONODULAR CON ESTROMA LINFOIDE. REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Bravo Blanco, David; Orbegoza Arrizabalaga, Idoia; García Miranda, Iker; Gonçalves Villarreal, Katherin; Ramírez Feliz, Máximo Leonardo; Giuffrida , Pablo; Andrés Álvarez, Leire; Saiz Camín, Mónica
Presentador: Bravo Blanco, David

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El timoma micronodular con estroma linfoide, descrito por primera vez en 1999, es una neoplasia de etiología desconocida, infrecuente (1 al 5% de los timomas) y con ligera predominancia en varones con una relación 1,2:1, que suele afectar a pacientes de entre 41 y 83 años (media 63,8 años). Esta variante de timoma se ha visto localizada al timo, no suele asociarse a Miastenia Gravis y se considera benigna o de muy bajo potencial de malignidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de todas las tiectomías llevadas a cabo desde enero de 2014 a diciembre de 2024 en nuestro hospital. Se han revisado los informes anatómopatológicos del total de los timomas diagnosticados y entre estos se han analizado las principales características histológicas y clínico-epidemiológicas de los timomas micronodulares con estroma linfoide.

RESULTADOS: En nuestro hospital se han realizado 137 tiectomías de las que 51 (37,2%) han sido con diagnóstico de timoma, 2 (1,5%) carcinoides y 86 (62,8%) otros diagnósticos (quistes, hiperplasia, timo involutivo, etc.). Entre todos los timomas, ha habido 3 casos de timoma micronodular (5,8%). Esta variante se caracteriza por estar constituida por múltiples nódulos de pequeño tamaño conformados por células fusadas u ovaladas sobre un estroma linfoide sin células epiteliales. La proporción hombres y mujeres es 1:3 y la edad media es de 73 años. Solo uno de los tres ha cursado con síntomas de Miastenia Gravis y ninguno presenta sobredominio macroscópico capsular ni otros signos de agresividad.

CONCLUSIONES: - El timoma micronodular con estroma linfoide es una entidad infrecuente, pero se debe tener en cuenta dentro de las posibilidades diagnósticas cuando nos enfrentamos a una pieza de tiectomía.
- En nuestra serie se han diagnosticado 3 casos (5,8%), con características histopatológicas similares entre sí.

NEUMOCITOMA ESCLEROSANTE CON INFILTRACIÓN GANGLIONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Masip Bonet, Albert; Expósito Vega, María; Forero León, Claudia; Aparicio Torres, Claudia; Martínez Gimbert, Néstor; Bernal Escoté, Xana
Presentador: Masip Bonet, Albert

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN 23

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El neumocitoma esclerosante (PSP) es una neoplasia muy poco frecuente de origen neumocítico que suele presentarse de forma asintomática como un hallazgo incidental en forma de nódulo pulmonar típicamente solitario, periférico y bien circunscrito imitando un carcinoma pulmonar. Se presenta en un amplio rango de edad (entre 11 y 80 años), con una media de 43 años y predominio femenino. Se describió por primera vez en el año 1956 con el nombre de hemangioma esclerosante. Este tumor muestra un patrón monoclonal en las células que lo componen, por lo que se trata de una verdadera neoplasia originada en el epitelio respiratorio primitivo. Morfológicamente muestra una gran variedad de patrones (sólido, papilar, esclerótico y hemorrágico), normalmente sin atipia, aunque esto es variable y puede llevar a cometer errores diagnósticos sobre todo con el adenocarcinoma de patrón papilar. Las alteraciones de AKT1 están presentes en casi todos los casos por lo que pueden ser útiles para el diagnóstico en casos seleccionados o con dudas diagnósticas. El PSP se considera un tumor benigno, aunque hay casos descritos con metástasis en ganglios linfáticos o metástasis a distancia. Estos hallazgos no parecen afectar negativamente el pronóstico del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Acude a nuestro centro una mujer de 61 años, fumadora activa, hipertensa y dislipémica con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar por biopsia (BAG) en centro externo para segmentectomía pulmonar con linfadenectomía hilio-mediastínica. En el TC torácico se visualizó una masa pulmonar periférica de 5,6 cm de diámetro en lII de márgenes bien delimitados, discretamente heterogénea con calcificaciones ("pop corn"). Dado el gran tamaño de la lesión, aunque las características radiológicas sugerían tumoración benigna, se decidió realizar biopsia de la lesión (BAQ) que dio como resultado el diagnóstico mencionado.

RESULTADOS: Recibimos pieza de lobectomía pulmonar inferior izquierda de 12,1 x 7,6 x 5 cm en la que se identificaba una lesión nodular bien delimitada, de consistencia dura, parcialmente calcificada de 6,5 cm de diámetro máximo sin compromiso pleural. El estudio microscópico mostró un tumor heterogéneo constituido por un estroma fibroso con áreas calcificadas y una doble población celular epitelial. Por un lado, se observaba un patrón de crecimiento tubular, glandular y papilar de células cuboidales con núcleos redondos y nucleolo prominente y por otro lado una población difusa de células redondas con núcleos redondos homogéneos y cromatina fina. En el estudio inmunohistoquímico ambos componentes resultaron positivos para TTF1, EMA y e-cadherina y negativos para receptores de estrógenos y GATA 3. El componente cuboidal resultó positivo para CK7 y CK19, mientras que fueron negativos en el componente de célula redonda. En el estudio molecular se halló mutación de AKT1 por lo que se confirmó el diagnóstico de neumocitoma esclerosante. En el estudio de la linfadenectomía se evidenció que uno de los tres ganglios estudiados presentaba infiltración por la neoplasia.

CONCLUSIONES: Con este caso queremos remarcar la importancia de tener presente el PSP en biopsias pequeñas, sobre todo cuando estamos frente a lesiones papilares sin atipia evidente, ya que puede ser un buen simulador de adenocarcinoma pulmonar y llevarnos a cometer un error diagnóstico. Además, la presencia de metástasis ganglionares no debe hacernos descartar esta entidad. En estos casos, la demostración de la mutación de AKT1 puede ser de gran ayuda.

NEUMOCITOMA ESCLEROSANTE: UN IMPOSTOR EN LA RADIOLOGÍA, UN CLÁSICO EN LA HISTOLOGÍA

Pérez Zunino, Ana; Mendoza Alarcón, Rafael; Del Olmo Morales, Miriam; Elisabeth; Fernández Sánchez-Arévalo, Claudia; Conde Contreras, Gloria; Mayoral Guisado, Carlos
Presentador: Pérez Zunino, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El neumocitoma esclerosante es un tumor pulmonar raro de origen neumocítico, caracterizado por una doble población celular: células superficiales cuboidales similares a los neumocitos tipo II y células redondas estromales. Presenta una mezcla variable de patrones de crecimiento sólido, papilar, esclerosante y hemorrágico. Generalmente, se diagnostica de forma incidental en pacientes asintomáticos y su comportamiento suele ser benigno. Es una lesión que presenta una mezcla de patrones histológicos muy característica y rasgos citológicos benignos, pero que en pruebas de imagen, biopsias intraoperatorias y PAAF puede parecerse a lesiones malignas, por lo que es necesario descartar estas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 30 años, sin síntomas respiratorios, con un hallazgo incidental de nódulo pulmonar hipermetabólico en PET-TAC, realizado por seguimiento del servicio de ginecología tras el diagnóstico de un tumor quístico seroso papilar borderline. Se estudió una pieza de lobectomía inferior izquierda, con lesión de 3,5 cm de diámetro, bien circunscrita y sólida, gris-amarilla, con focos de hemorragia. La muestra se procesó mediante técnicas histológicas convencionales y estudios inmunohistoquímicos, incluyendo TTF-1, EMA, CK7, CAM5.2, p40, p63, CD56, sinaptofisina, cromogranina, Melan A y HMB45 y Ki-67.

RESULTADOS: El examen histológico mostró una lesión bien delimitada, constituida por dos tipos celulares, sin atipias marcadas en ninguna de ellas: células cuboidales superficiales en monocapa y células redondas profundas, más eosinófilas, organizadas en agregados sólidos. Se identificaron patrones sólido (90%), esclerosante y hemorrágico, con necrosis coagulativa focal. La tasa mitótica fue de 8 mitosis/10 CGA. El perfil inmunohistoquímico confirmó la naturaleza neoplásica de ambas poblaciones celulares, con positividad para TTF-1 y EMA en ambas, expresión intensa y difusa de CK7 y CAM5.2 en células superficiales, y marcación focal en células profundas. Se detectó inmunotinción nuclear para receptores de progesterona en el 30% de las células redondas, con negatividad para receptores de estrógenos. El índice Ki-67 fue del 80%. No se halló invasión linfovascular, y los ganglios en la pieza quirúrgica no presentaron evidencia de metástasis. El diagnóstico diferencial incluyó tumores carcinoides y adenocarcinoma papilar, pero la combinación de patrones histológicos y el perfil inmunohistoquímico fueron clave para confirmar el diagnóstico. Pese a la presencia de necrosis y mitosis, no existen datos concluyentes sobre su impacto pronóstico.

CONCLUSIONES: El caso resalta la importancia del estudio histopatológico detallado para evitar diagnósticos erróneos, especialmente para excluir neoplasias malignas o metástasis de primario desconocido, y orientar el manejo clínico adecuado. Además, recalca la importancia del estudio individualizado de las patologías pulmonares, puesto que factores que podrían ser de mal pronóstico en otras entidades, como la presencia de necrosis y mitosis, en el neumocitoma esclerosante no lo son.

Patología Pulmonar

1922

HAMARTOMA ENDOBRONQUIAL EN PACIENTE CON NEUMONÍA DE REPETICIÓN. REVISIÓN DE CASOS REPORTADOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Campazas Herrera, Irma; Mameghani Garcia, Kassandra Charlotte; Acosta Cajo, Sarah Fiorella; Scevola Metralle, Sofia; Restrepo Aranngo, Sara María; López Vilaró, Laura; Espinosa Mariscal, Iñigo

Presentador: Campazas Herrera, Irma

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los hamartomas endobronquiales son tumores benignos poco frecuentes que pueden causar síntomas respiratorios debido a su capacidad para inducir obstrucción bronquial. La tomografía computarizada (TC) torácica es útil para localizar el sitio de la obstrucción, mientras que la broncoscopia permite la visualización directa y la obtención de biopsias para confirmar el diagnóstico histológico. La resección quirúrgica completa de estos tumores constituye el tratamiento curativo, resolviendo los problemas respiratorios asociados.

El hamartoma es una proliferación neoplásica benigna compuesta por elementos mesenquimales variables, como cartilago hialino maduro, tejido adiposo, tejido conectivo y músculo liso. El diagnóstico histológico preciso es crucial para excluir otros tumores más agresivos con un pronóstico menos favorable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso clínico de un hombre de 40 años con neumonías recurrentes postobstructivas ocasionadas por un hamartoma endobronquial. Se realiza también una revisión bibliográfica de los hamartomas endobronquiales reportados en la literatura científica en los últimos 10 años, identificando un total de 12 casos.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 53 años, con predominancia masculina, y con una amplia variabilidad en los síntomas previos al diagnóstico.

CONCLUSIONES: Debido al escaso número de casos reportados, no es posible realizar un análisis estadístico robusto que permita identificar factores predisponentes en la aparición de estas lesiones.

Patología Ultraestructural

1880

DEFECTO DEL COMPLEJO CENTRAL EN AXONEMAS CILIARES: UNA ENTIDAD ULTRAESTRUCTURAL DE CRECIENTE RELEVANCIA

Blanco Máñez, Rosana; Carretero Vilarroig, Lidón; Jaijo Sanchis, Teresa; Armengot Carceller, Miquel

Presentador: Blanco Máñez, Rosana

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:06-19:18 Sala EI)

INTRODUCCIÓN: El defecto del complejo central (CC), junto al defecto de los brazos de dineína (BD) y la desorganización de microtúbulos (MT) en el axonema ciliar, constituye una de las alteraciones ultraestructurales diagnósticas que pueden encontrarse en el análisis de secciones ciliares a partir de biopsias nasales, uno de los métodos de aproximación diagnóstica a la discinesia ciliar primaria (DCP). Este defecto se asocia a variantes genéticas en los componentes de los brazos radiales del axonema ciliar (RSPH1, RSPH3, RSPH4A, RSPH9 o DNAJB13), los cuales estabilizan el par central en el centro de la estructura ciliar (9+2). Ultraestructuralmente se caracteriza por la ausencia de uno o ambos MT centrales (9+1, 9+0), junto a ocasionales pares centrales dobles (9+4) o translocación de un doblete externo a la región central (8+1). La dificultad del estudio de biopsias con defecto CC radica en la presencia de defectos ciliares adquiridos -en forma de 9+0, 9+1 o MT extra periféricos- que aparecen a causa de las infecciones respiratorias recurrentes que sufren los pacientes con sospecha DCP y que pueden llevar a falsos positivos. De manera global, el gen DCP más frecuentemente afectado es DNAH5, cuya mutación se manifiesta con un defecto en los BD. Sin embargo, los últimos estudios señalan que RSPH1 presenta una elevada prevalencia en España. Presentamos la caracterización ultraestructural del grupo de pacientes DCP con defecto CC (DCP-CC) de nuestra cohorte, analizando además la correlación genotipo-fenotipo ciliar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de 50 secciones ciliares por paciente mediante microscopía electrónica de transmisión (MET) de las biopsias nasales de los 20 pacientes con diagnóstico DCP-CC identificados entre los años 2018 y 2024 en nuestro centro. Se clasifican los hallazgos en defecto 9+0, 9+3, 8+1 y 9+4. Se recogen además los resultados del estudio genético (secuenciación por Next-Generation sequencing) de estos pacientes. Se analizan también los defectos ciliares adquiridos encontrados en 20 pacientes DCP sin defecto CC (DCP-no CC).

RESULTADOS: De los 20 pacientes DCP-CC, 14 (70%) presentaron variantes patogénicas en RSPH1, 3 (15%) en RSPH4A, 1 (5%) en RSPH9 y en 2 de ellos no se encontró causa genética en ninguno de los genes DCP analizados. En el estudio MET se detectaron por paciente una media de 36% de secciones ciliares con algún defecto CC, destacando el grupo de pacientes con variantes en RSPH4A, con un promedio de un 62% de sus secciones ciliares afectadas. El defecto más frecuente fue la ausencia de par central (9+0), detectado en secciones ciliares tanto proximales como distales, seguido de trasposición de MT (8+1), principalmente en regiones distales. Los defectos ciliares adquiridos encontrados en los DCP-no CC pudimos distinguirlos de los congénitos por presentar alteraciones en la membrana ciliar, en los BD y en la disposición y morfología de los MT.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos sugieren una mayor afectación estructural del axonema ciliar en las mutaciones en RSPH4A, lo cual podría servir como indicador para el estudio genético de estos pacientes.

El análisis MET de biopsias nasales para el diagnóstico de DCP debe realizarse de manera minuciosa, evitando descartar las secciones ciliares 9+0 cuando no hayan evidencias de alteraciones ciliares secundarias, dado el aumento de diagnósticos de DCP por mutaciones en RSPH1 en nuestro medio.

(RE)CONOCIENDO A LOS ERITROCITOS: HALLAZGO CASUAL EN UN INDIVIDUO CON RASGO DREPANOCÍTICO

Blanco Máñez, Rosana; Rojas Echarry, Gustavo; Ramos Soler, David

Presentador: Blanco Máñez, Rosana

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: MiniOral

(Jueves 22, 18:15-18:20 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: La anemia falciforme es una de las enfermedades monogénicas más comunes en todo el mundo. Se estima que 312.000 personas nacen con anemia falciforme cada año, y la mayoría de estas personas son nativas del África subsahariana. Por ello, es importante detectar a los portadores heterocigotos de hemoglobinopatías, ya que pueden producir individuos homocigotos y doble heterocigotos con cuadro clínico grave. El rasgo drepanocítico se da en esos individuos homocigotos, que no manifiestan la sintomatología de la anemia falciforme ya que en condiciones normales sus eritrocitos no se ven afectados. Sin embargo, en condiciones de baja saturación de oxígeno, como una deshidratación grave o la actividad física de alta intensidad, puede producirse la polimerización de la hemoglobina defectuosa de sus hematies, que se deforman y adquieren una rigidez que puede interrumpir el flujo sanguíneo, produciendo infarto esplénico, rabdomiolisis o glaucoma. Las eritropatologías son un campo de estudio que corresponde a la hematología, con el análisis morfológico del frotis sanguíneo como herramienta diagnóstica, entre otras. No obstante, una hemoglobinopatía estructural como ésta podría detectarse en los capilares de cualquier tejido. Presentamos el estudio ultraestructural de hematies en diversas fases de polimerización de la hemoglobina encontrados en los capilares de una muestra de miocardio procedente de una autopsia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de la estructura fina de los hematies localizados en una muestra de miocardio obtenida de una autopsia de un varón de 25 años de origen africano que ingresa de urgencia por disfunción ventricular severa generalizada y éxitus a las pocas horas por shock cardiogénico. En el estudio anatomopatológico se detectaron eritrocitos de morfología falciforme, tras lo cual se realizó el estudio molecular que confirmó la mutación del gen HBB en carácter heterocigoto. Con el análisis por microscopía electrónica de transmisión se comprobó la presencia de eritrocitos con estructuras filamentosas en su citoplasma en el interior de los capilares de una muestra de miocardio. Se estudiaron también los hematies en capilares de una muestra control de miocardio.

RESULTADOS: Encontramos eritrocitos en todas las fases de polimerización de la hemoglobina: redondeados, de aspecto conservado y citoplasma granular fino, otros de contenido más electrondenso, que va formando agregados, para después formar fibras cortas desorganizadas, que se van elongando y organizando hasta llegar a formar protusiones de membrana que son las que deforman finalmente al eritrocito. La presencia de los filamentos no siempre deforma al eritrocito. No encontramos ninguno con la típica forma de hoz.

CONCLUSIONES: El estudio morfológico de los eritrocitos forma parte de una especialidad médica distinta de la Anatomía Patológica, pero la Microscopía Electrónica puede determinar la presencia de rasgo drepanocítico ya que permite la visualización directa de las primeras fases de polimerización de la hemoglobina S.

A CASE OF CONCOMITANCE OF ASYMPTOMATIC ANDERSON-FABRY DISEASE (EXON 3 MISSENSE MUTATION L167P), LUPUS, AND IATROGENIC ASSOCIATED-HYDROXYCHLOROQUINE PHOSPHOLIPIDOSIS. VALUE OF KIDNEY BIOPSY.

Arismendi Morillo, Gabriel; Fernández Abreu, Mary

Presentador: Arismendi Morillo, Gabriel

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE DEUSTO. BILBAO. ESPAÑA.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Anderson-Fabry disease and lupus concomitance is a exceptional circumstance.

MATERIAL Y MÉTODOS: A female patient, 39 years old, with systemic erythematous lupus, treated with prednisone and hydroxychloroquine. Proteinuria (546 mg/24 h) was reported. Kidney biopsy was indicated.

RESULTADOS: Conventional optic microscopy showed normal renal tissue. Immunofluorescence displayed IgG and IgM (2+) GBM granular deposits. Toluidine blue-stained thick sections evidenced zebra bodies. Anderson-Fabry disease and Iatrogenic Associated-Hydroxychloroquine Phospholipidosis were suggested. Hydroxychloroquine was omitted. Genetic analysis revealed exon 3 missense mutation L167P in GLA gene. Ulterior proteinuria was 97 mg/24 h.

CONCLUSIONES: Relapse of proteinuria implicate hydroxychloroquine-induced podocytopathy. Kidney biopsy was fundamental for an adequate approach, Anderson-Fabry disease diagnosis and subsequent treatment.

Patología Ultraestructural

1876

MUTACIONES DUALES EN NRAS Y BRAF: ANÁLISIS HISTOLÓGICO Y MOLECULAR DE DOS CASOS DE CARCINOMA MEDULAR DE COLON

Marta Casanova, Carlo-Bruno; Blanzaco Acín, Zulema Esther; Julian Moñux, Beatriz; Martínez Martínez, Alejandro; Ponce Casas, Eduardo; Gonzales Sejas, Ariel; García Fuertes, Sonia; Vilorio Guzman, Reynaldo Alfonso; Larrosa Martínez, Diego; Ramírez Gasca, María Teresa

Presentador: Marta , Carlo Bruno

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESÁ"

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma medular de colon (CMC) es una variante rara y agresiva de cáncer colorrectal. Este subtipo se asocia con mutaciones en genes clave como BRAF y NRAS, que desempeñan un papel crucial en la vía de señalización MAPK/ERK, implicada en la proliferación y supervivencia celular. La co-ocurrencia de mutaciones en NRAS y BRAF en el mismo tumor es un hallazgo poco frecuente y se asocia con un peor pronóstico y resistencia a terapias dirigidas, como inhibidores de EGFR (Gularte-Mérida et al., 2022; Loupakis et al., 2009). La mutación BRAF V600E está vinculada a un mal pronóstico en cáncer colorrectal (André et al., 2013; Maughan et al., 2008), mientras que la pérdida de MLH-1 y PMS-2 sugiere una deficiencia en el sistema de reparación de errores de ADN, lo que puede influir en la respuesta a la inmunoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan 2 casos de CMC, el primero corresponde a una mujer de 83 años con antecedentes familiares (AF) de cáncer (madre, padre y un hijo fallecido por linfoma de Hodgkin). La paciente refería síntomas digestivos y pérdida de 2 kg de peso en el último año. La colonoscopia reveló una lesión exofítica, ulcerada e infiltrativa en el colon ascendente; ante estos hallazgos le realizan hemicolectomía derecha.

El segundo caso es un varón de 79 años, con AF de 3 hermanos con historia de cáncer. El paciente fue estudiado tras un resultado positivo de sangre oculta en heces, dolor en hemiabdomen derecho y pérdida de peso de unos meses de evolución. La colonoscopia identificó una lesión exofítica y ulcerada, que fue biopsiada para su análisis.

RESULTADOS: El análisis histopatológico de ambos casos reveló una proliferación tumoral infiltrante en forma de placas y trabéculas, compuesta por células con citoplasma eosinófilo, núcleos grandes, irregulares y vesiculares, nucléolos prominentes y densos infiltrados inflamatorios mixtos peritumorales. En el estudio inmunohistoquímico (IHQ), el primer caso mostró positividad para CDX2 y Calretinina, mientras que CK20, CK7, Cromogranina y Sinaptofisina fueron negativos. En el segundo caso, se observó positividad para SATB2 y Calretinina, con negatividad para CK20, INSM1 y Cromogranina. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de CMC. La evaluación de las proteínas reparadoras del ADN (MLH-1, MSH-2, MSH-6 y PMS-2) mediante IHQ mostró pérdida de expresión nuclear de MLH-1 y PMS-2 en ambos casos, indicando una deficiencia en el sistema de reparación de errores de ADN.

Para el análisis molecular, se empleó PCR en tiempo real utilizando la plataforma IDVLLA™, en tejido fijado en formol e incluido en parafina (FFPE), utilizando secciones de 5 ?m y 10 ?m, con un área de 50-600 mm² y 25-300 mm². En el primer caso, se identificaron mutaciones en NRAS (G13R/V; p.Clyl3Arg/p.Glyl3Val) y BRAF (V600E/D; p.Val600Glu/p.Val600Asp). En el segundo caso, se detectaron mutaciones en NRAS (G12A/V; p.Clyl2Ala/p.Clyl2Val) y BRAF (V600E/D; p.Val600Glu/p.Val600Asp). Estas mutaciones están implicadas en la vía de señalización MAPK/ERK, lo que sugiere un comportamiento más agresivo del tumor.

CONCLUSIONES: Estos casos resaltan la relevancia de la evaluación molecular integral en el CMC, ya que la coexistencia de mutaciones en NRAS y BRAF, junto con la deficiencia en el sistema de reparación de errores de ADN, plantea un desafío terapéutico significativo. La identificación de estas alteraciones genéticas permite optimizar las estrategias de tratamiento, mejorando así los resultados clínicos en pacientes con CMC.

Patología Urológica

2105

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y MUTACIONES ASOCIADAS DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES BAP1

Perelló Fabregat, Cecilia; Lin , Wanrun; Merino , Maria J

Presentador: Perelló-Fabregat , Cecilia

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:06-19:18 Sala D)

INTRODUCCIÓN: El síndrome de predisposición tumoral 1 (TPDS1) es un síndrome de cáncer hereditario autosómico dominante asociado con alteraciones de la línea germinal del gen BAP1 y se caracteriza clínicamente por la presencia de tumores melanocíticos benignos, mesoteloma, melanoma uveal y cutáneo y otros cánceres relacionados con BAP1, como el carcinoma de células renales (CCR). Estudios recientes habían descrito una asociación entre los CCR impulsados por la mutación BAP1 y los impulsados por la mutación VHL, y ambos tumores tenían características morfológicas similares. El objetivo de este estudio es evaluar los hallazgos morfológicos específicos en el CCR con mutación BAP1 y correlacionarlos con la presencia de cualquier mutación adicional asociada al CCR y su implicación en el pronóstico y la terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyó en el estudio una cohorte de 22 muestras de CCR, que constaban de 18 tumores primarios y 4 lesiones metastásicas, en las que el panel de secuenciación genética dirigida True Sight Oncology 500 (TSO500 – Illumina) demostró mutación en BAP1. Todos los casos fueron evaluados en cuanto a morfología histológica (incluidos patrones, necrosis, diferenciación sarcomatoide y rabdoide) y grado. En todos los casos se realizó tinción inmunohistoquímica para el anticuerpo BAP-1.

RESULTADOS: Los 22 pacientes que conforman la serie (2 hombres y 10 mujeres) tenían edades comprendidas entre los 25 y los 72 años. El análisis inmunohistoquímico mostró una pérdida de tinción BAP-1 específica del tumor en todas las muestras. En el estudio molecular, las 22 muestras tenían variantes patogénicas o probablemente patogénicas (P/LP) de BAP1 y 15 de ellas también demostraron una variante P/LP en el gen VHL. Los CCR sin variante VHL tenían otras variantes de genes patógenos, como PBRM1, SETD2, MTOR, TERT, TET2, PTEN, TP53 y SMAD4, pero ninguno de ellos estaba emparejado. La morfología predominante en estos tumores fue la de CCR con características de células claras, pero con frecuencia se observaron células con citoplasma eosinófilo. Los tumores con mutación BAP1 y VHL mostraron patrones papilares, quísticos y sólidos. Se obtuvo información clínica y patológica.

CONCLUSIONES: Los tumores renales con mutación BAP-1 son conocidos pero no muy estudiados. Es importante identificar y reconocer estos tumores específicos por su posible asociación con otros tumores malignos, su pronóstico y para el uso de terapias dirigidas adecuadas. Las características morfológicas de célula clara y citoplasma eosinófilo, así como los patrones papilares, quísticos y sólidos en los tumores con comutación BAP1 y VHL pueden ayudarnos a identificarlos. Sería necesario ampliar la serie para encontrar asociación con otras mutaciones menos frecuentes.

Patología Urológica 1687

EL MARCAJE DE PROTEÍNA DE MATRIZ MINDIN SE ASOCIA A INCREMENTO DE MACRÓFAGOS INMUNOSUPRESORES M2 Y AUMENTO DE RIESGO DE RECURRENCIA TRAS TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

García De Casasola Rodríguez, Gonzalo; Alonso Rodríguez, Verónica; Álvarez Carrión, Luis; Gutiérrez Rojas, Irene; Rodríguez Peralto, José Luis; Chao Crecente, Montserrat; Pinilla Pagnon, Ignacio; Ardura Rodríguez, Juan Antonio
Presentador: García De Casasola Rodríguez, Gonzalo

S^aANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CEU SAN PABLO

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 17:55-18:00 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CaP) es una de las enfermedades oncológicas más graves a nivel mundial, siendo el segundo en frecuencia en varones, por detrás del cáncer de pulmón. Diversos procesos, incluyendo la inmunosupresión, juegan un importante papel en la progresión del CaP y otros tipos de cánceres. En este sentido, los macrófagos asociados a tumor (TAMs) de fenotipo inmunosupresor M2, son altamente protumorales. MINDIN, una proteína secretada de matriz extracelular se encuentra sobreexpresada en tumores de cáncer de próstata y ha sido asociada a inmunomodulación de distintas estirpes celulares, incluyendo macrófagos, en diversos tejidos y contextos patológicos. Sin embargo, se desconoce la posible relación de MINDIN con la polarización de macrófagos a fenotipo M2 y la progresión del CaP.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el presente estudio se analizó cuantitativamente el área tumoral, no tumoral, y focos inflamatorios de 68 biopsias de prostatectomías radicales correspondientes a diferentes pacientes con adenocarcinoma acinar de próstata procesadas en parafina, así como de 8 muestras control (con hiperplasia adenomiomatosa). Se realizaron inmunohistoquímicas sobre cortes seriados de CD163 y MRC1(CD206) con el sistema de tinción automatizado BOND para cuantificar TAMs M2 y de MINDIN. Las muestras, tras su marcaje en áreas tumorales, no tumorales y focos de inflamación, se escanearon con el escáner Leica Aperio VERSA y se visualizan con programa LeicaSCN viewer. Se realizaron contajes de 10 áreas aleatorias por cada muestra de células que expresen tinción citoplasmática con o sin marcaje nuclear. Los resultados obtenidos se agruparon en relación con los grados de Gleason y riesgo de recurrencia tras tratamiento D'Amico, y se analizaron estadísticamente con el test U de Mann-Whitney en el programa GraphPad Prism expresando la media +/- el error estándar. Se consideró significativo un valor menor de p <0,05

RESULTADOS: Las muestras tumorales muestran mayor inmunotinción de MINDIN y número de macrófagos M2 que los controles. Las regiones con focos de inflamación presentaron un mayor número de macrófagos de fenotipo M2 CD163+ y MRC1+ comparado con regiones control sin infiltrados de células inmunes. Tanto el inmunomarcaje de MINDIN como el de macrófagos M2 aumentó significativamente de forma proporcional a la clasificación de riesgo D'Amico, mostrando tendencia no significativa al incremento con los grados Gleason

CONCLUSIONES: Las muestras de adenocarcinoma acinar de próstata presentan un incremento estadísticamente significativo de MINDIN y de macrófagos con fenotipo inmunosupresor M2 frente a los controles, mostrándose principalmente este incremento en focos inflamatorios. Estos incrementos correlacionan significativamente con la clasificación de riesgo de recurrencia D'Amico

Patología Urológica 1778

RESPUESTAS PATOLÓGICAS EN LAS PIEZAS DE CISTECTOMÍA TRAS RESECCIÓN TRANSURETRAL Y TRAS NEOADYUVANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Calapaqui Teran, Adriana Katherine; Rigmány, Andreea; Marcos Gonzalez, Sara; Estebanez Gallo, Angel; Montano Lumberreras, Elena; Sanchez Magdaleno, Lucia; Collado Martin, Ana Sofia
Presentador: Calapaqui Teran, Adriana Katherine

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:00-18:05 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga músculo infiltrante es una enfermedad con elevada morbilidad. Actualmente el tratamiento estándar es quimioterapia neoadyuvante (NAC) seguida de cistectomía radical, que mejora significativamente la supervivencia sobre todo en los pacientes con una respuesta patológica completa (pCR) observada en la cistectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un estudio retrospectivo, descriptivo, de la incidencia de pCR, tras neoadyuvancia y también tras RTU diagnóstica. Se realizó una búsqueda de los pacientes sometidos a cistectomía radical por carcinoma urotelial músculo infiltrante entre 2018 y 2024, se recogieron los resultados anatomopatológicos de todos los pacientes y se dividieron en dos grupos en función del tratamiento recibido: Sin NACy con NAC.

RESULTADOS: Entre 2018 y 2024, 199 pacientes fueron sometidos a cistectomía + linfadenectomía como tratamiento radical del carcinoma urotelial de vejiga. Del total de pacientes intervenidos, 112 pacientes (56%) pertenecieron al grupo sin NAC y 87 pacientes (44%) al grupo con NAC. En el grupo sin NAC: 15 pacientes (13%) presentaron ausencia de enfermedad residual tras RTU, mientras que 97 pacientes (87%) presentó tumor residual en la cistectomía. Del total de pacientes con tumor residual, 22 pacientes (23%) presentaron tumor pTis y pT1, 13 pacientes (13%) tumor pT2, 38 pacientes (39%) tumor pT3 y 24 pacientes (25%) tumor pT4. En el grupo con NAC: 36 pacientes (41%) presentaron pCR, mientras 51 pacientes (59%) presentaron tumor residual en la cistectomía tras neoadyuvancia. Del total de pacientes con tumor residual, 16 pacientes (31%) presentaron tumor ypTis, ypT1, 1 paciente (2%) solo presentó afectación ganglionar ypT0.N+, 8 pacientes (16%) con tumor ypT2, 17 pacientes (33%) con tumor ypT3 y 9 casos (18%) con tumor ypT4.

CONCLUSIONES: El tratamiento de neoadyuvancia en el cáncer de vejiga es claramente una intervención terapéutica óptima que aporta mejores resultados en la cirugía. En nuestra serie, el 41% de los pacientes del grupo de neoadyuvancia alcanzaron pCR y 31% de pacientes alcanzaron el infraestadíaje (ypTis, ypT1). La evaluación anatomopatológica en las piezas quirúrgicas tras NAC es de gran importancia y debe ser muy meticulosa en los casos de ausencia de tumor macroscópico, ya que la pCR, es un marcador subrogado de mejor pronóstico en aquellos pacientes que la obtienen comparado con los que no.

TUMORES NEUROENDOCRINOS PRIMARIOS PUROS DE RIÑÓN: REVISIÓN DE 5 CASOS EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Adolewska , Patrycja Dagmara; Popescu , Oana Beatrice; Tornay Mora, Elvira; Abad Vintimilla, María; García Fernández, Eugenia; González-Peramato Gutiérrez, Pilar
Presentador: Adolewska , Patrycja Dagmara

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: MiniOral
(Jueves 22, 18:05-18:10 Sala 6+7)

INTRODUCCIÓN: El tumor neuroendocrino de riñón (TNE) es una entidad poco frecuente; de la que hay descritos unos 100 casos. No existe un sistema de gradación específico para estos tumores renales, por ello se recomienda el sistema utilizado en los tumores neuroendocrinos gastropancreáticos (WHO 2022). La información sobre su comportamiento y pronóstico es escasa. El objetivo de este estudio es describir las características de los TNE de riñón en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo para el que se realiza una búsqueda en la base de datos de nuestro servicio entre los años 1995-2025. Se revisaron los cortes histológicos e inmunohistoquímicos (IHC) correspondientes. Para los datos clínicos, radiológicos y de seguimiento se revisaron las historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS: Se describen cuatro casos de nuestro centro y un caso externo que se recibió como caso consulta. Se trata de tres varones y dos mujeres, con una media de edad de 41 años. Los cinco casos de TNE de riñón fueron hallazgos incidentales en pruebas de imagen. El tratamiento quirúrgico fue la nefrectomía parcial en dos pacientes y la total en otros dos. El 5º paciente debutó con múltiples metástasis sistémicas por lo que se trató con análogos de somatostatina desde el inicio sin cirugía. Dos casos se presentaban en el riñón derecho y tres en el izquierdo, todos ellos unifocales. Un paciente tenía riñón en herradura. El tamaño tumoral variaba entre 9 y 3 cm de diámetro máximo. Un paciente presentó metástasis ganglionares. Histológicamente, los patrones identificados fueron: cordones, túbulos, nidos, y mixtos (tubular, papilar y nidos o trabéculas y nidos). Dos casos se gradaron como G2 y tres como G1. Con técnicas de IHC, todos ellos fueron positivos para sinaptofisina y citoqueratina AE1/AE3. El resto de marcadores neuroendocrinos mostraron la siguiente positividad: cromogranina (2/5), CD56 (2/3), INMS1 (3/4), y otros marcadores: PAX8 (3/5), carboanhidrasa IX (0/5), fosfatasa ácida prostática (FAP) (4/5) y NKX3.1 (0/5). El Ki67 más bajo fue 1% y el más alto 8%. Al paciente que debutó con metástasis sistémicas se le realizaron estudios moleculares con FISH para TFE3 y TFEB que resultaron negativos.

CONCLUSIONES: Los TNE de riñón son una entidad extremadamente rara con una incidencia de 5 casos en 30 años en nuestro centro. Todos se descubrieron como hallazgo incidental durante el estudio de otras patologías. Histológicamente, se trata de células de baja agresividad histológica, que se disponen en nidos, cordones, trabéculas y túbulos, siendo indistinguibles de los tumores neuroendocrinos de otras localizaciones, por tanto, aceptándose su gradación como los de origen gastropancreático. En nuestra serie, el índice de proliferación con Ki67 oscilaba entre un 1% y un 8%, y dos casos presentaron metástasis al debut. La positividad para la FAP está descrita en esta entidad, planteando un diagnóstico diferencial con tumores de origen prostático. Los hallazgos de nuestra serie de casos concuerdan con los reportes previos, reafirmando las características clínicas, morfológicas e inmunohistoquímicas de los tumores neuroendocrinos de riñón.

PREDICCIÓN DE RESPUESTA A NEOADYUVANCIA EN CÁNCER VESICAL SEGÚN SUBTIPOS MOLECULARES POR INMUNOHISTOQUÍMICA

Cano Barbadilla, Tatiana; Ariza Estepa, Esperanza Macarena; Prieto Cuadra, Juan Daniel; Lozano León, María Jose; García Muñoz, Isabel; Álvarez Pérez, Martina; Matas Rico, Elisa; Herrera Imbroda, Bernardo; Hierro Martín, Isabel
Presentador: Cano Barbadilla, Tatiana

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 10)

INTRODUCCIÓN: El cáncer vesical (CV) representa un desafío clínico debido a su alta heterogeneidad biológica y clínica. Se divide en dos fenotipos principales: no músculo-invasivo (CNMII) y músculo-invasivo (CVMII) con comportamientos clínicos y biológicos diferentes. La clasificación molecular ha demostrado ser clave para comprender esta diversidad biológica, pero su aplicación clínica sigue siendo limitada debido a los costos y complejidad de las técnicas genómicas avanzadas. La inmunohistoquímica (IHC) se ha propuesto como una alternativa viable y accesible para subtipificar el CV, permitiendo identificar grupos con diferente comportamiento biológico y respuesta terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio, se ha pretendido definir los marcadores IHC básicos requeridos en la práctica, para obtener una clasificación subrogada de los subtipos moleculares del CV, analizando su relación con las características clinicopatológicas y la respuesta a neoadyuvancia (NAC). Se incluyeron 139 casos de CV (119 CVMII y 20 CNMII), analizados retrospectivamente en matrices tisulares (TMA). Se utilizaron los marcadores KRT20, KRT5, KRT14, FOXA1 y GATA3 para identificar mediante una clusterización K-means cuatro subtipos moleculares: Basal, Basal KRT14Alto, Luminal y Mixto. Se analizaron asociaciones con características clinicopatológicas y respuesta a NAC en 65 pacientes tratados.

RESULTADOS: Los subtipos se definieron según los perfiles de expresión de KRT14, KRT5 y GATA3, demostrando ser los más discriminativos en la clusterización. El subtipo basal, que presentaba una alta expresión de KRT5 y baja de GATA3 y FOXA1, representó el 38.8%, el subtipo basal KRT14Alto, con sobreexpresión de KRT14, comprendió el 21.5%. Los tumores luminales, con alta expresión de GATA3 y FOXA1, abarcaron el 11.5%, y el grupo mixto, con patrones de coexpresión basal y luminal, el 29.2%. En la supervivencia global, el Basal KRT14Alto mostró la mejor tasa (92.2%), seguido por Luminal (79.4%), mientras que Mixto (63.5%) y Basal (60.5%) tuvieron los peores pronósticos (p=0.04). Sin embargo, La supervivencia del Basal KRT14Alto disminuyó significativamente en ausencia de NAC, equiparándose a los subtipos Basal y Mixto. En pacientes tratados con NAC, los subtipos Basal y Mixto mostraron un beneficio significativo en supervivencia (p=0.01), mientras que los Luminales no presentaron diferencias significativas en supervivencia entre los tratados y no tratados. El subtipo basal KRT14Alto, con alta sensibilidad a la quimioterapia, presentó la mejor supervivencia tanto en pacientes con respuesta completa como parcial. Por el contrario, los tumores luminales, a pesar de su mejor pronóstico general, no se beneficiaron significativamente de la NAC, lo que resalta la necesidad de explorar estrategias terapéuticas alternativas, como la inmunoterapia.

CONCLUSIONES: Este estudio destaca la utilidad de los marcadores IHC para clasificar el CV en subtipos moleculares y su relevancia clínica al correlacionar estos con el pronóstico y la respuesta a NAC. Los hallazgos subrayan la importancia de integrar la clasificación molecular en la práctica clínica para personalizar el tratamiento y optimizar los resultados en pacientes con CV. La sobreexpresión de KRT14 en el subtipo basal KRT14Alto, aunque asociada a un mejor pronóstico con NAC, podría implicar un comportamiento más agresivo en ausencia de tratamiento sistémico, destacando su valor como marcador para guiar la elección terapéutica.

IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE NGS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES GENÉTICAS EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO.

Colomar Roig, Maria; Navarro Cerveró, Lara; Aguilar Gil, Amparo; Camarena Gimeno, Francisca; Pérez Esteve, Gloria; Descalzo Martínez, Eva Maria; Palmeiro Uriach, Alberto; Caballero Díaz, Cristina; Roselló Sastre, Esther

Presentador: Colomar Roig, Maria

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 8)

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más diagnosticada en España y la primera en varones, con una estimación de 29.000 nuevos casos en 2023, según el informe "Cifras del Cáncer en España 2023" de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Además, representa la tercera causa de muerte por cáncer en hombres en España, con más de 5.800 fallecimientos registrados en 2021, según el INE. En los últimos 15 años, la supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata avanzado se ha triplicado gracias a los avances terapéuticos, como el uso de inhibidores de PARP en pacientes con alteraciones en los genes de reparación del ADN. Esto ha hecho crucial la identificación de biomarcadores terapéuticos adecuados para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este contexto, se estudió una cohorte de 25 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata y dos controles de cáncer de ovario seroso de alto grado. De estos, se conocía el resultado molecular de tres casos: los dos controles de ovario y uno de próstata. El ADN se extrajo utilizando el equipo QiaSymphony y se cuantificó con el Qubit. Las muestras fueron procesadas para la generación de librerías mediante el sistema automatizado Magnis NGS Prep System de Agilent y secuenciadas en el Illumina NextSeq550DX.

RESULTADOS: Durante la fase preanalítica, nueve muestras fueron descartadas debido a degradación o concentración insuficiente de ADN, ya que contenían menos de 10 ng de ADN total. De las muestras restantes tres de ellas no pasaron los controles de calidad del secuenciador. Los resultados obtenidos en las muestras analizadas fueron consistentes con los de las muestras previamente estudiadas. Además, se identificaron mutaciones en el gen BRCA2 en dos pacientes con cáncer de próstata.

CONCLUSIONES: Este estudio ha permitido optimizar la técnica de NGS en el sistema automatizado de preparación de librerías, logrando resultados concordantes y validados con otras tecnologías. También se ha establecido un umbral mínimo de 10 ng de ADN para realizar el diagnóstico molecular. En conclusión, se ha validado un sistema automatizado para la identificación de alteraciones en los genes BRCA1, BRCA2, ATM, CDK12, CHEK2 y PPP2R2A en muestras parafinadas, que podrá ser utilizado como herramienta diagnóstica de rutina en el Servicio de Anatomía Patológica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

PATRÓN CRIBIFORME: ¿PREDICTOR DE RESPUESTA A LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO?

Rojas Echarry, Gustavo; Huart Peris, Maria Del Carmen; Hernandez, Maria Soraya; Gomez De Manuel, Leticia; Marti Espi, Gemma; Ramos Soler, David

Presentador: Rojas Echarry, Gustavo

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Jueves 22, 17:05-17:25 Pantalla 9)

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma prostático con patrón cribiforme y el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas representan dos formas agresivas de cáncer de próstata, ambas asociadas con una evolución desfavorable y menor respuesta a los tratamientos convencionales. El patrón cribiforme se asocia con un mayor riesgo de metástasis y progresión temprana con resistencia a la castración, mientras que el carcinoma neuroendocrino suele ser independiente de los andrógenos, altamente proliferativo y resistente a la hormonoterapia, incluso con respuesta limitada a la quimioterapia. Aunque sus mecanismos biológicos difieren, ambos subtipos muestran una supervivencia reducida, lo que subraya la necesidad de caracterizar mejor sus perfiles clínicos e inmunohistoquímicos para optimizar el manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de 31 pacientes con adenocarcinoma prostático cribiforme metastásico tratados con docetaxel, analizando variables clínicas e inmunohistoquímicas (receptor de andrógenos [AR], Sinaptofisina, Cromogranina A y Ki-67). Se evaluaron asociaciones entre estas características y la progresión tumoral mediante pruebas estadísticas no paramétricas, modelos de regresión y análisis de supervivencia.

RESULTADOS: La mediana de seguimiento fue de 45,6 meses (IQR: 25,0-84,0). No se encontraron asociaciones significativas entre la expresión de AR, Sinaptofisina o Cromogranina con el tiempo hasta la progresión. Sin embargo, un mayor porcentaje tumoral (>80%) y un Ki-67 elevado se relacionaron con mayor riesgo de progresión (HR = 23,43, p = 0,0043 y HR = 5,82, p = 0,0307, respectivamente). Además, los tumores con patrón cribiforme extenso (>20%) mostraron una mayor expresión de AR (p = 0,013).

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos sugieren que la extensión del patrón cribiforme y la proliferación celular podrían influir en la evolución del cáncer de próstata metastásico tratado con docetaxel. La asociación entre un patrón cribiforme extenso y una mayor expresión de AR, junto con el impacto del Ki-67 en la progresión, subraya la importancia de estos parámetros en la estratificación pronóstica y el diseño de estrategias terapéuticas más personalizadas.

ESTUDIO DEL MICROAMBIENTE INMUNE TUMORAL (TILS) Y DE LA EXPRESIÓN PROTEICA DE PD-L1 EN PACIENTES CON CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.

Martin Hernandez, Raquel

Presentador: Martín Hernández, Raquel

HM HOSPITALES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La aprobación, desde el año 2017, por las agencias reguladoras de cinco nuevos fármacos de inmunoterapia dirigidos frente al eje PD1/PD-L1 para el tratamiento del carcinoma urotelial (CU), hace necesario establecer metodologías para armonizar la determinación de PD-L1 mediante inmunohistoquímica (IHQ). Se ha propuesto que una alta densidad de linfocitos infiltrantes tumorales (TILs) CD8+ y una alta expresión de PD-L1 define un microambiente tumoral predictivo de respuesta a los inhibidores del punto de control inmunitario. Sin embargo, estos datos han sido cuestionados porque las metodologías propuestas son difíciles de reproducir. Esta situación nos impulsó a examinar los resultados inmunohistoquímicos con diferentes anticuerpos de PD-L1 y el desarrollo de biomarcadores, TILs CD8+, en una cohorte de pacientes con Carcinoma urotelial.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio incluyó muestras de 43 pacientes. Se seleccionaron todos aquellos pacientes diagnosticados de CU músculo invasivo (al menos pT2), que se sometieron a RTU o cirugía, en el Hospital Universitario HM Sanchinarro durante 7 años (2010-2017). Para estimar la expresión de PD-L1 se realizó IHQ con tres clones disponibles comercialmente (E1L3N, SP263 y 22C3). Se determinó como criterio de positividad un "score positivo combinado (CPS)" ≥ 10 . Las inmunotinciones fueron evaluadas de forma independiente por dos patólogos. Cuando se observó una discrepancia se llegó a un consenso para la puntuación final. Los TILs CD8+ se escanearon digitalmente (iScan Coreo; Ventana). Las imágenes se visualizaron con el software Ventana Virtuoso (Virtuoso). Se determinó la densidad de las células CD8+ en tres compartimentos: intra-epitelial, estroma peritumoral y estroma intratumoral.

RESULTADOS: Se muestra una concordancia razonable entre los diferentes clones de PD-L1, observándose mayor intensidad y refuerzo de membrana para el clon 22C3. Se evidenció una asociación significativa entre la densidad de TILs CD8+ (estroma intratumoral y estroma peritumoral) y la expresión de PD-L1.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados preliminares apoyan el uso de la combinación de ambos marcadores, valoración digital de TILs CD8+ y la expresión de PD-L1, para ayudar a definir pacientes con CU candidatos a inhibidores de los puntos de control inmunes.

USO DE LA DELECCIÓN DEL 3P MEDIANTE FISH EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES RENALES: NUESTRA EXPERIENCIA COMO HOSPITAL TERCIARIO

Escuer Albero, Guillermo; Macarrón Aguilera, Víctor; Tornay Mora, Elvira; García Fernández, Eugenia; González-Peramato Gutiérrez, Pilar

Presentador: Escuer Albero, Guillermo

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La delección del cromosoma 3p posee un importante papel en el diagnóstico y caracterización de los carcinomas renales, especialmente en el carcinoma de células claras (ccRCC) ocurriendo en más del 90% de los casos esporádicos. Sin embargo, su presencia se ha descrito en otras entidades como el carcinoma papilar (17%), donde también confiere un papel de mal pronóstico con mayor tasa de metástasis, el carcinoma cromóforo (17%) y los oncocitomas (12%). Este hecho subraya la necesidad de una evaluación integral que incluya características morfológicas, inmunohistoquímicas y moleculares para un diagnóstico preciso y una clasificación adecuada de los tumores renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron todos los casos de nuestro hospital en los que se realizó la delección del 3p mediante FISH encontrándose 50 pacientes entre Agosto de 2023 y Diciembre de 2024. Se revisaron los informes de anatomía patológica así como la historia clínica.

RESULTADOS: Los 50 pacientes encontrados tenían una media de edad de 59 años con un predominio del sexo masculino (1,72:1). En 21 de ellos se encontró la delección del 3p (uno de ellos tras ser repetido por no valorable), 28 de ellos fueron no delecionados y en el último restante fue no valorable. De los 21 casos con la delección, 19 fueron diagnosticados de ccRCC y 2 de de carcinoma renal inclasificable. De los 28 casos sin la delección, nueve fueron diagnosticados de ccRCC debido a ser morfológica y/o inmunohistoquímicamente compatibles. Cuatro de estos fueron los primeros casos que se realizaron durante la puesta a punto de la técnica en nuestro centro. El resto de los no delecionados presentaron una amplia heterogeneidad diagnóstica: tumor renal inclasificable (8), neoplasias oncocíticas (3; una de alto grado y dos de bajo), tumor renal papilar de células clara (2), hemangioblastoma (2), PEComa epiteloide, carcinoma renal con reordenamiento de TFE3, carcinoma renal con alteración en TFEB y un posible carcinoma renal con ELOC mutado. El caso no valorable presentaba sólo un 5% de celularidad tumoral viable siendo diagnosticado de compatible con metástasis de ccRCC.

CONCLUSIONES: La delección del 3p es una valiosa herramienta diagnóstica para los tumores renales ya que es un hallazgo frecuente y significativo en el ccRCC. Sin embargo, su ausencia también es útil para guiarnos a ampliar el estudio con técnicas inmunohistoquímicas y moleculares, como la translocación del TEF3 y las alteraciones de TFEB y ELOC, que permitan filiar con precisión las nuevas entidades emergentes de carcinoma renal como pudimos observar en nuestros casos.

EXPRESIÓN DE L1 CELL ADHESION MOLECULE (L1-CAM) EN ÁREAS DE CICATRIZ DE ONCOCITOMA RENAL.

Blázquez Muñoz, Irene; Blázquez , Irene; Fernández-Calvo , Davinia; Taco , María Del Rosario; Gomà , Montse; López-Costea , Miguel Ángel; Vicente-Navarro, Natalia; Vidal , August; Pané-Foix , María

Presentador: Blázquez Muñoz, Irene

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los oncocitomas renales (OR) suelen presentar una zona de cicatriz central. Los grupos celulares adyacentes o englobados en la cicatriz a menudo exhiben una morfología distinta del resto del tumor: patrón tubular o cordonal, células con núcleos ovoides-fusiformes, citoplasma claro y ausencia de características oncocíticas típicas. Varios trabajos previos han demostrado que estos cambios morfológicos se acompañan de cambios inmunofenotípicos. Algunos de los marcadores observados, como racemasa o napsina A, sugerían un cambio adaptativo reminiscente de túbulo renales. Recientemente se ha demostrado que el marcador LICAM (CD171), una glucoproteína transmembrana multidominio tipo 1 de la superfamilia de inmunoglobulinas, se expresa de forma diferencial en células P del conducto colector normal renal, así como en adenomas nefrogénicos. Nuestro objetivo era estudiar la expresión de LICAM en las áreas de cicatriz de OR con cambios morfológicos como los descritos previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: De los casos de OR diagnosticados entre 2016-2025, se seleccionaron aquellos casos en los que se observó una zona de cicatriz central junto con cambios morfológicos en grupos celulares englobados en la misma. Sobre estas zonas, se realizó tinción inmunohistoquímica de LICAM.

RESULTADOS: Se estudiaron 23 casos que contenían, al menos focalmente, zonas de morfología tubular dentro de la cicatriz fibrosa. Estas zonas, a diferencia del resto del tumor, mostraron positividad intensa para LICAM en 21/23 casos y positividad débil en 2/23. Se observó positividad en túbulo distales normales del parénquima no tumoral. El resto de tumor fue negativo.

CONCLUSIONES: Las zonas de cicatriz en OR suelen englobar grupos de células con morfología y perfil inmunohistoquímico distintos del resto del tumor. La expresión de LICAM en el área cicatricial en todos los casos, junto con la expresión de otros marcadores de túbulo renal refuerza la hipótesis de que esta morfología podría tratarse de un cambio adaptativo de tipo metaplasia nefrogénica.

PROSTATECTOMÍA RADICAL DE RESCATE EN PACIENTES CON RECIDIVA LOCAL TRAS BRAQUIITERAPIA: ESTUDIO DE CUATRO CASOS.

Rodríguez Pous, Judith; Madriñan , Patricia; Francisco , Jose; Slocker , Andrea; Fernandez , Davinia; Taco , María Del Rosario; Gomà , Montse; Vidal , August; Pané-Foix , María

Presentador: Rodríguez , Judith

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CaP) es el tumor más frecuente en hombres en España.

La braquiterapia (BQT) es una opción de tratamiento indicada en pacientes con CaP localizado, de bajo riesgo y de riesgo intermedio favorable.

La BQT con implante permanente emplea fuentes de baja tasa de dosis, demostrando resultados similares a la prostatectomía y a la radioterapia externa.

La recidiva bioquímica (RBQ) tras la BQT se define por los criterios Phoenix (PSA 2 ng/mL superior al valor más bajo alcanzado), aunque no existe un consenso estricto. El manejo de los pacientes con RBQ es problemático. Una vez confirmada la presencia de una recidiva local por biopsia prostática y descartada la enfermedad diseminada, la prostatectomía de rescate (PRr), a pesar de su complejidad técnica, es una opción terapéutica con intención curativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Objetivo: Conocer las características clinicopatológicas de los pacientes sometidos a PRr post-BQT, así como identificar y describir los cambios histológicos presentes en las muestras referentes a la pieza de prostatectomía después de la BQT.

Estudio retrospectivo. Revisión de los datos clinicopatológicos de los pacientes sometidos a PRr tras BQT en un hospital universitario entre 2015 y 2023.

RESULTADOS: Entre enero-2015 y diciembre-2023 se realizaron 4 PRR post braquiterapia. El tiempo hasta la RBQ fue de entre 72 y 144 meses (promedio 99 meses), con valores de PSA de entre 5,04 y 9,14 ng/ml. En los 4 casos el diagnóstico inicial fue de ADCp en estadio T1c, GG 1/5 y PSA entre 4,16 y 7,75 ng/ml.

En el estudio histológico de la pieza quirúrgica se observaron los espacios correspondientes al lugar de implantación de las semillas de BQT (extraídas durante el tallado de la muestra), que en ocasiones se acompañaban de reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño. En el parénquima prostático no tumoral se identificaron cambios post-radiación en forma de atrofia glandular y fibrosis.

Respecto al tumor, el grupo de grado (GG) fue evaluable en todos los casos, y en todos se objetivó un aumento en el grupo de grado (GG 2 en 3 casos y GG 3 en 1 caso). Se identificó afectación de vesícula seminal en dos de los cuatro casos. En dos casos, la recidiva fue contralateral, en uno ipsilateral, y en otro multifocal bilateral. En el momento actual, los 4 pacientes se encuentran en buen estado general y sin evidencia de enfermedad desde la PRr (media de seguimiento de 28 meses, rango 18-53 meses).

CONCLUSIONES: En las piezas de PRr post-BQT observamos espacios correspondientes al lugar de implantación de las semillas de BQT, a menudo acompañados de reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño, así como extensas áreas de fibrosis densa y atrofia glandular. En cuanto al tumor se observó incremento del grado y del estadio y cambios en la localización y lateralidad del tumor respecto a las biopsias diagnósticas iniciales.

El rescate quirúrgico, aunque técnicamente difícil, es una opción de tratamiento a considerar en pacientes seleccionados.

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADO CON ENZALUTAMIDA

Perelló Fabregat, Cecília; Karzai , Fatima; Merino , Maria J
Presentador: Perelló-Fabregat , Cecília

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los agonistas de los receptores de andrógenos (ARA) se utilizan desde hace tiempo para tratar el cáncer de próstata (CP). Su mecanismo es bloquear el sitio de unión de andrógenos en el receptor de andrógenos (AR) e inhibir la translocación nuclear de el AR. Se han realizado múltiples ensayos y en la actualidad está aprobado por la FDA para usar ARA en CP metastásico resistente a la castración, CP metastásico sensible a la castración y CP no metastásico resistente a la castración. La enzalutamida es un ARA de segunda generación y no tiene actividad agonista sobre los AR. Algunos estudios también afirman una diferenciación neuroendocrina en tumores tratados con ARA. El objetivo de este estudio es definir distinciones morfológicas en las muestras de prostatectomía debido al tratamiento con enzalutamida y también comprobar si existen algunas diferencias fenotípicas con el tumor previo no tratado, para aclarar cómo impacta el tratamiento en el tumor y tal vez reconsiderar otras opciones de tratamiento en algún momento del desarrollo del tumor, para evitar la falta de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Examinamos 30 muestras de prostatectomía de pacientes tratados con enzalutamida. 29 de ellas también fueron comparadas con la biopsia anterior. Seleccionamos 7 casos con marcado efecto del tratamiento para realizar inmunohistoquímica para los anticuerpos de sinaptofisina y cromogranina en un bloque tumoral representativo tanto en la prostatectomía como en la biopsia previa.

RESULTADOS: Los grados de Gleason de las biopsias previas oscilaron entre 7 y 10. Cuatro de las muestras de prostatectomía estaban libres de tumor en el momento de la evaluación, y sus biopsias previas tenían grados de Gleason de 7 y 8, sin morfología particular. La morfología del tumor residual en las muestras de prostatectomía se caracterizó por células aisladas, pequeños grupos o cordones de células y glándulas pequeñas o fusionadas. Las características citológicas de las células tumorales residuales fueron células atípicas con núcleos con cromatina granular, citoplasma pálido y eosinófilo, en ocasiones muy escaso, a veces con aspecto vacuolado. El tejido prostático no neoplásico presentó hiperplasia de células basales e hiperplasia glanduloeestromal nodular en la mayoría de los casos. Los grados de Gleason de las prostatectomías no fueron aplicables debido al efecto del tratamiento. La inmunohistoquímica para sinaptofisina y cromogranina no reveló diferencias en su expresión entre la biopsia previa y el tumor tratado. En 2 casos, tanto la biopsia como la pieza tratada quirúrgicamente presentan células tumorales positivas para Sinaptofisina y Cromogranina.

CONCLUSIONES: La enzalutamida es un tratamiento relativamente nuevo que se utiliza en algunos escenarios de cáncer de próstata. Los efectos que esto tiene en las células tumorales aún no están completamente descritos. Las características morfológicas encontradas en este estudio incluyen células individuales, pequeños grupos y cordones, glándulas pequeñas o fusionadas. Es importante reconocer estos cambios para que el tumor residual pueda identificarse adecuadamente en la muestra de prostatectomía y no pasar desapercibido. Además, no hemos encontrado aparición de expresión de marcadores neuroendocrinos respecto a la biopsia previa de nuestra serie.

ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE VEJIGA POSTRADIOTERAPIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Cigüenza Sancho, Sonia; Vaillo Vinagre, Agustín; Gutiérrez Martín, Antonia; Pardo López, Maria Luisa
Presentador: Cigüenza Sancho, Sonia

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BÁRBARA DE SORIA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas urogenitales son entidades muy infrecuentes, representando solo el 2% de todos los sarcomas de partes blandas y, dentro de estos, los angiosarcomas (tumores malignos agresivos con diferenciación endotelial) primarios de vejiga corresponderían solo al 2% de los sarcomas genitourinarios. Fue inicialmente descrito en 1907 por Jungano y, desde entonces, los pocos casos publicados están en su mayoría asociados a radioterapia previa. Son más comunes en varones, entre la 6ª y 7ª década de vida. La clínica es inespecífica, siendo la hematuria el síntoma más habitual; aunque también puede asociar dolor pélvico, disuria o síntomas de obstrucción urinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe el caso de un paciente varón de 55 años con aumento de PSA (51,66 ng/ml), que en la biopsia prostática transperineal ecodirigida por saturación, se diagnóstica de Adenocarcinoma, Gleason 8 (4+4), estadio clínico T2N0M0. Tras el diagnóstico, se realiza bloqueo hormonal completo y tratamiento con radioterapia. Cinco años después, en 2016, ingresa para estudio por presentar hematuria macroscópica, disuria y coágulos intravesciales. Se interviene de urgencia para la evacuación de los coágulos, identificándose una masa vesical con gran cantidad de vasos neoformados en la superficie, por lo que se realiza RTU del tumor. Se procede al estudio histológico del tejido fijado en formol, mediante tinción con Hematoxilina-Eosina y técnicas IHQ. El TAC muestra múltiples lesiones de aspecto metastásico en hígado y pulmones. Durante el ingreso, persiste la hematuria y comienza con dolor abdominal, sufre un deterioro progresivo e insuficiencia respiratoria, falleciendo a los pocos días.

RESULTADOS: El estudio histológico de la biopsia de vejiga muestra una proliferación celular que invade la capa muscular, dispuesta fundamentalmente formando canales vasculares anastomosados, con hematies en su interior. Las estructuras vasculares están revestidas por células endoteliales atípicas redondas a poligonales, de núcleo grande y vesiculoso, con nucléolo eosinófilo evidente. En menor medida, también se disponen en un patrón de crecimiento sólido, con células epitelioides de características citológicas similares. Asocia abundantes mitosis y amplia necrosis (>50% de la masa tumoral). En el estudio IHQ, las células expresan Vimentina, CD31, CD34, ERG y Factor VIII, y son negativas con CKAE1AE3, EMA, CK7, CK20 y HHV8. El diagnóstico final es de angiosarcoma, grado 3 (sistema FNCLCC).

CONCLUSIONES: Presentamos un caso inusual de angiosarcoma primario, localizado en vejiga, cuyos factores de riesgo principales son el tabaco, la exposición a agentes químicos (vinyl chloride) y el tratamiento radioterápico previo, principalmente de tumores ginecológicos o de próstata. El desarrollo de una segunda malignidad es un riesgo conocido de la RT, describiéndose sarcomas inducidos por este tratamiento. Para considerar esta asociación, el sarcoma debe originarse en el área previamente irradiada, debe haber un periodo de latencia (de más de 3 años) entre la irradiación y su desarrollo y el diagnóstico de sarcoma debe confirmarse histológicamente. Los angiosarcomas vesicales son tumores de curso agresivo y pronóstico pobre, siendo comunes las recurrencias locales y las metástasis a distancia, principalmente a hígado y pulmón. Histológicamente, el diagnóstico diferencial debe incluir el carcinoma urotelial de alto grado y el sarcoma de Kaposi. El apoyo de un panel inmunohistoquímico es esencial para realizar un diagnóstico correcto.

DE LO CONCRETO A LO GENERAL: NEOPLASIA TESTICULAR CON HALLAZGO INFRECUENTE Y ANÁLISIS DE CASOS DE TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES Y SUS METÁSTASIS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL ENTRE 2015-2024

Narváez Simón, María; Remón Love, Alexandra; González Fábrega, Almudena; Ríos Pelegrina, Rosa María
Presentador: Narváez Simón, María

HOSPITAL DE BAZA. UNIDAD PROVINCIAL INTERCENTROS. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los teratomas postpuberales se presentan como componente de tumores de células germinales(TCG) mixtos, identificándose en el 47-50% de los casos. Sólo el 2,7-7% se presentan como teratomas puros. Se ha descrito que el teratoma postpuberal puede metastatizar como teratoma puro o como TCG de tipo mixto y, en un mínimo porcentaje de casos, se ha descrito transformación somática maligna de alguno de sus componentes. Presentamos un caso de un teratoma postpuberal puro testicular con metástasis retroperitoneal constituida por TCG mixto con malignidad de tipo somático y una revisión de este tipo de neoplasias en un centro de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 21años con dolor lumbar y masa palpable en abdomen con pérdida de peso de 8kg en 6meses. La tomografía computarizada abdominal reveló una masa retroperitoneal heterogénea de 65mm con microcalcificaciones y en una ecografía del testículo izquierdo se identificó un nódulo sólido de 3mm con calcificaciones. Se realizó orquiectomía unilateral y resección de la masa retroperitoneal, con diagnóstico de sospecha de TCG metastásico.

A raíz de este caso y teniendo en cuenta sus particularidades, se ha realizado una búsqueda de los TCG mixtos testiculares diagnosticados en nuestro hospital con especial atención a la presencia de componente teratomatoso, así como su frecuencia y tipos de metástasis.

RESULTADOS: El examen histológico de la muestra de orquiectomía de este paciente mostró un teratoma postpuberal con un componente epitelial escamoso y glandular maduro. La masa retroperitoneal, que se diagnosticó como una metástasis de TCG mixto, presentaba componente de carcinoma embrionario(10%) y teratoma(90%) con malignidad de tipo somático consistente en áreas de condrosarcoma y nefroblastoma con componente epitelial y blastema.

Entre 2015-2024 se diagnosticaron en nuestro centro 314 casos de TCG, de los cuales 62 (19,7%) corresponden a TCG con componente teratomatoso. De éstos, 11(17,7%) fueron teratomas postpuberales puros y 51(82,3%) TCG mixtos con componente de teratoma. 13(21%) de los 62 casos presentaron metástasis: 3(23,1%) al momento del diagnóstico, 8(61,5%) al año y 2(15,4%) a los dos años, siendo la histología más frecuente el teratoma puro(84,6%), seguida de la afectación con componente de teratoma y carcinoma embrionario(16,2%). La localización metastásica más frecuente fue retroperitoneo (46,2%) y ganglios paraaórticos (23,1%) y cervicales (23,1%). Se identificaron 11 casos de teratoma postpuberal puro (17,7%), de los cuales sólo el 27% metastatizó (3 casos), todos en torno al primer año postdiagnóstico, la mayor parte en forma de teratoma maduro puro (66,7%) y sólo un caso (33,3%) con transformación maligna de tipo somático en la metástasis con coexistencia de condrosarcoma y nefroblastoma.

CONCLUSIONES: Según la OMS, el 2,7-7% de los tumores de células germinales se corresponden con teratomas puros, siendo el 37% de ellos metastásicos. La transformación maligna de tipo somático ocurre en el 2,5-8% de todos los TCG, siendo la coexistencia de componente de condrosarcoma y nefroblastoma muy infrecuente.

En nuestra serie, los datos se desvían ligeramente de los reportados en la literatura: nuestro porcentaje de teratomas puros es mayor al publicado (17,74% frente a 2,7-7%), siendo menos frecuente la afectación metastásica (27% frente 37%) y la transformación maligna de tipo somático (0,32% frente 2,5-8%).

TUMOR FIBROSO SOLITARIO MIXOIDE RENAL: PRESENTACIÓN DE UNA VARIANTE INUSUAL EN UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Tristan Martín, Belén; Chinchilla Tábora, Luis Miguel; Armisen Jiménez, Cristina; Segovia Blázquez, Beatriz; González Tur, Raquel; Moreno Ibérico, Alejandra; Díaz Romero, Juan Manuel; López Sierra, Alberto; Martín Hernández, Mario; Martín López, María Del Rocio
Presentador: Tristán Martín, Belén

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son neoplasias de células fusiformes que suelen ser benignas y pueden aparecer en diversas localizaciones anatómicas, siendo más frecuentes en la pleura. El área genitourinaria es extremadamente infrecuente. Además, El TFS mixoide es una variante poco común, caracterizada por la presencia de un componente mixoide en al menos el 50% del tumor. Aunque es habitual encontrar áreas focales mixoides en los TFS, un estroma mixoide extenso es inusual. La detección de la fusión NAB2-STAT6, mediante inmunohistoquímica y estudios moleculares, resulta clave para confirmar el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 65 años, que acudió a consultas de urología por un episodio de hematuria franca. La uretroscopia realizada en consulta, así como la ecografía renovesical posterior, no evidenciaron hallazgos patológicos. Sin embargo, la tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica (TC) reveló la presencia de una lesión exofítica de 2 cm, localizada en la cara anterior del mesorriñón derecho, altamente sugestiva de malignidad. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una nefrectomía parcial derecha.

RESULTADOS: Histológicamente se observó una lesión nodular bien delimitada, rodeada por una fina capa de tejido fibroconjuntivo (pseudocápsula), constituida por una proliferación de células fusiformes con citoplasma escaso, núcleos alargados de cromatina fina y homogénea, sin nucléolo evidente. El estroma contiene escasas bandas de colágeno ondulado, pero es predominantemente rico en matriz mixoide y presenta vasos de paredes finas con morfología curvada. No se identificaron mitosis ni necrosis tumoral. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CD34, STAT6, CD99, BCL2 (débil y focal) y CD68 (focal). Fue negativo para MUC4, AML, caldesmon-H, desmina, S-100, SOX10, MDM2, CD117, DOG-1 y CK AE1-AE3. El índice de proliferación celular (Ki-67) fue menor al 1%.

CONCLUSIONES: El TFS mixoide es una neoplasia poco frecuente, y generalmente se estima que menos del 1% de los tumores renales primarios corresponden a TFS. Su localización más frecuente es la pelvis renal (60%), seguida del parénquima y la cápsula renal. Para el diagnóstico del TFS mixoide se requiere de una histología compatible (Al menos un 50% de componente mixoide), y la detección de la fusión NAB2-STAT6, mediante inmunohistoquímica y/o estudios moleculares.

Dado lo infrecuente de esta entidad, su comportamiento biológico no está completamente definido; sin embargo, la literatura describe un mejor pronóstico en comparación con otras formas de TFS. Es fundamental reconocer esta variante, ya que puede confundirse con otras neoplasias mixoides de células fusiformes, las cuales presentan diferencias significativas en cuanto a tratamiento y pronóstico como el mixofibrosarcoma, el sarcoma fibromixido de bajo grado, el liposarcoma mixoide, el sarcoma sinovial mixoide, los leiomiomas y leiomiomasarcomas mixoides, y los neurofibromas mixoides.

CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS CON MUTACIÓN DE BAP1. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Popescu , Oana Beatrice; Carvajal , Nerea; Perez-Buira , Sandra; Herencia , Carmen; García Hoyas, Monica; Rojo Todo, Federico
Presentador: Popescu , Oana Beatrice

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA/FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma renal de células claras (CRCC) es el tipo más frecuente de cáncer renal en adultos representando 60-70% de todos los carcinomas de células renales. Presentamos dos casos de pacientes con diagnóstico incidental de masas renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: El primer paciente es un varón de 42 años en seguimiento por clínica de hematuria. Se observó por ecografía una masa renal de 14 cm que ocupaba todo el riñón derecho. El segundo paciente es otro varón de 45 años con episodio de pielonefritis. Las pruebas de imagen mostraron una masa renal de 9 cm en el tercio medio-polo inferior del riñón izquierdo. No se detectaron metástasis. Se decidió realizar la nefrectomía radical en ambos.

Para determinar los perfiles de expresión de las células neoplásicas se emplearon tinciones inmunohistoquímicas. Además, se realizó un análisis molecular mediante el uso del panel de secuenciación masiva.

RESULTADOS: Macroscópicamente, las masas renales correspondían a tumoraciones sólidas de coloración anaranjada. Los hallazgos histológicos mostraron una proliferación celular con arquitectura alveolar, en nidos, tubular y papilar. Las células neoplásicas tenían citoplasma claro, en algunas zonas citoplasma eosinófilo granular, los núcleos redondos-ovalados y nucléolos eosinófilos prominentes. En los dos casos se identificaron áreas de necrosis y en uno de ellos se observó una diferenciación rabdoide. Entre las células neoplásicas, en algunas zonas, había una red de vasos de pared fina. Con las técnicas de inmunohistoquímica, las células neoplásicas mostraron positividad para CKAE1/AE3, PAX8, positividad completa de membrana citoplasmática para Anhidrasa carbónica IX y pérdida de BAP1. En las pruebas de biología molecular se identificaron las mutaciones de VHL y BAP1. En los dos casos el estadio patológico TNM fue pT3a.

CONCLUSIONES: En más de 90% de los casos de CRCC esporádicos hay una pérdida del brazo corto del cromosoma 3 acompañado de la inactivación del gen VHL por mutación o metilación. También se puede producir la pérdida simultánea de otros tres genes supresores tumorales, entre los cuales el BAP1 con una frecuencia de 10-15% que confiere peor pronóstico. En estos casos, además de los hallazgos morfológicos característicos de los CRCC, se identifican áreas con arquitectura papilar, células con citoplasma eosinófilo granular y pérdida de BAP1 por técnica de inmunohistoquímica. En la literatura se ha descrito una buena correlación (92%) entre la pérdida de la inmunoexpresión para BAP1 y la presencia de mutación BAP1.

Los estudios han demostrado que algunos hallazgos clínicos y morfológicos (el tamaño del tumor, el estadio patológico, la necrosis, la diferenciación sarcomatoide o rabdoide, el grado nuclear) se asocian con peor pronóstico y una baja supervivencia. Sin embargo, los datos sobre los biomarcadores moleculares con correlación clínica relevante son limitados. La pérdida de la inmunoexpresión para BAP1 puede ser una herramienta importante para identificar los casos con respuesta desfavorable a tratamientos oncológicos. Dado el comportamiento agresivo de los CRCC se necesitan más estudios para identificar y validar marcadores inmunohistoquímicos y moleculares con fines pronósticos y terapéuticos.

TUMOR DE COLISIÓN RENAL CON UN GIRO INESPERADO: HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. UN PITFALL QUE PONE A PRUEBA AL PATÓLOGO.

Rauseo Aristigueta, Paula Ysabella; Torno Piñero, Paula; Agüero , Agustina Florencia; García Cosculluela, Andrea; Juanpere Rodero, Nuria; Ciriaco Cortes, Nikola; Colomo Saperas, Lluís; Ippoliti, Gianni

Presentador: Rauseo Aristigueta, Paula Ysabella

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La histiocitosis de células de Langerhans (LCH) es una neoplasia poco frecuente, formada por células de Langerhans neoplásicas entremezcladas con células mononucleares reactivas y granulocitos, destacando la presencia de eosinófilos. La mayoría de los casos presentan mutaciones oncogénicas en la vía RAS/RAF/MEK/ERK. La afectación del sistema urinario por LCH es infrecuente. Presentamos un caso excepcional de tumor de colisión que combina un carcinoma de células renales de tipo célula clara (CCRCC), un carcinoma de células renales de tipo papilar (PRCC) y una LCH, acompañado de una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 67 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidemia, insuficiencia renal crónica y linfocitosis-monocitosis en estudio. De forma incidental se identificó una masa renal izquierda sospechosa de malignidad, por lo que se realizó una nefrectomía parcial.

RESULTADOS: Macroscópicamente, se identificó una lesión sólida y bien delimitada de 37 × 33 mm, con áreas de color marrón y zonas de aspecto hemorrágico. Microscópicamente, se observaron dos neoplasias morfológica e inmunohistoquímicamente distintas, compatibles con un CCRCC grado 3/4 (WHO - ISUP) y un PRCC grado 3/4 (WHO - ISUP), que se entremezclaban entre ellas. Además, en relación con estas lesiones, se observaron cambios hemorrágicos y una importante reacción histiocitaria compuesta por histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas, células con núcleos ocasionalmente desplazados hacia la periferia con nucleolo prominente, citoplasmas amplios y eosinófilos entremezclados con abundantes eosinófilos y ocasionales linfocitos. Estos hallazgos plantearon el diagnóstico diferencial entre un infiltrado histiocitario (reactivo o neoplásico) y focos de transformación sarcomatoide/rabdoide de los carcinomas renales. El perfil inmunohistoquímico mostró positividad para CD68, S100, CD1a, Langerina y Ciclina D1, con negatividad para CK AE1/AE3, CK 34BE12 i CA-IX. Ante la sospecha de LCH, se realizó un estudio molecular, identificando la mutación BRAF (p.V600E/E2/D) y confirmando así la naturaleza neoplásica de este tercer componente. Se realizó el diagnóstico y se recomendó la realización de estudio de extensión, que aún está pendiente.

CONCLUSIONES: La LCH es una neoplasia de células de Langerhans con características morfológicas e inmunohistoquímicas distintivas. La detección de mutaciones en BRAF es una herramienta clave para confirmar su naturaleza neoplásica. Aunque infrecuente, la presencia de LCH en tumores renales está documentada en la literatura y representa un desafío diagnóstico importante para los patólogos. Su reconocimiento es crucial, ya que puede llevar a una posible confusión con cambios de transformación sarcomatoide o rabdoide y/o a una sobrestimación del grado histológico, hallazgos que implican un peor pronóstico para el paciente.

Si bien en la mayoría de los casos la enfermedad se limita al riñón, no debe descartarse la posibilidad de un compromiso sistémico. Por ello, es importante recomendar la realización de un estudio de extensión y un seguimiento adecuado para garantizar un abordaje diagnóstico y terapéutico óptimo de estos pacientes.

MÚLTIPLES TUMORES RENALES BILATERALES EN PACIENTE DIALIZADO

San Martín Arrieta, Elka Jesarela; García-Acuña, Silvia Margarita; Reuto Castillo, Jaime Orlando; Antúñez-López, José Ramón
Presentador: San Martín Arrieta, Elka Jesarela

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hallazgo de tumores sólidos renales bilaterales sincrónicos es raro; su incidencia está entre el 1,8-11%, y su correcto diagnóstico anatomopatológico es un reto. La etiología puede ser esporádica o formar parte de un síndrome genético, de modo que es muy importante estudiar minuciosamente los diagnósticos diferenciales y correlacionar con la historia clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 58 años, hipertenso de larga evolución y obesidad mórbida grado 2. En 2019 se le diagnosticó de proteinuria en rango nefrótico e insuficiencia renal, y en 2022 tras fallo renal crónico de origen multifactorial inicia hemodiálisis peritoneal. Ese mismo año ingresa en Nefrología por bacteriemia, observándose en estudios complementarios de imagen (ecografía) una lesión nodular en polo superior del riñón izquierdo. En 2023 mediante TC abdominopélvico se completa estudio, y se observan seis lesiones sólidas, corticales y bilaterales compatibles con carcinoma de células renales, dos localizadas en el riñón derecho y cuatro en el riñón izquierdo sin afectación a distancia. Tras valoración por Urología, en 2024 se realiza nefrectomía bilateral en dos tiempos y adicionalmente se inicia estudio genético, cuyo diagnóstico inicial fue de Enfermedad de Von Hippel Lindau, probable tipo 1A o 2B secundaria a mutación en VHL c.241C>T, p.(Pro81Ser) en heterocigosis.

RESULTADOS: A nivel anatomopatológico, llamaba la atención que en las dos piezas de nefrectomía, a pesar de los múltiples tumores presentes (cinco en el riñón derecho y siete en el izquierdo), tan sólo uno de ellos correspondía a un carcinoma de células claras de 0,4 cm de diámetro. Los restantes eran cinco carcinomas papilares convencionales, un carcinoma papilar de polaridad invertida y cinco carcinomas de morfología acinar y cribiforme, de citoplasma eosinófilo, núcleo claro con nucléolo prominente y con cristales de oxalato en su interior, hallazgos concordantes con carcinomas renales asociados a enfermedad quística adquirida. Se comenta el caso con Oncología Médica, se revisa nuevamente el estudio genético y se confirma que a partir de Junio de 2024, la variante VHL c.241C>T, p.(Pro81Ser) corresponde a una variante benigna. En la actualidad, el paciente continúa con hemodiálisis, hace vida normal y está en espera para trasplante de donante vivo.

CONCLUSIONES: Los estudios genéticos abren la puerta a detectar cada vez más alteraciones moleculares, pero no todas tienen trascendencia clínica; es necesario reevaluar las bases de datos, sobre todo cuando los hallazgos histopatológicos no concuerdan con lo esperado para determinada entidad; lo que pone una vez más de manifiesto la gran importancia de dos aspectos: la correlación clínico-patológica y el estudio multidisciplinar, ya que en casos complejos pueden cambiar la orientación y manejo clínico. =

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE EN CORDÓN ESPERMÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Brizzi, María Emilia; Carrasco Fernández, Daniel; Moreno García, María Isabel
Presentador: Brizzi, María Emilia

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El hemangioendoteliooma epiteliode es una neoplasia vascular maligna de bajo grado, con curso clínico generalmente indolente aunque pueden presentar metástasis. La localización más habitual es en partes blandas (tejido celular subcutáneo de extremidades), pulmón o hígado. Se presenta un caso de hemangioendoteliooma epiteliode a nivel del cordón espermático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen los hallazgos clínicos, ecográficos y anatomopatológicos de un caso de hemangioendoteliooma epiteliode en cordón espermático.

RESULTADOS: Se trata de un varón de 58 años que acude a consulta de urología por dolor en teste derecho. En la exploración se palpa un nódulo en cordón espermático derecho móvil de 1 cm que sugiere quiste de epidídimo. La ecografía revela teste izquierdo hipotrófico (antecedente de criptorquidia), teste derecho sin alteraciones y un nódulo hipoecogénico sólido en cordón espermático derecho, con sospecha de tumor adenomatoide. Se decide exéresis de la lesión. En el estudio microscópico se observa una proliferación celular que crece en nidos y cordones, rodeada por un estroma condromixioide, con zonas de esclerosis. Las células tienen hábito epiteliode, con moderado citoplasma eosinófilo y núcleos redondeados/ovalados, vesiculosos, algunos con pequeño nucleolo visible. Algunas células presentan una vacuola citoplasmática, con ocasionales eritrocitos en su interior. Focalmente se identifica alguna luz vascular malformada, con dilatación y contorno irregular. Se contabiliza 1 mitosis/IOCCA y no se identifica necrosis. Se realiza estudio de IHC que muestra positividad para CD31, FLI1 y podoplanina D2-40, y negatividad para citoqueratina de amplio espectro. En la bibliografía hay descritos hasta la fecha solo tres casos a nivel testicular/paratesticular. Los pacientes tenían edades comprendidas entre 50-56 años y recibieron tratamiento quirúrgico, con exéresis completa de las lesiones. Al tratarse de reportes de caso, no se describe evolución de los pacientes.

CONCLUSIONES: El hemangioendoteliooma epiteliode es una neoplasia vascular de pronóstico intermedio, que es importante conocer dado que puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, con diferente pronóstico según su localización. La presencia de esta neoplasia en cordón espermático y testículo es extremadamente infrecuente, sin datos en la bibliografía que permitan predecir su comportamiento. Al estudio microscópico, se observan células de hábito epiteliode, algunas con vesículas citoplasmáticas, con crecimiento en patrón cordonal en un estroma condromixioide, así como expresión de marcadores de estirpe vascular. A nivel molecular, el tumor se caracteriza por la fusión WWTR1-CAMTA1 o, un subtipo de ellos, por la fusión YAP-TFE3. No hay un tratamiento estándar, si bien el manejo habitual suele ser quirúrgico o incluir radioterapia complementaria para manejo de enfermedad residual.

NEFROMA QUÍSTICO DEL ADULTO: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS DE UNA ENTIDAD A RECONOCER

Masip Bonet, Albert; Martínez Gimbert, Néstor; Expósito Vega, María; Forero León, Claudia; Aparicio Terres, Claudia; Bernal Escoté, Xana

Presentador: Masip Bonet, Albert

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN 23

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El nefroma quístico del adulto es una neoplasia renal benigna inusual, enteramente quística y sin componentes sólidos. Desde la clasificación who 2016, es una lesión considerada dentro del espectro de los tumores epiteliales-estromales mixtos (mest) del riñón. Se presenta casi exclusivamente en mujeres perimenopáusicas, clínicamente de forma incidental o con dolor abdominal, hematuria o infecciones del tracto urinario. Histológicamente, se trata de una lesión quística multicelular formada por quistes revestidos por células planas, cuboidales o en tachuela y separados por septos finos que contienen un estroma de tipo ovárico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de 3 casos de nefroma quístico del adulto diagnosticados en el año 2024 en piezas quirúrgicas de nefrectomía de mujeres de entre 42 y 72 años de edad (media de edad 60 años). 2 de las lesiones fueron detectadas incidentalmente por pruebas de imagen y 1 de ellas a raíz de molestias lumbares bilaterales.

RESULTADOS: Macroscópicamente, los 3 casos correspondían a lesiones quísticas multicelulares de entre 6 y 11 cm sin identificarse áreas sólidas. Microscópicamente, se observaban dos componentes de las paredes quísticas: epitelial y estromal. Las células epiteliales de revestimiento eran planas o en tachuela mientras que en el estroma subyacente se observaba una proliferación celular fusiforme de tipo ovárico sin atipia citológica. En el estudio inmunohistoquímico, el componente epitelial resultó positivo para citoqueratinas (ck7; ckael/ae3) y pax-8; el estromal resultó positivo para receptores hormonales, focalmente para calretinina y negativo para desmina. El diagnóstico anatómo-patológico en los 3 casos fue de nefroma quístico del adulto (mest).

CONCLUSIONES: El nefroma quístico del adulto es una entidad poco frecuente y que plantea el diagnóstico diferencial con lesiones quísticas renales tanto benignas (quiste renal simple) como malignas (neoplasia quística multicelular de bajo potencial maligno, carcinoma túbulo-quístico o carcinoma renal de células claras con extensos cambios quísticos). Documentamos esta serie de casos con la finalidad de ilustrar sus principales formas de presentación clínica, rasgos morfológicos y perfil inmunohistoquímico.

INCIDENTALOMA RENAL: NO TODOS LOS NÓDULOS RENALES SON MALIGNOS

Martín Estévez, Elena; Azahar González, Carlos; Gutiérrez Melgarejo, Paola Andrea; Reyes Sánchez, Teresa

Presentador: Martín Estévez, Elena

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El adenoma metanéfrico es un tumor epitelial benigno embrionario de origen renal con una tasa de incidencia del 0,2%, que se diagnostica habitualmente de forma incidental, ya que no suele presentar sintomatología concreta. Su imagen radiológica carece de especificidad, lo que dificulta su diagnóstico diferencial con otras entidades de distinto pronóstico. El estudio histopatológico posterior supone un reto para el patólogo, ya que implica el diagnóstico diferencial con otras entidades de similares características histológicas, inmunohistoquímicas y moleculares, tales como el tumor de Wilms o el carcinoma papilar renal. La correcta identificación de este tipo de neoplasias es fundamental para el manejo del paciente. En esta revisión se expone, a propósito de un caso, las características histológicas, inmunohistoquímicas, diagnóstico diferencial y tratamiento clínico de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de una mujer de 79 años sin antecedentes de interés que fue derivada a las consultas de medicina interna por síndrome anémico ferropénico. Dentro del estudio se solicitó una colonoscopia y una tomografía computarizada de abdomen. En la prueba de imagen se observó la presencia de una masa sólida de 3 cm dependiente de la cortical anterior del polo inferior del riñón derecho, con pequeñas áreas de necrosis interna y calcificaciones groseras, sugestiva de aspecto neoproliferativo. Se le realizó una tumorectomía renal observándose, en el examen macroscópico, una pieza con parénquima blanquecino-carnoso homogéneo y un área de consistencia firme amarillenta de 0,6 cm de diámetro máximo, bien delimitada y no encapsulada. El estudio histológico con tinción de hematoxilina-eosina convencional, mostró una lesión con una arquitectura papilar focalmente ramificada con núcleos fibrovasculares hipocelulares revestidos por células cuboidales y áreas compuestas por grupos de estructuras tubulares compactas revestidas por células claras.

RESULTADOS: La primera sospecha, por su morfología, fue un tumor papilar de células renales, sin embargo, el estudio inmunohistoquímico complementario reveló negatividad para CK7 y AMACR, y positividad para PAX 8, WT1 y BRAF V600E, siendo compatible con un adenoma metanéfrico.

CONCLUSIONES: Los tumores metanéfricos comprenden un amplio espectro de lesiones, encontrándose en uno de sus extremos el adenoma metanéfrico. Se trata de un tumor de comportamiento habitualmente benigno, que plantea el diagnóstico diferencial con tumores renales malignos.

CARCINOMA DE LOS DUCTOS COLECTORES, UNA ENFERMEDAD MUY AGRESIVA E INFRECUENTE. SERIE DE CASOS DE NUESTRO CENTRO.

Montano Lumbreras, Elena; Marcos González, Sara; Collado Martín, Ana Sofía; Sánchez Magdalena, Lucía; Calapaqui Terán, Adriana Katherine

Presentador: Montano Lumbreras, Elena

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de los ductos colectores (CDC) es un adenocarcinoma de alto grado que afecta a la médula renal y que surge de los conductos colectores de Bellini. Se trata de un carcinoma renal muy infrecuente (menos del 1 % de las neoplasias malignas renales) y de mal pronóstico, con presentación metastásica hasta en el 40% de los casos, y una supervivencia global a los cinco años menor al 33,2%. El diagnóstico es de exclusión, ya que se superpone clínica e histológicamente con otras entidades como el carcinoma de células renales (CCR) deficiente en fumarato hidratasa o el CCR papilar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Llevamos a cabo un estudio retrospectivo descriptivo, desde 1996 hasta 2024, de casos diagnosticados en nuestro centro de CDC. Recopilamos la información clínica relativa a cada paciente, y realizamos una amplia búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Se diagnosticaron un total de 5 casos de CDC, que representan menos del 0,01% del total de neoplasias renales diagnosticadas, en el periodo estudiado. Todos los casos corresponden a hombres, con un rango de edad entre 39 y 75 años. Dos pacientes fueron metastásicos al diagnóstico (uno con metástasis peritoneales y otro con metástasis ganglionar locorregional). El tiempo medio desde la nefrectomía hasta la progresión metastásica en los tres pacientes que no debutaron con metástasis osciló entre 2 meses y 7 años. En la progresión metastásica de la enfermedad, dos de los pacientes fueron tratados con cirugía y finalmente fueron reclasificados dentro de otro tipo histológico de carcinoma renal y actualmente continúan con tratamiento sistémico. Tres de los cinco pacientes no cambiaron el diagnóstico en su evolución. En cuanto a la supervivencia de los pacientes con CDC, dos pacientes fallecieron entre el primer y segundo año post-diagnóstico, mientras que el tercer paciente recientemente diagnosticado continúa en terapia sistémica con enfermedad metastásica.

CONCLUSIONES: El CDC es una neoplasia renal de baja incidencia pero elevada mortalidad, la literatura indica que más de dos tercios de los pacientes fallecen en los dos años siguientes al diagnóstico y que la presentación metastásica de la enfermedad es común, como ocurre en los pacientes de nuestra serie. Es importante conocer la evolución natural de esta enfermedad, ya que la discrepancia en la evolución, puede sugerir la existencia de otro tipo histológico de tumor renal. Es esencial considerar el contexto en el que se emite el diagnóstico de CDC, teniendo en cuenta que los criterios diagnósticos y las clasificaciones varían a lo largo del tiempo, a medida que aumenta el conocimiento sobre las diferentes patologías. Previamente no se conocían entidades como el CCR con déficit de SDHA/SDHB o el CCR con déficit de fumarato hidratasa, que se incluyeron en la tercera y cuarta edición de la clasificación de tumores del tracto urinario de la OMS, respectivamente. Para profundizar en el diagnóstico del CDC y desarrollar tratamientos dirigidos, es de gran importancia contar con un mayor número de estudios y series de casos que aporten nuevos datos sobre esta enfermedad tan agresiva e infrecuente.

REPORTE DE CASO DE TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA TESTICULAR DE TIPO ADULTO CON CÉLULAS LUTEINIZADAS

Herreros Fernández-Arroyo, Pablo; Jiménez Lara, Araceli; Pemintel Cussi, Juan José; Pérez Jiménez, Montserrat; Gómez Sánchez, Luis; González-Peramato Gutiérrez, Pilar

Presentador: Herreros Fernández-Arroyo, Pablo

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El tumor de células de la granulosa (TCG) testicular de tipo adulto es una neoplasia testicular poco frecuente (representa menos del 0,5% de los tumores del estroma de los cordones sexuales testiculares) que se origina en los elementos epiteliales de los cordones sexuales. Están formados por células de la granulosa y componentes estromales. Por lo general, son neoplasias de bajo grado, caracterizadas principalmente por un crecimiento indolente y un relativo bajo riesgo de metástasis (aproximadamente un 12-13 % de todos los casos documentados hasta el año 2023). En el presente trabajo, presentamos un caso clínico de esta rara entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 33 años que acude a quirófano a realizarse una vasectomía. Antes de la intervención quirúrgica, se le realiza exploración física y se identifica una masa sólida en el testículo derecho. Se decide entonces suspender la vasectomía y realizar orquiectomía. A nivel macroscópico, se recibe una pieza de orquiectomía radical derecha en la que se identifica una lesión bien delimitada de aspecto sólido, coloración amarillenta y consistencia ligeramente incrementada ubicada en el polo inferior testicular que mide 4 x 3 x 2,8 cm.

RESULTADOS: A nivel microscópico, el parénquima testicular muestra características de parénquima adulto con espermatogénesis completa y aislados tubos seminíferos atrofiados. En su mayor parte, el tumor muestra buena delimitación sin encapsulación y, de manera muy focal, extendiéndose a parénquima testicular, sin infiltrar albugínea ni epidídimo. La neoplasia está constituida mayoritariamente por células de núcleo ovoides con hendidura focalmente y muy escaso citoplasma eosinófilo. El núcleo no muestra nucleolo llamativo. Arquitectalmente se disponen haciendo sábanas y en ocasiones, delimitando estructuras rosetoides o pequeños cordones. Se identifica a su vez una segunda población minoritaria de células con amplio citoplasma claro y núcleo más redondeado. No se identifica necrosis ni invasión linfovascular. Se identifican tres mitosis por diez campos de gran aumento. Con respecto a las técnicas de inmunohistoquímica, las células de núcleo ovoides son positivas para inhibina, calretinina, CD56, vimentina y receptores de andrógenos, siendo negativas para OCT 3/4, WT-1, receptores de estrógenos y progesterona, CK AE1/AE3, beta catenina, actina liso y S100. El índice de proliferación (Ki67) es del 5%. Las células luteinizadas resultan negativas para todos los marcadores inmunohistoquímicos previos.

CONCLUSIONES: Desde el punto de vista histológico, el TCG testicular de tipo adulto comparte las mismas características que los TCG ováricos. Suelen mostrar cuerpos de Call-Exner, las células se organizan formando láminas sólidas o estructuras microfoliculares y presentan poco citoplasma y núcleos alargados con hendiduras. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células neoplásicas muestran positividad para inhibina A, calretinina, vimentina y FOXL2, siendo negativas para EMA, OCT3/4, SALL4 y beta catenina. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el resto de tumores del estroma de los cordones sexuales testiculares. Resulta muy importante realizar un diagnóstico y seguimiento adecuado de esta rara entidad, de la que solo hay documentados en la literatura 93 casos hasta el año 2023, puesto que aunque en la mayoría de los casos, estos tumores suelen mostrar un comportamiento benigno, existen algunos casos con enfermedad metastásica incluso muchos años después del diagnóstico inicial.

EVALUACIÓN DEL BLADDER EPICHECK® COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA UROTELIAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO TRAS 18 MESES DE IMPLEMENTACIÓN

Escribano Martin, Belen; Perez Gonzalez, Nuria; Manso Alonso, Rebeca; Martin Alcántara, Beatriz; Zazo Hernandez, Sandra; Perez Buira, Sandra; Carvajal Garcia, Nerea; Lopez Sanchez, Almudena; Rangel Mendoza, Yamileth; Cazorla Jimenez, Alicia
Presentador: Escribano Martin, Belen

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma urotelial es el quinto en frecuencia en países occidentales, se caracteriza por su alta tasa de recurrencia y la necesidad de un seguimiento continuo, lo que conlleva un alto coste en recursos económicos. El método tradicional de cribado es la citología, pero presenta limitaciones en cuanto a sensibilidad y especificidad, por lo que se requieren herramientas diagnósticas más precisas y no invasivas. En este contexto, Bladder Epicheck® (BE) emerge como una prueba molecular ofreciendo una ventana única hacia la identificación temprana y el seguimiento del cáncer de vejiga, con el potencial de mejorar resultados clínicos y disminuir el coste por paciente. El objetivo de este trabajo es evaluar mediante un estudio estadístico descriptivo, los resultados de BE tras 18 meses de implantación en el servicio, a través de un análisis retrospectivo que incluye, los antecedentes tumorales de los pacientes, los resultados de las citologías previas, el resultado de BE y la presencia de Carcinoma o displasia en biopsias posteriores a la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron 215 determinaciones BE en 189 pacientes entre Julio 2023-Diciembre 2024. Partiendo de muestras de orina se obtuvieron pellets celulares por centrifugación, se extrajo el ADN mediante columnas de fibras de vidrio, se digirió enzimáticamente y se amplificó mediante PCR a tiempo real identificando 15 biomarcadores. El software de análisis estableció la positividad o negatividad de la muestra en base a un valor (EpiScore).

RESULTADOS: En el análisis de 215 casos, 143 (66.51%) tenían antecedentes de carcinoma urotelial, mientras que 2 casos presentaron displasia urotelial (0.93%), 2 casos presentaron papilomas/LUPMI (0.93%), 9 biopsias fueron negativas (4.19%) y 59 (27.44%) no disponían de biopsia. Respecto a las citologías previas, 148 (68.84%) resultaron positivas, sospechosas o atípicas, 57 (26.51%) eran negativas y 10 (4.65%) eran insuficientes. Bladder Epicheck® (BE) mostró 68 (31.63%) resultados positivos, 140 (65.12%) negativos y 7 (3.26%) no evaluables, presentándose discrepancias en 102 (49%) casos entre BE y citología: 91 (43.75%) con citología positiva y BE negativo, y 11 (5.2%) con citología negativa y BE positivo.

Tras revisar biopsias posteriores a BE, 38 (16.68%) presentaron carcinoma urotelial, 5 (2.33%) displasia, 3 (1.39%) papilomas/LUPMI, 33(15.34%) biopsias negativas y 136 (63.25%) no tenía biopsias.

En pacientes con citologías previas negativas, 11 casos (casi 20%) tuvieron lesiones uroteliales (falsos negativos, FN), mientras que 19 casos (12.8%) con citología previa positiva no tuvieron tumor (falsos positivos, FP). En BE negativo, 7 casos (5%) presentaron tumor en biopsias posteriores (FN), mientras 14 casos (20.6%) fueron FP. En 34 casos (50%) con BE positivo se confirmaron biopsias tumorales.

De manera conjunta, los casos con BE y citologías negativas 3 casos (7.14%) eran FN y aquellos con BE positiva y citología positiva 12 (22%) eran FP. Cabe destacar que 7 casos (63.6%) con BE-positivo y citología negativa tuvieron carcinoma/CIS posterior.

CONCLUSIONES: A pesar de que la variabilidad de la muestra y la falta de seguimiento que dificulta la correcta evaluación de resultados, BE es una buena técnica complementaria para la detección de Carcinoma urotelial en pacientes de alto riesgo. Tiene una menor tasa de falsos negativos frente a la citología y utilizado de forma conjunta aumenta la detección de lesiones uroteliales.

HETEROGENEIDAD EN EL CARCINOMA CRIBIFORME INVASIVO DE PRÓSTATA: SMALL VS LARGE CRIBIFORM, ALTA VS BAJA PROLIFERACIÓN.

Queipo Gutierrez, Francisco Javier; Bernal Mañas, Carmen María; Muñiz Unamunzaga, Gorka; Solórzano González, Mercedes; Bescansa Pous, Ivet
Presentador: Queipo Gutiérrez, Francisco Javier

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC). Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En España, el carcinoma de próstata es la neoplasia maligna no cutánea masculina más frecuente y la tercera en mortalidad.

El carcinoma cribiforme invasivo se ha asociado clínicamente con un fallo bioquímico más precoz y menor supervivencia específica por cáncer, si bien su valor pronóstico muestra heterogeneidad en las diferentes series. Quizás se deba a la variabilidad interobservador, lo cual se ha intentado corregir recientemente con una definición de consenso.

Con el fin de mejorar la capacidad pronóstica, y la inclusión de pacientes en esquemas de vigilancia activa, se ha buscado identificar subgrupos de diferente agresividad. En la literatura se está planteando que los carcinomas cribiformes de mayor tamaño y mayor proliferación serían los de peor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los cilindros de próstata con carcinoma en los que en el informe se recogía la presencia de carcinoma cribiforme invasivo entre junio de 2021 y febrero de 2025. Se seleccionaron aquellos casos con componente cribiforme invasivo confirmado. Se consideró como large cribiform si el eje menor de las zonas cribiformes tenía un tamaño >0,25 mm (> medio campo de x40). Se etiquetaron como altamente proliferantes los casos con Ki67 >5%.

Se obtuvo la proporción de large y small cribiform. La frecuencia de los carcinomas altamente proliferantes se mostró globalmente y se comparó en los dos grupos anteriores.

RESULTADOS: Se revisaron 78 carcinomas cribiformes invasivos confirmados. En todos los casos menos uno se pudo dicotomizar en large y small cribiform. Se pudo llevar a cabo el estudio inmunohistoquímico con Ki67 en 66 de los casos.

Se apreció una distribución similar de large y small cribiform (49,4 y 50,6%, respectivamente). El 44,9% de los casos fueron carcinomas altamente proliferantes, apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre los large y small cribiform (60,5% y 28,2%, respectivamente).

CONCLUSIONES: La evaluación del tamaño del componente cribiforme invasivo es un método morfológico rápido y, a priori, reproducible. Ello unido al Ki67 puede contribuir a subclasificar los carcinomas cribiformes invasivos y, con ello, optimizar el manejo clínico de los pacientes.

El exceso de large cribiform comparado con la literatura puede estar asociado al tamaño de la muestra y a los artefactos en las biopsias por aguja de próstata.

La elevada proporción de carcinomas altamente proliferantes puede deberse a su asociación con large cribiform, elevada en nuestra serie. También es posible que contribuya la dificultad de la estimación en las biopsias por aguja y el límite del 5% publicado en otras series.

Se necesitan series de mayor tamaño para corroborar nuestros hallazgos y buscar su asociación con factores patológicos adversos en la prostatectomía y/o otros factores pronósticos adversos.

METÁSTASIS INCIDENTALES DE CARCINOMAS DE PRÓSTATA EN GÁNGLIOS DE RESECCIONES DE COLON: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 12 CASOS.

Queipo Gutierrez, Francisco Javier; Sanromán Budiño, Begoña; Torres Nieto, María Ángeles; Busto Lodeiro, Eladio; García Acuña, Silvia Margarita; Álvarez Álvarez, Carlos; Ortiz Rey, José Antonio; Robles Veiga, Olga; Armesto Pérez, Ana; Semidey Raven, María Eugenia; Carrera Álvarez, Juan José

Presentador: Queipo Gutierrez, Francisco Javier

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC). 5º DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En España, el carcinoma de próstata es la neoplasia maligna no cutánea masculina más frecuente y la tercera en mortalidad.

La localización metastásica más frecuente en carcinoma de próstata es ósea, si bien también puede metastatizar a ganglios no locorregionales, hígado, pulmón o cerebro. Las metástasis en ganglios linfáticos de la zona colorrectal son excepcionales y se han descrito, generalmente, como casos aislados. El drenaje linfático de la próstata se comparte parcialmente con el del colon, especialmente en la zona mesorrectal, lo que podría explicar desde un punto de vista fisiopatológico este fenómeno.

A continuación, presentamos una serie multicéntrica de 12 casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los informes de resecciones de colon de enero de 2007 a diciembre de 2024 de 7 hospitales. Se incluyeron las metástasis ganglionares de carcinoma de próstata, excluyéndose las exantraciones pélvicas por carcinoma de próstata.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue 74 años (rango 62-82 años). En 11 casos la cirugía fue oncológica por un diagnóstico previo de cáncer de colon y en un caso debido a diverticulitis perforada. En 8 pacientes se realizó PSA previo a la cirugía, en 6 la cifra fue 73 ng/ml y en los otros dos > 75 ng/ml.

En 11 pacientes el diagnóstico de carcinoma de próstata era previo a la resección de colon, de media 3,48 años antes (rango 0,29-15 años) y en uno de ellos a raíz de la metástasis ganglionar se identificó el carcinoma de próstata (el caso incidental con diverticulitis). Se observó de media 3,67 ganglios linfáticos metastatizados (rango 1-7 ganglios).

En 8 de los casos se disponía de la información del grado ISUP del tumor primario de próstata, 3 casos fueron ISUP 2, 1 caso ISUP 3, 2 casos ISUP 4 y 2 casos ISUP 5. El patrón cribriforme invasivo se identificó en 8 metástasis ganglionares y en 7 de los carcinomas primarios. En dos de las metástasis se apreció diferenciación neuroendocrina focal.

CONCLUSIONES: Las metástasis incidentales de carcinoma de próstata en ganglios de resecciones de colon son un fenómeno muy poco común. Estas, con frecuencia muestran un patrón cribriforme, y, excepcionalmente, pueden ser la primera manifestación del cáncer de próstata. Se desconoce su pronóstico dada su baja frecuencia, si bien es posible que en situaciones de oligometástasis se asocian a un pronóstico más favorable.

TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI CALCIFICANTE DE CÉLULAS GRANDES, UNA ENTIDAD INFRECUENTE DENTRO DE LOS TUMORES TESTICULARES.

Castillo Gázquez, Lidia; López Casillas, Pablo; López Martínez, Carla; Barreta Vargas, Silvia Eugenia; Gordillo Vélez, Carlos; Muñoz Hernández, Patricia; Rosell Alayza, Alejandra; Prada Puentes, Carlos

Presentador: Castillo Gázquez, Lidia

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor de células de Sertoli calcificante de células grandes es un tumor extremadamente infrecuente dentro de los tumores testiculares, habiéndose descrito unos 130 casos hasta el momento en la literatura científica. Suele tener un comportamiento benigno, pero es importante reconocer sus factores pronósticos y su posible asociación con el complejo de Carney.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 23 años, que fue valorado por sospecha de quiste de epidídimo. Refería un bultoma testicular indoloro que recordaba desde siempre. En la ecografía testicular se observó una masa de 10 mm hiperecogénica con sombra posterior e hipervascularizada. Se realizó una tumorectomía parcial la cual se estudió inicialmente en biopsia intraoperatoria. En la impronta del estudio intraoperatorio se observaron células de tipo germinal con otras células con citoplasma amplio y denso y núcleos grandes con nucleolo dispuestos de forma excéntrica con calcificaciones y presencia de polimorfocelulares. Con esta imagen y el corte en congelación se informó como tumor de cordones sexuales sin criterios aparentes de agresividad. A los cortes histológicos en parafina se evidenció una tumoración bien delimitada, dispuesta en forma de cordones y con formación de ductos. Las células tumorales eran grandes, con un citoplasma amplio y eosinófilo, con discreta atipia y algunas con nucleolo, sobre un estroma con áreas fibrosas y otras más mixoides. De forma focal se observaba una población inflamatoria con predominio de polimorfocelular. Se observaron también de manera característica grandes calcificaciones y cuerpos de psamoma. En las técnicas de inmunohistoquímica las células tumorales mostraron expresión para vimentina, SF-1, WT-1, inhibina, calretinina y de forma focal para CK AE1/AE3 y melan-A. La γ -catenina tuvo expresión de membrana. La PLAP y CD99 fueron negativas. No se evidenciaron mitosis, invasiones vasculares ni otros factores de mal pronóstico.

RESULTADOS: El tumor de células de Sertoli calcificante de células grandes es una entidad independiente del tumor de células de Sertoli en la nueva clasificación de la OMS. Supone el 1% de las neoplasias testiculares y se presentan durante la segunda década de la vida. Es característico la presencia de calcificaciones y polimorfocelulares en un estroma mixoide a fibroso con células tumorales (grandes con citoplasma eosinófilo finamente granular y núcleo ovoideado con nucleolo) dispuestas en nidos y cordones. Su comportamiento es benigno, pero se han descrito factores de mal pronóstico (necrosis, tamaño mayor a 40 mm, crecimiento extratesticular, atipia severa, invasión vascular y/o mitosis/mm²) que hay tener en cuenta para su diagnóstico. Entre un 20 y 40% de los casos se asocian al complejo de Carney, siendo un criterio clínico mayor para este síndrome, siendo su asociación con el síndrome de Peutz-Jeghers más discutible.

CONCLUSIONES: El tumor de células de Sertoli calcificante de células grandes es una entidad infrecuente. La presencia de calcificaciones y polimorfocelulares son clave para diferenciar el tumor de células de Sertoli convencional del calcificante de células grandes. Entre un 20 y 40% se asocia al complejo de Carney, siendo un criterio clínico mayor, por lo que es importante la correlación clínica. Si no tiene factores de mal pronóstico suele tener un curso benigno, pudiéndose realizar tumorectomías sin precisar de orquiectomía radical ni tratamiento adyuvante posterior como en este caso.

MELANOMA VESICAL, TUMOR PRIMARIO? REPORTE DE UN CASO.

Dacosta Escobar, Pedro Eduardo; Pujol Moliner, Magdalena; Cañas Tello, María Angels
Presentador: Dacosta Escobar, Pedro Eduardo

CONSORCI SANITARI INTEGRAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los melanomas primarios de tracto urinario son extremadamente raros, siendo más común la afectación metastásica de la misma. Presentamos el reporte de un caso en una mujer de 88 años diagnosticada en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: A raíz de cuadros recurrentes de hematuria y disuria se realiza cistoscopia visualizándose lesión exofítica mamelonada-papilar de 40 cm, muy vascularizada y friable en cuello vesical con extensión a cara anterior. Se reseca hasta plano muscular y se envía a nuestro servicio.

RESULTADOS: Al estudio microscópico se evidencia una infiltración de células neoplásicas poligonales con citoplasma claro a eosinófilo y mal delimitado. Los núcleos son redondos e irregulares, la cromatina es granular y los nucléolos prominentes. Se observan depósitos de pigmento melánico acompañante. El estudio inmunohistoquímico resulta positivo para marcadores melánicos con expresión nuclear de PRAME. Se identifican hasta 20 mitosis por 10 campos de gran aumento y un ki-67 del 30-50%. El estudio de extensión con TC toraco-abdominal no evidencia afectación extra-vesical ni adenopática, y la valoración dermatológica no evidencia lesiones cutáneas visibles.

CONCLUSIONES: El melanoma primario de tracto urinario es poco frecuente. Existen pocos casos primarios de vejiga reportados, la mayoría con un mal pronóstico. Es necesario realizar un estudio minucioso de la piel y otras localizaciones viscerales primarias para confirmar que se trate de un verdadero tumor primario. Como opciones de tratamiento se han planteado terapias sistémicas, incluidas la inmunoterapia, así como la cirugía y radioterapia.

EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE NECTIN-4 EN CARCINOMA MÚSCULO INVASIVOS DE VEJIGA: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RESULTADOS PRELIMINARES.

Queipo Gutiérrez, Francisco Javier; Bernal Mañas, Carmen María; Nadal Trasmontan, Paula; Castro Iglesias, Ángel Máximo; Cándara Cortés, Marina
Presentador: Queipo Gutiérrez, Francisco Javier

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC). Sº DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga es el segundo cáncer genitourinario más frecuente, y el décimo globalmente. En España supone unos 22000 casos y 4500 muertes anualmente. La supervivencia se asocia con el estadio, produciéndose la mayor parte de las muertes en los carcinomas músculo invasivos (CVMI).

En las últimas décadas el tratamiento en enfermedad localmente avanzada y metastásica se ha basado en esquemas de quimioterapia con platino, con pocas opciones en segundas o ulteriores líneas. Este panorama cambió con la introducción de fármacos inmunoterápicos. En los últimos años los esquemas basados en enfortumab-vedotin (EV)±enfortumab han supuesto una pequeña revolución.

Este fármaco tiene su diana en la proteína transmembrana Nectin-4, presente de forma casi constitutiva en urotelio y piel. No obstante, hay estudios que sugieren que expresión disminuye con el estadio. Recientemente ha aparecido un anticuerpo inmunohistoquímico comercial frente a nectin-4, lo que facilita la realización de estudios de expresión fiables y reproducibles. A continuación, presentamos un estudio preliminar en aspectos metodológicos, y la clasificación inmunohistoquímica subrogada por los subtipos en CVMIs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron RTUs de CVMI y se seleccionaron aleatoriamente 9 casos con al menos 10 años de antigüedad en el archivo, con un mínimo de 5% de CVMI y material suficiente para la realización de 10 láminas de inmunohistoquímica. Se recogieron los subtipos según la actual clasificación de la OMS si su porcentaje era ≥ 10% del tumor. Se utilizó el clon EPR 15613-68 (Abcam), con una dilución 1:500, 64 min en CCI empleándose caseína, incubación de 28 min y uso de amplificadores. La técnica se realizó en un Benchmark Ultra y se usó el kit Optiview. Se usó como control externo urotelio no tumoral. Únicamente se consideró válida la inmunoreactividad con un patrón de membrana, en el componente músculo invasivo. Se exploraron 3 puntos de cortes: H score ≥15 y 100 y positividad 2-3+ ≥ 75%.

RESULTADOS: En los 9 casos estudiados se pudo realizar la determinación sin necesidad de repeticiones y distinguir el patrón de membrana sin tinción citoplasmática relevante. La intensidad de tinción mostraba escasa heterogeneidad. La positividad con un dintel ≥15 y 100 fue 9/9 y 8/9, respectivamente. Con el otro punto de corte fueron positivos 4/9 casos, si bien en otros dos la positividad 2-3+ ≥ 70%. El único caso negativo con Hscore ≥100 era un carcinoma con abundantes rasgos neuroendocrinos y también fue negativo con el otro punto de corte.

CONCLUSIONES: El estudio inmunohistoquímico con nectin-4 con el anticuerpo mencionado ha sido posible sin una labor de optimización excesivamente laboriosa. El uso de un anticuerpo comercial facilita su disponibilidad y aumenta la fiabilidad y confianza en el mismo.

La valoración inmunohistoquímica no presenta gran complejidad, ni consume un tiempo excesivo. El anticuerpo permite distinguir el patrón citoplasmático y de membrana, ubicación funcional de nectin-4. Además, los resultados preliminares obtenidos sugieren la posibilidad de que la determinación se vea poco afectada por la antigüedad de la muestra.

El uso en series de mayor tamaño y, sobre todo, en muestras previas al inicio del tratamiento con EV permitirán dilucidar si el estudio inmunohistoquímico frente a nectin-4 se convertirá en un factor predictivo de respuesta a EV y con qué punto de corte.

TUMOR MIODE PERIVASCULAR RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Lopez Gil, Elena Patricia; García Lagarto, Elena; González-Peramato Gutiérrez, Pilar; Viqueira Rodríguez, Isabel; Obregón Martínez, Estibaliz; Pérez Rodríguez, Álvaro; Oyarzum Bahamonde, Elda; González Obeso, Elvira; De Uribe Viloria, Marta; Pérez Gallego, Lucia; Moreno Muñoz, Cristina
Presentador: López Gil, Elena Patricia

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los tumores periciticos constituyen un espectro morfológico de tumores mesenquimales de comportamiento generalmente benigno, que incluye los tumores glómicos y sus variantes, miopericitoma-miofibroma y angioleiomioma. Todos exhiben un patrón de diferenciación hacia las células mioides perivasculares. Estos tumores son infrecuentes y se localizan típicamente en la piel y tejido subcutáneo de extremidades y cabeza y cuello, siendo la localización visceral una rareza.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 51 años que, en un control ecográfico por colitis ulcerosa, presenta de forma incidental un tumor renal izquierdo pediculado que depende del tercio inferior, con unas dimensiones de 2,4 x 2,2 x 1,7 cm. Se realiza TC posterior hallandose como diagnósticos de sospecha angiomiolipoma o carcinoma papilar de células renales. Se decide tumorectomía.

RESULTADOS: En el examen histológico se observa un tumor bien delimitado por una cápsula fibrosa, sin parénquima renal normal adyacente, constituido por una proliferación de células de pequeño tamaño, monomorfas, con núcleos redondos u ovoides, cromatina fina, nucléolo evidente y escaso citoplasma eosinófilo. No se observan mitosis. Las células forman cordones y nidos sólidos separados por abundante estroma hialinizado. En la periferia, estas células están íntima relación con las paredes musculares de vasos de mediano tamaño, en ocasiones con disposición radial. No se observa disposición concéntrica ni patrón glomangiopericitoido. No se observa necrosis ni tejido adiposo. Se plantea un amplio panel inmunohistoquímico destacando inmunorreactividad de las células tumorales para vimentina, AME (débil), AML, calponina, caldesmon, catepsina K receptores de estrógeno y progesterona y HMB45 focal en las células elongadas alrededor de los vasos. No se observa expresión de CD34, CD31, CKAETAEI, S-100, Melan-A, CD68 ni MyoD1 como hallazgos más destacables. Ausencia de traslocación TFE3.

CONCLUSIONES: Los tumores periciticos son un conjunto de tumores mesenquimales mayoritariamente benignos poco comunes en vísceras. En el riñón hay 13 casos descritos hasta el momento, diagnosticados todos de miopericitoma. La mayor parte de los pacientes son asintomáticos, siendo hallazgos incidentales en pruebas de imagen. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, por lo que es necesario la extirpación quirúrgica y estudio anatomopatológico para el diagnóstico. Dada la importante superposición entre las entidades morfológicas establecidas con características radiológicas poco claras, es fundamental informar detalladamente los patrones claves en la distinción histológica de los distintos subtipos. La disposición concéntrica de las células alrededor de las paredes vasculares es el patrón más frecuentemente reconocido en los miopericitomas seguido del patrón glomangiopericitoido-like y angioleiomioma-like. El patrón observado en nuestro caso de células inmersas en estroma colagenizado prominente también se describe con menor frecuencia, siendo más frecuente en los tumores glómicos. En nuestro caso el patrón histológico y el perfil inmunohistoquímico nos apoyaba un origen pericitico del tumor, si bien, no se pudo precisar una categoría tumoral concreta puesto que no se observó un patrón definitorio. Los principales diagnósticos diferenciales de los tumores periciticos en el riñón serían el angiomiolipoma, hemangiomas, tumor fibroso solitario, tumor miofibroblástico infamatorio y tumor de células yuxtaglomerulares. En todos los casos el perfil inmunohistoquímico es determinante.

TUMOR SEROSO BORDERLINE: UNA LESIÓN PARATESTICULAR INFRECUENTE

Rubio Mediavilla, Susana; Medrano Ruiz, Juan; Gamba Torrez, Silvia
Presentador: Rubio Mediavilla, Susana

HOSPITAL SAN PEDRO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En raras ocasiones se han descrito tumores de origen mülleriano en varones. El tumor seroso borderline es una neoplasia poco común, de localización paratesticular o intratesticular, no invasiva, homóloga de las neoplasias epiteliales de tipo ovárico o mülleriano. Su etiología y fisiopatología aún no se han conseguido dilucidar con precisión, postulándose los restos müllerianos o la metaplasia mülleriana del peritoneo como la base de su histogénesis. Se suele presentar como una masa indolora en pacientes de edad avanzada, aunque se ha descrito en un amplio rango de edades, incluso en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 64 años que refiere una masa paratesticular, de la que se realiza exéresis para su estudio.

RESULTADOS: Histológicamente, se trata de una lesión multilobulada, formada por espacios quísticos con paredes fibrosas que muestran revestimiento epitelial con formación de pequeñas excrescencias polipoides en forma de papilas con ejes fibrovasculares, que se ramifican y confluyen ocasionalmente. Estas se encuentran tapizadas por epitelio columnar ciliado, constituido por células de citoplasma eosinófilo, núcleos redondeados con nucleolos patentes, sin atipia significativa. En la luz de las cavidades se observa secreción eosinófila densa y abundantes cristales de colesterol. En el estroma subyacente se objetivan múltiples cuerpos de psamoma e inflamación crónica. No se observan imágenes de infiltración estromal ni de invasión linfovascular ni perineural. No se identifica parénquima testicular. La lesión muestra positividad intensa y difusa para PAX8, WT1, RE, CK7 y CKAETAE3, así como positividad muy focal para RP y calretinina, siendo negativa para CEA. Por lo tanto, presenta morfología e inmunofenotipo compatibles con un tumor seroso borderline.

CONCLUSIONES: Las neoplasias epiteliales testiculares y paratesticulares de tipo ovárico son entidades inusuales, entre las que destaca el tumor seroso borderline como el más frecuente. Microscópicamente se caracteriza por estructuras papilares ramificadas y de contornos irregulares, revestidas por epitelio seroso con atipia leve-moderada, que muestran expresión de PAX8, WT1, RE y RP. Dado que rara vez se presentan en la práctica clínica habitual, pueden generar confusión y suponer un reto, siendo tanto la morfología como el perfil inmunohistoquímico útiles para su diagnóstico.

TUMOR ONCOCÍTICO RENAL DE BAJO GRADO: UNA ENTIDAD EMERGENTE – REPORTE DE UN CASO

Jacome Gaibor, Veronica Alejandra; Saiz González, Ana; Ferrer Gómez, Ana

Presentador: Jácome Gaibor, Verónica Alejandra

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores oncocíticos renales de bajo grado (LOT) son neoplasias emergentes caracterizadas por células con citoplasma eosinófilo abundante debido a una alta densidad mitocondrial. Aunque el oncocitoma renal clásico, que supone el 3-7% de masas renales sólidas, es benigno; el LOT se sitúa en un espectro intermedio entre este y los carcinomas de células renales (CCR) con rasgos oncocíticos, como el CCR cromóforo eosinófilo. Los patólogos enfrentan desafíos para clasificar tumores oncocíticos debido a su superposición morfológica.

El tumor oncocítico renal de bajo grado (LOT) reconocido como emergente en la clasificación OMS 2022, ha sido propuesto como una entidad provisional, definida por su perfil inmunohistoquímico distintivo (CK7 positivo, CD117 negativo). Su estudio está redefiniendo las categorías de tumores renales, abogando por su inclusión como entidad separada junto al tumor vacuolado eosinófilo. Presentamos un caso de tumor oncocítico renal de bajo grado, describiendo sus características histológicas, diagnóstico diferencial y manejo clínico. Este reporte destaca la importancia de una clasificación patológica precisa para orientar el tratamiento y el pronóstico en estas neoplasias en evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 69 años, que presentó una masa renal incidental de 2.8 cm localizada en el tercio superior del riñón derecho detectada por tomografía. Tras nefrectomía parcial, se identificó una lesión nodular, bien delimitada, de coloración blanquecina parduzca. Histológicamente, la neoplasia mostró células oncocíticas con amplio citoplasma eosinófilo y núcleos redondos uniformes. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CK7+, y negatividad para CD117, un perfil descrito como típico de LOT. No se observó invasión linfovascular o de estructuras adyacentes, ni necrosis. El paciente permanece sin recurrencia tras 6 meses de la nefrectomía parcial.

RESULTADOS: El LOT se diferencia del oncocitoma y CCR cromóforo por su morfología e inmunohistoquímica. Varios estudios reportaron mutaciones en la vía mTOR en una serie de LOT, sugiriendo un sustrato molecular distintivo, mientras que otros autores demostraron que la negatividad para L1CAM lo separa del CCR cromóforo eosinófilo. Su comportamiento indolente, apoya la nefrectomía parcial como tratamiento, aunque Amin et al. sugieren que la falta de criterios uniformes requiere vigilancia.

CONCLUSIONES: El LOT es una entidad en evolución que requiere mayor caracterización. Este caso refuerza la necesidad de una clasificación refinada, como propone la actualización GUPS y la OMS.

RETO DIAGNÓSTICO DEL ADENOCARCINOMA EN VEJIGA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Langmuir Sánchez, Andrés Eric; Del Pino Jimenez, Pablo; Mantzizidor Otaegi, Oihán; Scholtus , Agustina; Sarauz Curbelo, Claudia; Pallares Quixal, Judit

Presentador: Langmuir Sánchez, Andres

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma primario de la vejiga urinaria es una neoplasia maligna poco común, con una frecuencia de menos del 2% de todos los cánceres uroteliales. El adenocarcinoma de colon tiene una prevalencia mucho mayor, y su infiltración o metástasis en la vejiga urinaria es uno de los diagnósticos diferenciales principales del adenocarcinoma primario de vejiga. Sin embargo, la distinción entre la infiltración por adenocarcinoma de colon y la presencia sincrónica de adenocarcinoma en la vejiga y el colon no siempre es sencilla, ya que histológicamente puede imitar una neoplasia primaria de vejiga con morfología con proyecciones papilares que sobresalen en la luz de la vejiga, indistinguibles de las observadas en el adenoma vellosos de la vejiga que puede acompañar a la cistitis glandular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan dos casos clínicos de adenocarcinoma provenientes de RTU de vejiga, correspondientes a una varón de 55 años (caso 1) en seguimiento por adenoma vellosos de vejiga y un varón de 76 años (caso 2) sin antecedentes de interés. La forma de presentación de ambos casos fue de hematuria como primer síntoma. Se comparan las características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas.

RESULTADOS: Los hallazgos histológicos en ambos casos fueron superponibles. El perfil inmunohistoquímico resultó idéntico para ambos casos con positividad para CK20 y CDX2, además de positividad focal para CK7 y tinción de GATA3 negativa.

La expresión nuclear de β -catenina en el adenocarcinoma primario de vejiga es menos frecuente que en el adenocarcinoma metastásico colorrectal, pudiendo utilizar para apoyar el origen colorrectal, sin embargo en nuestros casos tuvo una utilidad limitada ya que ambos mostraron positividad de membrana. En el estudio radiológico posterior del caso 1 mostró engrosamiento en cúpula vesical sin signos de neoplasia en otras localizaciones, apoyando el diagnóstico de adenocarcinoma primario de vejiga.

En el segundo caso, se evidenció una masa en ciego con invasión de vejiga que tras intervención quirúrgica un diagnóstico de adenocarcinoma de colorrectal T4b.

CONCLUSIONES: La superposición del perfil inmunohistoquímico plantea un auténtico reto diagnóstico. También las alteraciones genéticas del adenocarcinoma de vejiga son superponibles a las del adenocarcinoma colorrectal, como la mutación de KRAS. Sin embargo, sí que tienen en general una expresión intacta de las proteínas de las proteínas reparadoras del ADN (MMR) y se han descrito casos donde la pérdida de expresión de MMR apoya el diagnóstico de metástasis de origen colorrectal. Cuando la situación del adenocarcinoma está en cúpula aparece un tercer diagnóstico diferencial con el carcinoma de uraco, pero la presencia de lesión precursora como el adenoma vellosos y la correlación con datos clínicos, endoscópicos y radiológicos es esencial para un correcto diagnóstico. Siempre debemos descartar la posibilidad de adenocarcinomas metastásicos de órganos adyacentes (próstata, colon y tracto ginecológico), ya que son más frecuentes que los adenocarcinomas primarios del tracto urinario.

EXPLORANDO UN CASO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO DE LA URETRA PROSTÁTICA: CLAVES ANATOMOPATOLÓGICAS Y MOLECULARES PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE CON PRONÓSTICO ADVERSO

Juanpere Roderó, Nuria; Torno-Piñero , Paula; Ciriaco Cortés, Níkaoly; Lome Maldonado, Carmen; González García, Irene; Clavé Safont, Sergi; Pazmiño Arias, Andrea; Nohales Taurines, Gloria; Abascal Junquera, José María; Iglesias Coma, Mar
Presentador: Juanpere Roderó, Nuria

HOSPITAL DEL MAR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma mucinoso primario de uretra representa < 1% de los tumores urogenitales. Afecta a pacientes con edad media de 65 años, sin diferencias significativas en la distribución por sexo. Frequentemente se presenta en estadios avanzados y tiene un pronóstico adverso. Los síntomas más habituales son hematuria, obstrucción del flujo urinario y disuria. Su etiopatogenia es incierta, aunque se ha descrito en asociación con braquiterapia por carcinoma prostático. Es un diagnóstico de exclusión y plantea el diagnóstico diferencial principalmente con carcinoma urotelial con diferenciación glandular, adenocarcinoma (Adc) prostático, Adc mucinoso ginecológico o Adc de origen intestinal. La diseción estromal por mucina y la presencia de células caliciformes y lesiones glandulares en el urotelio adyacente se han descrito como hallazgos clave para su identificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 89 años, con adenocarcinoma prostático hace 21 años, tratado con braquiterapia, y carcinoma urotelial papilar de alto grado (grado 3, OMS 1973) pT1a hace 3 años. Ingreso por retención aguda de orina e insuficiencia renal aguda obstructiva infravesical. Se le realizó una resección transuretral de próstata (RTUP) desobstructiva, en la que se evidenció estenosis uretral y sospecha de infiltración neoplásica de la próstata y se realizó biopsia. Posteriormente se le diagnosticó un melanoma maligno y en su estudio de extensión se identificó una adenopatía inguinal que se biopsió. Tras múltiples episodios de hematuria, requirió una RTUP hemostática con biopsia de tejido friable observado en la celda prostática y el cuello vesical.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico de ambas RTUP mostró una neoplasia con arquitectura glandular, papilar, vellosa y cribriforme, diferenciación intestinal y mucinosa y presencia de células caliciformes. Infiltraba la uretra prostática, el parénquima prostático y el cuello vesical, con reacción desmoplásica. Se observaron lagos de mucina extracelular con células tumorales flotantes y focos de metaplasia glandular en el urotelio no neoplásico. El estudio inmunohistoquímico evidenció positividad para queratina 20 (difusa), queratina 7 (focal), queratina 34/E12 (débil y heterogénea), CDX2, SATB2, racemasa (en glándulas aisladas) y expresión citoplasmática de 7-catenina. No se detectó expresión de NKX3.1, PSA, GATA3, p63, ERG, ALK1 ni BRAF V600E. El porcentaje de expresión de PD-L1 en células tumorales fue < 1% y el CPS = 0 (ensayo Ventana PD-L1 SP263). No se detectó pérdida de las proteínas reparadoras del ADN (MLH1-, MSH-2, MSH-6, PMS-2). Se detectó la mutación patogénica R248W en el exón 7 del gen TP53 (FA 42%) y una amplificación del gen KRAS con una media de 25 copias por núcleo (OncoPrint™ Precision Assay, ThermoFisher). La biopsia de la adenopatía inguinal mostró metástasis de adenocarcinoma con un perfil morfológico e inmunohistoquímico análogo a los del tumor uretral. El paciente evolucionó con episodios recurrentes de hematuria y fue exitus un año después del diagnóstico inicial.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma mucinoso primario de uretra prostática es una neoplasia poco frecuente que constituye un reto diagnóstico. Nuestro caso mostró hallazgos morfológicos, inmunohistoquímicos y moleculares semejantes a los descritos en la literatura. La caracterización precisa de esta entidad es crucial para diferenciarla de neoplasias más prevalentes en la región uretral, dada su relevancia pronóstica y las diferencias en el manejo terapéutico.

BÚSQUEDA DE DIANAS TERAPÉUTICAS EN EL CARCINOMA UROTELIAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES MOLECULARES ENCONTRADAS EN NUESTRO CENTRO Y EL ESTATUS DE PD-L1

Calapaqui Teran, Adriana Katherine; Rigmány , Andreea; Gomez Roman, José Javier; Marcos Gonzalez, Sara; Montano Lumbreras, Elena; Sanchez Magdaleno, Lucia; Collado Martin, Ana Sofia; Freire Salinas, Francisco Javier

Presentador: Calapaqui Teran, Adriana Katherine

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga es un importante problema de salud pública a nivel mundial. En España es el 4º tumor en incidencia, en los estadios avanzados presenta una mortalidad elevada y la supervivencia global se encuentra francamente disminuida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de las determinaciones por inmunohistoquímica (IHQ) y estudios moleculares de los carcinoma uroteliales diagnosticados entre 2018 y 2024. La búsqueda se realizó a través del sistema informático del servicio, las palabras clave fueron "carcinoma" + "urotelial", se recogieron para el estudio todos los casos en los cuales se realizó estudio IHQ de PD-L1 y secuenciación masiva (NGS).

RESULTADOS: En los últimos 7 años, se diagnosticaron un total de 2287 carcinomas de urotelio, la localización más frecuente fue la vejiga, de los cuales el 84% fueron no músculo infiltrantes y el 16% fueron músculo infiltrantes, la segunda localización más frecuente fue la vía urinaria alta y la tercera la uretra.

Se realizó NGS en 52 casos, las determinaciones fueron hechas sobre el tejido del tumor primario en el 67% de los casos y sobre metástasis en el 33%.

La NGS encontró alteraciones en 37 casos (71%), no encontró alteraciones en 13 casos (25%) y no fue valorable por defectos de calidad en 2 casos (4%).

Las alteraciones encontradas en orden de frecuencia fueron, P53 en 46%, HER2 en el 22%, alteraciones en los genes de FGFR se encontraron en 8 casos (22%), de los cuales 6 casos corresponden a alteraciones en FGFR3, se observaron dos alteraciones de fusión en FGFR3(17) - TACC3(11), un caso a alteraciones en FGFR2 y un caso en FGFR1. Además se encontraron, alteraciones en PIK3CA en el 19% alteraciones en EGFR en el 8%, pérdida de función en CDKN2A en el 4%, CCND1 en el 4%, alteraciones en HRAS en el 5.4%, CDK4 en el 2.7%, PTEN en el 2.7%, MTOR en el 2.7%.

Se analizó el estatus de PD-L1 mediante IHQ de 36 casos de carcinoma urotelial, de los cuales, el 59% fueron carcinomas primarios de vejiga, 16% fueron primarios de vías urinarias altas y 25% fueron biopsias de metástasis. PD-L1, fue de manera global, positivo en el 78% de los casos y negativo en el 22%. En los primarios vesicales, el PD-L1 fue positivo en el 90% y negativo en el 10%. En los primarios de las vías urinarias altas, PD-L1 fue positivo en el 55% y negativo en el 45%. En las biopsias de metástasis, PD-L1 fue positivo en el 67% y negativo en el 33%.

CONCLUSIONES: El carcinoma de urotelio, en los estadios localmente avanzados y metastásicos la supervivencia es muy pobre, por lo tanto la búsqueda de dianas terapéuticas resulta de gran relevancia. En nuestra serie las alteraciones en P53 fueron las más frecuentes. Son destacables las alteraciones en FGFR3 que cuentan con fármacos aprobados, en nuestra serie su incidencia fue del 22%. Además se detectaron alteraciones como HER2 y mTOR que cuentan con fármacos dirigidos, pero en otros tipos tumorales.

En relación con el PD-L1, la mayoría de los casos fueron positivos, aunque cabe destacar, que la positividad para PD-L1 fue notablemente inferior en los tumores de vías urinarias altas. Se necesitan más esfuerzos para caracterizar molecularmente el cáncer urotelial, lo cual permitirá encontrar biomarcadores pronósticos y predictivos, así como el uso de dianas terapéuticas que permitan tratar a estos pacientes con terapias biológicas dirigidas más eficaces y con menor toxicidad.

MAGACALIOSIS: DIAGNÓSTICO DE UNA ENTIDAD PATOLÓGICA RARA A PARTIR DE COMPLICACIONES CLÍNICAS

Zagrean , Raluca Oana Nathalia; Cocera Rodríguez, Raul; Semidey Raven, Maria Eugenia; Calixto Álvarez, Zyanya; Hidalgo Romero, Albert; De Torres Ramírez, Inés María
Presentador: Zagrean , Raluca Oana Nathalia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La megacaliosis (enfermedad de Puigvert), es una malformación congénita renal caracterizada por una dilatación exclusiva del sistema calicular en ausencia de causa obstructiva. Su origen radica en una hipoplasia de las pirámides de Malpighi, con la consecuente redistribución del espacio medular renal hacia los cálices renales que muestran dilatación y aumento de su número, con una pelvis, uréter y vejiga normales. Esta malformación es más frecuente en varones (10:1), suele ser unilateral (80%) y no afecta la función renal normal, siendo indicación de tratamiento quirúrgico únicamente en caso de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 31 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición a los 18 años en la cual se realiza estudio por TAC observándose una marcada dilatación calicular, no obstructiva que concluye en el diagnóstico de megacaliosis. Asimismo, se descarta síndrome de unión pieloureteral secundaria a vaso polar por angioTAC. En 2024 la paciente acude a urgencias por distensión y molestias abdominales en hemiabdomen derecho con dolor cólico persistente, defensa abdominal y hematuria, sin fiebre. La ecografía abdominal urgente observa un defecto mural a nivel del grupo calicular inferior compatible con rotura espontánea de vía excretora derecha por lo que se interviene quirúrgicamente realizándose una nefrectomía radical derecha. El estudio macroscópico de la pieza de nefrectomía muestra área de hemorragia en polo inferior con solución de continuidad a nivel del grupo paracalicular inferior y al cote se observa importante adelgazamiento cortical a expensas de una marcada dilatación calicipielica. A nivel microscópico el parénquima renal muestra una esclerosis glomerular focal y daño tubular agudo incipiente. A nivel medular destaca la marcada hipoplasia de las pirámides de Malpighi. En polo inferior y en relación a cálix ectásico se observan áreas de extravasación hemática con necrosis coagulativa a nivel de la solución de continuidad. El uréter a lo largo de su trayecto muestra una distorsión fibrosa de la capa muscular, pero sin dilatación de luz ureteral. No se identifican lesiones quísticas de tipo poliquistosis renal infantil o del adulto ni signos morfológicos de displasia renal.

RESULTADOS: La megacaliosis es una enfermedad muy rara descrita por Puigvert en 1963, habiendo menos de 100 casos descritos en la literatura. Al no haber criterios clínicos característicos, su diagnóstico suele ser un hallazgo incidental durante la investigación de otras patologías o de alguna de sus complicaciones más habituales como las infecciones urinarias de repetición, litiasis renal o ruptura traumática. El diagnóstico final se establece mediante la UIV con imagen característica en "mosaico romano" aunque actualmente la sospecha de megacaliosis ya puede hacerse en las ecografías prenatales.

CONCLUSIONES: La megacaliosis se considera una entidad benigna, no progresiva y asintomática no requiriendo tratamiento específico excepto en el desarrollo de complicaciones secundarias a la estasis calicular. Su correcto diagnóstico, dado el alto riesgo a desarrollar infección o urolitiasis, permitirá el manejo clínico óptimo con un seguimiento anual mínimamente invasivo en estos pacientes.

TUMOR ESPERMATOCÍTICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN 24 AÑOS

Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Aguiar Losada, Begoña; Cerezo Aguirre, Clara; Manrique Celada, Manuel; Conde Ferreiros, Marta; Carrillo Cobarro, María; Domínguez Aparicio, Claudia; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Sanchez Perales, Zuliy Faby Elvita; Ruiz Díaz, Irune
Presentador: Ordoñez Arrillaga, Ainhoa

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA OSAKIDETZA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular representa el 1% de todos los cánceres diagnosticados en hombres y el 5% de la patología neoplásica urológica. Alrededor del 95 % de los tumores testiculares corresponden con tumores de origen germinal, de los cuales el 50% son seminomas. Los tumores espermatocíticos, previamente llamados seminomas espermatocíticos, son tumores testiculares muy infrecuentes, correspondiendo con <1% de las neoplasias malignas testiculares. Se engloban dentro de las neoplasias germinales no relacionadas con neoplasia germinal in situ. A diferencia de otras neoplasias germinales, la edad media de presentación suele ser de 52-59 años y mediana de 72 años y suelen presentarse como masa indolora o aumento progresivo del testículo. Se asocian con un curso indolente, sin metástasis, salvo aquellos con histología de diferenciación sarcomatosa, en el que el riesgo de metástasis aumenta, y con ello empeora el pronóstico. Presentamos un caso raro de tumor germinal testicular de tipo tumor espermatocítico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un caso, correspondiente a un paciente varón de 80 años, que acude a consulta por una masa en testículo izquierdo de más de 1 mes de evolución, de consistencia dura y leve dolor a la palpación, negando clínica miccional o infecciosa. En la RMN se objetivó una destrucción del testículo con leve aumento de tamaño con captación tenue en capas de cebolla y restricción de difusión de predominio periférico, así como cambios hemorrágicos. El material recibido fue una pieza de orquiectomía con una cavidad quística de 5cm de eje mayor que englobaba un área sólida de 3,5 x 2,5 cm, heterogénea, irregular, de consistencia firme con un área hemorrágica de 1,5 cm. Los cortes histológicos se fijaron en formol al 4%, se embebieron en parafina y se tiñeron con hematoxilina-eosina de rutina. Revisamos los casos diagnosticados de tumor espermatocítico en nuestro centro en los últimos 24 años (2000-2024).

RESULTADOS: Las secciones histológicas mostraron una proliferación neoplásica dispuesta en nidos sólidos o cordonal compacto, con mínimo estroma, en áreas edematizadas, constituida por células de hábito epitelioide, con marcado polimorfismo celular, predominando células de talla mediana con moderado citoplasma pálido y nucleos redondos de cromatina fina. También se observaron otros dos tipos de células, unas de talla grande con nucleomegalia, y otras de menor tamaño. No se identificaron focos de neoplasia germinal in situ. La población neoplásica expresaba SALL4 y CD117, con negatividad para D2-40, CD30 y OCT-4. Estos hallazgos favorecían un tumor espermatocítico. Revisando los casos de nuestro centro, en 24 años, se identificaron un total de 4 casos, cuya presentación clínica, histológica y evolución coinciden con lo publicado hasta el momento.

CONCLUSIONES: Los tumores espermatocíticos son neoplasias testiculares raras. En nuestro centro, se han diagnosticado 4 casos (alrededor del 1% de las orquiectomías tumorales) en 24 años. En éstos, la edad de presentación fue entre 39 y 80 años, con clínica larvada, marcadores tumorales en rango y sin evidencia de metástasis ni en el momento del diagnóstico ni en el seguimiento posterior, comportándose de manera indolente. Todos estos datos son concordantes con lo descrito en la literatura sobre este tumor.

Patología Urológica

1508

MUJER DE 65 AÑOS CON TUMOR ONCOCÍTICO NOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Moreno Ontalba, Alicia

Presentador: Moreno Ontalba, Alicia

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores renales con características oncocíticas suelen clasificarse en su gran mayoría como oncocitomas o como cromófbos, sin embargo en la actual clasificación de la OMS, se habla de otras entidades que aunque más infrecuentes presentan retos diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Caso clínico de mujer de 65 años que acude a su médico de familia por dolor abdominal. En la ecografía, se visualiza masa renal izquierda en polo inferior, bien delimitada que mide 59 x 47 mm. Se realiza nefrectomía radical izquierda.

RESULTADOS: Macroscópicamente en polo inferior una lesión nodular de coloración amarillenta y marrónácea, de 5,5x6x3 cm limitada a parénquima renal. Histológicamente, se identifica una neoplasia epitelial de patrón tubular, sólido y pseudoglandular de citoplasma eosinófilo de aspecto granular con núcleos hiper cromáticos de aspecto arrugado focales y algún nucleolo disperso visible. No se identifican mitosis, ni áreas de necrosis. Las células neoplásicas son positivas para CK7 (intenso y parcheado), CD10 (difuso), CK17 negativo y CD15 (positivo focal), HMB45 (positivo difuso leve), siendo negativas para CAIX, Racemasa, Vimentina, S100, CK20 y GATA3. Se realiza histoquímica para hierro coloidal, siendo no concluyente. Ante la sospecha de tumor oncocítico NOS, se envía para ampliación de estudio IHQ y estudio molecular al Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, obteniendo los siguientes resultados: CD117 +, Cathepsina K -, TFE3 -, SDHB y FH (expresión conservada). Se realiza panel oncomine childhood research assay, panel oncomine tumor specific assay y panel oncomine kidney, detectándose las siguientes variantes con interés diagnóstico, pronóstico o predictivo de respuesta a terapia Dicer1 p.Phe1322Leu (exón 23) y CNNTB1 (exón 2) correspondiente con c-24T>G y MTOR p.Gly2394Val (exón 53) y BAP1 p.Val336Ala (exón 11) ClinVar: Variante de significado incierto (VUS) germinal.

CONCLUSIONES: Cuando consideramos tumores solitarios con características borderline entre un oncocitoma y un carcinoma cromóforo, debemos excluir otros tumores: angiomiolipoma epitelioide, carcinoma renal SDH deficiente y FH deficiente, carcinoma renal de la familia MIT reordenado y el carcinoma renal eosinofílico sólido y quístico). Por lo que se reserva el término "neoplasia oncocítica renal de bajo potencial de malignidad, NOS", estrictamente para aquellos casos solitarios y esporádicos, heterogéneos, pero indolentes con características equívocas entre oncocitoma y carcinoma cromóforo. Recientes descubrimientos en la "zona gris" de los tumores renales oncocíticos revelan entidades distintas que pueden haber estado escondidas. Se han descrito dos nuevas entidades: "tumor eosinofílico vacuolado (EVT)" y "tumor oncocítico de bajo grado (LOT)". Estos tumores frecuentemente presentan mutaciones en TSC/MTOR, aunque no de forma exclusiva. El término "tumor oncocítico híbrido" para casos hereditarios, bilaterales y multifocales (sdme Birt-Hogg-Dubé).

Volviendo a nuestro caso clínico, en la actualidad la paciente presentada continúa seguimiento médico y revisiones, tras la cirugía renal, sin incidencias.

Hes O, Trpkov K. Do we need an updated classification of oncocytic renal tumors? : Emergence of low-grade oncocytic tumor (LOT) and eosinophilic vacuolated tumor (EVT) as novel renal entities. Mod Pathol. 2022 Sep;35(9):1140-1150. doi: 10.1038/s41379-022-01057-z. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35273336.

Patología Urológica

1513

LEIOMIOSARCOMA PARATESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Olalla De La Rosa, Rocío; Fernandez Del Corral, María Remedios; Moreno Ramos, Antonio; Jimenez Martin, Juan Jesus

Presentador: Olalla De La Rosa, Rocío

HOSPITAL ANTEQUERA MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El leiomiomasarcoma paratesticular es un tumor raro de tejidos blandos que representa menos del 1% de todos los sarcomas y se origina en las células del músculo liso del cordón espermático o de las estructuras adyacentes. Su baja incidencia y la variedad de presentaciones clínicas hacen que su diagnóstico sea un desafío. Aunque la etiología de este tumor no está clara, se han identificado algunos factores de riesgo potenciales, como la exposición a radiación, traumatismos previos o enfermedades genéticas como el síndrome de Li-Fraumeni.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente de 67 años con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, polimialgia reumática, amigdalectomía y prótesis ocular derecha (por pérdida de ojo derecho en la infancia), que consulta por lesión de aspecto quístico, irregular e indolora en hemiescrotal izquierdo que ha aumentado de tamaño y consistencia. Se le realizó exéresis de la lesión con anestesia local.

RESULTADOS: La pieza quirúrgica consistió en una tumoración blanquecina de consistencia firme y superficie lobulada de 4 cm de dimensión máxima, que a la sección tenía aspecto arremolinado y color blanquecino amarillento. A nivel histológico estaba constituida por una proliferación mesenquimal hiper celular con diferenciación de músculo liso de fenotipo fusocelular e indiferenciado, con células muy bizarras, elevado índice mitótico y presencia de necrosis tumoral.

Se le realizaron diferentes técnicas inmunohistoquímicas. Los marcadores musculares (Actina, Desmina, Calponina, Caldesmón) con tinción muy positiva en el componente sarcomatoso diferenciado y positividad en células dispersas en componente desdiferenciado. El Índice de proliferación Ki67 fue del (70%). Las técnicas inmunohistoquímicas C-KIT, CD34 y S-100 fueron negativas. El MDM2 no concluyente por inmunohistoquímica y se realizó FISH, siendo negativo.

Ante estos hallazgos se llegó al diagnóstico de "leiomiomasarcoma desdiferenciado, de alto grado de malignidad (grado 3 de la fnclcc)".

CONCLUSIONES: Este caso destaca por la infrecuencia de este tipo de tumores en localización paratesticular y la no correlación con la sospecha clínica. Resulta interesante considerar esta variante histológica en el diagnóstico diferencial de masas paratesticulares.

RESULTADOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS CON NEUROSAFE: CONTROL ONCOLÓGICO Y PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL

Herrero Aguilar, Ivet Alexandra; Terrasa Sagrista, Fernando; Mendizabal Cajal, Daniela; Puchaizela Godoy, María Gabriela; Carrillo García, Paula; Briones Mardones, Gabriel; Seco Frías, Julio
Presentador: Herrero Aguilar, Ivet Alexandra

HOSPITAL SON LLATZER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La técnica intraoperatoria NeuroSAFE permite evaluar los márgenes quirúrgicos en tiempo real durante la prostatectomía radical, con el fin de conservar las bandeletas neurovasculares sin comprometer el control oncológico. Aunque diversas experiencias respaldan su utilidad, todavía se discute su complejidad y coste. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de su implementación en 23 pacientes, valorando márgenes quirúrgicos y resultados funcionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 23 pacientes con cáncer de próstata localizado, sometidos a prostatectomía radical con evaluación intraoperatoria de márgenes mediante NeuroSAFE. Tras la disección de las áreas neurovasculares, se realizó un estudio intraoperatorio en congelación. Se recopilaron variables preoperatorias (edad, PSA, estadificación clínica, Gleason en biopsia), intraoperatorias (márgenes quirúrgicos, tiempo de evaluación, patrón de gleason en contacto con el margen) y postoperatorias (PSA, continencia urinaria y función eréctil).

RESULTADOS: El tiempo medio de evaluación intraoperatoria mediante NeuroSAFE fue de 49.65 minutos. La tasa de márgenes negativos fue del 62.5%, mientras que el 37.5% presentó márgenes positivos, distribuidos en unilateral (45%) y bilateral (55%).

El PSA preoperatorio promedio fue de 6.72 ng/ml, con valores entre 2.32 y 24 ng/ml. Tras la cirugía el PSA se mantuvo indetectable (< 0.12 ng/ml) en todos los pacientes.

En cuanto a la función urinaria, el 52% de los pacientes recuperó la continencia a los 3 meses, mientras que el 78% preservó la función eréctil.

Asimismo, no se encontró asociación entre el PSA preoperatorio y la positividad de márgenes, lo que sugiere que otros factores pueden influir en la resección quirúrgica.

No se identificó una relación clara entre edad e incontinencia a los 3 meses ni entre el Gleason y la recuperación de la potencia sexual, lo que indica que la preservación funcional podría depender de múltiples factores quirúrgicos.

CONCLUSIONES: La técnica intraoperatoria NeuroSAFE ha demostrado ser una herramienta eficaz en la prostatectomía radical, permitiendo obtener márgenes negativos en la mayoría de los casos y garantizando un adecuado control oncológico, con un PSA indetectable en el postoperatorio temprano.

Desde una perspectiva funcional, los resultados indican que la evaluación intraoperatoria favorece la toma de decisiones quirúrgicas, optimizando la preservación de estructuras neurovasculares sin comprometer la eficacia oncológica.

El análisis de correlaciones no identificó una relación significativa entre PSA preoperatorio, Gleason en biopsia y presencia de márgenes positivos, lo que podría sugerir que factores anatómicos y quirúrgicos pueden influir más en los resultados postoperatorios.

En el contexto de la cirugía oncológica, estos hallazgos refuerzan el papel de la evaluación histopatológica intraoperatoria como un estándar de calidad en la prostatectomía radical, facilitando un enfoque quirúrgico más preciso que optimiza el balance entre control tumoral y preservación funcional.

A pesar de estos hallazgos, el tamaño muestral y el corto seguimiento limitan la posibilidad de establecer asociaciones definitivas.

EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA URETRAL: UN CASO INUSUAL.

Collado Martín, Ana Sofía; Montano Lumbreras, Elena; Sánchez Magdaleno, Lucía; Calapaquí Terán, Adriana Katherine
Presentador: Collado Martín, Ana Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El melanoma mucoso es una entidad rara que representa el 1% de los melanomas y dentro de estos, el 3% surgen en el tracto urinario siendo la uretra el sitio más común. La presentación típica se da en mujeres con una media de edad de 60 años como una masa o menos común como sangrado. A diferencia de los melanomas cutáneos no están asociados a la exposición de radiación ultravioleta y presentan una baja carga de mutaciones pero más frecuencia de alteraciones somáticas como en TP53. Estos se asocian con recurrencia local elevada y con una supervivencia pobre de entre 10-39% a los 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda retrospectiva de la base de datos de nuestro centro entre los años 2009 y 2025 identificando sólo un caso diagnosticado de melanoma de uretra en estos años. Para esta búsqueda se usaron las palabras clave: melanoma, uretra, vejiga, úteres. Se estudió la historia clínica, la histología e inmunohistoquímica realizándose un estudio bibliográfico posterior.

RESULTADOS: Presentamos el caso de una mujer de 71 años que acude a urgencias por metrorragia indolora. En la exploración física se observa una tumoración rojiza y friable dependiente de carúncula uretral de 1.5 cm de diámetro máximo que fue biopsiada. En la anatomía patológica se observan fragmentos superficiales de una proliferación tumoral formada por células epiteliales con citoplasmas claros y células gigantes pleomórficas que se disponen formando áreas papilares. Presenta abundantes mitosis, incluso atípicas, y focal pigmento. Estas células se teñían positivamente para SOX10, MELAN A, HMB45, PRAME y S100, siendo negativas para CK, p40, Uroplakina, GATA3 y HCG y no se encontraron alteraciones moleculares. Todo esto fue compatible con melanoma de mucosa. Se le realizó una uretrectomía distal donde además se observó que la lesión invadía los tejidos subepiteliales y el estudio de extensión demostró enfermedad ganglionar e infiltración de la cara anterior vaginal, cT4N1M0. La paciente se consideró irreseccable y dada la escasa evidencia de los tratamientos quirúrgicos se trató con Nivolumab-ipilimumab y posterior radioterapia. En la actualidad, la paciente no presenta enfermedad ni macroscópicamente ni en el PET TAC.

CONCLUSIONES: El melanoma uretral es una entidad poco frecuente y presenta un pronóstico pobre debido a su agresividad y al diagnóstico ya en estadios avanzados. Dada su infrecuencia, representa un reto diagnóstico ya que la morfología papilar y el escaso pigmento melánico, nos orienta a un diagnóstico errado de carcinoma urotelial papilar. El tratamiento óptimo no está claro, pero como en el caso de nuestra paciente, el tratamiento simultáneo de Nivolumab-ipilimumab tiene una respuesta de hasta el 37,1% cuando se trate de una lesión irreseccable. La mutación de TP53 deja una puerta abierta hacia futuras terapias dirigidas.

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES FUMARATO HIDRATASA - DEFICIENTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ramos Mejido, Susana; Garzón Prieto, Belén; Navas García, Natalia; Molina Jiménez, Lucía; García Rojo, Marcial
Presentador: Ramos Mejido, Susana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales (CCR) fumarato hidratasa - deficiente (FH) es un subtipo raro y altamente agresivo de carcinoma renal de prevalencia desconocida. Se caracteriza por mutaciones inactivantes en el gen FH, localizado en 1q42.3-q43. Estas mutaciones pueden ser de la línea germinal o somáticas. La mutación de la línea germinal patogénica del gen FH se asocia con el síndrome hereditario de leiomiomatosis y carcinoma de células renales (HLRCC). Clínicamente exhibe un comportamiento agresivo, con un porcentaje significativo de casos que debutan como enfermedad metastática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 44 años, en estudio por fiebre de 8 semanas de evolución y bultoma en articulación ECM-esternón derecha dolorosa. TAC: lesión lítica en extremo esternal claviculár derecha y una imagen renal izquierda compatible con pielonefritis crónica. RMN: lesión de aspecto infiltrativo renal izquierda con adenopatía /implante sospechoso de proceso neoplásico.

Se realiza BAC de la lesión claviculár derecha, con diagnóstico de carcinoma pobremente diferenciado compatible con origen primario renal, por lo que se decide nefrectomía radical izquierda.

RESULTADOS: Pieza de nefrectomía con presencia de una masa tumoral sólido-quística de consistencia firme de 12,5 x 7 cm, blanquecina, de patrón multinodular que infiltra seno y cápsula renal.

Histológicamente presenta un patrón heterogéneo papilar, sólido y tubulo-quístico con focos de hialinización, sin evidencia de macrófagos espumosos. La celularidad muestra citoplasma amplio, eosinófilo, con pleomorfismo nuclear y halo perinucleolar con abundantes mitosis y necrosis isquémica. El estudio inmunohistoquímico resulta positividad para CKAE1/AE3, vimentina, PAX8, CK19, INI1 positividad nuclear mantenida y negatividad para CAIX, CK7, CD10, CD117, GATA3, p63, TFE-3 y fumarato hidratasa.

Se realizó estudio de NGS mediante panel HRR, no detectándose variantes patogénicas de relevancia terapéutica.

CONCLUSIONES: El CCR fumarato hidratasa - deficiente representa un desafío diagnóstico. La comprensión de su perfil genético, junto con la utilización de herramientas auxiliares como la inmunohistoquímica para detectar la pérdida de FH y la expresión de S-(2-succino)-cisteína (2SC), es fundamental para su identificación y manejo. Este carcinoma se asocia frecuentemente con el síndrome HLRCC, lo que subraya la importancia del asesoramiento genético y el seguimiento familiar en los pacientes diagnosticados. Se requieren más estudios de esta entidad tan poco frecuente, para el desarrollo de dianas terapéuticas que aumenten la supervivencia de estos pacientes.

MIOPERICITOMA RENAL ASOCIADO A CARCINOMA PAPILAR RENAL DE BAJO GRADO DE POLARIDAD INVERSA

Ramos Mejido, Susana; Díaz Estrade, Beatriz; Meléndez Guerrero, Blas; Montero Mateos, Enrique; Garzón Prieto, Belén; Millán Ortega, Irene; Molina Jiménez, Lucía
Presentador: Ramos Mejido, Susana

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El miopericitoma renal (MPR) es una neoplasia mesenquimal benigna originada de los miopericitos, célula intermedia entre los pericitos (célula perivascular adyacente a los capilares) y la célula muscular lisa de los vasos. Se encuentran típicamente en la piel y tejidos blandos superficiales y muy raramente se diagnostican en órganos viscerales como el riñón. Se caracteriza por células tumorales mioides de crecimiento concéntrico y perivascular que se tiñen con SMA y caldesmon, pero que generalmente son negativas para desmina. El carcinoma renal papilar de polaridad inversa (PRNRP), es un tumor infrecuente que se distingue por características histomorfológicas e inmunofenotípicas únicas, frecuentemente asociados con mutaciones en el gen KRAS y con un comportamiento biológico indolente. Descrito por primera vez en 2019, el PRNRP representa un subtipo distinto dentro de los carcinomas de células renales papilares (PRCC), representando del 4.08% al 9.1% de los PRCC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial de años de evolución. En un estudio por fiebre y mareos se descubre de manera incidental una tumoración renal. En el TAC es una lesión heterogénea, mal definida, con áreas de necrosis y calcificaciones en polo renal superior izquierdo. Por RMN se identifica imagen de LOE de probable origen neoproliferativo.

RESULTADOS: A la apertura de la pieza de nefrectomía, se identifica una lesión en polo superior, de 3 x 2 cms. Multinodular, heterogénea, conformada por tres áreas de diferente coloración (una blanquecina, otra anaranjada y la tercera parduzca), todas ellas de consistencia firme, con zonas de calcificación. A nivel microscópico destaca un patrón morfológico mixto, destacando áreas papilares y otras tubulo-quísticas, así como, una zona sólida, de crecimiento perivascular concéntrico de células tumorales mioides fusiformes y redondeadas. Las zonas de patrón papilar están revestidas in su mayor parte por una monocapa de células con amplio citoplasma eosinófilo y núcleo con escasa atipia, de localización apical. En el estudio inmunohistoquímico muestran positividad para racemasa, CK7 y GATA3 y en el molecular presentaban mutación del gen KRAS en el codón G12X. El área de crecimiento sólido, perivascular era positiva a actina músculo liso, calponina y CD34.

CONCLUSIONES: El carcinoma renal papilar con polaridad inversa (PRNRP) es una entidad con características morfológicas específicas, mutaciones frecuentes en el gen KRAS y un curso clínico indolente. Por su parte, el diagnóstico diferencial del MPC renal incluye otros tumores de células fusiformes renales, como el tumor de células yuxtaglomerulares y el tumor miofibroblástico inflamatorio. La escisión quirúrgica completa es el tratamiento principal para el MPC renal, y el pronóstico suele ser excelente. Presentamos este caso en el que se asocian estas dos entidades el miopericitoma renal y el carcinoma papilar de bajo grado de polaridad inversa. Destacamos los aspectos clínico-patológicos y moleculares de estas entidades muy infrecuentes. Hasta donde sabemos, es la primera comunicación que informa la ocurrencia simultánea de ambas enfermedades en un mismo paciente.

Patología Urológica

1706

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES CON TRANSLOCACIÓN TFE3

Rodríguez Naranjo, Carla; Blasco Martínez, Ana; D'angelo Giussani, Carolina; González-Peramato Gutiérrez, Pilar; Peláez García, Alberto; Castellá Bataller, Laura; Busteros Moraza, José Ignacio

Presentador: Rodríguez Naranjo, Carla

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Se describe un caso de Carcinoma de células renales con translocación TFE3, un subtipo raro y agresivo de carcinoma de células renales muy poco frecuente en adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 45 años que acude a urgencias por dolor en flanco izquierdo y hematuria de un mes de evolución. No presenta antecedentes médicos de interés. Se realiza una ecografía renal y posteriormente un TC abdominopélvico en los que se objetiva una masa tumoral de 13 x 10 cm localizada en polo inferior del riñón izquierdo con presencia de calcificaciones, múltiples septos y áreas necróticas. Ante los hallazgos radiológicos descritos se decide realizar una nefrectomía radical izquierda identificándose, en el estudio macroscópico, una tumoración encapsulada con superficie de corte necro-hemorrágica y áreas sólidas de coloración amarillenta. Asimismo, se palpan áreas de consistencia ósea. La lesión no infiltra la grasa del seno renal ni el tejido adiposo perivisceral.

RESULTADOS: Los cortes histológicos revelan una proliferación neoplásica de arquitectura predominantemente papilar y frecuentes áreas quísticas de paredes finas. Las papilas se encuentran revestidas por células grandes de citoplasma amplio y claro, focalmente eosinófilo. Algunas de las papilas muestran la presencia de acúmulos de histiocitos en su eje. Los núcleos son redondos, algunos de ellos de bordes irregulares, triangulares o alargados con evidente nucleolo a pequeño aumento. De manera focal se reconocen trabéculas óseas correspondientes a metaplasia ósea. Con técnicas de inmunohistoquímica las células muestran positividad para PAX8, RCC, Racemasa, CD10 (focal) y TFE-3 (intenso y difuso). Mostraron negatividad para CKAE1-AE3, CK7, Carboanhidrasa IX, Catepsina K y GATA3. Se envía el caso a centro externo para confirmación de la sospecha diagnóstica (Carcinoma de células renales con translocación TFE3) mediante técnica FISH, detectando dicha translocación en el 96% de las células.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células renales con translocación TFE3 (anteriormente denominado Ca de células renales con translocación Xp11) fue descrito por primera vez en la clasificación de tumores renales de la OMS en el año 2004. Es el carcinoma renal más frecuente en la población pediátrica, sin embargo, representa únicamente el 1,6-4% de todos los carcinomas de células renales en adultos. Actualmente, el único factor de riesgo conocido que predispone al desarrollo de estos tumores es el tratamiento previo con quimioterapia citotóxica (15% de casos). Característicamente son lesiones constituidas por células de citoplasma amplio y claro, de arquitectura variable (aunque predominantemente papilar) y con presencia de cuerpos de psamoma (todos ellos hallazgos identificados en el presente caso). El diagnóstico requiere de la realización de estudios de inmunohistoquímica (la positividad nuclear intensa y difusa para TFE3 es altamente sensible y específica para este tipo de carcinomas) y/o hibridación in situ.

Patología Urológica

1714

CARCINOMA MUCINOSO TUBULAR Y DE CÉLULAS FUSIFORMES DE RIÑÓN: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO CENTRO 2004-2024

Sánchez Perales, Zulzy Faby Elvita; Aguiar Losada, Begonia; Ruiz Díaz, Irune; De Burgos González, Saúl; Ordoñez Arrillaga, Ainhoa; Carrillo Cobarro, María; Ugás Burranca, Deborah Ximena; Domínguez Aparicio, Claudia

Presentador: Sánchez Perales, Zulzy Faby Elvita

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas mucinosos tubulares y de células fusiformes representan menos del 1% de todos los tumores renales. Fue descrito por primera vez por Parvani et al. y fue incluido en la edición del 2004, de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se componen de tres elementos morfológicos principales: células cúbicas dispuestas en túbulos, láminas de células fusiformes y cantidades variables de estroma mucinoso/mixoides. Suelen ser tumores de bajo grado y curso benigno, sin embargo, se han descrito casos con diferenciación sarcomatoide que presentaron un comportamiento clínico agresivo. Presentamos un caso clínico con diagnóstico reciente de carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes de riñón y se realiza un análisis de las características más significativas de los casos recogidos dentro del periodo 2004-2024 en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el caso clínico principal se realizó el estudio macroscópico de la pieza remitida, se analizaron las preparaciones histológicas con hematoxilina-eosina y se utilizaron anticuerpos para ampliar el estudio con inmunohistoquímica (CK7, CK 347E12, Racemasa, PAX-8 y CD10). Asimismo, se realizó una búsqueda en los registros electrónicos del servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro incluyendo todas las biopsias con diagnóstico de carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes de riñón, y se recopilaron los datos relevantes para el análisis en las historias clínicas.

RESULTADOS: Caso principal: Se recibió una pieza de nefrectomía total con una masa tumoral de 10.5cm, bien circunscrita en polo renal superior, sin componente infiltrativo capsular, con áreas centrales de hemorragia y necrosis. En el estudio histológico se observó una neoplasia epitelial homogénea, constituida mayoritariamente por túbulos alargados dispuestos en fascículos paralelos con lumen central colapsado y agrupaciones fusocelulares separadas irregularmente por un estroma mucinoso. Las células tumorales mostraban características nucleares de bajo grado. Con las técnicas de inmunohistoquímica las células tumorales tubulares y fusiformes presentaron positividad intensa y difusa para CK7, positividad focal para CK34BE12, racemasa y PAX-8 y negatividad para CD10.

Análisis de casos: Se identificaron 10 casos de carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes de riñón. De los 10 casos, 6 fueron varones y 4 mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de 66 años y en un 75% de los casos se trató de un hallazgo incidental. El promedio del tamaño tumoral fue 3.03cm. y en el 77% de los casos se presentó en el riñón izquierdo. Ninguno presentó diferenciación sarcomatoide o rabdoide. Asimismo, todos los tumores mostraron positividad intensa y difusa para CK7 y positividad focal y variable para racemasa. Solo uno de los 10 casos presentó positividad focal para CD10, el resto fueron negativos.

CONCLUSIONES: El carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes de riñón es una neoplasia infrecuente, que presenta características clínicas, morfológicas e inmunohistoquímicas distintivas que contribuyen a su diagnóstico. Las características estudiadas en los casos recopilados en nuestro centro se corresponden en su mayoría con las descritas en la literatura. Esta entidad tiene un pronóstico favorable posterior a su escisión quirúrgica. Un porcentaje bajo de casos podrían presentar clínica agresiva, por lo que es importante su identificación y seguimiento.

Patología Urológica

1745

TRES CASOS DE TUMOR MIXTO DE CÉLULAS GERMINALES TESTICULAR CON MÚLTIPLES SUBTIPOS DERIVADOS DE NEOPLASIA DE CÉLULAS GERMINALES IN SITU

Agüera Sánchez, Alfonso; García Molina, Francisco; Martínez Díaz, Francisco

Presentador: Agüera Sánchez, Alfonso

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinales testiculares (TCGT) representan un 95% de las neoplasias testiculares. Existen dos subgrupos bien diferenciados: los relacionados y los no-relacionados con la neoplasia de células germinales in situ (GCNIS), un precursor común de los tumores mixtos de células germinales (TMCG). Pese a la frecuencia de los TMCG, es raro encontrar casos en los que se identifiquen más de tres subtipos histológicos (seminomatosos y no seminomatosos) simultáneos en una misma pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los informes clínico-patológicos de tres pacientes con TMCG testicular en los que se identificaron 5 subtipos histológicos derivados de GCNIS: seminoma, carcinoma embrionario, tumor del saco endodérmico, teratoma y coriocarcinoma. Se analizaron sus características clínicas, pruebas de imagen, marcadores tumorales y hallazgos histopatológicos así como la supervivencia libre de progresión.

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 31 años con masa testicular izquierda y elevación de LDH (337 U/L), hCG (29.7 mU/mL) y AFP (165.5 ng/mL). Presenta un nódulo de 6.2 x 4.8 x 4.5 cm que histológicamente corresponde a un TMCG con predominio de teratoma inmaduro maligno (70%) con diferenciación mesenquimal; tumor del seno endodérmico (15%) caracterizado por estructuras en red con cuerpos de Schiller-Duval; seminoma (5%) con células de citoplasma claro dispuestas en nidos; coriocarcinoma (5%) con sincitio y trofoblasto; y carcinoma embrionario (5%) con células con núcleos pleomórficos y alta actividad mitótica.

Caso 2: Varón de 47 años con tumor testicular derecho de 5.9 x 4.1 cm y marcadores elevados de AFP (110.7 ng/mL) y hCG (429.1 mU/mL). Histológicamente se observa TMCG con un 25% de coriocarcinoma con áreas extensas de necrosis y hemorragia; 25% de carcinoma embrionario con patrón sólido-tubular; 25% de seminoma, con láminas de células claras separadas por tabiques fibrosos con linfocitos; 20% de tumor del seno endodérmico, con estructuras microquísticas y cuerpos de Schiller-Duval; y 3% de teratoma inmaduro con diferenciación epitelial y cartilago inmaduro.

Caso 3: Varón de 29 años con masa testicular derecha y elevación de hCG (20.3 mU/mL). El análisis histopatológico revela un TMCG con predominio de carcinoma embrionario (60%), seguido de teratoma pospuberal maduro e inmaduro (15%), tumor del seno endodérmico (10%), seminoma (10%) y coriocarcinoma (5%). Características inmunohistoquímicas de los subtipos tumorales: Carcinoma embrionario: CD30, CKAE1/AE3, OCT3/4; Seminoma: CD117 (c-KIT), OCT3/4, D2-40; Tumor del saco endodérmico: AFP, Glypican 3, CDX2 (focal); Coriocarcinoma: hCG, CK7 (sincitiotrofoblasto), p63 (trofoblasto); Teratoma: variable según el tejido presente.

CONCLUSIONES: La combinación más común en los TMCG es la de carcinoma embrionario con seminoma, teratoma y/o tumor del saco vitelino, siendo la coexistencia de coriocarcinoma y seminoma junto con los demás subtipos es un hallazgo inusual. Además, los tumores con una mayor proporción de coriocarcinoma tienen peor pronóstico debido a su rápida diseminación hematogénica; en nuestra serie, solo el primer caso requirió tratamiento adyuvante con quimioterapia debido a la invasión linfovascular y ninguno presentó recidiva tumoral durante el seguimiento. En los tres casos se identificó GCNIS en el parénquima adyacente, lo que confirma la teoría de un origen común para todos los subtipos de TMCG testicular y resalta la importancia del seguimiento en el testículo contralateral.

Patología Urológica

1750

UN TUMOR RENAL BIFÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Lara, Araceli; González García, Jesús; González López, Lucía; Álvarez Díaz, Silvia; Álvarez Mancha, Ana Isabel; Gómez Sánchez, Luis; Herreros Arroyo, Pablo; Fernández-Pacheco Sánchez-Migallón, Pedro; Pemintel Cussi, Juan José; Pérez Jiménez, Montserrat

Presentador: Jiménez Lara, Araceli

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores mixtos epiteliales y estromales del riñón (MEST), son benignos e infrecuentes (<1% de todas las neoplasias renales), originados en la médula renal, suelen estar bien delimitados. Muestran naturaleza bifásica, con elementos estromales y epiteliales complejos. Son de predominio femenino (media 46 años), en relación a peri/postmenopausia y terapia hormonal. Se han descrito en hombres, asociados a tratamiento de supresión hormonal. Habitualmente son asintomáticos y de hallazgo incidental, aunque pueden presentarse como una masa palpable, con hematuria macroscópica y dolor en flanco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen los hallazgos clínicos, pruebas de imagen y anatomopatológicos del caso, incluyendo una breve revisión de la literatura científica al respecto.

RESULTADOS: Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés urológicos, que en un TAC de control de su cáncer de mama, se descubre como incidentaloma una masa inferior al hilio renal izquierdo. Se le realiza una PAAF que resulta sospechosa de tumor renal de tipo oncocítico. Se interviene quirúrgicamente, recibiendo una pieza de tumorectomía renal. En el examen macroscópico, se distingue una lesión tumoral quística multilocular con septos de aspecto fibroso, encapsulada. Las secciones histológicas revelan una neoplasia bifásica, con componente multiquístico revestido por epitelio simple de células cuboideas y aplanadas, citoplasma anfófilo sin atipia significativa; rodeadas por un estroma fibrótico, con células fusiformes monomorfas sin atipia, denso e hiper celular en algunas áreas, con zonas hialinizadas, que recuerdan al estroma ovárico. Con técnicas inmunohistoquímicas, el epitelio muestra positividad para CK AE1/AE3, CK7; el estroma para PR y CD10 (ambos focal), ER, actina músculo liso y vimentina, mostrando negatividad para inhibina. El diagnóstico final fue de MEST.

CONCLUSIONES: Ante la presencia de una masa renal quística, en pacientes con disbalance de hormonas esteroideas, e histología bifásica sugestiva, se deberá considerar el diagnóstico de MEST o nefroma quístico. Ambas entidades representan los extremos de un mismo espectro morfológico. La histología habitual es de túbulos o estructuras complejas tubulopapilares, con epitelio hobnail frecuente (o plano/cúbico, incluso de células claras, entre otros) inmerso en un estroma variable (desde hipo a hiper celular). Si el estroma está luteinizado puede expresar inhibina y calretinina. El diagnóstico diferencial se realiza con el carcinoma de células renales tubulocístico (presentaría atipia llamativa), el tumor papilar de células claras, el angiomiolipoma con quistes epiteliales (AMLEC tendría expresión para HMB45 y S100, a diferencia del MEST) y el sarcoma sinovial renal primario (tendría la fusión génica SS18-SSX2 y sería monofásico). En su mayoría son lesiones benignas de buen pronóstico, aunque rara vez pueden presentar transformación maligna (sarcomatoides o carcinosarcomas), con recurrencia local, metástasis y alto índice de mortalidad. Las características de malignidad que nos dan la pista, ya sea en el componente epitelial o mesenquimal son: incremento de celularidad, atipia citológica, núcleo redondo-ovalado con vacuolación y nucleolo prominente, alto índice mitótico (15-25 mitosis por 10 CGA). Pueden verse componentes rabdoideos, condrosarcomatosos o rabdomiosarcomatosos. La nefrectomía total es curativa. En otro caso, requieren seguimiento a largo plazo.

Patología Urológica 1971

NÓDULO VESICAL FUSOCELULAR POSTQUIRÚRGICO: UNA LESIÓN PSEUDOSARCOMATOSA CON EXCELENTE PRONÓSTICO EN EL CONTEXTO POSTQUIRÚRGICO.

Laguna Macarrilla, David; Carrillo García, Paula; López Brito, Karel; Prados Pérez, Elena
Presentador: Laguna Macarrilla, David

HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El nódulo vesical fusocelular postquirúrgico (NVFPQ) es una entidad poco reconocida de excelente pronóstico que surge en el contexto de procedimientos quirúrgicos y manipulación del área genitourinaria (más frecuentemente vesical), y que plantea el diagnóstico diferencial con neoplasias de pronóstico intermedio a maligno, principalmente tumores y sarcomas fusocelulares con estroma mixoide o carcinomas sarcomatoides.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión de casos en el sistema de información del laboratorio "LIS" del centro, y se han anotado diversas variables tales como la edad, sexo, antecedentes personales, presentación clínica, pruebas de imagen, histopatología, técnicas de inmunohistoquímica y evolución clínica.

RESULTADOS: Se presenta el caso de una paciente de 69 años en seguimiento urológico por antecedente de carcinoma urotelial papilar de alto grado (pTa) y carcinoma in situ desde hace cuatro años tratada con BCG durante un año. Tres años más tarde se visualizó en un control mediante cistoscopia un área pseudopapilar nodular de 1 cm, por lo que se realizó RTU vesical. La biopsia presentó un área de protrusión de la mucosa constituida por una proliferación fusocelular hiper celular de patrón estoriforme, citológicamente de bajo grado y en un estroma fibromixoide con leve infiltrado linfoplasmocitario con eosinófilos. La lesión ulceraba la mucosa y afectaba principalmente a la capa submucosa, con focal infiltración de la muscular propia. No se identificaron mitosis ni áreas de necrosis. Con técnicas de inmunohistoquímica la celularidad expresaba CK AE1/AE3 y CK7, actina de músculo liso, desmina y caldesmón, con negatividad para ALK-1. Tras la resección la paciente evolucionó favorablemente sin desarrollar enfermedad locorregional ni a distancia.

CONCLUSIONES: El nódulo vesical fusocelular postquirúrgico surge en el contexto de cirugías previas vesicales (normalmente RTU), como un cambio reparativo tisular que histológicamente arroja una imagen que recuerda al tumor miofibroblástico inflamatorio. Además, hasta en 57% de las ocasiones pueden presentar positividad para ALK por inmunohistoquímica y en un 72% de los casos se pueden detectar reordenamientos de ALK mediante FISH, lo que abre el debate de si en realidad se trata de un proceso verdaderamente neoplásico. Las técnicas de inmunohistoquímica, con positividad para marcadores epiteliales y musculares, así como el antecedente de carcinoma urotelial, pueden hacernos pensar en una posible transformación sarcomatosa de un carcinoma. No obstante, el antecedente quirúrgico y la histología de bajo grado son claves para realizar un diagnóstico adecuado. El NVFPQ es una entidad poco reconocida que se ha de tener en cuenta para evitar diagnósticos equívocos y un posible sobretratamiento de los pacientes, ya que estos tienen un pronóstico excelente con curación completa tras la exéresis.

Patología Urológica 1774

SARCOMA DE CÉLULA REDONDA Y PEQUEÑA EN VEJIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Magdaleno, Lucía; Montano Lumbreras, Elena; Collado Martín, Ana Sofía; Calapaquí Terán, Adriana Katherine
Presentador: Sanchez Magdaleno, Lucía

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El Sarcoma de Ewing es un sarcoma de célula redonda y pequeña, que se presenta en alrededor de un 20% de los casos en pacientes mayores de 20 años y solo en un 12% en localización extraósea. Los antiguamente llamados sarcomas Ewing-like son un grupo de neoplasias morfológica e inmunohistoquímica similares al sarcoma de Ewing, pero que no presentan su alteración genética clásica: el reordenamiento del gen EWSR1 con genes de la familia ETS.

La localización de estas lesiones a nivel de la vejiga es extremadamente rara. Los sarcomas suponen menos de un 2% de los tumores vesicales, siendo los más frecuentes el leiomiomasarcoma y el rabdomiomasarcoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente varón de 78 años, con antecedente de adenocarcinoma acinar de próstata en 2010 tratado con radioterapia, actualmente sin datos de recidiva. Inició un cuadro crónico en julio de 2024, caracterizado por hematuria y citologías de orina positivas para celularidad atípica, sin alteraciones en ecografía pélvica. Se completó el estudio con cistoscopia donde se vio únicamente una lesión de aspecto hemorrágico a nivel del cuello vesical y se realizó una resección transuretral (RTU) de vejiga y de próstata.

RESULTADOS: El estudio histológico de la RTU demostró una lesión neoplásica compuesta por células pequeñas y redondas con citoplasma amplio, en un patrón difuso que infiltraba la capa muscular propia y lámina propia con urotelio parcialmente respetado. En los distintos paneles de inmunohistoquímica solicitados destacó la positividad de vimentina y CD99 de membrana junto con FLI1, y la negatividad de citoqueratinas (CK), marcadores clásicos de urotelio y otros como SATB2 o miogenina. El diagnóstico de sospecha inicial fue de un sarcoma de Ewing, sin descartar la posibilidad de los antiguamente llamados sarcomas Ewing-like. Mediante hibridación in situ fluorescente (FISH) se estudió el reordenamiento del gen EWSR1, criterio diagnóstico del Sarcoma de Ewing y del sarcoma de célula redonda con fusión de EWSR1-no-ETS. Esta prueba resultó negativa, descartando estas dos entidades como diagnóstico. Finalmente, se planteó la posibilidad de un sarcoma de célula redonda con reordenamiento de BCOR o de CIC. Se solicitó un estudio de fusiones por RNA, con panel amplio de sarcomas (FusionPlex™ Sarcoma V2 de Archer), sin detectarse ninguna alteración de significado clínico. El paciente fue tratado con cistoprostectomía radical, demostrándose la infiltración difusa de todas las paredes vesicales y extensa permeación vascular por la lesión previamente descrita y el diagnóstico final fue de sarcoma de células redondas y pequeñas NOS.

CONCLUSIONES: El sarcoma de Ewing y los sarcomas Ewing-like, los cuales comprenden el sarcoma de célula redonda con fusión EWSR1-no ETS, el sarcoma de célula redonda con reordenamiento de BCOR y el sarcoma de célula redonda con reordenamiento de CIC, son un grupo de sarcomas agresivos con morfologías que en muchas ocasiones se superponen, pero que presentan alteraciones genéticas concretas. Su incidencia en la vejiga es muy infrecuente. Cabe destacar que la bibliografía actual sobre lesiones mesenquimales en la vejiga no es amplia, siendo en su mayoría casos clínicos y series de casos.

CARCINOMA CUNICULATUM DEL PENE: VARIANTE BIEN DIFERENCIADA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON EXTENSA INVASIÓN LOCAL, POSIBLEMENTE DESAPERCIBIDA CLÍNICAMENTE.

Krupinska , Martyna Aleksandra; De Burgos González, Saúl; García Hernández, Sonia

Presentador: Krupinska , Martyna Aleksandra

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Carcinoma cuniculatum es una variante extremadamente inusual de Carcinoma de Células Escamosas (CCS), constituyendo menos del 1% de los carcinomas del pene. En la 5ª edición de la clasificación de Tumores urinarios y genitales masculinos de la WHO/IARC, se considera un subtipo de CCS independiente del virus del papiloma humano (HPV). Se encuentra descrito junto con CCS verrucoso, con el que comparte la falta de potencial metastásico y buen pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 60 años con antecedentes de CCS peneano hace 15 años, con múltiples biopsias posteriores negativas y sin signos clínico-radiológicos de recidiva, acude por lesiones en el glande, amarillentas, no eritematosas y ligeramente sobrelevadas. En la biopsia parcial, se obtiene el diagnóstico de neoplasia intraepitelial diferenciada, HPV independiente, con nidos sugestivos de microinvasión. Tras biopsiar, persiste una lesión de aspecto dudoso, posiblemente cicatricial, eritematosa, que se trata con imiquimod. Se resuelve el eritema, pero presenta alguna costra amarillenta y una lesión sobrelevada eritemato-blanquecina, que histológicamente corresponde hiperqueratosis, hiperplasia epitelial sin atipia e inflamación. Posteriormente se observa inducción de la lesión, obteniendo tras biopsiar, el diagnóstico "Carcinoma de células escamosas infiltrante, bien diferenciado, HPV independiente" y se decide intervención quirúrgica conservadora.

RESULTADOS: La pieza de resección parcial del glande mide 2.5x1.5x0.7 cm. La superficie mucosa presenta coloración habitual con una área elevada, abombada y con alguna irregularidad. Microscópicamente se identifica un patrón crecimiento endofítico, formando una red laberíntica de epitelio escamoso bien diferenciado, con criptas llenas de queratina interconectadas, que alcanzan la superficie y crecen lateralizadas en profundidad. Las células proliferantes presentan atipias citológicas leves, más acentuadas en las capas periféricas, donde se advierte ligero aumento nuclear e hiper cromatismo, con la presencia de escasas figuras de mitosis. La tinción inmunohistoquímica para p16 resulta negativa. El índice de proliferación celular Ki67 aparece aumentado en las capas basales del crecimiento tumoral. El diagnóstico definitivo tras penectomía parcial resulta en Carcinoma de células escamosas bien diferenciado, HPV independiente, subtipo verrucoso con patrón de carcinoma cuniculatum. En la ampliación de márgenes no se observan signos de afectación tumoral del cuerpo esponjoso ni uretra, quedando la neoplasia intraepitelial diferenciada a 1 mm del margen de resección. El paciente se mantiene en seguimiento clínico y con Resonancia Magnética.

CONCLUSIONES: El carcinoma cuniculatum se caracteriza por el crecimiento tunelizante en profundidad observado microscópicamente, que no refleja en superficie la extensión real de la lesión. Dicha entidad puede presentar dificultad al diagnosticarse por su apariencia bien diferenciada. El pronóstico después de la escisión completa es excelente y la recurrencia local es poco común después de una cirugía precisa. Sin embargo, el carcinoma cuniculatum presenta potencial invasivo y riesgo de producir destrucción local, por lo que su reconocimiento es de gran importancia para determinar la conducta expectante frente a una aproximación quirúrgica conservadora temprana.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DEL PENE: PRESENTACIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DE 2010-2024

Durán Cameselle, Andrea; Abdulkader Sande, Samer; Rodríguez Atanes, Omayra; Trujillo Marín, Manuela; Acuña Martínez, María Jesús; González González, Milagros; Paredes Bastos, Rosa María; San Miguel Fraile, María Pilar; López Díez, Elena; Ortiz Rey, Jose Antonio

Presentador: Duran Cameselle, Andrea

HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO DE VIGO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pene (CP) es una neoplasia poco frecuente en Europa, y en concreto en España. La OMS diferencia dos tipos: el asociado al virus del papiloma humano (VPH) y el independiente del VPH. Existen pocos estudios publicados en España sobre el CP, su correlación con el estado de VPH, y otros aspectos clínicos e histológicos. Se presenta una serie de casos desde el año 2010 al 2024 analizando su asociación con el VPH, así como variables clínicas y anatomopatológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 51 pacientes con diagnóstico de CP en biopsia o pieza de penectomía parcial o total. Entre las variables evaluadas se recogieron: factores de riesgo, como la circuncisión y el tabaco, localización de la lesión, tipo histológico, estado patológico (pT y pN), presencia de neoplasia escamosa intraepitelial peneana (PeIN) y evolución clínica (recurrencia y exitus). El estado del VPH se determinó mediante inmunohistoquímica para p16, realizándose en los casos p16+ (tinción intensa y "en bloque"), PCR para VPH.

RESULTADOS: Del total de 51 casos, 21 (41,17%) fueron tumores relacionados con VPH, de los cuales diez (47,61%) correspondieron al genotipo 16, cuatro (19,04%) al 33 y tres (14,28%) al 18. El resto se asociaron a otros genotipos de alto y bajo riesgo (31, 52, 54, 68b, 40). En relación a los factores de riesgo, tres (14,28%) estaban circuncidados y trece (61,9%) presentaron hábito tabáquico. Los tumores se localizaron: catorce (66,6%) en el glande, uno (4,76%) en el prepucio y seis (28,57%) en el surco balanoprepucial. En cuanto al tipo histológico, trece (61,90%) tumores fueron carcinomas de células escamosas clásico, cinco (23,80%) del tipo basaloide y tres (14,28%) del tipo linfopiteloma-like. Respecto al estado tumoral: diez (47,61%) pT1, seis (28,57%) pT2 y cinco (23,80%) pT3; quince (71,42%) N0, uno (4,76%) N1, cuatro (19,04%) N2 y uno (4,76%) N3. PeIN estaba presente en doce (57,14%) casos. Tras el tratamiento, se reportaron seis (28,57%) recidivas y tres (14,28%) exitus. Los treinta casos restantes (58,82%) fueron independientes de VPH, de los cuales dos (6,66%) estaban circuncidados y quince (50%) presentaron hábito tabáquico. Los tumores se localizaron: veinte (66,66%) en el glande, cuatro (13,33%) en el prepucio y seis (20%) en el surco balanoprepucial. En cuanto al tipo histológico, veintiocho (93,33%) tumores fueron carcinomas de células escamosas clásico, uno (3,33%) de tipo basaloide y uno (3,33%) de tipo linfopiteloma-like. Respecto al estado tumoral: quince (50%) pT1, diez (33,33%) pT2 y cinco (16,66%) pT3; veinte (66,66%) N0, cuatro (13,33%) N1, tres (10%) N2 y tres (10%) N3. PeIN estaba presente en trece (43,33%) casos. Tras el tratamiento, se reportaron ocho (26,66%) recidivas y ocho (26,66%) exitus.

CONCLUSIONES: El CP es una neoplasia poco frecuente en nuestro medio y presenta una frecuencia de asociación con el VPH, similar a la de otras series europeas. El VPH más frecuente ha sido el genotipo 16. La circuncisión parece ser un factor protector, mientras que el hábito tabáquico un factor de riesgo, independientemente del VPH. Los tumores suelen localizarse en el glande y se presentan en estadios tempranos, siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma de células escamosas clásico. Aunque el riesgo de recurrencia es similar en los relacionados con el VPH como en los no relacionados, estos últimos parecen tener un mayor riesgo de exitus, aunque la diferencia no ha sido estadísticamente significativa.

Patología Urológica 1836

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO
INFLAMATORIO CON COMPONENTE
HISTIOCITARIO EN UNA INFRECUENTE
LOCALIZACIÓN.

Vázquez Tarrio, Eva María; Ratón , Nicolás Gustavo; Rodríguez Gilabert, Carolina; García Muñoz, Huberto
Presentador: Vázquez Tarrio, Eva María

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia infrecuente en la vejiga con un pronóstico generalmente favorable. Sin embargo, su morfología puede asemejarse a otros tumores de células fusiformes con comportamiento agresivo, lo que hace esencial su correcta diferenciación. Presentamos un caso particular de esta entidad con un destacado componente histiocitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe el caso clínico de una mujer de 56 años con antecedentes de hipertiroidismo secundario a enfermedad de Graves, anticoagulante lúpico positivo y carcinoma ductal infiltrante de mama grado 3. Consultó en tres ocasiones por hematuria recurrente, siendo derivada a urología. La ecografía evidenció una lesión vesical heterogénea, por lo que se realizaron dos resecciones transuretrales de vejiga (RTUv), identificándose tejido fibrinonecrótico de aspecto isquémico sin signos de malignidad. Una tomografía computarizada (TC) mostró una masa polipoide con un eje mayor de 7,7 cm; sin embargo, un mes después, una resonancia magnética (RM) evidenció un crecimiento tumoral significativo, alcanzando 9 x 7,5 x 7 cm, con aparente origen en la pared superior de la vejiga, la cual se encontraba invaginada hacia el tallo de la lesión. Tras evaluación en comité, se decidió realizar una cistectomía radical. Durante la cirugía, el examen intraoperatorio reveló una masa lobulada con superficie necrótica y consistencia carnosa, con una base de implantación de 2 cm de diámetro. Se diagnosticó inicialmente como "tumor vesical mesenquimal de agresividad incierta", optándose por una cistectomía parcial.

RESULTADOS: El estudio histológico en diferido mostró una proliferación mesenquimal de células fusiformes que infiltraban la capa muscular sin sobrepasarla, dispuestas en un estroma mixoide-edematoso con infiltrado linfoplasmocitario y un moderado componente histiocitario (positivo para CD68 y CD163). El análisis inmunohistoquímico de la proliferación celular fue positivo para AE1/AE3 (parcial), EMA (focal), Vimentina, Actina HHF3 (focal) y Desmina (parcial); y negativo para S100, Beta-catenina, CD34, MyoD1 y STAT6. Se realizó además inmunohistoquímica para ALK (D5F3), con resultado positivo. Posteriormente, el análisis mediante secuenciación masiva (NGS) con el panel OncoPrime™ Precision Assay (OPA) identificó una fusión entre el exón 25 del gen FNI y el exón 18 del gen ALK [FNI(25)-ALK(18)].

CONCLUSIONES: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia infrecuente cuya localización más común es el pulmón, siendo poco habitual en el tracto urinario. Aunque suele presentarse en pacientes menores de 20 años, en esta localización es más frecuente en adultos de mediana edad. Aproximadamente el 50% de los casos presentan alteraciones en ALK, lo que resulta útil para su diagnóstico, dado su potencial maligno incierto.

Patología Urológica 1845

NÓDULO FUSOCELULAR VESICAL
POSTOPERATORIO: ANALISIS DE UN TUMOR
BENIGNO CON APARIENCIA MALIGNA

Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso; Ponce Casas, Eduardo; García Fuertes, Sonia; Larrosa Martínez, Diego; Muñoz González, Guillermo; Torrecilla Idoipe, Nerea; Ramiro Rubio, Jose; García Alarcón, Francisco; Mora Cevallos, Carlos; Francisco Gasca, Teresa
Presentador: Vilorio Guzmán, Reynaldo Alfonso

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El nódulo fusocelular postoperatorio es una entidad rara que se presenta con características mesenquimatosas y suele asociarse con procesos inflamatorios. Descrito inicialmente en el pulmón por Brunn en 1939 y en la vejiga urinaria por Roth en 1980, ha recibido diversas denominaciones como pseudotumor inflamatorio, fascitis nodular y tumor miofibroblástico inflamatorio. Su etiología es incierta, aunque se asocia con antecedentes quirúrgicos, infecciones crónicas o agentes irritativos. Clínicamente, se manifiesta comúnmente con hematuria macroscópica y, menos frecuentemente, con síntomas irritativos del tracto urinario inferior. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a su semejanza con otras neoplasias benignas o malignas, lo que subraya la importancia de una evaluación histológica exhaustiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un hombre de 74 años que desarrolló un nódulo en la vejiga tras una adenomectomía prostática laparoscópica. El diagnóstico se realizó inicialmente mediante ecografía abdominal, que identificó un nódulo hipervascularizado en la cara anterior de la vejiga. Posteriormente, se realizaron una cistoscopia, una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM), que confirmaron la presencia de una lesión vesical que infiltraba la pared vesical anterior. La lesión fue resecada mediante resección transuretral (RTU) y los fragmentos remitidos fueron analizados histológicamente.

RESULTADOS: El estudio microscópico de los fragmentos de RTU reveló una proliferación de células fusiformes dispuestas sobre un estroma mixoide y edematoso. Las células tenían citoplasma alargado y eosinófilo, y núcleos de tamaño mediano con algunas áreas de atipia. Las células se organizaban en haces entrecruzados, con áreas hipocelulares e hiper celulares, acompañadas de un infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos, linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas. No se observaron áreas de necrosis, pero se identificaron figuras mitóticas. Los marcadores inmunohistoquímicos mostraron positividad para actina y desmina, mientras que fueron negativos para h-Caldesmon, CD34, Calponina, STAT-6, S100, CK8/18 y ALK. El índice proliferativo, medido mediante Ki67, fue del 50%. Posteriormente, recurrió la hematuria, lo que llevó a una intervención quirúrgica adicional para controlar la hemorragia y se realizó una cistectomía radical. El análisis anatómopatológico de la pieza de cistoprostatectomía fue compatible con el diagnóstico de un nódulo fusocelular postoperatorio.

CONCLUSIONES: El nódulo fusocelular postoperatorio es una lesión benigna y rara, que puede presentar características histológicas similares a las de otras neoplasias mesenquimales, lo que puede dificultar su diagnóstico y manejo. El análisis histopatológico e inmunohistoquímico es esencial. Macroscópicamente se ha descrito como una masa nodular, sólida y bien delimitada, aunque infiltrante. Microscópicamente, se caracteriza por una proliferación de células fusiformes en un estroma mixoide, con citoplasma eosinófilo, núcleos medianos, atipia focal y figuras mitóticas, acompañadas de un infiltrado inflamatorio mixto. Inmunohistoquímicamente suele mostrar positividad para actina y desmina, y negatividad para h-Caldesmon, CD34, S100, CK8/18 y ALK. En nuestro caso, la ausencia de necrosis y la negatividad para ALK contribuyeron a orientar su naturaleza benigna. La vigilancia a largo plazo es esencial para prevenir recurrencias y asegurar la calidad de vida del paciente.

Patología Urológica

1860

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES PSAMOMATOSO HIALINIZANTE BIFÁSICO, UNA ENTIDAD EMERGENTE.

Santana Ramos, Marina Alejandra; Prieto Sánchez, Elisa; León Fradejas, Myriam; González García, Jesús; Nieto Vallejo, Sixto Manuel; León Dionis, Mateo

Presentador: Santana Ramos, Marina Alejandra

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas de células renales son neoplasias muy heterogéneas con múltiples subtipos y patrones aceptados por la OMS.

Nuevos estudios describen entidades emergentes poco frecuentes, todavía no reconocidas por la OMS debido a los escasos datos disponibles hasta el momento. Entre estas se encuentra el carcinoma de células renales psamomatoso hialinizante bifásico

Presentamos un caso con características histológicas sugestivas de carcinoma psamomatoso hialinizante bifásico, con expresión de Melan A y catepsina K, descritas en carcinomas renales con translocación de la familia MIT.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 54 años en seguimiento por litiasis renales, con aparición de una LOE mesorrenal izquierda sólida de 3,4 x 2,7 cm con restos hemáticos y microcalcificaciones. Dado el crecimiento de la lesión en las pruebas de imagen se realizó una nefrectomía radical izquierda.

RESULTADOS: En el estudio macroscópico de la pieza se observó una tumoración sólida bien delimitada, no encapsulada y de coloración grisácea que contactaba con la grasa del seno y la pelvis renal.

Al microscopio óptico se apreciaba un tumor con patrón papilar y sólido, constituido por células con citoplasma amplio y eosinófilo, en ocasiones vacuolado. En algunas zonas destacaba la presencia de acumulos de células pequeñas con escaso citoplasma que tenían tendencia a formar pseudorosetas organizadas alrededor de un material eosinófilo de tipo membrana basal. Se observaban zonas de esclerosis y escasas microcalcificaciones.

El perfil inmunohistoquímico de la neoplasia mostró expresión parcheada de PAX 8, Melan-A y TFE3 (débil). Además fueron positivas la racemasa y la catepsina K (débil). HMB45, CK7, CAIX y ALK resultaron negativas.

Con estas características histológicas e inmunohistoquímicas nos planteamos como posibilidad diagnóstica un carcinoma con alteraciones del gen TFE3, por lo que se realizó un estudio mediante FISH, en el que no se detectó traslocación de TFE3, por lo que se descartó esta posibilidad, siendo diagnosticado finalmente como carcinoma de células renales psamomatoso hialinizante bifásico.

El paciente está actualmente asintomático y en estudio por micronódulos pulmonares, estables desde 2021.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células renales psamomatoso hializante es una nueva entidad emergente aceptada por la Sociedad de Patología Genitourinaria. Se describió en 2020 con la publicación de una serie de ocho casos. Después se han ido publicando otros casos, siendo aún muy escasos.

Se trata de una neoplasia con unas características histológicas peculiares, que imitan a los carcinomas renales asociados con traslocación TFE3.

Se han descrito mutaciones somáticas de NF-2 en algunos de los casos publicados, que conlleva una pérdida de expresión del producto de este gen (Merlin), que se puede detectar mediante inmunohistoquímica. La pérdida de expresión de este marcador en más del 90% de las células se ha observado en el 92% de los casos.

Es fundamental seguir profundizando en el perfil histológico, inmunohistoquímico y molecular de esta entidad con el fin de aumentar el conocimiento de estos tumores y así poder hacer diagnósticos más precisos, aumentar las series de casos y definir el pronóstico de los mismos.

Patología Urológica

1864

TUMOR RETROPERITONEAL MIXOIDE CON AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Perez Faccaro, Analía Araceli; Corbacho Cuevas, Cesáreo; Sánchez Yuste, María Rosario; Martín Acosta, Paloma; Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Martín Poza, Silvia; Harker Ladino, Ángela María; Cerdán López, Sara; Erazo Alarcón, Shirley Adela; Gil Bernabé, Paloma

Presentador: Perez Faccaro, Analía Araceli

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Se expone el caso de un varón de 68 años con múltiples comorbilidades y antecedente de un tumor suprarrenal derecho intervenido hace 50 años, del cual desconoce el diagnóstico. Durante estudios de rutina se identificó incidentalmente una masa en la región pararenal derecha. La complejidad del caso, dada la presentación morfológica del tumor, con áreas de matriz mixoide, planteó un desafío diagnóstico que requirió un abordaje multidisciplinar e integrador de estudios macroscópicos, histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó la exéresis del tumor y se envió la muestra al servicio de anatomía patológica. Se procesaron múltiples bloques en los que se efectuó tinción con hematoxilina-eosina y, posteriormente, un panel inmunohistoquímico que incluyó Vimentina, CK AE1/AE3, CAIX, CK8/18, CD10, Melan A, Calretinina y SFI, entre otros, complementado con estudios moleculares para evaluar la amplificación del gen MDM2 y traslocación del gen SS18.

RESULTADOS: Macroscópicamente, la pieza media 5x3,5x2cm, pesaba 23 g, y estaba parcialmente encapsulada. Se identificó, únicamente, una masa de 3,2 cm de diámetro, de aspecto lobulado y con superficie de corte blanquecina con zonas amarillentas. No se identificó glándula suprarrenal normal ni riñón. Microscópicamente, se evidenció una proliferación neoplásica epitelial infiltrante en el tejido adiposo, con crecimiento en nidos sólidos separados por abundante matriz mixoide-mucoide y presencia focal de necrosis. Se registraron hasta 24 mitosis en 50 campos de gran aumento, algunas de ellas atípicas. El perfil inmunohistoquímico mostró positividad para Vimentina, CK AE1/AE3, CAIX, CK8/18, CD10, Melan A, Calretinina y SFI, y negatividad para CK7, CK20, RCC, PAX8, WT1, entre otros, lo que, junto a los hallazgos moleculares (ausencia de amplificación del gen MDM2 y sin traslocación del gen SS18), permitió excluir diagnósticos diferenciales como carcinoma mucinoso tubular, angiomilipoma, paraganglioma/feocromocitoma, sarcomas (liposarcoma dediferenciado y sarcoma sinovial) y carcinoma de células renales. La presencia de matriz mixoide y la expresión de calretinina y SFI fueron determinantes para emitir el diagnóstico de carcinoma adrenocortical mixoide. En esta variante, los criterios de Weiss pueden infraestimar la agresividad del tumor. La evaluación macroscópica y microscópica indicó que el tumor contactaba con el borde quirúrgico anterior, lo que sugiere resección incompleta. Posteriormente, se documentaron implantes peritoneales compatibles con metástasis de carcinoma adrenocortical mixoide.

CONCLUSIONES: El caso corresponde a un carcinoma adrenocortical mixoide con criterios de malignidad, cuyo diagnóstico se sustenta en la combinación de características macroscópicas, histológicas, inmunohistoquímicas y moleculares. La afectación del margen quirúrgico y la evidencia de metástasis peritoneales subrayan la agresividad del tumor y el pronóstico desfavorable. Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinar en la valoración de tumores de la celda renal, y la necesidad de aplicar paneles diagnósticos amplios para la correcta tipificación de neoplasias de difícil clasificación morfológica.

Patología Urológica

1866

CARCINOMA UROTELIAL LINFOEPITELIAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 15 AÑOS

Pérez Acosta, Eva; Burdaspal Moratilla, Ana; García Abellás, Patricia; Roldán Cortés, David; Kosalka , Klaudia Teresa; Alonso García, Soledad R; Muñoz Rodríguez, Jorge; Tirado Zambrana, Pernilla Seidi; Bedmar Hernández, Angeles; Álvarez Rodríguez, Federico

Presentador: Pérez Acosta, Eva

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma urotelial tipo linfopitelial (LEL) es un subtipo histológico de carcinoma urotelial poco frecuente, que clásicamente se ha relacionado con un mejor pronóstico que otras variantes. Recientemente se ha observado que este subtipo tumoral asocia con mayor frecuencia expresión de PD-L1, lo que condiciona opciones de inmunoterapia adicional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de los carcinomas uroteliales de tipo LEL diagnosticados en nuestro hospital, entre los años 2009 y 2025. En total se recogieron 10 casos, 9 localizados en vejiga y 1 en uréter. Sobre ellos se realizó un estudio histológico e inmunohistoquímico que incluyó: p63, p16, CK5/6, GATA3, PMS2, MSH6 y PD-L1, este último se valoró mediante CPS y TPS. También se recogieron características clínicas de los pacientes, con el objetivo de estudiar la agresividad de este subtipo tumoral.

RESULTADOS: En nuestra serie, el 80% de los pacientes eran varones (8/10). La media de edad al diagnóstico fue de 68,7 años (rango 50-86). El 70% de los pacientes estudiados (7/10) seguían con vida en el momento de realizar este estudio. Uno de los pacientes había fallecido a los dos meses del diagnóstico por una neumonía bilateral por COVID; los otros dos pacientes fallecieron a los 74 y 122 meses del diagnóstico. Todos los casos estaban constituidos por grupos sincitiales de células de aspecto indiferenciado, que estaban infiltrados por abundante celularidad inflamatoria de predominio linfocitario. El 70% de los casos presentaban infiltración de la muscular propia (pT2); en el resto de pacientes (3) no se pudo estimar la "T" por limitaciones de la muestra. Todos los casos expresaban las proteínas reparadoras del ADN estudiadas (PMS2 y MSH6) (100%), 6 casos expresaron p16 (60%), 8 expresaron p63 (70%), 5 expresaron GATA3 (50%) y 5 expresaron CK5/6 (50%). En 4 de los casos se observó coexpresión de GATA3 y CK5/6, si bien en 2 de ellos, la expresión de GATA3 fue focal o débil, y la de CK5/6, intensa y difusa. En cuanto a la expresión de PD-L1, en el 100% de los casos el CPS fue > 5, en el 90% fue > 10 y en el 40% fue > 25, con una media de 27,5 (rango 10-70).

CONCLUSIONES: El carcinoma urotelial tipo LEL es un subtipo histológico muy poco frecuente, como así lo demuestra el hecho de que en 15 años sólo se hayan diagnosticado 10 casos en nuestro hospital (<1 caso/año). Es importante reconocer este subtipo dado su mejor pronóstico y las nuevas opciones de tratamiento en casos de mala evolución. El estudio inmunohistoquímico de este subtipo tumoral permite destacar el componente tumoral y su arquitectura característica, en muchas ocasiones enmascarada por el denso infiltrado inflamatorio acompañante, que puede infraestimar el porcentaje tumoral.

La expresión de p16 en más de la mitad de los casos podría sugerir una asociación con infección por HPV, si bien se ha descrito en la literatura que este subtipo tumoral en vía urinaria no se asocia a HPV ni a EBV, a diferencia de lo que ocurre en naso- y orofaringe. El 100% de nuestros casos mantenía expresión de proteínas reparadoras del ADN, hallazgo concordante con la literatura, y que distingue a este subtipo tumoral del carcinoma medular del tracto gastrointestinal. Estas características pueden ser de utilidad en el diagnóstico diferencial con metástasis. En cuanto al estudio de PD-L1, el denso infiltrado inflamatorio acompañante en este subtipo tumoral justifica un mayor índice CPS y predice una mayor diferencia con el porcentaje TPS.

Patología Urológica

1869

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES SÓLIDO Y QUÍSTICO EOSINOFÍLICO: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; Sabio Amat, Miguel Ángel; Pérez Zunino, Ana; Conde Contreras, Gloria; Mendoza Alarcón, Miguel Ángel; González Ibáñez, María Victoria

Presentador: Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales sólido quístico y eosinofílico (ESC-RCC) es un subtipo raro de carcinoma renal, caracterizado por un patrón de crecimiento sólido y áreas quísticas, con células de citoplasma eosinofílico y puntuado basófilo. Se asocia con mutaciones en los genes TSC1 y TSC2, que activan la vía mTOR. Generalmente, se presenta en adultos jóvenes y suele ser detectado de manera incidental. Su correcto diagnóstico es crucial, ya que presenta un comportamiento biológico más indolente en comparación con otros subtipos de carcinoma renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe el caso de una mujer de 36 años con dolor lumbar de meses de evolución. Durante una ecografía abdominal, se identificó una masa sólida en el polo inferior del riñón derecho, con sospecha diagnóstica de oncocitoma. La paciente fue sometida a una nefrectomía parcial, y la pieza quirúrgica fue analizada mediante estudios histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

RESULTADOS: El examen macroscópico reveló dos fragmentos tumorales de aproximadamente 2 cm cada uno, de color amarillo-rosado y grisáceo. Histológicamente, se observó un tumor sólido-quístico con células con citoplasma eosinófilo, con puntuado basófilo. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para PAX8, CK20 y Cathepsina K, con negatividad para CK7 y CD117. El estudio molecular confirmó la presencia de mutación en TSC1.

CONCLUSIONES: - El ESC-RCC es un subtipo raro de carcinoma renal que puede presentarse de forma esporádica o estar asociado a esclerosis tuberosa, una enfermedad genética caracterizada por alteraciones en TSC1 y TSC2. - Estas mutaciones activan la vía mTOR, lo que no solo influye en su desarrollo, sino que también abre la posibilidad de tratamiento con inhibidores de mTOR, los cuales han demostrado eficacia en casos metastásicos. - Dado su pronóstico generalmente favorable y su potencial tratamiento dirigido en casos avanzados, es crucial considerar el ESC-RCC en el diagnóstico diferencial de tumores renales.

Patología Urológica

1870

TRANSFORMACIÓN MORFOLÓGICA Y MOLECULAR DEL ADENOCARCINOMA PROSTÁTICO COMO MECANISMO DE RESISTENCIA TUMORAL.

Perez Faccaro, Analía Araceli; Corbacho Cuevas, Cesáreo; Dotor De Lama, Ana María; Gil Bernabé, Paloma; Martín Poza, Silvia; Ruiz Becerra, Jaime Esteban; Cerdán López, Sara; Harker Ladino, Ángela María; Erazo Alarcón, Shirley Adiel
Presentador: Perez Faccaro, Analía Araeli

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO
MAJADAHONDA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma neuroendocrino primario de próstata es una entidad extremadamente rara y agresiva que se presenta sin antecedentes de tratamiento hormonal. Su diagnóstico es complejo, ya que en ocasiones coexiste con áreas de adenocarcinoma prostático convencional, lo que sugiere un proceso de transdiferenciación celular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad de Crohn, que consultó por polaquiuria nocturna. Se realizó evaluación clínica, análisis de PSA y estudios de imagen (TAC y PET-TAC). Se tomaron biopsias prostáticas y sobre ellas se efectuaron técnicas inmunohistoquímicas: PSA, PAP/PSAP, PIN coctail, cromogranina y sinaptofisina. Se realizó biopsia de una metástasis hepática a la que se efectuaron las mismas técnicas inmunohistoquímicas.

RESULTADOS: La biopsia prostática evidenció áreas de adenocarcinoma acinar de alta agresividad, con Scores de Gleason 9 (combinaciones 5+4 y 4+5) y 8 (4+4, 3+5), y zonas infiltradas por células pequeñas con citoplasma escaso, núcleos hiper cromáticos y alto índice mitótico, sugestivas diferenciación neuroendocrina. La inmunohistoquímica demostró una expresión baja o ausente de PSA y PAP/PSAP en dichas células, y positividad para cromogranina y sinaptofisina. Se diagnosticó como adenocarcinoma de próstata Gleason 9 y 8, con áreas de carcinoma neuroendocrino de próstata. El paciente tuvo una mala evolución, con metástasis ganglionares, óseas, hepáticas y pancreáticas. La metástasis hepática mostró infiltración por células pequeñas, con el aspecto anteriormente descrito. Las pruebas inmunohistoquímicas confirmaron el diagnóstico de metástasis de carcinoma neuroendocrino de próstata.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de carcinoma neuroendocrino primario de próstata en nuestro paciente, se fundamentó en la correlación de hallazgos morfológicos y el panel inmunohistoquímico limitado a PSA, PAP/PSAP, PIN coctail, cromogranina y sinaptofisina. La pérdida de expresión de los marcadores prostáticos convencionales junto con la positividad de cromogranina y sinaptofisina confirmó la diferenciación neuroendocrina. En la literatura se propone la transdiferenciación neuroendocrina como un mecanismo de resistencia tumoral, reportado con mayor frecuencia luego del inicio del tratamiento con bloqueadores androgénicos. A su vez, se sugiere la utilidad de otros marcadores (p.ej., NKX3.1, pRB, Cyclina D1, Ki67) tanto para realizar el diagnóstico como para comprender los mecanismos moleculares involucrados en el proceso de transdiferenciación. La rápida progresión sistémica y el desenlace fatal de nuestro paciente, resaltan la necesidad de estrategias terapéuticas específicas y del estudio molecular para identificar nuevas dianas que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

Patología Urológica

1872

ESTUDIO DE HER2 EN UNA SERIE DE CASOS DE CARCINOMA UROTELIAL MICROPAPILAR

Perez Acosta, Eva; García Abellás, Patricia; Burdaspal Moratilla, Ana; Roldán Cortés, David; Muñoz Rodríguez, Jorge; Bedmar Hernández, Ángeles; Kosalka, Klaudia Teresa; Caruana Campuzano, María Teresa; Melguizo García, Mónica; Álvarez Rodríguez, Federico

Presentador: Pérez Acosta, Eva

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El carcinoma urotelial es una entidad heterogénea, que incluye múltiples subtipos histológicos. El subtipo micropapilar es poco frecuente y clásicamente se ha incluido dentro de las variantes más agresivas, asociando invasiones linfovasculares y metástasis ganglionares. Si bien se ha descrito que en este subtipo se observa con mayor frecuencia sobreexpresión/amplificación de HER2, los hallazgos no resultan concluyentes en todos los trabajos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los casos de carcinoma urotelial subtipo micropapilar (puro o mixto) diagnosticados en nuestro hospital entre 2011 y 2025. Se analizaron las siguientes características histológicas: asociación a carcinoma in situ, presencia de invasiones linfovasculares, estadio patológico y el estado de HER2 mediante técnicas de inmunohistoquímica (herceptest) e hibridación in situ (SISH), en todos los componentes histológicos presentes. El objetivo fue analizar la sobreexpresión o amplificación de HER2 en el componente micropapilar y el resto de componentes presentes, y relacionarlo con los resultados publicados. A falta de evaluación de HER2 específicas para tracto urinario, utilizamos las guías ASCO/CAP 2018 para la evaluación de sobreexpresión de HER2 en cáncer de mama.

RESULTADOS: Se seleccionaron 12 casos de carcinoma urotelial micropapilar. El 91,6% de los pacientes (11/12) eran hombres. La media de edad al diagnóstico fue de 74 años. El 83,3% de los pacientes (10/12) había fallecido en el momento de realizar el estudio, con una supervivencia media tras el diagnóstico de 3,25 años. En el 91,6% de los casos se objetivó infiltración de la capa muscular propia, encontrándose la enfermedad en estadios avanzados al momento del diagnóstico. En 5 casos (42%) se identificó una histología micropapilar pura, definida por la presencia de pequeños grupos de células, sin ejes fibrovasculares, rodeados por espacios ópticamente vacíos. El resto de casos eran mixtos y asociaban carcinoma urotelial convencional, papilar, y/o plasmocitoides. El 100% de los casos asociaba carcinoma urotelial in situ, y en el 75% se observaron invasiones linfovasculares.

El 50% de los casos (6/12) presentó sobreexpresión o amplificación de HER2. En el componente micropapilar se demostró sobreexpresión de HER2 por inmunohistoquímica (3+) en 4 casos (2 casos puros y 2 mixtos), y amplificación por SISH en otros 2 casos; los casos que sobreexpresaron HER2 no mostraron amplificación por SISH, si bien en uno de estos casos se identificó polisomía del cromosoma 17. También se observó dicha polisomía en un caso micropapilar puro sin sobreexpresión de HER2 (1+) ni amplificación por SISH.

Se demostró sobreexpresión de HER2 en el componente no micropapilar de 3 casos (2 de tipo convencional y 1 papilar), uno de los cuales mostró amplificación de HER2 por SISH.

CONCLUSIONES: El carcinoma urotelial es una entidad heterogénea a todos los niveles, y esto se ve reflejado también en la variabilidad de porcentajes de sobreexpresión/amplificación de HER2 en las series publicadas hasta la fecha. En nuestra serie hemos observado que el 50% de tumores micropapilares presentan sobreexpresión o amplificación de HER2, hallazgo en consonancia con otros resultados publicados. En la era de la medicina de precisión, se hacen necesarios más estudios que profundicen en esta línea de investigación para lograr identificar a aquellos pacientes que obtendrán un mayor beneficio de terapias anti-HER2.

TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDÍDIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Barrios Millán, Gabriela Victoria; Lago Cascudo, Rafael; Perez Montero, Pablo; Rodrigues Figueiras, Yuri; Candia Fernandez, Antonio; Martinez Aguilar, Ana Patricia; Colino Gallardo, Ana Maria; Dominguez Franjo, Maria Purificación

Presentador: Barrios Millán, Gabriela

HOSPITAL LA PAZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores paratesticulares son neoplasias poco frecuentes que abarcan cerca del 5% de los tumores de testículo. La mayoría son entidades benignas y se tratan por medio de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se examinan cuatro cristales de hematoxilina-eosina y se realiza estudio inmunohistoquímico para Calretinina, Vimentina, WT-1 y BAP-1.

RESULTADOS: Se trata de un varón de 40 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta de urología para realizarse una vasectomía. En el examen físico se palpa una lesión paratesticular, por lo que se realiza ecografía donde se evidencia una imagen nodular sólida y heterogénea, ovalada y circunscrita, con leve captación en el estudio Doppler, que parece depender de la cola del epidídimo derecho. Los testículos son de tamaño y morfología normal, con vascularización conservada y sin lesiones focales. Se realiza cirugía de la lesión y se envía a anatomía patológica. Macroscópicamente se identifica un nódulo bien delimitado, de coloración parduzca y consistencia firme, de 2 x 1,5 cm. Microscópicamente la lesión se corresponde con múltiples espacios microquísticos revestidos por células cuboidales, de núcleos ovalados, carioteca regular y nucléolo visible, rodeados de estroma fibroso. No se observan figuras de mitosis ni necrosis. Estas células son positivas para Calretinina, Vimentina, WT-1 y conservan positividad nuclear para BAP-1, por lo que se diagnostica de tumor adenomatoide de epidídimo.

CONCLUSIONES: Dentro de los tumores paratesticulares, los tumores adenomatoideos son los más frecuentes, seguidos del leiomioma y cistadenoma papilar. Surgen de la túnica vaginal o de la túnica albugínea y pueden estar asociados a hidrocele. Suelen afectar a hombres entre los 20-50 años, aunque hay casos descritos hasta los 79 años, y raramente ocurren en la infancia. El diagnóstico de estos tumores puede suponer un reto debido a su rareza y capacidad de imitar otros tumores.

CARCINOMA UROTELIAL CON DIFERENCIACIÓN A TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO. SERIE DE 6 CASOS.

Vicente Navarro, Natalia; Ayquipa Arróspide, Dariela; Bernal , Xana; Taco , Maria Del Rosario; Fernández Calvo, Davinia; Purqueras, Elvira; Espejo Herrera, Nadia; Vidal, August; Pané Foix, Maria

Presentador: Vicente Navarro, Natalia

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los tumores del seno endodérmico (TSE) son neoplasias derivadas de las células germinales que recuerdan al saco vitelino fetal. Aunque son más frecuentes en las gónadas, también pueden encontrarse en localizaciones extragonadales como el mediastino, sistema nervioso central, región sacrococcígea y retroperitoneo.

La diferenciación de tipo TSE también se ha descrito sobre neoplasias somáticas, principalmente en el tracto genital y gastrointestinal. En el tracto urinario se han reportado aislados casos en la literatura (12 originados en la vejiga y 5 en la pelvis renal).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de casos de carcinoma urotelial (CU) con diferenciación de tipo TSE diagnosticados en dos hospitales universitarios de Catalunya en el periodo de 2018-2024. La diferenciación tipo TSE se detectó en base a la definición en la literatura previa (arquitectura glandular, papilar y/o microquística, presencia de células columnares con vacuolas subnucleares, y en ocasiones glóbulos hialinos). Se revisaron las características clínicas y hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos incluyendo el estudio del patrón de expresión de p53.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de seis casos, con una proporción hombre/mujer de 1:2 y una media de edad de 82,83 años (rango 76-88). La localización tumoral fue predominantemente en la vejiga urinaria (3 casos), seguida del uréter (2 casos), y un caso afectando tanto vejiga como riñón. En todos los casos se observó componente urotelial convencional de alto grado y/o carcinoma urotelial in situ acompañante. Adicionalmente, en dos de los seis casos se observó un componente sarcomatoide. En cuanto al perfil inmunohistoquímico, todos los casos presentaron positividad para las tinciones de AFP, GLP3 y SALL4. Asimismo, en la totalidad de los casos la tinción de p53 mostró un patrón sobreexpresado.

CONCLUSIONES: La diferenciación tipo TSE en el CU es poco frecuente. El presente estudio es una de las series más largas descritas hasta la fecha, con un total de 6 casos diagnosticados en los últimos cinco años. Como en los casos publicados de TSE originado en carcinomas, generalmente de alto grado, de tracto genital y gastrointestinal, los pacientes de nuestra serie eran de edad avanzada y predominantemente mujeres. Los TSE originados en tumores somáticos son predominantemente de patrón glandular y suelen confundirse con adenocarcinomas convencionales. La presencia de otros patrones característicos de TSE y el perfil inmunohistoquímico permiten confirmar el diagnóstico. En nuestra serie observamos un patrón sobreexpresado de p53 en todos los casos.

Patología Urológica

1963

NEOPLASIA RENAL QUÍSTICA
MULTILOCLAR DE BAJO POTENCIAL
MALIGNO: UNA SERIE DE 5 CASOS.

Colinas Colinas Reyero, Daniel; Lucero Salaverry, María Miguel; Bayo Juanas, Paula; Díaz Villarreal, Sara Anabel; Hernández Valles, Alicia; Ortiz Muñoz, María De Los Angeles; González González, Diego; González Márquez, Pilar Isabel; Callejo Pérez, Patricia; Torres Nieto, María Ángeles
Presentador: Colinas Reyero, Daniel

HOSPITAL UNIV. RIO HORTEGA. 5º ANATOMIA
PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La neoplasia renal quística multilocal de bajo potencial maligno (NRQM-BPM) es una entidad reconocida en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016. Anteriormente se denominaba carcinoma de células renales quístico multilocal. El cambio en su nomenclatura pretende enfatizar su naturaleza indolente. Representa entre el 0,5 % y el 2,5 % de los tumores renales y aproximadamente el 10 % de las neoplasias renales quísticas. Suele presentarse como una masa renal solitaria, unilateral y asintomática, descubriéndose incidentalmente en estudios de imagen (Clasificación de Bosniak IIF-III). En el estudio macroscópico, se observa una masa expansiva rodeada por una pseudocapsula fibrosa con cavidades de tamaño variable. Histológicamente, presenta tabiques fibrosos delgados revestidos por células claras de bajo grado (OMS/ISUP 1-2), sin crecimiento expansivo ni infiltración. Debe diferenciarse de quistes renales benignos, del carcinoma renal de células claras con degeneración quística, con el que comparte alteraciones del gen VHL, y de otros tumores renales quísticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel de neoplasia renal quística multilocal de bajo potencial maligno en los últimos 10 años (2015-2024).

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 73 años con lesión de 3,4 cm en tercio medio renal derecho.

Caso 2: Mujer de 55 años con lesión quística en la cortical del polo inferior del riñón izquierdo, de bordes bien definidos de 9,5 cm, que muestra un contenido líquido heterogéneo y numerosos septos en su interior.

Caso 3: Varón de 49 años con masa quística multilocalizada Bosniak III de 8,5 cm en polo superior de riñón derecho.

Caso 4: Varón de 34 años con lesión renal en polo inferior derecho de 1,8 cm.

Caso 5: Varón de 43 años con gran masa renal derecha de 4,5 cm. Se identificaron 5 casos de NRQM-BPM entre las 342 piezas de nefrectomía tumorales analizadas, 35 de ellas quísticas. Representan el 1,5% de todos los tumores renales y el 14% de las neoplasias renales quísticas estudiadas.

La edad media al diagnóstico fue de 50,8 años con mayor prevalencia en hombres (4:1).

Salvo un caso que debutó con HTA y hematuria, el resto presentó un curso clínico indolente con diagnóstico incidental. El tamaño promedio de las lesiones reportadas es de 5,5 cm y asientan principalmente en el riñón derecho. No se observaron áreas sólidas expansivas ni necrosis en las mismas.

En tres de los casos se realizó una nefrectomía parcial, en el resto radical. Ningún paciente presentó recurrencia ni metástasis durante el seguimiento con TAC cada 6 meses.

CONCLUSIONES: La NRQM-BPM es una neoplasia renal de bajo potencial maligno, con un comportamiento indolente y sin riesgo conocido de metástasis o recurrencia.

Su diagnóstico se basa en estudios radiológicos y hallazgos histopatológicos característicos. No debe basarse exclusivamente en biopsias con aguja debido a limitaciones en el muestreo.

El tratamiento de elección es la cirugía mínimamente invasiva, dependiendo de las características del paciente y del estadio tumoral. La correcta identificación y clasificación de esta entidad permite optimizar el abordaje clínico y evitar procedimientos invasivos innecesarios.

Patología Urológica

1754

DIAGNÓSTICO DE PARANGLIOMAS
VESICALES: UN DESAFÍO EN ANATOMÍA
PATOLOGICA.

Collado Martín, Ana Sofía; Montano Lumbreras, Elena; Sánchez Magdaleno, Lucía; Calapaquí Terán, Adriana Katherine
Presentador: Collado Martín, Ana Sofía

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE
VALDECILLA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los paragangliomas vesicales son neoplasias neuroendocrinas que derivan de progenitores neurales en los paraganglios. Son entidades raras con una prevalencia de 0.05% entre los tumores vesicales por lo que si no se tienen en cuenta es fácil errar en el diagnóstico porque histológicamente tienen similitudes a un carcinoma urotelial invasivo. Clínicamente se manifiestan con síntomas debidos al exceso de catecolaminas y/o efecto masa. Tienen cierto predominio por el sexo femenino de mediana edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda retrospectiva en la base de datos de nuestro centro entre los años 2009 y 2025. Para la búsqueda se usaron las palabras clave: paraganglioma y vejiga. Se recogieron los datos clínicos, radiológicos y la evolución.

RESULTADOS: Se diagnosticaron mediante resección transuretral (RTU) de vejiga dos casos de paraganglioma vesical, ambos fueron un diagnóstico difícil que requirió correlación clínico-radiológica y estudios de inmunohistoquímica (IHC). El caso 1, varón de 57 años ingresado por síndrome constitucional, con anemia en el contexto de una hematuria autolimitada, pérdida de peso, hipertensión no controlada y una miocardiopatía hipertrófica no fillada, en el TAC se observa un defecto de deplesión en la vejiga de 15 mm. El caso 2, mujer de 52 años que de manera incidental se observa una imagen hipercaptante en vejiga de 12 mm. Los hallazgos anatomopatológicos fueron similares en ambos casos, presentando el patrón típico de crecimiento anidado en la lámina propia y muscular propia, además el primer caso presentó un estroma escleroso. Se realizó correlación con los hallazgos de la cistoscopia donde no se observaba claramente una lesión sobrelevada. Se solicitó un panel de IHC, ante la falta de correlación entre tumor músculo infiltrante y lesión no claramente exofítica en la cistoscopia. Esos nidos fueron negativos para CK, SOX10, HMB45 y Melan A, y positivos para GATA3 y marcadores neuroendocrinos como Sinaptofisina, Cromogranina y CD56. Las células sustentaculares fueron positivas para S100 y presentaba un índice de proliferación bajo de menos del 1%. La primera impresión clínica sobretodo en el paciente 1 fue de carcinoma urotelial invasivo por lo que se le administró MMC directamente en quirófano. Con el diagnóstico definitivo, el paciente 1, continúa en seguimiento, aunque cabe destacar que persiste el mal control de su HTA. La paciente 2 fue dada de alta tras estudio de extensión y un análisis de catecolaminas que fueron normales.

CONCLUSIONES: Los paragangliomas vesicales son neoplasias neuroendocrinas muy infrecuentes pero conocer su existencia es importante ante una lesión en vejiga ya que tienen una morfología similar a otras entidades como el carcinoma urotelial invasivo anidado, melanoma, adenocarcinoma de próstata, carcinoma de células renales y tumores neuroendocrinos bien diferenciados. Para el diagnóstico certero de esta entidad, es fundamental la correlación entre los hallazgos histopatológicos y los datos clínicos, así como la IHC. El diagnóstico diferencial con el carcinoma urotelial es particularmente relevante ya que el tratamiento es completamente diferente, como se describe en nuestros pacientes, ya que los paragangliomas son neoplasias que se pueden tratar sólo con RTU, aunque presentan potencial metastásico y entre el 30-40% se relacionan con mutaciones en SDH que tienen un peor pronóstico.

TSAPyC 1940

ASPECTOS TÉCNICOS EN LA DETERMINACIÓN MEDIANTE PCR ESPECÍFICA DE LA METILACIÓN DEL PROMOTOR MGMT EN GLIOBLASTOMAS

García Postigo, Inés; Barroso Cardenas, Monica; Lobato Dueñas, Raquel; Santiago Guerrero, Cristina; Rodríguez Toro, Rosario; Benítez Roman, Jose Antonio; Martinez Moreno, Esperanza Macarena; Vallejo Benítez, Ana
Presentador: García Postigo, Ines

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:30-17:42 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: El glioblastoma es un tipo de cáncer cerebral muy agresivo que suele ser tratado con cirugía, seguida de radioterapia, quimioterapia o ambas. La quimioterapia estándar es un medicamento llamado temozolomida. Algunos tumores de glioblastoma tienen una modificación particular en su ADN (que contiene el código genético de los organismos), y saber si una persona tiene esta modificación es útil para predecir cuánto tiempo puede vivir la persona después de un diagnóstico de cáncer y cómo podría responder a la temozolomida. La modificación se conoce como "metilación de la región promotora de la MGMT" y también puede afectar la expresión de la proteína MGMT (la forma en que se fabrica y modifica la MGMT). Hay muchas formas de determinar si un tumor tiene esta modificación. La PCR específica de la metilación y la pirosecuenciación proporcionan mejores predicciones de la supervivencia que la inmunohistoquímica. Este estudio se realiza con el kit Easy PGX ready MGMT kit (Diatech que permite hacer una detección cualitativa por PCR a tiempo real y curvas de melting del estatus de metilación de 12 islas CpG localizadas en el promotor del gen MGMT. Las islas CpG son regiones del ADN ricas en Citosina y Guanina normalmente ubicadas en las zonas promotoras de los genes, donde generalmente tiene lugar la metilación. En esta revisión presentamos algunas ventajas de la PCR específica en la práctica asistencial y desde un punto de vista técnico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de 6 casos de glioblastomas, a partir de muestras tisulares parafinadas. Primeramente se realiza una extracción de ADN, mediante un extractor automático MagCore nucleic acid extractor (RBC Bioscience), con el kit MagCore Genomic DNA FEPE, específico para poder trabajar con muestras parafinadas. El ADN extraído se cuantifica mediante el espectrofotómetro molecular que nos permite conocer la concentración y la calidad de la muestra obtenida. Seguidamente se hace un procesamiento de este ADN con bisulfito sódico, que transforma las Citosinas no metiladas en Uracilos. El ADN tratado con bisulfito se amplifica mediante una PCR a tiempo real específica (MSP) mediante el equipo Easy PGX (Diatech).

RESULTADOS: El análisis de resultados se realiza en comparación del melting de PCR de control NO METILADO junto con las muestras. De los 6 casos presentados, dos resultaron metilados (2/6). En 1 caso no se obtuvo resultado debido a una cantidad insuficiente de ADN, problema que se solventó con la determinación en otro bloque distinto.

CONCLUSIONES: La PCR específica para la detección de la metilación del promotor MGMT presenta una alta sensibilidad, con límites de detección del 0.5%. Además, se trata de una técnica muy rápida, con tiempos de respuesta inferiores a 3 horas y un tiempo de trabajo técnico manual de aproximadamente 10 minutos. La determinación del estado de metilación del promotor del gen MGMT es clave ya que posibilita la selección de aquellos pacientes con GBM, que tendrán una mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento con agentes alquilantes como la Temozolamida y por tanto un pronóstico más favorable.

TSAPyC 1829

DETECCIÓN IN SITU DE PRECURSORES DE MICRO RNAS (PRE-MIRNAS) MEDIANTE BASESCOPE: TÉCNICA CROMOGENICA AUTOMATIZADA EN INMUNOTEÑIDORES VENTANA (ROCHE).

Vega-Corral, Zaira; González García, Patricia; Gómez Gil, María; Garrido Fernández, Carlos; Cabrera Noya, Nuria; Martínez-Puente, Natalia; Montero-Conde, Cristina; Caleiras Pires, Eduardo José
Presentador: Vega-Corral Corral, Zaira

CENTROL NACIONAL INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 17:42-17:54 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: La hibridación in situ (ISH) BaseScope permite detectar variantes de splicing, secuencias cortas/altamente homólogas (50-300 nt) y mutaciones puntuales con resolución unicelular y contexto espacial. Esta técnica está desarrollada por Advanced Cell Diagnostics (ACD) y parte de los fundamentos bioquímicos de las sondas de RNAScope, pudiendo realizarse de forma automática en máquinas de inmunotinción de Ventana (Roche). Una de las ventajas que presenta BaseScope es que permite detectar moléculas de RNA cortas. Este último aspecto hace de la técnica una herramienta útil para la investigación molecular con enfoque clínico, permitiendo el análisis automatizado y estandarizado de moléculas como los pre-miRNAs (60 nt, aproximadamente).

MATERIAL Y MÉTODOS: Este método implica la hibridación de sondas marcadas con secuencias de RNA diana en muestras de tejido fijadas, seguida de amplificación de la señal y detección cromogénica. Los pasos clave incluyen la preparación del material, BaseScope vs en el inmunotendidor Discovery Ultra de Ventana (Roche) y el procesamiento de la muestra en el portaobjetos. Además, para obtener resultados óptimos se requiere la fijación adecuada del tejido (16-32 horas en formol al 10%), un grosor concreto de la sección (5 µm), que el corte sea reciente (1 semana máximo) y que se deposite sobre un portaobjetos SuperFrost Plus.

RESULTADOS: La técnica se ha aplicado con éxito para detectar la expresión de un pre-miRNA (pre-miR-139) en tejido tumoral y tejido normal adyacente a tumores de pacientes de cáncer de tiroides. La cuantificación automática de la señal in situ mediante el software de análisis de imagen QuPath correlaciona con los datos de expresión obtenidos para estos mismos tejidos por PCR cuantitativa.

CONCLUSIONES: La hibridación in situ (ISH) BaseScope es una herramienta que permite cuantificar en muestras clínicas la expresión de moléculas de pequeño tamaño, como son los pre-miRNAs, de una forma automatizada, y con resolución unicelular y contexto espacial. Es una herramienta prometedora de análisis de biomarcadores de uso clínico.

DETERMINACIÓN DE MUTACIÓN V600 DEL GEN BRAF EN MELANOMAS COMPARANDO DOS MÉTODOS DE BIOLOGÍA MOLECULAR

Morales Suarez, María Nuria; Fernandez Valera, Africa; Albaladejo Gonzalez, Ana; Perez Saura, Irene; Perez Parra, Victoria; Espin Garcia, Salvador; Madrid Molina, María Dolores; Ramirez Olmos, Melania; Ortiz Reina, Sebastian; Conesa Zamora, Pablo
Presentador: Morales Suarez, María Nuria

HOSPITAL G. UNIV. SANTA LUCIA. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: Oral
 (Miércoles 21, 17:54:18:06 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Introducción: La importancia de la presencia de la mutación BRAF V600 tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas significativas en el manejo del melanoma cutáneo, subrayando la relevancia de su detección en la práctica clínica. La mutación en el gen BRAF V600 es una alteración genética adquirida y común presente en aproximadamente el 40-60% de los casos, la variante más frecuente es la V600E representando alrededor del 90%, existen otras menos frecuentes, como la V600K, V600D y V600R. El gen BRAF codifica una proteína que a su vez modifica a otras pudiendo activar o desactivar la función de la proteína objetivo, desempeñando así un papel crucial en la regulación de numerosas vías celulares, promoviendo la proliferación de células cancerosas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Material y métodos: Los métodos para detectar la mutación BRAF V600, que se usaron: Droplet Digital™ PCR (ddPCR™ de Biorad) y el Idylla™ BRAF(Idylla™ BRAF Mutation Test de Biocartis) La gran diferencia entre ambos estriba en que la ddPCR es una técnica avanzada de detección y cuantificación absoluta de ácidos nucleicos de secuencias específicas de ADN o ARN sin necesidad de referencias externas, mientras que la qPCR, es una técnica de biología molecular que combina la amplificación y detección de secuencias específicas de ADN en tiempo real donde se proporcionan datos relativos basados en curvas estándar.

RESULTADOS: Resultados: Se realizó un estudio de 52 casos procedentes de muestras de melanoma a partir de ADN circulante en el año 2023. Por la técnica del ddPCR se encontraron 33 de estas muestras con el resultado de nativo (no mutado) (63,5%) mientras que por qPCR los no mutados fueron 32 (61,5%) ya que una muestra dio resultado inválido. En cuanto a las muestras mutadas, por la técnica de ddPCR se encontraron 19 casos (36,5%) mutados para la variante V600E mientras que por qPCR se encontraron 15 casos (28,9%) mutados V600E y 4 casos más (7,7%) donde la variante detectada fue la V600K/R, ya que por ddPCR no se analizaron más variantes que la V600E.

CONCLUSIONES: Conclusiones: Habiéndose comparado ambos métodos de detección se concluye en una casi total coincidencia de los casos no mutados frente a una leve discordancia en los mutados. Con el método de ddPCR todas las mutadas serían variante V600E, frente a qPCR que discreparía en 4 casos, que aun siendo mutadas la variante es la V600K/R. Se destacan una serie de ventajas que presenta la ddPCR frente a la q-PCR como son: la cuantificación absoluta sin curva estándar, mayor sensibilidad, ideal para ADN fragmentado, precisión en detección de bajas copias de ADN/ARN, resistencia a inhibidores de PCR y por último se puede aplicar a la detección de mutaciones raras y análisis de expresión génica. La elección del método usado dependerá de factores como la sensibilidad, especificidad, coste y disponibilidad en el laboratorio, aunque los enfoques multidisciplinarios seguirán siendo clave en la búsqueda de una atención médica más efectiva y personalizada.

IMPORTANCIA DE LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS GLOMERULONEFRITIS DE PATRÓN MEMBRANOPROLIFERATIVO.

Strohecker Santos, Ingrid; Flamarich Hidalgo, Cristina; Aparicio Galán, María Angeles; Alegria Salmeron, Alejandro; Gabalgon Dominguez, María Alejandra
Presentador: Strohecker Santos, Ingrid

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL HEBRON

Tipo de trabajo: Oral
 (Miércoles 21, 18:30:18:42 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Las glomerulonefritis de patrón membranoproliferativo (GNMP) incluyen entidades producidas por depósitos de inmunocomplejos y/o complemento en el glomérulo por diferentes causas y diferentes mecanismos patológicos. En algunas ocasiones no basta la microscopia óptica y la inmunofluorescencia para establecer dichas entidades, la microscopia electrónica de transmisión (MET) puede ser el método clave en el diagnóstico de estos casos. Se quiere mostrar la importancia de la microscopia electrónica en el diagnóstico diferencial de las GNMP.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el año 2024 se parte de 385 biopsias de riñón con material disponible en parafina para microscopia óptica, congelación para técnicas de inmunofluorescencia: IgA, IgG, IgM, C3, cadenas Kappa y Lambda y C1q, y glutaraldehído para MET.

RESULTADOS: Del total de las muestras de riñón diez fueron diagnosticadas como GNMP. En la mitad de ellas se realizó estudio de microscopia electrónica. En dos de los casos fue necesaria la MET para discernir entre glomerulopatía C3 y Glomerulonefritis Post-infecciosa (GNPI).

CONCLUSIONES: Algunas veces, con la morfología al microscopio óptico y la inmunofluorescencia no se pueden determinar las distintas entidades englobadas en el patrón membranoproliferativo siendo necesario el estudio de microscopia electrónica para establecer su correcta identificación para un adecuado tratamiento.

TSAPyC

2351

IMPORTANCIA DEL CITOTÉCNICO DURANTE ENDO BRONCHIAL ULTRA SOUND.

Bonilla Hurtado, Sergio; Trillo Perea, Lourdes; Bautista Cano, Ana Belén; Calvo Martínez, Cristina; Forteza Valades, Ana
Presentador: Bonilla Hurtado, Sergio

HOSPITAL UNIV. SON ESPASES. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 18:42-18:54 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Endo Bronchial Ultra Sound (EBUS) también conocida como ecobroncoscopia, es una técnica para el estudio de cáncer de pulmón y otras enfermedades inflamatorias e infecciosas que pueden afectar al mediastino. Una de las grandes ventajas del EBUS es que permite diagnosticar de forma mínimamente invasiva. La función de citotécnico en la realización de esta técnica es fundamental ya que realiza una valoración in situ del material obtenido mediante tinción rápida (Diff-Quick) y además determina si el material y la localización son adecuadas y proporciona una aproximación diagnóstica, evitando un menor número de diagnósticos insuficientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que seleccionamos punciones procedentes del servicio de Neumología guiadas por EBUS consultando la base de datos de nuestro servicio en un periodo de tiempo comprendido entre los años 2021-2023. Variantes analizadas: Diagnóstico/no diagnóstico, benignidad/malignidad, orientación diagnóstica, obtención de bloque, inmunohistoquímica en el material obtenido.

RESULTADOS: Entre los años 2021-2023 se han realizado una totalidad de 224 punciones ecoguiadas (EBUS) en nuestro centro obteniendo como resultado que un 73.6 % han podido ser diagnosticadas y solamente un 23.7 % no se han podido diagnosticar.

CONCLUSIONES: Tras los datos obtenidos con un elevado porcentaje de punciones diagnosticadas, refuerza que la función del citotécnico es fundamental dada que su formación específica, le va a permitir una correcta valoración del material obtenido, un mejor tratamiento de las muestras obtenidas y una adecuada selección del material para ampliación de otros estudios como cultivos, fenotipos, diagnósticos moleculares.

TSAPyC

1471

ELIGE TU PROPIA AVENTURA: VIDEOS DE REALIDAD VIRTUAL EN 360° PARA ENTRENAMIENTO DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE DERRAME DE FORMOL

Alcaraz Mateos, Eduardo; Nowok , Katarzyna; Cano Bermudez, Lidia; Moreno Canovas, Francisco Tomas; Tortosa Martínez, Inmaculada; Adamez Martínez, Gracia; Robles Moreno, Carmen
Presentador: Alcaraz Mateos, Eduardo

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:18-19:30 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: El formaldehído es un químico utilizado como fijador y conservador tisular en los servicios de Anatomía Patológica para piezas quirúrgicas y biopsias. Presenta gran toxicidad e inflamabilidad por lo que un derrame se considera una situación peligrosa. El objetivo del estudio fue adaptar el protocolo de actuación ante un derrame de formol empleando realidad virtual, desde un punto de vista de formación continuada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Adaptamos el protocolo de derramamiento de formol de nuestra institución, emitido desde salud laboral, a una experiencia inmersiva, envolvente, grabando un escenario de riesgo. Empleamos una cámara Insta360 X4 y programas de imagen y vídeo para su edición (Photoshop y Sony Vegas) a modo de "elige tu propia aventura" con toma de decisiones. Técnicos especialistas en Anatomía Patológica fueron expuestos a la experiencia utilizando un sistema Oculus Quest 2 mientras un instructor facilitaba el escenario. Se utilizó un cuestionario tipo Likert de 5 puntos (muy de acuerdo, MA; de acuerdo, A; neutro N; en desacuerdo, D; muy en desacuerdo, MD) para evaluar percepción, aprendizaje y también potenciales efectos adversos asociados a la realidad virtual.

RESULTADOS: 17 técnicos participaron en el estudio (13 mujeres/4 hombres). La experiencia fue percibida como inmersiva (53% MA, 35% A, 17% N) y mejor que una sesión formativa tradicional con PowerPoint (4.7 sobre 5). Sorprendentemente, los participantes expresaron que habían aprendido cosas que no sabían (mucho, 47%, algo 35%, no mucho 18%), pese a su experiencia y a entrenamientos previos con metodología convencional. Los síntomas detectados fueron leves y autolimitados, pero afectaron al 59% de los profesionales.

CONCLUSIONES: Ha sido posible adaptar nuestro protocolo de derrames a un entorno virtual en 360° y ser evaluado por un grupo de técnicos experimentados. A pesar de la buena percepción expresada por los participantes, serían necesarios estudios adicionales comparativos con metodología tradicional para evaluar diferencias de aprendizaje.

TSAPyC

1850

VALORACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL DNA UTILIZADO PARA NGS. COMPARACIÓN DE MÉTODOS

Tierno García, Montserrat; Arnaldo Orts, Laura; Moreno Garrido, Héctor; Pérez Cano, María; Marginet Flinch, Ruth; Martínez Rodríguez, Rocío; Mate Sanz, José Luis; Muñoz Marmol, Ana María; Sanz Monte, Carolina; Urbizu Serrano, Aintzane
Presentador: Tierno García, Montserrat

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21, 19:18-19:30 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: Con la implantación de la medicina de precisión en los servicios de anatomía patológica se ha favorecido el uso de la secuenciación masiva (NGS) para caracterizar las muestras a nivel molecular y ayudar en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Esta tecnología, de alto rendimiento, requiere de una calidad del DNA de la muestra superior a la que se precisa en otras determinaciones de biología molecular para asegurar la obtención de resultados exitosos y fiables. Sin embargo, tanto en muestras parafinadas, como en extensiones y bloques citológicos, a menudo los ácidos nucleicos están afectados (degradación, cross-link) y los resultados pueden ser no valorables o presentar un elevado número de variantes que no son reales. Por tanto, además de la cuantificación del DNA, la valoración de su integridad es muy recomendable para evitar gastos innecesarios y demoras en los tiempos de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron retrospectivamente 50 muestras (FFPE, extensiones y bloques citológicos) pertenecientes a diferentes patologías (cáncer de pulmón no microcítico, colorrectal, mama, endometrio y SNC) en función de la calidad obtenida en los resultados de NGS. El DNA extraído se cuantificó con fluorometría (Qubit, ThermoFisher); para evaluar su calidad se compararon dos técnicas diferentes: 1) Ensayo "Genomic DNA" (TapeStation 4150, Agilent) con el que se obtuvo el valor DIN (DNA integrity number) y el valor DV200 (% de DNA que tiene una longitud superior a 200 pb); 2) PCR multiplex con 5 pares de cebadores para amplificar fragmentos de 100, 200, 300, 400 i 600 pb (PCR BIOMED-2), y posteriormente, electroforesis en gel de agarosa. La NGS se realizó con el panel Oncomine Comprehensive Assay, secuenciador SS y software Ion Reporter (ThermoFisher). Los parámetros que se consideraron para determinar el método que mejor define la calidad del DNA fueron los siguientes: calidad de los resultados en la NGS, tiempo de técnico, coste de reactivos, y cantidad de DNA genómico necesario.

RESULTADOS: Los resultados de la NGS de tres muestras fueron no valorables (<3M lecturas, y dos de ellas, con uniformidad <80%), 10 con resultados límite (3-6M), 13 aceptables (6-7,5M) y 24 óptimos (>7,5M).

El coste de los reactivos y la cantidad de muestra utilizada fue similar en ambos métodos; en cambio, el tiempo de técnico fue inferior en la TapeStation. El rango de DIN estuvo entre 1,4-6,2 y el valor DV200 osciló entre 77,5-96,91%.

Respecto a la PCR multiplex, 17 amplificaron 100pb, 14 200pb, 15 entre 300-600pb y en 4 muestras no hubo amplificación. Estas 4 muestras fueron amplificables tras su purificación para eliminar inhibidores de PCR.

Aunque se observó una tendencia a que muestras con DIN<2,5 o fragmentos de DNA inferiores a 300pb obtengan NGS no óptimos, no se obtuvo correlación entre los resultados de la NGS con ninguno de estos parámetros.

CONCLUSIONES: Aunque el test "Genomic DNA" es más sensible y fácil de tecnicar, en muestras parafinadas, extensiones y bloques citológicos no se encontró un valor que permitiera predecir la calidad de los resultados de NGS.

La técnica de PCR multiplex tampoco parece correlacionar. Sin embargo, este método sigue presentando la gran ventaja de identificar no solo degradación sino también la presencia de inhibidores, lo cual permite tomar medidas antes de secuenciar mediante NGS, y el ahorro de dinero, tiempo y muestra.

TSAPyC

2293

TRANSFORMACIÓN DIGITAL: LA LLEGADA DEL FLUJO DIGITAL CONTINUO AL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Barrera Antonioli, Emilia; Márquez Lillo, Ana; Calderón Gómez, Amanda
Presentador: Barrera Antonioli, Emilia

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: Oral
(Miércoles 21,19:06-19:18 Sala 8+9)

INTRODUCCIÓN: La llegada de las nuevas tecnologías a nuestros laboratorios de Anatomía Patológica nos han ayudado a conseguir dinamizar procesos cotidianos. Hemos avanzado hacia una patología computacional que facilita una reducción en los tiempos de respuesta, un aumento en la eficiencia del servicio y diagnósticos más precisos.

Desde el año 2017 se comenzó un proyecto en nuestro laboratorio en el que se incorporó un sistema automatizado para la visualización y gestión de casos. Este proyecto tuvo que pasar por varias fases de implementación hasta llegar a lo que tenemos hoy en día, un flujo digital continuo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para llegar a este flujo digital continuo, necesitamos que nuestros portaobjetos tuvieran algunas adaptaciones. Las preparaciones deben llevar impreso un código bidi para que el escáner pueda asociar cada preparación al caso que pertenecen. También deben estar correctamente teñidas y montadas.

Introduciremos las preparaciones en el escáner Ultra Fast Scanner 1.8 de Philips que procederá con la digitalización de estas y la posterior asignación de las imágenes a cada caso, y de cada caso a su patólogo.

Para acceder a las imágenes se necesitará uno o más ordenadores con acceso al IMS y pantallas en color de alta resolución.

RESULTADOS: Estas imágenes digitalizadas se enviarán automáticamente a un administrador de imágenes (IMS) que se encuentra conectado con nuestro LIS (ATLAS). Esta conexión permite una asignación automática de preparaciones a los patólogos, que podrán acceder a ellas, con las claves correspondientes, en cualquier momento y lugar. Las imágenes se podrán visualizar en aumentos de 10X, 20X y 40X, simulando al microscopio.

CONCLUSIONES: Una vez establecido un circuito cerrado y funcional, la patología digital puede automatizar muchos procesos. Esto disminuye el tiempo de respuesta y modifica las funciones de los técnicos pudiendo dedicarse a tareas que aporten valor.

Pudiendo compartir las imágenes sumamos también beneficios como el tele Diagnóstico y la consulta de casos complejos con expertos.

¿ES SUFICIENTE LA INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES PARA LA INDICACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA COLORRECTAL?

Otero Alen, María; Otero Alén, Begoña; Cepeda Emiliani, Alfonso; García-Caballero Perez, Lucia; Anderson , Per; Ruiz-Cabello Osuna, Francisco; García-Caballero Parada, Tomás; Concha López, Ángel

Presentador: Otero Alén, María

SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. IDIS

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 1)

INTRODUCCIÓN: La inmunoterapia no es en la actualidad un tratamiento de primera línea en cáncer colorrectal, y su uso suele estar muy limitado en estos tumores. Sin embargo, se ha demostrado eficacia en algunos tipos de cáncer que presentan inestabilidad de microsátélites (MSI) o con deficiencia en el sistema de reparación de errores de emparejamiento (MMR). La destrucción de células tumorales mediante el sistema inmune necesita que exista un correcto funcionamiento del proceso de presentación de los antígenos tumorales a las células inmunitarias citotóxicas, en el que juegan un papel predominante los antígenos del sistema de histocompatibilidad de clase I y II (HLA-I y II) así como la Beta-2-Microglobulina (72M), por lo que antes de aplicar terapias inmunológicas con anticuerpos monoclonales frente a proteínas checkpoint sería pertinente evaluar la expresión de antígenos de HLA clase I y II, y de la 72M para conocer la posibilidad de resistencias primarias o adquiridas. Por todo ello, el objetivo de nuestro trabajo fue el de conocer el fenotipo inmunitario de las células tumorales en pacientes con cáncer colorrectal, susceptibles de ser tratados con terapias inmunológicas para predeterminar la respuesta a los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 20 pacientes diagnosticados entre 2019 y 2021 con carcinoma colorrectal en el CHUAC. Se estudiaron mutaciones en los genes KRAS, BRAF y NRAS, así como el estatus MSI mediante paneles de RT-PCR. La alteración en la expresión de proteínas reparadoras y la expresión de PDL1, de 72M, de antígenos de HLA clase I y de HLA-II fue determinada mediante inmunohistoquímica. Además, analizamos la presencia de pequeñas variantes, amplificaciones e indels de los genes 72M, de los de la cadena pesada HLA-I (-A, -B, -C), así como otros involucrados en la respuesta a inmunoterapia como PD-1, PDL-1, PDL-2, POLE, POLD, JAK1 y JAK2 mediante NGS.

RESULTADOS: Once pacientes presentaron tumores con alteraciones en la expresión de HLA-I y 16 de la 72M, en tanto que en solo en 3 pacientes exhibieron neoexpresión de HLA-II. En 12 pacientes las neoplasias mostraban mutaciones en KRAS, BRAF o de NRAS, y otros 11 de ellos tenían inestabilidad de microsátélites. Encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre la expresión de antígenos de HLA clase I y II y las alteraciones genómicas encontradas en los diferentes tumores. De los 20 pacientes estudiados, 2 de ellos (cuyos tumores presentaban MSI-H) recibieron tratamientos anti PD-1, pero sufrieron resistencia primaria con progresión de la enfermedad y exitus finalmente. Curiosamente ambos casos eran positivos para PD-L1 y 72M pero presentaban alteraciones severas de las moléculas de HLA de clase I.

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte hemos visto que la inestabilidad de microsátélites no es razón suficiente para que la inmunoterapia con inhibidores "checkpoint" sea eficaz. Es necesario además el estudio de los antígenos de HLA I y II (y probablemente otras proteínas relacionadas con la presentación antigénica) ya que puede aportar una información valiosa para mejorar los criterios de selección en pacientes susceptibles de estos tratamientos, e incrementar la eficiencia en el diagnóstico predictivo de respuesta. Una evaluación más precisa en este contexto de medicina personalizada no solo aumentaría la eficacia terapéutica, sino que también evitaría costes innecesarios y la exposición a efectos adversos no deseados.

DETECCIÓN Y GENOTIPADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE OROFARINGE MEDIANTE PCR E HIBRIDACIÓN EN CHIP

Marginet Flinch, Ruth; Quer Pi-Sunyer, Ariadna; Urbizu Serrano, Aintzane; Tierno García, Montse; Moreno Garrido, Héctor; Suárez Franch, Mauricio; Jimeno Ramiro, Mireya; Valdivieso Almeida, Lorena; Fernández Ruiz, Pedro Luis; Sanz Monte, Carolina

Presentador: Marginet Flinch, Ruth

HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL.

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 2)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma escamoso en orofaringe (CEO) es uno de los tumores más frecuentes de las neoplasias malignas de cabeza y cuello.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han clasificado los CEO en función de estar asociados o no a la infección por el virus del papiloma humano (HPV), ya que su etiología repercute en el pronóstico. Los CEO asociados a la infección por HPV presentan mejor pronóstico y supervivencia; están en aumento con respecto a los no asociados, tienen una prevalencia mayor en hombres que en mujeres (4:1), afectan a una población más joven y con menor consumo de tabaco y alcohol; y el 90% de los casos son causados por el genotipo de alto riesgo HPV16.

Aunque la expresión inmunohistoquímica de p16 está validada como marcador subrogado en los casos de CEO por infección HPV se recomienda la determinación directa de HPV.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de HPV mediante una técnica basada en PCR e hibridación en casos de pacientes de nuestro hospital con diagnóstico de CEO y determinar los diferentes tipos oncogénicos del virus para facilitar su clasificación y el pronóstico del paciente. Por otro lado, verificar la eficacia del método en muestras fijadas en formol y embebidas en parafina (FFPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre los años 2020-2025 se realizó la detección del virus HPV en 73 muestras FFPE de muestras de cabeza y cuello.

El ADN de las muestras FFPE se extrajo mediante el kit QIAamp@DNA FFPE Tissue Kit (Qiagen). Se utilizó el kit VisionArray® HPV, Chip 1.0 (Zytovision) basado en una PCR Multiplex e hibridación en chip para poder genotipar simultáneamente 41 tipos de HPV. La lectura del chip se realizó con el VisionArray Scanner8100 y el software específico facilita un informe con el resultado de la prueba. El software también clasifica el resultado obtenido "HPV de alto riesgo", "probable alto riesgo" y "bajo riesgo".

RESULTADOS: De las 73 muestras de cabeza y cuello analizadas, 48 muestras (65,7%) fueron diagnosticadas de CEO. De estas, un 77,1 % (37/48) presentaban infección por HPV, de las cuales el 94,5 % (35/37) fueron HPV positivos de alto riesgo y un 5,5 % (2/37) HPV de bajo riesgo (HPV6). La mayoría de muestras positivas de alto riesgo correspondían al genotipo HPV16 (31/35). La incidencia del virus fue del 83,3% (40/48) en hombres con una media edadAr de 62,7 años, frente al 16,6% (8/48) en mujeres con una media de 57,7 años.

En ningún caso se obtuvo un resultado no valorable o inválido, siendo del 100% el éxito de la realización de la técnica. Además, dado que el chip de hibridación dispone de controles internos, comprobación de correcta tincificación y control de ADN en la muestra, así como la verificación de cada cepa de HPV con duplicados para cada tipo oncogénico, el resultado es totalmente fiable.

CONCLUSIONES: Los datos de incidencia y genotipado obtenidos en nuestra serie de CEO asociada a HPV positivo concuerdan con la descrita en la bibliografía.

La detección de HPV por PCR Multiplex es una técnica valiosa para el diagnóstico y pronóstico de los CEO, y su detección temprana y su prevención son grandes estrategias para abordar esta patología cuya incidencia está en aumento.

La técnica de PCR e hibridación en chip con VisionArray® HPV para determinar la positividad de HPV y el tipo oncogénico es una técnica fácil y rápida, y adecuada para muestras FFPE donde el material genético suele estar degradado, así como para muestras con poco material y baja concentración de DNA.

DOBLES TINCIONES
INMUNOHISTOQUÍMICAS COMBINANDO
PEROXIDASA Y FOSFATASA ALCALINA

Sanchis Castellanos, Daniel; Martínez García, Laura; Aliaga González, Rosario
Presentador: Sanchis Castellanos, Daniel

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 3)

INTRODUCCIÓN: El estudio de las muestras que se remiten a un servicio de anatomía patológica requiere de técnicas complejas para obtener un diagnóstico certero. A medida que dichos diagnósticos buscan aumentar su precisión, también se necesita desarrollar nuevas técnicas o, en el caso de la inmunohistoquímica, añadir factores que aumenten la sensibilidad, especificidad y eficiencia de la técnica.

En este caso, vamos a desarrollar y analizar la técnica de doble tinción inmunohistoquímica combinando los sistemas de detección mediante peroxidasa y fosfatasa alcalina en una misma preparación.

Objetivos

- Detallar los aspectos técnicos de la tinción para poder abordar las particularidades y posibles contratiempos de cada sistema de detección.
- Estudiar el impacto logístico que supone el empleo de dobles tinciones, tanto a nivel material como en el tiempo empleado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han utilizado teñidores automáticos de última generación (Ventana Benchmark Ultra), así como también los kits de reactivos y anticuerpos proporcionados por Roche.

En este estudio se ha recopilado un histórico de las dobles tinciones más empleadas en el servicio.

En todos los casos hemos recopilado datos de los últimos 6 meses para tener una visión cuantitativa y cualitativa de cada técnica en contraposición a anticuerpos por separado.

RESULTADOS: Después de estandarizar las técnicas y realizar los estudios se concluyó que la combinación de distintos anticuerpos en un mismo portaobjetos, cada uno con su marcador independiente, aporta una nueva perspectiva en la valoración de la preparación, con la principal ventaja de reducir la pérdida de muestra debido a la microtoma, y simplificando la logística en cuanto a número de preparaciones se refiere.

P63-Racemasa: el número de preparaciones realizado es 345, no habiéndose registrado ninguna incidencia en ninguna de las tinciones.

CD20-CD3: el número de preparaciones realizado 137, solamente registrando un caso en que se solicitó la doble tinción añadiendo CD3 por separado.

Ki67-HMB45: el número total de preparaciones ha sido de 67, habiendo sido necesaria su repetición en 5 ocasiones.

Ki67-Cromogranina: solicitada 44 veces, habiéndose repetido en una sola ocasión.

Kappa-Lambda: se han realizado 77 preparaciones de ésta técnica. Es la doble tinción que más cuesta interpretar. Aunque el número total repeticiones ha sido de 5, apreciamos que la técnica presenta menos calidad que las anteriores. No obstante, ofrece la información suficiente en la mayoría de casos como para no ser necesaria su repetición.

CONCLUSIONES: Determinamos que la técnica P63-Racemasa resulta de una eficacia del 100% de los casos en que se solicita. Además, reducimos a la mitad el número de cortes requeridos minimizando la pérdida de tejido en un tipo de muestra que ya de por sí es escaso.

En el caso de CD20-CD3, después de ajustar el protocolo, se ha obtenido una calidad de tinción muy satisfactoria y siendo eficaz también en el 100% de los casos.

En Ki67-Cromogranina constatamos dificultades en la tinción que han quedado fuera del registro, ya que corresponden a la fase de pruebas. Después de dar con un protocolo definitivo, su eficacia se redondea al 100% de los casos estudiados.

Tanto en Ki67-HMB45 como en kappa-lambda apreciamos más dificultades en la valoración cualitativa de las muestras. Sin embargo, ambas técnicas se siguen solicitando ya que ofrecen un alto índice de eficacia y la información que ofrecen se complementa con otras técnicas realizadas.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE TIEMPOS DE FIJACIÓN, TIPO DE FIJADOR, TIPO DE MUESTRA Y PORCENTAJE DE CÉLULAS TUMORALES EN LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LOS ÁCIDOS NUCLEICOS EN NEXT GENERATION SEQUENCING

Ortega Rojo, Francisco Jose; Gonzalez Marquez, Pilar Isabel; Abad Movilla, Sonia; Saiz Gutierrez, Maria Carmen; Morchon Jimenez, Virginia
Presentador: Ortega Rojo, Francisco Jose

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Tipo de trabajo: Póster con Defensa
(Miércoles 21, 17:05-17:25 Pantalla 4)

INTRODUCCIÓN: Tras seis meses de trabajo con NGS en plataforma Genexus (Ion Torrent) en este hospital, se han obtenido resultados variables en la cantidad y calidad de ADN y ARN extraídos. La eficiencia del proceso depende de factores como el tiempo de fijación, la prefijación con Citorich y el porcentaje de células tumorales. En este estudio, analizamos si estos factores afectan la concentración y calidad del ADN y ARN, evaluada mediante Mapped Reads ADN y Mapped Fusion Reads ARN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 71 muestras (agosto 2024 - enero 2025) extraídas con el Genexus Purification System, registrando: Tipo de muestra: 44 biopsias pequeñas, 17 ecopaaf, 6 piezas quirúrgicas, 4 citologías líquidas.

Días de fijación en formaldehído tamponado 10% y prefijación con Citorich (sí/no).

Concentraciones de ADN y ARN, porcentaje de células tumorales y calidad del material (Mapped Reads ADN y Mapped Fusion Reads ARN).

RESULTADOS: Días de fijación y cantidad y calidad de ADN y ARN: No se observó una relación clara entre los días de fijación y la concentración de ADN y ARN.

Mapped Reads ADN mostró una correlación negativa moderada con los días de fijación, indicando que la fijación prolongada puede afectar la calidad del ADN. Mapped Fusion Reads ARN mostró valores bajos en muestras con fijación prolongada, sugiriendo mayor degradación del ARN que del ADN.

Tipo de muestra y concentración de ADN/ARN: Piezas quirúrgicas presentaron las mayores concentraciones de ADN y ARN. Ecopaaf y citologías líquidas mostraron valores más bajos. Biopsias pequeñas presentaron alta variabilidad.

Prefijación con Citorich y calidad del ADN y ARN: ADN: Las muestras prefijadas con Citorich mostraron valores adecuados de Mapped Reads ADN.

ARN: El 89% de las muestras prefijadas con Citorich tuvieron Mapped Fusion Reads ARN por debajo de la media, sugiriendo degradación del ARN.

Una muestra con 5 días en Citorich presentó el valor más bajo de Mapped Fusion Reads ARN, lo que refuerza la hipótesis de degradación con prefijación prolongada.

Porcentaje de células tumorales y concentración de ADN/ARN: Se observó una correlación fuerte y positiva entre el porcentaje de células tumorales y la concentración de ADN y ARN. Mayor proporción de células tumorales se asocia con mayor cantidad de ADN y ARN extraído.

Impacto de los fijadores citológicos: ARN se degrada significativamente en fijadores citológicos prolongados, mientras que la calidad del ADN se mantiene.

CONCLUSIONES: La fijación prolongada en formaldehído afecta moderadamente la calidad del ADN, pero tiene un impacto más fuerte en el ARN. Citorich preserva bien el ADN, pero podría degradar el ARN si la prefijación es prolongada.

Las piezas quirúrgicas ofrecen mejores concentraciones de ADN y ARN, mientras que ecopaaf y citologías líquidas tienen menores valores.

El porcentaje de células tumorales se correlaciona positivamente con la concentración de ADN y ARN.

Los fijadores citológicos prolongados afectan negativamente la calidad del ARN, pero no del ADN.

Biopsias pequeñas y piezas quirúrgicas muestran valores adecuados de Mapped Reads ADN y, en muchos casos, buenos valores de Mapped Fusion Reads ARN.

Estos hallazgos pueden optimizar los protocolos de extracción y mejorar la calidad del análisis molecular en diagnóstico clínico.

DESARROLLO Y PARTICIPACIÓN DEL TEAP EN LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS.

Marquez Lillo, Ana
Presentador: Márquez Lillo, Ana

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La incidencia en cáncer de piel ha aumentado en los últimos años. Uno de los factores de riesgo causante del mismo es la sobreexposición a largo plazo a la radiación ultravioleta. Esto ha llevado a un incremento en las técnicas quirúrgicas utilizadas para extirpar los diversos tumores cutáneos. Una de las más efectivas y eficiente es la cirugía micrográfica de Mohs. Esta técnica está dirigida principalmente a carcinomas de células basales y de células escamosas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Esta técnica se realiza en etapas. Para ello, en primer lugar, el cirujano extirpa la lesión preservando al máximo la piel sana. Inmediatamente se envía al laboratorio de Anatomía Patológica para el procesamiento y estudio microscópico de los bordes y fondo de la extirpación de manera meticulosa. Se recibe orientada. Para mantener esa orientación en el servicio de Anatomía Patológica se codifica con diferentes colores las franjas horarias (12h, 3h, 6h y 9h), dividiendo así la pieza por secciones. Se congela realizando una técnica específica que consigue mantener la epidermis completa en el mismo plano de corte. Se realizan cortes en criostato que se tiñe con la tinción Hematoxilina-Eosina para su posterior visualización al microscopio por un patólogo. Si alguno de los bordes o fondo se encuentra afecto, se avisará al cirujano que deberá realizar otra etapa y extirpar más de la zona indicada con tumor.

RESULTADOS: Tras el estudio microscópico de manera meticulosa de cada uno de los bordes como del fondo de la extirpación, se dará por finalizada la cirugía cuando se encuentren libres de células cancerosas los márgenes quirúrgicos.

CONCLUSIONES: El uso de esta técnica permite la extirpación de la lesión in situ, respetando el mayor porcentaje de tejido sano. El rostro es una de las partes del cuerpo que más expuesto se encuentra a la radiación ultravioleta y por tanto con mayor índice de padecer cáncer de piel. Gracias a la realización de extirpaciones muy minuciosas y al estudio tan preciso que se lleva a cabo en Anatomía patológica, el paciente sufre menores daños estéticos eliminando por completo el tumor.

EXPERIENCIA CON EL USO DE MOLDES DE SILICONA (TMATECH MOLD) PARA LA CREACIÓN DE BLOQUES DE TISSUE MICROARRAYS (TMAS)

Suarez Gómez, Diego; Jiménez Bolance, Oscar; Sánchez Alcántara, Tábata; Ferri Marzo, Rosendo; Alcalá Lorente, Marta; Gener Jorge, Cristina; Ferreres Piñas, Joan Carles; Reques Llanos, Armando
Presentador: Suarez Gómez, Diego

SERVEI DE PATOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULI. SABADELL.

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El uso de "tissue microarrays" (TMAs) es una técnica usada principalmente para investigación. Permite reducir costes en estudios inmunohistoquímicos gracias a que se pueden estudiar múltiples muestras en una única preparación histológica, pero estos TMAs se realizan habitualmente mediante máquinas especiales que suelen ser costosas. TMatech Mold ha desarrollado unos moldes de silicona personalizables que permiten crear bloques de TMAs sin el uso de maquinaria específica, lo que permite reducir aún más los costes. Estos moldes han sido desarrollados en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) junto con el Institut d'Investigació Sanitaria Pere Virgili (IISPV) y el Institut de l'Ebre. En esta comunicacion explicamos nuestra experiencia con el uso de los moldes de silicona TMatech Mold.
MATERIAL Y MÉTODOS: Para este estudio se diseñaron un total de 12 TMAs con moldes de silicona, cada uno de ellos con 23 "cores" en los que se han ubicado un tejido de control y 11 casos diferentes, cada caso con dos "cores". Para la formación del bloque de TMA se introduce el molde de silicona en el tanque de parafina de nuestra estación de bloques durante aproximadamente 15 minutos a 60°C para atemperar el molde. Una vez atemperado, se retira el molde y formamos el bloque de parafina dejándolo enfriar 10 minutos en la placa fría. Una vez realizado el bloque de parafina se colocó, según la planificación previamente realizada, los "cores" de tejido mediante un punch de 4mm de diámetro en los espacios generados en el bloque gracias al molde. Una vez situados todos los cores, se desliza el bloque durante un par de segundos sobre la placa caliente con la finalidad de integrar el tejido totalmente en la parafina. Acto seguido se pasa el bloque a la placa fría para evitar irregularidades en la superficie del bloque. Durante este proceso se midió el tiempo que llevo la creación de cada uno de los bloques. Una vez realizadas las tinciones histológicas, se contabilizó el número de cores valorables de cada corte histológico realizado, para valorar así la efectividad práctica del uso de estos bloques de cara al patólogo.
RESULTADOS: A lo largo del proceso, los tiempos de formación de bloques muestran una mejora continua, con una reducción progresiva en el tiempo de formación e introducción de los cores, desde los 15.53 minutos hasta los 7.59 minutos. Observamos que la curva se estabiliza alrededor de los 9 minutos. Este comportamiento se debe a la adaptación y aprendizaje del técnico al hacer el bloque. En cuanto a la valoración de las preparaciones histológicas, es importante destacar que en las 24 preparaciones realizadas el 91,8% de los cores han sido correctamente valorables. En este sentido, en el 30% de las preparaciones se ha podido valorar el 100% de cores y en el 67% han sido valorables más del 90% de los cores. Si atendemos a los casos estudiados, en los 12 TMAs realizados se incluyeron 132 casos de los cuales sólo 4 casos (3%) no pudieron valorarse.
CONCLUSIONES: Se ha evaluado tanto el tiempo de producción de bloques, con un tiempo final de unos 9 minutos por bloque, y la evaluación de los cortes obtenidos, de los cuales el 91,8% de los cores han resultado valorables con sólo una pérdida del 3% de los casos incluidos. Estos resultados demuestran que el uso de moldes de silicona TMatech Mold es una alternativa más económica e igual de eficaz que la opción de una máquina automatizada para la creación de TMAs.

TSAPyC

2085

CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. TRASCENDENCIA DE LA TINCIÓN EN LA BIOPSIA INTRAOPERATORIA

Megías Ortega, María Luisa; López Nieto, María; Villanueva Domínguez, María Dolores; Fernández Parra, Miriam; Romero Federico, Isabel M^a; Fernández Bertos, J. Ignacio
Presentador: Megías Ortega, María Luisa

HOSP. U. PTA. DEL MAR, CÁDIZ

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Hirschsprung (E.H.) es congénita produce un defecto en el desarrollo del sistema nervioso entérico que causa un trastorno de motilidad y graves problemas para la evacuación intestinal en el recién nacido. Generalmente, se manifiesta si al cabo de 48h no ha expulsado el meconio provocando un acúmulo de contenido fecal que da lugar a una obstrucción intestinal, abdomen hinchado, megacolon, vómitos (verdes o marrones) y gases.

El tratamiento consiste en una cirugía de bypass para extirpar el tramo afectado por la ausencia de células neuronales (aganglionesis) y unir los extremos en los que se ha demostrado mediante la biopsia intraoperatoria la presencia de estas.

El objetivo es poner de manifiesto la importancia que tiene una exhaustiva tinción de la intraoperatoria durante la cirugía de la E.H. ya que el propósito es demostrar la presencia de neuronas en los plexos mientérico y

submucoso, encargadas de estimular los músculos intestinales.

MATERIAL Y MÉTODOS: MATERIAL Y MÉTODO: Contamos con 9 casos de nuestro hospital, del periodo 2018 al 2024 pertenecientes a pacientes de 0 años. Las biopsias que necesitó cada caso fueron identificadas con las letras A, B, C... siendo necesarios varios cortes de cada una, para asegurar la aganglionesis. Las secciones fueron orientadas de canto para ver el espesor de la

pared, sumergidas en medio FSC 22 de Leica. La criocongelación se hizo a -40° con el sistema Prestochill de Milestone. La temperatura de corte en criostato: -24° realizando cortes a partir de 4 ó 5 micras. Sumergir los cortes en colorante nuclear hematoxilina GiLL III (Sigma-Aldrich) 3 minutos, retirar el exceso con agua corriente, lavar con agua carbonatada, contrastar con eosina los citoplasmas 30", deshidratar, dos baños de xileno y montaje con medio habitual

RESULTADOS: RESULTADOS: De los nueve casos :

* dos han necesitado sólo una biopsia intraoperatoria (A)

* un caso necesitó dos biopsias(A y B)

* seis casos necesitaron tres biopsias (A, B y C)

A cada biopsia; A, B, o C se le realizaron varios cortes profundizando en cada uno, hasta poner de manifiesto la presencia de células neuronales en los plexos de la pared intestinal. De ellos, hemos cogido un caso representativo para las fotos.

CONCLUSIONES: CONCLUSIONES: Es habitual que las células nerviosas de los plexos, capten una tinción nuclear más débil que el resto. Ello unido a un corto tiempo de tinción puede hacer que pasen desapercibidas dando un falso negativo. Si se emite un informe intraoperatorio de aganglionesis, el cirujano, tendría que extirpar un nuevo segmento intestinal para someterlo a otra intraoperatoria

Para evitar falsos negativos los técnicos tenemos que considerar tres aspectos:

1/ Obviamente contar con una cuchilla que no provoque estrías y pérdida de tejido.

2/ Cortar el tej. nervioso a partir de 4 a 6 micras

3/ Una meticulosa tinción con hematoxilina evitando así una coloración nuclear débil o disimulada.

TSAPyC

2343

IMPLEMENTACIÓN DE LA TINCIÓN DUAL P16/KI67 EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX. PROYECTO PILOTO.

Ortuño Pérez, Caridad; Castellón Mollá, Elena; Tárraga Ballester, Marina; Arar Gómez, Aicha; Peiró Marqués, Francisca María
Presentador: Ortuño Pérez, Caridad

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La actualización de las guías de patología cervical pretende incorporar la tinción dual de p16/Ki67 como una herramienta clave en la detección del cáncer de cérvix. Se trata de una técnica inmunohistoquímica que permite identificar, en citología líquida, mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix que, potencialmente, tendrían más riesgo de progresión a lesiones de alto grado. Esta técnica, junto con la prueba de PCR para detectar la presencia del virus, ofrece un diagnóstico más preciso y un manejo optimizado del riesgo oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: De manera retrospectiva se seleccionan 51 casos de mujeres entre 18 y 66 años (edad media: 37,8 años) procedentes de 4 grupos poblacionales: cribado poblacional (25 casos, 49%), cribado poblacional con autotoma (6 casos, 12%), pacientes con HPV persistente (11 casos, 21%) y pacientes con patología previa (9 casos, 17%). Se revisa la historia clínica, el diagnóstico y se realiza tinción dual de p16/Ki67 (Dual CIntec® PLUS) sobre citología líquida de todos ellos.

RESULTADOS: De los 51 casos incluidos en el estudio, 34 (67%) no presentan lesiones sospechosas o displásicas en citología. Los 17 casos restantes (33%) incluyen: 2 ASCUS (4%), 2 ASC-H (4%), 8 LSIL (15%) y 5 HSIL (10%), siendo las edades medias de cada grupo: 49, 46, 38,7 y 51,5 años respectivamente.

Tras la realización de tinción dual para p16/Ki67 se observa positividad en 15 casos (29%, 2 de ellos con HPV persistente y los 13 restantes procedentes de cribado poblacional). La distribución por categoría diagnóstica es la siguiente: 3 casos con citología normal (1 de ellos atrófico), 1 ASC-H, 4 HSIL y 7 LSIL.

CONCLUSIONES: La detección de células individuales en citología de cérvix que coexpresan p16/Ki67 es un indicador de células con un ciclo celular disregulado, independiente de la morfología, que podría utilizarse como un indicador de la presencia de infecciones transformantes por VPH y neoplasia cervical intraepitelial subyacente. En nuestra experiencia, el 80% de lesiones detectadas sospechosas o displásicas en citología líquida fueron positivas para esta tinción, identificándose un mayor número de células y grupos epiteliales positivos en las lesiones de alto grado que en las de bajo grado y ASC-H. No obstante, se trata de un tamaño muestral pequeño que requiere de un mayor número y homogeneización de las pacientes para la obtención de resultados estadísticamente significativos.

TSAPyC

2102

SECUENCIACIÓN EN TUMORES SÓLIDOS DE NUEVA GENERACIÓN (NGS)

Villalba Fernández, Ana Isabel; Luna García, Nuria; Muñoz Galindo, Alba; Gallardo García, Susana; Muñoz Serrano, María Jose; Bernal Florido, Irene

Presentador: Villalba Fernandez, Ana Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Esta técnica nos permite poder estudiar 56 genes en el manejo clínico de los tumores sólidos, demostrando posibles mutaciones genéticas que posteriormente se analizarán a través de análisis bioinformático. Lo que permite plantear un tratamiento más personalizado para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una extracción de ADN obtenido a partir de tejido fijado en formol e incluido en parafina (FFPE). El ADN obtenido se cuantifica y se determina su calidad para la preparación de librerías y, así continuar para su posterior secuenciación.

RESULTADOS: Elevada sensibilidad, alta profundidad de secuenciación, detecta aberraciones cromosómicas y variaciones en el número de copias, bajo coste por base, pequeña cantidad de material biológico y tiempo de respuesta rápido.

CONCLUSIONES: Esta técnica de secuenciación masiva nos permite estudiar todos los biomarcadores relevantes incluidos en el panel de tumor sólido a partir de una única muestra y en un único ensayo.

TSAPyC

1956

EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO OSNA: ¿INTRAOPERATORIO O DIFERIDO?

Gómez Villalba, Ana; Moreno León, Dolores; Gómez Canaleta, Sandra; Vazquez Pariente, Macarena; Galvez Aguilar, Nerea; Hidalgo Herrera, María; García Calero, Carolina; Vera Martorell, Eva; Hinojosa Jimenez, Cristina; Guerrero Campos, Monica; Terrón Zapata, Tamara

Presentador: Gómez Villalba, Ana

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El método OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) es clave en el diagnóstico de ganglios metastásicos en cáncer de mama, realizándose intraoperatoriamente o de forma diferida. El análisis intraoperatorio implica mayores costos y recursos, sin afectar significativamente las decisiones quirúrgicas. En nuestro hospital, según el protocolo, las linfadenectomías se realizan en tumorectomía cuando el tumor es mayor de 5 cm (>T2) y con al menos tres ganglios con macrometástasis (GM), y en mastectomía cuando hay mínimo tres GM, salvo en tumores entre dos y cinco cm (T1-T2) unifocales sin afectación clínica ganglionar.

Nuestro objetivo es demostrar que los estudios diferidos optimizan recursos sin comprometer la calidad del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 892 casos de cáncer de mama en los últimos 5 años: 722 diferidos y 170 intraoperatorios. Se evaluó la tasa de diagnósticos positivos por OSNA, la necesidad de linfadenectomías y costos asociados.

RESULTADOS: En los 170 estudios intraoperatorios, la media fue de 2,08 ganglios analizados. Solo 45 estudios incluyeron tres o más ganglios, mientras que 125 fueron de menos de tres ganglios. De los 722 estudios diferidos, se les practicó linfadenectomía al 0,83%, y de los 170 intraoperatorios al 6,47%. El costo promedio por análisis fue de 91,83 € en diferidos y 157,77 € en intraoperatorios. Desde mediados de 2024, se registraron 8 incidencias por calibraciones en intraoperatorios que no se realizaron, generando una pérdida de 1.642 €.

CONCLUSIONES: Los estudios intraoperatorios, aunque proporcionan resultados inmediatos, en la mayoría de los casos no influyen en la cirugía, ya que en el 74% de los casos no superan los dos ganglios. Los estudios diferidos podrían reemplazar eficazmente a los intraoperatorios, centralizándolos y generando un ahorro anual de 6.534,48 €, reduciendo los costos totales en un 13,50%. Además, la eliminación de calibraciones innecesarias reduciría costos adicionales. La optimización de recursos mediante estudios diferidos mejoraría la eficiencia operativa sin afectar la calidad del tratamiento, reservando los intraoperatorios para casos excepcionales donde el impacto inmediato sea crucial y se analicen más de tres ganglios.

OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO EN PROSTATECTOMÍAS CON MACROBLOQUES

García Hoyas, Mónica; Fortes Garrido, Ana; Sanmartín Ramos, Steven Rodríguez; De La Fuente Escobar, Juan Pablo; Popescu, Oana Beatrice
Presentador: García Hoyas, Mónica

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es el cuarto más común y la octava causa de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo. Tras el resultado de la biopsia de próstata, una gran parte de los pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado se someten a prostatectomía radical. En nuestro centro recibimos una media de 42 piezas de prostatectomía radical por año y el uso de macrobloques es muy útil tanto en el examen macroscópico como en la evaluación microscópica de la pieza.

MATERIAL Y MÉTODOS: La pieza de prostatectomía radical debe de estar bien fijada en formol. Se marca con tinta el margen de resección quirúrgico y se realizan cortes seriados transversales de craneal a caudal a intervalos de 4 mm que se meten en macrocápsulas. Los márgenes correspondientes a la base y al ápex se dividen en cortes sagitales y se incluyen en cápsulas normales. La pieza se incluye en su totalidad. En el laboratorio, para la realización de cada macrobloque de parafina, se orienta la muestra, se coloca la superficie de sección de forma plana y se rellena el molde de parafina. Posteriormente, se deja enfriar y se desmolda. El corte se lleva a cabo en microtomos Minot, con el correspondiente cabezal de macrobloques. Se realizan cortes de 3-4 micras que se tiñen con Hematoxilina-Eosina.

RESULTADOS: En nuestro laboratorio, con el uso de los macrobloques hemos observado una reducción en el tiempo de tallado de 30%, en la formación de macrobloques de 10%, siendo en la microtomía la mayor reducción de tiempo de hasta un 55%. En la evaluación histopatológica, el uso de macrocristales facilita la orientación de la pieza, la localización más precisa de los nódulos tumorales a nivel de las estructuras anatómicas de la próstata y la estimación de la extensión tumoral en las tres dimensiones. También facilita la evaluación de la relación entre los nódulos tumorales y el margen de resección quirúrgico y de la extensión extraprostática. La reducción en el tiempo de diagnóstico con el uso de macrocristales ha sido de 35%.

CONCLUSIONES: El uso de macrobloques aporta un manejo más eficiente en los tiempos de trabajo de los técnicos y reduce el tiempo del diagnóstico morfológico. También facilita la evaluación del estado patológico, el grado de Gleason y el estado de los márgenes que representan indicadores importantes para la decisión terapéutica y el riesgo de recidiva bioquímica.

ESOFAGITIS POR COINFECCIÓN EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CITOLOGÍA ESOFÁGICA, UN CASO POCO FRECUENTE.

Marroquín Juárez, Alexandra; González Obeso, Elvira; Moreno Muñoz, Cristina; Oyarzun Bahamonde, Elda Paola; García Alderete, Silvia; Posada Posada, Miguel Ángel; Obregon Martínez, Estibaliz; Pérez Rodríguez, Álvaro; Barrio Cañas, Erika; Pérez Gallego, Lucia; Álvarez-Quihones Sanz, María
Presentador: Marroquín Juárez, Alexandra

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad crónica en la que el paciente es más propenso a infecciones oportunistas (parasitarias, fúngicas, víricas y bacterianas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio y revisión de nuestra base de datos PatWin v.4.16.8.0 de todas las citologías esofágicas recibidas en el periodo 2020-2024, contabilizándose un total de 126 citologías de esófago. Las muestras fueron registradas en el laboratorio de citología del servicio de anatomía patológica, se procesaron y visualizaron por los citotécnicos para su posterior diagnóstico por el facultativo.

RESULTADOS: Las 126 citologías analizadas se agruparon en: Infección por candidas: 82 casos; Negativa para malignidad e infecciones: 18 casos; Positivas para malignidad: 3 casos; Infección por herpes: 3 casos; No valorable: 1 caso; Coinfección: 1 caso. El único paciente que presentó esofagitis por coinfección estaba inmunodeprimido por VIH desde 1985 con una evolución complicada en la que se asociaron infección por VHB y VHC. El paciente es diagnosticado de carcinoma epidermoide de ano en 2007. En 2018 abandona seguimiento y tratamiento médico. En 2021 ingresa por empeoramiento con clínica neurológica, diarrea y fiebre que se diagnostica como infección oportunista por Toxoplasma. Durante el ingreso asocia clínica de neumonía diagnosticándole infección por Pneumocistis Jirovecii. La clínica de esofagitis obliga a hacer el capillado esofágico en el que se le diagnostica Esfagitis con hifas fúngicas (cándidas) e inclusiones virales tipo herpesvirus de tipo 1 y 2. El paciente acaba falleciendo ese mismo año.

CONCLUSIONES: Una de las causas de mortalidad en pacientes diagnosticados de VIH son las infecciones oportunistas, sobretudo en pacientes que no reciben terapia antirretroviral. La candidiasis en la mucosa orofaríngea y esofágica es la infección oportunista más común en pacientes con VIH. Es necesario valorar de forma exhaustiva las citologías de capillado esofágico para diagnosticar todos los microorganismos existentes ya que, aunque infrecuente, la coinfección por distintos tipos de microorganismos puede ocurrir y debe ser diagnosticada para poderla tratar adecuadamente.

TSAPyC 2176

UTILIDAD DE LA TINCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PARVOVIRUS B19 EN LAS MIOCARDIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN EDAD PEDIÁTRICA

Díaz Guillen, Marta; Navarro, Alexandra; Garrido, Marta; Camacho , Jessica; Gran , Ferran; Esteve Aniento, María; Rodríguez Díez, Yolanda; Torres García, Zenaides; Alegría Salmeron, Alejandro; Peg Camara, Vicente
Presentador: Díaz Guillen, Marta

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía inflamatoria (MI) es una inflamación (no isquémica) asociada a disfunción cardíaca que puede evolucionar a una miocardiopatía dilatada (MD). El diagnóstico es clínico, microbiológico e histológico. El diagnóstico histológico (criterios de Dallas-1987) se basa en la presencia de células inflamatorias (más de 14 leucos o más de 7 linfocitos CD3 por mm2), acompañado de necrosis. Las causas son infecciosas y no infecciosas (drogas, toxinas, autoinmunidad...). El diagnóstico etiológico de las causas infecciosas se basa en el estudio serológico y microbiológico, así como demostración del agente causal en tejido mediante PCR o tinción inmunohistoquímica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan y comparan las características histológicas con tinciones histoquímicas (Hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson) e inmunohistoquímica (CD3, C9 y parvovirus B19) en la serie pediátrica de miocarditis inflamatoria procedentes del HUVH de los años 2024 y 2025, con confirmación serológica de infección por Parvovirus B19.

RESULTADOS: Miocarditis inflamatorias con confirmación microbiológica del agente causal mediante serología n=7
Hallazgos histológicos:
-Inflamación: Media de linfocitos CD3 positivos: 34 por 1mm2 (todos los casos >7)
-Necrosis: en 6 de los 7 casos (85%)
-Tinción inmunohistoquímica para parvovirus B19 (Policlonal Rabbit Anti-Parvovirus B19 DAKO): todos los casos resultaron negativos.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la tinción inmunohistoquímica para Parvovirus B19 no tiene utilidad para confirmar el agente etiológico en las miocarditis inflamatorias en pacientes con infección por Parvovirus B19 confirmadas mediante serología positiva (7 parvovirus B19, ninguno con tinción inmunohistoquímica positiva – 100% de los casos negativos), por lo que no sería necesario incluirlo en la batería de tinciones especiales que se le realizan a las biopsias endomiocárdicas con sospecha de miocarditis

TSAPyC 1972

INCIDENCIA DE CASOS DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (HPV) EN BIOPSIAS RESPECTO A LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA

Cristobal Corredor, María Pilar; Pastor Adiego, María; De La Casa Ara, Adrián; Aznar Usón, María Fe; Moreno Ruiz, Jennifer; Garasa Ponz, Lourdes; Beltran Castan, Idoia; Barrio Puyo, María Concepción; Nadal Trasmontan, Paula; Bernal Mañas, Carmen María; Gómez González, Carlos
Presentador: Cristobal Corredor, María Pilar

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El HPV consiste en una infección vírica, formada por más de 200 virus, que infecta las células epiteliales y que habitualmente causan lesiones de aspecto verrucoso en la superficie cutánea o en las membranas mucosas, y en casos más graves, pueden acabar desarrollando lesiones precancerosas y cancerosas. Dentro de este conjunto de virus, encuadrados dentro de la familia de los papovavirus, se conoce que aproximadamente 40 de ellos pueden afectar a la mucosa genital tanto del sexo masculino y femenino. Dentro de los que causan patología genital, se subdividen en dos grandes grupos: virus de Alto Riesgo (causantes fundamentalmente del cáncer de cérvix) y virus de Bajo Riesgo (causantes de verrugas o condilomas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Esta infección, habitualmente asintomática, se diagnostica fundamentalmente a través del cribado oportunista realizado en mujeres a través de la citología ginecológica. Pero se debe tener en cuenta que, tanto los virus que causan patología genital como los restantes tipos, pueden causar lesiones epiteliales en otras zonas del cuerpo. Fundamentalmente, este conjunto de virus afecta a:

- Aparato genital femenino: cérvix, vulva y vagina.
- Ano.
- Boca y garganta.
- Pene.
- Palmas de las manos y plantas de los pies.

Es por eso que no debemos centrarnos sólo en la citología ginecológica sino que debemos tener en cuenta otro tipo de muestras como diferentes exudados o biopsias. Por todo esto, en nuestro hospital hemos estudiado la incidencia de muestras positivas a cualquier tipo de HPV con respecto a la citología femenina.

RESULTADOS: Con nuestro estudio, hemos visionado cómo el HPV afecta a zonas orofaríngeas y cutáneas principalmente y cómo estos resultados se obtienen a través de la toma de biopsias fundamentalmente. En este estudio, hemos analizado un total de 512 pruebas diagnósticas, positivas y negativas, de las cuales 435 corresponden a pruebas positivas al virus. De los positivos, 390 corresponden exclusivamente a citologías ginecológicas y 45 a biopsias a las que posteriormente se les ha realizado estudios de patología molecular.

CONCLUSIONES: El HPV, considerado como infección sexual, afecta aproximadamente a un 80% de la población en edad sexual activa, pero su estudio y diagnóstico es de tipo oportunista. Principalmente su diagnóstico se realiza, en mujeres, a partir de la citología ginecológica. En menor medida, se realiza en biopsias, que tras la visualización de cambios celulares compatibles con la infección, se le realiza patología molecular.

TSAPyC

2228

ANÁLISIS DE INCIDENCIAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA H. U. VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA.

Uson Gracia, Alejandra; Perez Romero, Yolanda; Galvez Porras, Fernando; Martin Gonzalez, Silvia; Gonzalez Rodríguez, Rocío; Ramirez Sancho, Esther Macarena; Arroyo Diaz, Maria Dolores; Rios Gallego, Antonia; Bueno Paradas, Antonio Javier; Lancha Verdugo, Ana Belen

Presentador: Uson Gracia, Alejandra

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA VICTORIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La correcta gestión de muestras en Anatomía Patológica es clave para garantizar la calidad diagnóstica y la seguridad del paciente. Las fases preanalítica y analítica, especialmente recepción, tallado e inclusión, corte y técnicas especiales, donde el TEAP tiene un papel relevante, son críticas para la seguridad de pacientes y la calidad final. Errores en estas fases pueden derivar en repeticiones innecesarias, pérdida de material o incluso diagnósticos erróneos. Este trabajo identifica los errores más frecuentes en nuestro servicio y propone estrategias de mejora basadas en el registro de incidencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: La detección de errores se realizó mediante registro de incidencias en nuestro sistema de gestión Vitropath y en Excel "Muestras Rechazadas", según nuestro procedimiento normalizado (PNT) de Transferencia y Recepción de muestras. Se revisaron las incidencias documentadas, analizando su impacto y frecuencia, para diseñar estrategias preventivas adaptadas a las particularidades de nuestro flujo de trabajo.

RESULTADOS: En 2024 recibimos 29.746 estudios de biopsias y 24.229 de citologías ginecológicas. Previo a su registro, en recepción, el 0,34% de las biopsias fueron rechazadas, principalmente por errores en las solicitudes (0,15%: falta de concordancia datos paciente entre solicitud-frasco, etc) y/o en la identificación de muestras (0,12% muestra sin identificar, identificación insuficiente o ilegible). En citologías, el porcentaje de rechazo fue del 0,63%, destacando la falta de muestra o petición (0,27%) y errores de identificación (0,20%). Una vez recepcionadas, se registraron 122 incidencias, de las cuales 16 ocurrieron en la fase preanalítica intraservicio y 106 durante el procesamiento. Los errores más frecuentes registrados fueron: muestras mal fijadas, errores de numeración de bloques, contaminación cruzada entre bloques o cortes, y pérdidas de material durante la microsomía, siendo la realización de cortes de técnicas especiales sobre bloques equivocados la incidencia más repetidas, afectando a 55 casos.

CONCLUSIONES: El análisis de incidencias muestra que la mayoría de los errores son prevenibles. Algunos errores, como la selección errónea de bloque para técnicas especiales, son especialmente importantes, por el consumo innecesario de tiempo y reactivos, además del retraso e incluso error diagnóstico que pueden generar si los tejidos y tipo de muestra coincide y corregibles, siendo fundamental aquí la labor del TEAP y trazabilidad de muestras.

¿La correcta identificación desde la recepción y el cumplimiento estricto de protocolos y controles de calidad durante tallado, inclusión y corte son clave para minimizar errores. La implantación de estrategias preventivas como, el uso obligatorio del lector de códigos, la documentación fotográfica en tallado, la trazabilidad de bloques y el control de limpieza en microsomía, permiten reducir significativamente la incidencia de errores. La prevención activa por parte del TEAP es esencial para garantizar diagnósticos fiables, preservando la integridad de cada muestra y mejorando la eficiencia global del servicio.

TSAPyC

2232

DESCALCIFICACIÓN, RETOS Y PROTOCOLO

Lisanti , Daiana; Rodríguez Cortés, Diana Milena; Silva , Tulio; Romagosa , Cleofé

Presentador: Lisanti , Daiana

HOSPITAL UNIV. VALL D´HEBRON

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: En histología uno de los mayores retos para el técnico es conseguir un corte idóneo de una biopsia ósea para su posterior tinción con HE y pruebas complementarias. Debido a la utilización de agentes químicos agresivos durante largo tiempo para la descalcificación, la conservación celular se ve afectada drásticamente durante su proceso, alargando el tiempo de espera de los resultados y bajando la calidad de los estudios complementarios.

El objetivo de nuestro trabajo es desarrollar un protocolo estándar para una descalcificación óptima con el fin de obtener un corte histológico en buenas condiciones para sus posteriores pruebas complementarias y reducir el tiempo de diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han utilizado dos tipos de huesos procedentes de piezas quirúrgicas: mármol y cortical, de diferente dureza y grosor de entre 1-5 mm de espesor, se ha hecho la valoración con EDTA y Á. Fórmico (ÁF) al 10% en dos procesos diferentes, uno en estufa a 37°C y el otro en constante movimiento a temperatura ambiente (M). Además, se repitió el experimento acortando el tiempo de procesamiento (TPA) en alcoholes.

Durante el proceso se ha ido controlando su dureza con una aguja y su elasticidad manualmente. Además, durante la prueba con TPN se han cambiado los líquidos (CL) diariamente y entre cambio y cambio se han lavado con agua corriente durante 3 minutos, mientras que en la segunda con TPA los reactivos solo se cambiaron 4-7 días para los que necesitaron más de 3 días.

Se realizaron tinciones inmunohistoquímicas de CD34 y SATB2 en las distintas pruebas.

En total se procesaron 8 bloques de parafina: 1 EDTA+37°+ tiempo procesamiento normal (TPN); 1 EDTA+37°+TPA; 1 EDTA+M+TPN; 1 EDTA+M+TPA; 1 AF+37°+TPN; 1 AF+ 37°+TPA; 1 AF+M+TPN y 1 AF+M+TPA.

RESULTADOS: Todos los bloques del experimento se pudieron cortar entre 3 y 8 días después de la descalcificación, dependiendo de su grosor o tipo de hueso, sin embargo, los cortes de menos de 3 mm tienden a saltar en el momento del corte, por lo que no se consideran adecuados.

Se observaron diferencias entre las muestras procesadas en EDTA vs AF, en las muestras sometidas a 37° vs las muestras en movimiento a temperatura ambiente y en las muestras procesadas en TPN con cambio diario de líquidos y TPA con lavado diario. En nuestra experiencia, las muestras que se cortaron con mayor facilidad fueron las procesadas con TPA y lavados diarios mientras que los resultados de las tinciones inmunohistoquímicas fueron mejores en las muestras decalcificadas con EDTA independientemente del procesamiento posterior.

CONCLUSIONES: Tras este trabajo preliminar sobre la introducción de variantes en el protocolo aplicado a los distintos métodos de decalcificación utilizados en nuestro centro, se comprueba que la aplicación de calor y el movimiento modifican los resultados. Además, comparando los resultados obtenidos con la experiencia previa, trabajar con fragmentos del tamaño de casetes y realizar cambio de líquidos o lavados diarios han permitido acelerar el proceso de decalcificación respecto a nuestro estándar. Finalmente, los mejores resultados inmunohistoquímicos en nuestra pequeña serie se obtuvieron en muestras decalcificadas con EDTA a temperatura ambiente, a pesar de la reducción del tiempo de los alcoholes. Para obtener evidencia científica y establecer un protocolo definitivo de decalcificación en pieza quirúrgica, se seleccionarán los métodos con mejor resultado y se compararán en series mayores de casos.

TSAPyC

2238

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE PÁNCREAS, SEGÚN TIPO DE AGUJA UTILIZADA, REALIZACIÓN DE BLOQUES CELULARES Y TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA

Moreno Muñoz, Cristina; González Obeso, Elvira; Marroquín Juárez, Alexandra; Velayos Jiménez, Benito; Oyarzun Bahamonde, Elda Paola; Pérez Gallego, Lucía; De Uribe Vilorio, Marta; García Lagarto, Elena; López Gil, Elena Patricia; Barrio Cañas, Erika; Álvarez-Quifones Sanz, María
Presentador: Moreno Muñoz, Cristina

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía es una técnica ampliamente utilizada para diagnosticar lesiones en páncreas. El tipo de aguja empleado puede influir en la calidad de la muestra y en la precisión diagnóstica por parte del patólogo. En este estudio evaluamos nuestra experiencia en la eficacia diagnóstica de las agujas SharkCore™ y ProCore™.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo entre los años 2019 y 2025 en un hospital de tercer nivel, analizando los datos de PAAF de páncreas de nuestro centro (base de datos PatWin v.4.16.8.0) con el objetivo de comparar la capacidad diagnóstica en función del tipo de aguja empleado, el calibre de ésta, la posibilidad de utilizar técnicas de inmunohistoquímica y de realizar bloque celular por parte del citotécnico.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 334 punciones de lesiones pancreáticas de las cuales 142 cumplían los criterios de consignar el tipo de aguja utilizado y el calibre de la misma. De estos casos, el tipo de agujas utilizadas fueron mayoritariamente Sharkcore™ 22G, ProCore™ 20G, 22G y 25G. En 120 punciones se utilizó aguja Sharkcore™ (84,51%) y en 22 aguja Sharkcore™ (15,49%).

El tipo de aguja empleado en la punción de páncreas será determinado por el criterio del facultativo encargado del procedimiento, en función de factores como las características ecográficas de la lesión, la presencia de vasos sanguíneos en el trayecto de la aguja, el abordaje seleccionado o el estado clínico del paciente.

El porcentaje de citologías valorables con ProCore™ fue del 72,5% (20G: 66,67%, 22G: 75% y 25G: 70,27%). El porcentaje de citologías valorables con aguja Sharkcore™ 22G fue del 77,27%. El calibre más habitual utilizado fue el 22G en ambos tipos de agujas.

El citotécnico pudo hacer bloque celular en 53 punciones (37,32%) y en 9 de ellos (16,98%) se pudo realizar un diagnóstico concluyente a pesar de que la citología asociada era no valorable. En 24 casos (45,28%) el diagnóstico en el bloque celular cambió con respecto a la citología y en 28 casos (52,83%) el bloque celular permitió realizar técnicas de inmunohistoquímica que no se pudieron realizar en las citologías.

CONCLUSIONES: En pacientes con lesiones pancreáticas es importante conseguir la mayor cantidad de material de buena calidad posible. Es importante la elección de la aguja, su calibre y el manejo de la muestra que se hace en el laboratorio de Citología en el Servicio de Anatomía Patológica. Nuestra experiencia (2019-2025) muestra un aumento sensible en las muestras valorables con las agujas tipo Sharkcore™, en los que aumentó la capacidad diagnóstica hasta el 77,27%, no siendo tan significativo el calibre de éstas. Los bloques celulares, no solo aumentan la capacidad de obtención de más muestras valorables, sino que permite hacer mejores valoraciones y realizar técnicas de inmunohistoquímica, mejorando significativamente el diagnóstico anatomopatológico.

TSAPyC

2306

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE RECOGIDA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE ORINA PARA CITOLOGÍA

Maldonado Muñoz, Cristina Rocío; Olmo Fernández, María Del Mar; García Díaz, Paula; Martínez Codes, Laura; Castillo Moratilla, María Del Rosario; Ribagorda García, Silvia; Díaz Menéndez, Ariel; García Paulos, Antonio
Presentador: Olmo Fernández, María Del Mar

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La citología de orina es el método diagnóstico de elección para alteraciones urológicas, tanto para detección precoz como para seguimiento de carcinomas vesicales.

Es una técnica poco invasiva y muy rentable, con una alta especificidad y de elevado valor predictivo. Para poder garantizar su estudio citológico es preciso, en su etapa pre-analítica, tener un protocolo adecuado de recogida. El procesamiento en medio líquido representa una mejora significativa con respecto a la citología tradicional al ofrecer mayor sensibilidad.

Hemos implantado un protocolo estandarizado para la recogida y procesamiento de muestras de orina en medio líquido que mejora la calidad y eficiencia del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro hospital, preparamos un kit con el material necesario para la recogida.

Según el número de muestras solicitadas en la petición del facultativo, proporcionamos botes estériles donde los pacientes recogerán la orina, botes con fijador, pegatinas identificativas junto con las instrucciones de recogida que previamente explicamos para resolver las dudas que les puedan surgir. Les explicamos verbalmente que deben recoger una orina hidratada, en el bote estéril, que no sea la primera de la mañana, ni una que lleve mucho tiempo en vejiga y deben mezclarla con el líquido fijador en el otro bote preparado para una mezcla 50/50 vv, después identificarla y cuando hayan recogido las muestras de los días consecutivos necesarios según la petición, deberán entregarla en nuestro Servicio. Las muestras una vez registradas se centrifugan durante 5 minutos a 2500 rpm. Se decanta y el pellet se homogeniza con el líquido preservante, eliminando el centrifugado anterior que debíamos realizar de la muestra de orina.

Para poder validar este protocolo de recogida se realizó un estudio doble en 233 pacientes, con muestras de orina recogidas y procesadas por el método antiguo y por el protocolo nuevo, viendo que los resultados citológicos eran similares.

RESULTADOS: Este protocolo estandarizado garantiza la integridad de las muestras desde su recolección hasta su análisis, mejorando la calidad diagnóstica y optimizando el flujo de trabajo en el laboratorio. También se reduce considerablemente el número de muestras insatisfactorias ya que, desde el momento de la recogida del material, éste se encuentra correctamente preservado, evitándose así la degeneración celular.

CONCLUSIONES: Este protocolo aumenta el grado de satisfacción del paciente al poder realizar la recogida en casa, así como una disminución del tiempo de realización del procesado de orina en el laboratorio de Anatomía Patológica.

TSAPyC

2320

ESTANDARIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA MEDIANTE BIOPSIA CON AGUJA GRUESA: VENTAJAS PARA EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Modena Riba, Gisela; Semidey Raven, Maria Eugenia; Venturas Martínez, Griselda; Rodríguez Díaz, Francisco; Venturas González, Laia; Mocchi , Tomas; Esteve Aniento, Maria; Flecha Reyes, Gemma; Orive Romero, Carlos; Peg Cámara, Vicente
Presentador: Modena Riba, Gisela

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D' HEBRON

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CaP) es la segunda causa con mayor incidencia de cáncer en hombres. Su diagnóstico preciso es fundamental para ofrecer el tratamiento más adecuado. La biopsia con aguja gruesa (BAG) es el método estándar para obtener muestras de tejido prostático. Sin embargo, la variabilidad en los procedimientos y criterios de interpretación puede afectar la calidad del diagnóstico. La estandarización propuesta por la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la Asociación Española de urología (AEU) de estos procesos, ofrece múltiples ventajas que pueden mejorar la eficiencia y la precisión en su diagnóstico, pero también suponen un aumento del volumen de trabajo en los laboratorios. En nuestro laboratorio se remitían biopsias sistemáticas de lóbulo derecho e izquierdo en dos contenedores con 6 cilindros por contenedor, más un contenedor con muestras diana tumoral. Actualmente se reciben uno o dos cilindros por contenedor, con un mínimo de 10 contenedores, según sectores anatómicos prostáticos, más de uno a tres contenedores con muestras diana, siguiendo así las recomendaciones de AEU y la AJCC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión del impacto en la eficiencia del laboratorio de anatomía patológica, comparando entre el sistema anterior y el nuevo protocolo de estandarización, en términos de tiempo de recepción, tiempo de tallado, protocolos de fijación, inclusión en parafina, tinción, digitalización y calidad del diagnóstico.

RESULTADOS: La estandarización del número y distribución de las muestras facilita la organización del laboratorio, así como del procesamiento histológico y su diagnóstico. Además, el menor riesgo de muestras insuficientes mejora la eficiencia del laboratorio, reduciendo la necesidad de recortes adicionales, nuevas tinciones o pérdida de tejido.

CONCLUSIONES: Aunque el volumen de trabajo ha aumentado significativamente, lo cual aumenta el tiempo de dedicación que requiere nuevo protocolo aporta ventajas significativas para el técnico de anatomía patológica. La implementación de este procedimiento permite mejorar la eficiencia diagnóstica y reducir el riesgo de errores en el procesamiento histológico. La implementación de protocolos estandarizados y el uso de tecnologías complementarias pueden seguir mejorando la calidad del diagnóstico, beneficiando tanto a los técnicos como a los patólogos y, por ende, a los pacientes.

TSAPyC

2344

¿SE PUEDE REALIZAR LA TÉCNICA DE OIL-RED EN MUESTRAS FIJADAS EN FORMOL?

Venturas Martínez, Griselda; Martínez Saez, Elena Antima; Modena Riba, Gisela; Rodríguez Díaz, Francisco; Venturas González, Laia; Mocchi , Tomas; Esteve Aniento, Maria; Flecha Reyes, Gemma; Orive Romero, Carlos; Riba Barroso, Marta; Alborch Gil, Carmen; Peg Cámara, Vicente
Presentador: Venturas Martínez, Griselda

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D' HEBRÓN

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: En algunos estudios autopsícos puede plantearse el diagnóstico diferencial entre, una embolia gaseosa como causa de muerte o una embolia grasa secundaria, por ejemplo, a maniobras de reanimación cardiopulmonar o traumatismos graves. Para el estudio de lípidos la técnica usual se basa en la congelación del tejido en fresco y posterior realización de técnicas como el Oil-Red. Sin embargo, si en el momento de la autopsia no se plantea el anterior diagnóstico diferencial es muy posible que no dispongamos de material sin fijar para poder realizar estas técnicas y confirmar la sospecha diagnóstica. Por ello la realización de estas técnicas en tejido fijado sería una herramienta de diagnóstico valiosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron varias muestras de pulmón ya fijadas en formol de una autopsia con sospecha de diagnóstico diferencial entre embolia gaseosa y embolia grasa. Se realizó tinción de Oil-Red de varias muestras con diferentes tiempos de fijación en formol, para comprobar la efectividad de dicha tinción en muestras ya fijadas. La tinción se realizó siguiendo el mismo protocolo que para las muestras en fresco.

RESULTADOS: Tras un periodo de fijación de aproximadamente dos meses en formol, las muestras analizadas han dado unos resultados válidos y han permitido un diagnóstico diferencial claro. La tinción utilizada evidenció la presencia de lípidos, lo que ha sido determinante en la orientación diagnóstica. Tras un periodo de fijación de aproximadamente cinco meses en formol los resultados de dicha tinción también han resultado válidos.

CONCLUSIONES: Tras la comparativa de resultados en las tinciones realizadas, en nuestras muestras con diferentes tiempos de fijación, podemos decir que, las muestras de hasta cinco meses aproximados de fijación son válidas para el diagnóstico. Si se puede realizar la técnica de Oil-Red en muestras fijadas en formol.

TSAPyC

2356

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE PÁNCREAS, CON DIAGNÓSTICO INESPERADO.

Marroquín Juárez, Alexandra; Moreno Muñoz, Cristina; Gonzalez Obeso, Elvira; Posada Posada, Miguel Ángel; García Alderete, Silvia; Oyarzun Bahamonde, Elda; Pérez Gallego, Lucía; Pérez Martín, María Elena; Barrio Cañas, Erika; Cano Pérez, Ana Belén; Álvarez-Quñones Sanz, María

Presentador: Marroquín Juárez, Alexandra

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Las lesiones pancreáticas se diagnostican con frecuencia mediante punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía. Presentamos el caso de un paciente de 80 años con una masa pancreática que es puncionada guiada por ecografía y el material enviado al laboratorio de Citología del Servicio de Anatomía Patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisadas las 334 punciones de masas pancreáticas guiadas por ecografía realizadas en nuestro centro, hospital de tercer nivel, entre los años 2019-2025 (base de datos PatWin v.4.16.8.0), presentamos a un paciente de 80 años con antecedentes de cirugía bariátrica y colestectomía, litiasis renales bilaterales y ureteral que consulta por dolor abdominal.

RESULTADOS: Se recibe muestra de líquido ascítico del paciente que se diagnostica como: citología con atipias celulares que se interpretan como cambios reactivos con intensa inflamación, resultando imprescindible realizar correlación clínica, patológica y radiológica para filiar la etiología de la ascitis y descartar la presencia de un proceso maligno. Tras la realización de pruebas de imagen se diagnostica una masa en páncreas con sospecha de carcinomatosis peritoneal. Se realiza punción guiada por ecografía de la lesión en cuerpo de páncreas que se describe como: frotis con detritus celulares y células inflamatorias, con presencia de células epiteliales de hábito escamoso atípicas disqueratóticas, con un diagnóstico de Citología Positiva para células tumorales malignas. El citotécnico pudo realizar bloque celular y el patólogo pudo confirmar la presencia de células escamosas atípicas compatibles con carcinoma. La presencia de estas células entremezcladas con células epiteliales atípicas obliga a descartar la presencia de un carcinoma adenoescamoso de páncreas.

CONCLUSIONES: El carcinoma adenoescamoso de páncreas es un tumor maligno exocrino, poco frecuente, de mal pronóstico. El manejo adecuado del material obtenido mediante punción guiada por ecografía, incluyendo la realización de bloque celular, son cruciales para permitir el diagnóstico de lesiones poco frecuentes con incidencias tan bajas como el carcinoma adenoescamoso de páncreas que tiene una incidencia del 1-4% del total de tumores pancreáticos.

TSAPyC

2345

DIAGNÓSTICO RÁPIDO MEDIANTE IMPRONTAS CITOLÓGICAS EN TUMORES PEDIÁTRICOS

Rodríguez Núñez, Eva; Gómez Villaverde, Edurne; Arnau Galan, Raquel; Jou Muñoz, Cristina; Rovira Zurriaga, Carlota

Presentador: Rodríguez Núñez, Eva

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La evaluación rápida in situ mediante citología, es un proceso diagnóstico habitual en la población adulta.

El objetivo del estudio es comprobar la utilidad de este procedimiento en el diagnóstico de los tumores infantiles, optimizando el tiempo de respuesta diagnóstica y la preservación celular del tejido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha creado un circuito de diagnóstico rápido con un equipo multidisciplinar con una colaboración estrecha entre el equipo técnico y el patólogo, entrenados en el diagnóstico de las neoplasias infantiles más frecuentes.

El material utilizado es un carro de microscopia portátil con todo el material necesario. Se obtienen extensiones citológicas procedentes del raspado de las biopsias obtenidas. El proceso de tinción es realizado por la parte técnica y la evaluación diagnóstica la realiza el patólogo. Ambos colaboran para la selección del tejido para diagnóstico histológico y estudios moleculares posteriores.

Hasta el momento se ha realizado este procedimiento en un total de 10 pacientes pediátricos entre 5 y 18 años.

En todos ellos se realizaron:

- Evaluación intraoperatoria de las improntas citológicas, fijadas en alcohol y teñidas con hematoxilina-eosina y secadas al aire para tinción con Diff-Quick.
- Improntas secadas al aire para posteriores técnicas de Hibridación In Situ por Fluorescencia (FISH) e inmunofluorescencia.
- Selección del tejido adecuado, in situ, para posteriores estudios moleculares y para almacenamiento en banco de tumores, mediante criopreservación.

RESULTADOS: De los 10 pacientes estudiados hasta ahora, realizados en el bloque quirúrgico y en el servicio de hemodinamia, en el 100% de los casos se ha obtenido correlación entre el resultado intraoperatorio y definitivo. Los casos incluyen tumores óseos (osteosarcomas) donde no es posible realizar un corte histológico y el raspado permite identificar células neoplásicas, tumores de partes blandas altamente descamativas (S Ewing) y procesos linfoproliferativos e histiocitosis.

El tiempo de respuesta se redujo de forma considerable y esto se hizo extensivo al diagnóstico definitivo. La técnica de FISH sobre las improntas, confirmó el diagnóstico de sarcoma de Ewing en menos de 6 horas tras el procedimiento quirúrgico.

Al realizarse un procesamiento del tejido en el quirófano, este presentó una mayor calidad repercutiendo posteriormente en los estudios moleculares. El material tuvo una mejor conservación y con esto una mayor calidad del tejido.

CONCLUSIONES: El papel del técnico especializado en muestras pediátricas es indispensable para la realización de los diagnósticos intraoperatorios en quirófano.

El técnico tiene una participación activa tanto en el proceso de diagnóstico rápido como en la realización de las técnicas especiales para el diagnóstico definitivo. Es indispensable una estrecha colaboración técnico-patólogo tanto para la optimización de las muestras como para la reducción del tiempo de respuesta.

Es altamente beneficioso para el paciente debido a que se les reducen los tiempos de anestesia.

A futuro, nos proponemos ampliarlo a todos los estudios intraoperatorios dado el impacto beneficioso que tienen en los pacientes pediátricos.

TSAPyC 1944

ESTUDIO CITOGENÉTICO-FISH.

Villalba Fernández, Ana Isabel; Villalba Fernandez, Ana Isabel; Garrido Caña, Alberto; Cueto García, Ana Carmen; Jiménez Guerra, German
Presentador: Villalba Fernandez, Ana Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La citogenética es la parte de la genética que estudia la apariencia microscópica de los cromosomas y sus anomalías en la enfermedad. Esta técnica permite detectar/estudiar secuencias específicas de ADN sobre células o núcleos en metafase o interfase, permitiendo identificar determinadas anomalías numéricas y estructurales en las muestras analizadas. Se basa en la hibridación del genoma celular con sondas (oligonucleótidos de DNA o RNA) marcadas con fluorocromos por complementariedad de las bases nitrogenadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Muestras de tejido en parafina fijadas en formol; los cortes deben de ser de 2-4µm dejando en estufa a 36° durante toda la noche. Se debe indicar la procedencia de la muestra así como el tiempo que ha transcurrido desde su fijación, ya que el pretratamiento de la muestra puede variar en función de esas variables. El tiempo requerido de digestión proteica también varía en función del grosor del tejido, siendo en ocasiones necesario repetir el proceso en caso de hibridación fallida. El tiempo de digestión puede controlarse haciendo una visualización al microscopio. En aquellos casos en los que la infiltración sea parcheada, es importante que se delimiten claramente las áreas tumorales.

RESULTADOS: Es un método rápido que requiere poca celularidad, pudiendo realizarse sobre tejido fijado.

CONCLUSIONES: El estudio sobre tejido fijado tiene la ventaja de permitir estudiar las anomalías manteniendo la estructura tumoral y se puede realizar con muestras pequeñas. Como desventaja tiene que se produce solapamiento de núcleos, que puede producir falsas imágenes de fusión y la existencia de núcleos incompletos, dos aspectos que explican que la sensibilidad de la técnica sea menor en este tipo de muestras.

TSAPyC 2316

IMPACTO DE LA IMAGEN DIGITAL EN EL CONTROL DE CALIDAD DE TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA EN NUESTRO CENTRO

Sisto López, Eiriz; Saa García, Iria; Alonso Chamosa, Tania; Veiga Barreiro, Alberto
Presentador: Sisto López, Eiriz

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: El proyecto de digitalización de la imagen histológica de los Servicios de Anatomía Patológica de nuestro sistema autonómico de salud se ha basado en un LIS (sistema de información del laboratorio) de desarrollo corporativo, en el establecimiento de estándares de mensajería DICOM y HL7 y en la integración de escáneres y visor, procedentes de distintos proveedores. En nuestro servicio, piloto del proyecto desde noviembre de 2024, ha supuesto la necesaria reestructuración de, entre otros, los flujos de trabajo relacionados con el control de calidad de las técnicas de inmunohistoquímica (IHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Las dos TSAPyC asignados a esta sección asumieron las tareas correspondientes a la fase previa (adecuación de cristales, montaje en racks y selección de perfil) y posterior (calidad técnica y de imagen) al escaneado de las preparaciones. Se habilitaron permisos para el etiquetado de imágenes, la eliminación de escaneos defectuosos y la realización de rescaneos. El control se realizó diariamente en un monitor de ultra alta definición (idéntico al empleado para fines diagnósticos) sobre una selección de imágenes, siguiendo el esquema de actuación definido en el Sistema de Gestión de Calidad del servicio. Se registraron tanto las incidencias relacionadas con la calidad de la imagen, rechazando los casos con deficiencias de enfoque significativas, como las que tenían relación con la propia tecnificación.

RESULTADOS: El conjunto de actuaciones a realizar supuso un incremento global del tiempo de trabajo técnico. En lo relativo a la calidad de la imagen se comprobó que el distinto grosor de los cristales (procedentes de proveedores distintos) resultó un punto crítico en la calidad del enfoque. Se objetivó que la tonalidad de la tinción ofrecida por los distintos escáneres disponibles era significativamente distinta, obligando a modificar y ajustar la configuración de base. De manera puntual, por problemas de red y retardo en la conversión DICOM, se produjeron demoras significativas entre la finalización del escaneo y la disponibilidad de la imagen en el visor. La valoración técnica mejoró sustancialmente respecto al uso previo del microscopio, mostrándose especialmente útil la visualización conjunta, poder disponer de todas las técnicas agrupadas en el visor, la posibilidad de realizar anotaciones y la interacción directa entre las TSAPyC y el personal facultativo. Los problemas mecánicos relacionados con la preparación de los cristales y el número de imágenes rechazadas disminuyeron a medida que se optimizaban tanto los aspectos técnicos como los flujos de trabajo.

CONCLUSIONES: La integración de la imagen digital en el área de IHC del nuestro servicio ha supuesto un aumento cuantitativo de la carga laboral del personal técnico. Este incremento contrasta con la percepción sentida de haber aumentado el valor intrínseco del trabajo realizado, mejorando sustancialmente la eficiencia del control de calidad diario. La falta de adecuación de las preparaciones previa a su introducción en el escáner es un punto crítico que puede causar demoras importantes debidas a la paralización y bloqueo de los equipos. La visualización de las imágenes en pantalla favorece la homogenización de criterios y el análisis de las incidencias, constituyendo además una potente herramienta formativa. La autonomía para rechazar imágenes y cursar órdenes de redigitalización previas al análisis diagnóstico facultativo, tienen incidencia directa en la mejora de los tiempos de demora de la sección.

TSAPyc

1781

MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: MAPEO ESPACIAL CON VISIUM HD

Garrido Fernandez, Carlos; Gomez Gil, Maria; Cabrera Noya, Nuria; Gonzalez Garcia, Patricia; Vega Corral, Zaira; Caleiras Pires, Eduardo José

Presentador: Garrido Fernandez, Carlos

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La relación entre la arquitectura tisular y la expresión génica es fundamental para el diagnóstico y la investigación de diversas enfermedades. Sin embargo, las técnicas convencionales presentan limitaciones: la histología permite el análisis estructural de los tejidos, mientras que la secuenciación en bulk ARN proporciona información molecular sin conservar la organización espacial de las células.

VISIUM HD 10X combina microscopía de alta resolución y secuenciación de ARN, proporcionando información detallada sobre la organización espacial de los genes en los diferentes tejidos.

Su aplicación en anatomía patológica abre nuevas posibilidades para la investigación de enfermedades que relacionan estructura y función celular para mejorar el diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron muestras de tejido fijadas en formol e incluidas en parafina. Para la captura de transcriptómica espacial, se empleó la tecnología Visium HD 10x y un escáner de muestras de alta resolución, utilizando portaobjetos especializados para identificar más de 18.000 genes del transcriptoma humano.

Las secciones de tejido fueron teñidas con Hematoxilina y Eosina para correlacionar la morfología histológica con los datos moleculares. Posteriormente, se realizó la extracción y secuenciación de ARN, seguida de análisis bioinformático para la alineación de las imágenes y de la segmentación de datos espaciales que comparan patrones de expresión génica con la morfología del tejido.

RESULTADOS: 1. La superposición de datos transcriptómicos con la histología reveló diferentes patrones o regiones, e incluso gradientes de alta actividad molecular dentro del tejido patológico.

2. Esta tecnología permitió diferenciar con precisión subpoblaciones celulares dentro de áreas tumorales y no tumorales, basándose en la expresión diferencial de genes clave identificando diferentes abanicos de expresión.

3. Visium HD 10x mostró una mayor capacidad para correlacionar la morfología tisular con la actividad génica en comparación con la histología tradicional.

4. A diferencia de la técnica de single cell, que promedia la expresión génica de manera uniforme, esta técnica permitió asignar perfiles de expresión a regiones tisulares específicas.

5. Se identificaron biomarcadores específicos en áreas de interés, lo que podría mejorar el diagnóstico molecular en patologías en las que influye la morfología del tejido.

6. Los resultados sugieren que esta tecnología podría ser útil para clasificación tumoral, identificación de zonas de respuesta inmunitaria y evaluación de la heterogeneidad tumoral.

CONCLUSIONES: 1. Visium HD 10x permite integrar transcriptómica espacial con histología, proporcionando una visión muy individual de la arquitectura tisular.

2. Permite diferenciar subpoblaciones celulares y microambientes tisulares dentro de muestras patológicas, lo que aumenta la precisión en la caracterización de tejidos.

3. En comparación con el single cell, esta técnica aporta resolución espacial en alta definición sin precedentes y evita la pérdida de información sobre la localización celular.

4. Estos hallazgos sugieren que Visium HD 10x podría ser una herramienta clave en anatomía patológica, con aplicaciones en investigación traslacional, identificación de dianas terapéuticas y desarrollo de medicina personalizada.

TSAPyc

2386

EVOLUCIÓN DEL TÉCNICO EN LA APERTURA Y TALLADO DE PIEZAS COMPLEJAS.

Calderon Gomez, Amanda; Álvarez Haro, Raquel; Barrera Antoniolli, Emilia; Márquez Lillo, Ana

Presentador: Calderón Gómez, Amanda

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Sº ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La evolución tecnológica y la constante falta de patólogos ha desencadenado algunos cambios en las funciones de los técnicos de Anatomía Patológica. Entre ellos, se encuentra el desarrollo de nuevas tareas dentro de la sala de macroscopía.

Con la formación adecuada, los técnicos de Anatomía Patológica han ido asumiendo la apertura y el tallado de piezas más complejas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Dentro de las funciones habituales de los técnicos, nos hemos encontrado con el tallado de biopsias pequeñas y simples. Con el paso del tiempo, las nuevas tecnologías y la ausencia de patólogos se ha ido incorporando, en algunos centros, formación para sumar a estas biopsias pequeñas y simples, biopsias de mayor complejidad.

Siempre formados por un patólogo y apoyados por su supervisión los técnicos procederán a la apertura y tallado de ciertas piezas, como puede ser el caso de úteros, colon, tumorectomías, etc.

A la llegada de las piezas en fresco los técnicos procederán a evaluar el tipo de pieza que se recibe y realizarán su apertura según las directrices establecidas. Añadirán el formol necesario y las dejarán fijando durante al menos 24 horas.

RESULTADOS: Tras haber realizado la apertura de las piezas y esperado el tiempo de fijación estipulado, los técnicos se apoyarán de los protocolos establecidos para proceder al tallado. Cada pieza tendrá establecido un procedimiento donde se detallan las observaciones macroscópicas que se deben de tener en cuenta según el origen de estas. También se utilizarán preformateados para desarrollar descripciones macroscópicas que contengan toda la información que pueda llegar a necesitar el patólogo.

Se realizarán fotografías que pueden integrarse en el caso del paciente a través del LIS del servicio. Se utilizarán de apoyo visual para el patólogo y podrán editarse especificando las secciones que se incluyen y en qué orden.

CONCLUSIONES: Con el paso del tiempo, las funciones de los técnicos se han ido transformando en actividades que puedan aportar más valor a los servicios. El tallado de piezas complejas aún no se ha extendido a todos los servicios de Anatomía Patológica, pero evolucionamos en esa dirección. Esto permitirá acortar tiempos de diagnóstico, ya que puede haber constantemente un técnico dedicado al tallado y liberará al patólogo de esta tarea, pudiendo dedicar la mayor parte de su tiempo al diagnóstico.

TSAPyC

1477

PUNCIONES TRANSBRONQUIALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

De La Fuente Gomez, Nekane; Cid Fernandez, Leire
Presentador: De La Fuente Gomez, Nekane

HOSPITAL MENDARO. 5º ANATOMIA PATOLOGICA (BAJO DEBA)

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: LAS PUNCIONES TRANBRONQUIALES SE REALIZAN A Pacientes con adenopatías detectadas en TAC ?10mm de eje corto o SUV captada en PET ?4.5mm y accesibles a través del tracto bronquial. PROFESIONALES INTERVINIENTES

MATERIAL Y MÉTODOS: MATERIAL DE LA SALA FOTOCOPIOS Y MATERIALES NECESARIOS PARA LOS TEAP (FOTOS)

RESULTADOS: HASTA EL 2023 (METODO TRADICIONAL) :Con el material obtenido en la punción se realizaban extensiones celulares, por norma general 4, 1DQ+3PAP. DESDE 2024 (CITOLOGIA LIQUIDA): Con la citología líquida únicamente se realiza una extensión para su tinción rápida (DQ) y el resto del material obtenido se expulsa al bote con el medio conservador (CYTOLYT)

CONCLUSIONES: 1. La citología líquida ha supuesto un avance en la citología en general, sobre todo porque al material obtenido se le pueden realizar diversos estudios moleculares gracias a su óptima conservación. En cambio, en el método tradicional, las extensiones se teñían únicamente con PAP. 2. En cuanto a la metodología del hospital comarcal hay que destacar que el material obtenido es limitado, ya que la punción se realiza únicamente con un broncoscopio, "a ciegas", de ahí que a veces la prueba no sea diagnóstica. Lo ideal sería tener el equipamiento para realizar EBUS. 3. Sobre el método tradicional cabe destacar, que se aprovechaba todo el material de la aguja ya que todo se expulsaba a los portaobjetos. En cambio, en la citología líquida, la 1ª expulsión se hace en el portaobjetos para realizar el control de la punción (que efectivamente se esté pinchando en ganglio linfático) y esto hace que a veces no quede material suficiente que expulsar al medio líquido y por ello muchas veces el material obtenido no es suficiente para el diagnóstico del paciente.

TSAPyC

1509

MEJORA DE RESULTADOS EN EL PROCESAMIENTO DE GRASAS CON PROCESADORES AUTOMÁTICOS LIBRES DE FORMOL EN UN LABORATORIO ACREDITADO CON LA NORMA ISO 15189

Barra Borao, Veronica; Martinez Martinez, Alejandro; Lopez Espino, Marta; Floria Truc, Lidia; Lafuente Mainar, A. Belen; Morales Larrosa, Samuel; Tarodo Chapin, Andrea; Garcia Garcia, Mar; Agustín Ascaso, María
Presentador: Barra Borao, Verónica

HOSPITAL OBISPO POLANCO 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Tras el tallado y fijación de las muestras que se reciben en un servicio de Anatomía Patológica,el procesamiento de las mismas constituye un paso clave en el que los tejidos pasan por diferentes soluciones para su deshidratación y posterior infiltración en parafina.Recientemente,nuestro laboratorio ha sido equipado con procesadores para automatizar este proceso de inclusión de muestras como resultado de un concurso público Una vez realizada la puesta en marcha, se detectó que los protocolos estandarizados de la casa comercial no daban resultados óptimos en los tejidos con gran proporción de grasa (mama, lipomas, etc) Esto implicaba incrementar el número de bloques realizados de manera manual respecto a los automatizados,no obteniendo el rendimiento completo esperado de los procesadores Ante este problema,planteamos desarrollar nuevos protocolos con tiempos y/o reactivos diferentes para solucionar el problema y aumentar la eficiencia de los nuevos equipos

MATERIAL Y MÉTODOS: Lo primero que hicimos fue revisar todos los pasos para ver dónde podíamos hacer cambios. Hay que tener en cuenta que, al ser nuestro servicio un laboratorio libre de formol, las muestras pasaban de estar en formol a sumergirse en agua en el primer paso del procesamiento. Como consecuencia, los tejidos grasos sufrían un exceso de hidratación que dificultaba la acción de los alcoholes en los pasos posteriores. Además, la impregnación en parafina también se veía dificultada, lo que obligaba en muchos casos a dejar las muestras en parafina líquida 12 horas adicionales para su posterior inclusión manual. Por otro lado, se revisaron los protocolos propuestos por la casa comercial, los cuales estaban basados únicamente en reactivos de base alcohólica, terminando con isopropanol antes de la impregnación en parafina Tras revisar el circuito, el primer cambio que realizamos consistió en la modificación en los tiempos de los distintos pasos en el procesamiento. Tras comprobar que persistía el problema, nos planteamos un cambio de reactivos. Consultamos con la casa comercial diferentes opciones, y tras varias pruebas se realizaron dos cambios que resultaron cruciales: en primer lugar, las muestras dejaron de sumergirse en agua, pasando directamente a alcohol de 70°; por otro lado, en el último paso antes de entrar al isopropanol, se añadió por un reactivo a base de mezcla de alcoholes e isoparafinas, facilitando la impregnación de las muestras en parafina

RESULTADOS: De forma previa a modificar el protocolo, los casos se trataban de forma individual según el tipo de muestra, y dentro de un mismo caso los bloques se procesaban en función del porcentaje de grasa del tejido. Por lo tanto, hemos conseguido dar uniformidad en el procesado de todas las biopsias mejorando el rendimiento de los equipos con una automatización total del proceso de inclusión de las muestras Además, se ha mejorado el flujo de trabajo, ya que los bloques de un mismo caso no se separan y procesan de forma diferente en función de la cantidad de grasa que hay en cada bloque Estos cambios se han traducido en una mejora en la calidad de los cortes, que se refleja en una buena preservación del tejido y facilitando el proceso de diagnóstico **CONCLUSIONES:** Aunque el proceso ha sido complejo, las acciones realizadas han mejorado la eficiencia y la calidad del trabajo favoreciendo la labor tanto del TSAPYC como del patólogo. Además, se ha disminuido el tiempo de inclusión-parafinado-realización de cortes, con lo que también se ha reducido el tiempo de diagnóstico

PROTOCOLIZACIÓN DE INMUNOFLOURESCENCIA DIRECTA EN PARAFINA: UNA ALTERNATIVA EN LA PATOLOGÍA RENAL

Lazaro Villanua, Laura; Pérez Ibáñez, Antonia; Zapata Sariñena, Noemí; Vázquez Álvarez, Vanessa; Marquina Ibáñez, Isabel; Hakim Alonso, Sofía

Presentador: Lázaro Villanúa, Laura

HOSPITAL UNIV. MIGUEL SERVET. 5º ANATOMIA
PATOLOGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La inmunofluorescencia directa (IF) renal es una técnica de rutina en la que se usan anticuerpos policlonales marcados con un fluorocromo (FICT). Se considera directa debido a que el anticuerpo primario se une directamente al fluorocromo para su posterior detección mediante microscopia de fluorescencia, en secciones de tejido congelado teñido con un instrumento BenchMark IHC/ISH (Roche). Como alternativa a la IF de rutina en la que usamos tejido en congelación, la IF en tejido fijado y parafinado, es una técnica de rescate cuando no se dispone de tejido congelado adecuado o suficiente para el examen.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la IF con tejido congelado se realizan secciones a 5 micras, se fijan en acetona fría durante 10 minutos se atemperan a temperatura ambiente y se introducen en el BenchMark ULTRA PLUS (Roche) para la realización de la tinción con los anticuerpos FITC (IgA, IgG, IgM, C3, C4q, Fibrinógeno, Kappa y Lambda) durante 30 minutos. Una vez completada la inmunotinción se lavan en Buffer y se montan con Fluoromount, que es un medio de montaje acuoso para utilizar con cubreobjetos y preservar los tejidos teñidos con tintes fluorescentes. Posteriormente se guardan las preparaciones en cámara opaca y húmeda dentro del frigorífico hasta su diagnóstico.

En la IF con tejido fijado y parafinado se seleccionan unos cortes sin tñir del protocolo de biopsia renal. Se desparafinan e hidratan los cortes. Al ser tejido fijado en formol es necesaria la recuperaci3n antigenica para desenmascarar los antigenos y para ello se utiliza una enzima, la proteasa 1 (Roche), que es una proteasa alcalina; esta es la principal diferencia con respecto a la t3cnica tradicional de IF sobre tejido congelado, a partir de este punto se incuban con los anticuerpos FITC, se montan en c3mara opaca y h3meda y se almacenan en nevera hasta su visualizaci3n y diagn3stico.

RESULTADOS: La técnica de IF en parafina muestra una sensibilidad aceptable, aunque con una intensidad fluorescente menor. Se ha comprobado que para la detección óptima de los inmunocomplejos ha sido clave la recuperación antigénica con la proteasa I.

CONCLUSIONES: La inmunofluorescencia directa en tejido renal en parafina presenta limitaciones en la intensidad de señal, pero como técnica de rescate es una herramienta valiosa cuando la muestra en congelación es inadecuada para su diagnóstico. Además, nos da la posibilidad del uso de una única muestra para la microscopía óptica, localización más precisa del antígeno por la posibilidad de elegir los cortes de la seriación dentro del protocolo realización de estudios retrospectivos y almacenamiento de la muestra en parafina durante más tiempo que el tejido en congelación. Los estudios de comparación han concluido que esta técnica es de utilidad, pero no sustituye a la tradicional en tejido en congelación.

MANEJO TÉCNICO DE LA BIOPSIA RENAL EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Martínez Codes, Laura; Maldonado Muñoz, Cristina Rocío; Olmo
Fernández, María Del Mar; García Díaz, Paula; Castillo Moratilla,
María Del Rosario; Ribagorda García, Silvia; Nieto Llanos, Santiago;
Díaz Menéndez, Ariel; García Paulos, Antonio

Presentador: Maldonado Muñoz, Cristina Rocío

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La biopsia renal es un procedimiento diagnóstico crucial en la evaluación de enfermedades renales, permitiendo la obtención de tejido renal para análisis histopatológicos. Este procedimiento es fundamental para el diagnóstico de diversas patologías, como glomerulonefritis, enfermedad renal crónica, y síndromes nefróticos. La biopsia renal se realiza por diferentes métodos de extracción, pero comúnmente mediante técnicas percutáneas guiadas por ultrasonido, que son menos invasivas y tienen un menor riesgo en comparación con otros métodos quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: El procesamiento técnico de la muestra es determinante para garantizar la calidad del diagnóstico. Una vez obtenida la biopsia, el tejido renal se coloca en una gasa humedecida en suero fisiológico y se traslada al laboratorio de anatomía patológica. Posteriormente, se realiza la visualización con microscopio simple o lupa binocular de la muestra, para ver si el material a evaluar es adecuado para su estudio, observando si tienen el número de glomérulos adecuados para un correcto procesamiento, seguidamente, se procede a la orientación de la biopsia para la realización de diversos procedimientos histopatológicos que incluyen técnicas de microscopia electrónica, inmunofluorescencia directa y técnicas histoquímicas especiales y de inmunohistoquímica que puedan proporcionar información sobre la naturaleza de la enfermedad renal.

RESULTADOS: El trabajo que realizamos los técnicos en el manejo y procesamiento de la muestra, así como la interpretación de los resultados de las técnicas es fundamental para establecer un diagnóstico preciso por parte del patólogo y guiar en el tratamiento del paciente. El manejo del material, así como la capacitación y destreza en el manejo del criostato y técnicas de inmunofluorescencia directa es fundamental, para un correcto diagnóstico. Además, debemos conocer el fundamento y los resultados obtenidos de las técnicas histológicas, permitiéndonos valorar la idoneidad de estas al microscopio óptico, aumentando así la calidad de nuestros procedimientos. En cuanto a la microscopía electrónica, si no podemos realizar la prueba en nuestro centro de trabajo tenemos que elaborar protocolos de envío en colaboración con nuestros centros de referencia.

CONCLUSIONES: la biopsia renal es una herramienta diagnóstica rentable que, junto con el procesamiento técnico riguroso de las muestras, permite una evaluación precisa de las enfermedades renales. Su correcta ejecución y diagnóstico son fundamentales para el manejo adecuado de los pacientes con patologías renales, contribuyendo a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

TSAPyC 1599

OPTIMIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS PARA SU ANÁLISIS MEDIANTE NGS

De La Torre Ordoñez, Yolanda; Soto Hernandez, Mercedes; Naranjo Salcedo, María; Fernández Torres, Eva María; Bautista De Ojeda, María Dolores
Presentador: Soto Hernández, Mercedes

HOSPITAL COSTA DEL SOL

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La implantación de estudios mediante secuenciación de nueva generación (NGS) exige en todo laboratorio de Patología Molecular la optimización de los métodos de extracción de ácidos nucleicos. Las técnicas de NGS exigen ácidos nucleicos de mayor pureza que las convencionales de PCR o RT-PCR, por lo que realizamos pruebas de extracción con los diferentes métodos manuales y automatizados a los que tuvimos acceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Empleamos bloques de tejido (FFPE) actuales y de archivo, con diferentes tamaños de muestras y contenido en moco, así como citologías fijadas en alcohol y extensiones en laminillas. Métodos de extracción testados: Automatizados: · EZI de Qiagen. DSP Virus kit · Maxwell de Promega: RSC FFPE Plus DNA kit; RSC FFEP DNA kit; RSC FFPE RNA kit · MagCore de RBC Bioscience. Genomic DNA FFPE One-Step Kit normal y alargado: Genomic DNA Whole Blood Kit; Total RNA FFPE Once-Step Kit Manual: Qiagen Allprep DNA/RNA FFPE Kit Método de pretratamiento testado: Thermo Scientific Uracil-DNA Glycosylase La cuantificación se realizó con el fluorómetro Qubit Flex, teniendo como objetivo obtener un mínimo de 10 ng de ADN y de ARN necesarios para la realización de librerías.

RESULTADOS: MATERIAL: ADN EQUIPOS UTILIZADOS: Max Well y Mag Core FFPE > 3 años B18-607957 A 2.35% células tumorales: 8uL y 9uL. FFPE < 3 años B22-606946 A 41.80% células tumorales: 10uL y 16uL. CITOLOGÍA C22-611966 Líquido pleural 60% células tumorales: 9,9uL y 1uL. MATERIAL: ARN EQUIPOS UTILIZADOS: Max Well y Mag Core FFPE > 3 años B18-607957 A 2.35% células tumorales: 10uL y 8,9uL. FFPE < 3 años B22-606946 A 41.80% células tumorales: 2uL y 1,5uL. CITOLOGÍA C22-611966 Líquido pleural 60% células tumorales: 0,8uL y 1uL. Comprobamos que la calidad de ácidos nucleicos obtenidos mediante los protocolos de Maxwell y MagCore es muy similar, por lo que optamos por emplear MagCore por adaptarse mejor a nuestros tiempos de trabajo, tener menos manipulación de muestras, disminuyendo el riesgo de contaminación y proporcionar muestras más limpias de partículas magnéticas. En tejidos muy ricos en mucina, comprobamos que aumentando la cantidad de tejido de partida podíamos obtener ácidos nucleicos de calidad y en cantidad adecuadas para las librerías. Respecto al ADN de líquidos y extensiones citológicas, obtuvimos los mejores resultados con un kit de extracción de ADN de sangre, ya que el protocolo de muestras en parafina demostró ser excesivamente largo y perder gran parte de los ácidos nucleicos. Elegimos finalmente el kit MagCore para RNA en tejido parafinado para extraer el ARN de muestras citológicas, sustituyendo el reactivo Sula Oil (desparafinante) por agua libre de RNAsas.

CONCLUSIONES: En la implantación de la tecnología de NGS en un Laboratorio de Patología Molecular es imprescindible la optimización de los métodos de extracción de ácidos nucleicos, que deben adaptarse tanto a las características de las muestras a analizar como al ritmo de trabajo del equipo técnico. Existen múltiples opciones, tanto automatizadas como manuales, que pueden responder a nuestras necesidades.

TSAPyC 1602

PROCESAMIENTO DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN TRANSBRONQUIAL POR ECOBRONCOSCOPIA (EBUS) CON TECNOLOGÍA SINERGY

Sánchez Velasco, M^ocruz; Tortajada Ahuir, Mónica
Presentador: Sánchez Velasco, M^ocruz

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La Eco Broncoscopia (EBUS) es una técnica diagnóstica utilizada en neumología para visualizar las vías respiratorias y obtener muestras de ganglios linfáticos o lesiones pulmonares sin necesidad de cirugía. Una de las principales muestras obtenidas mediante esta técnica son las procedentes de masas mediastínicas de ganglios linfáticos, que requieren un procesamiento rápido y eficiente en el laboratorio para garantizar la conservación del material y reducir los tiempos de diagnóstico. Tradicionalmente, el procesamiento de biopsias y punciones ha requerido tiempos distintos, lo que retrasa la entrega de resultados. La implementación de la autoinclusión en parafina mediante el procesador con Sinergy permite optimizar el flujo de trabajo y mejorar la calidad de las muestras entregadas al patólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las muestras se reciben en un tubo Falcon con los cilindros mediastínicos y el líquido del lavado de la aguja, cada uno con un número de estudio distinto. Se registran y separan en la campana de tallado usando: cubeta con formol, pinza, pipeta Pasteur, hematoxilina, casete vacío, molde de Sinergy, casete identificativo y esponja impregnada en alcohol. Se vierte el líquido sobre un casete vacío, recuperando el fluido en un bote de recogida. Se extrae la muestra con pinzas o pipeta Pasteur y se deposita en la esponja del Sinergy con una gota de hematoxilina para mejorar su visualización. Se monta sobre el molde con el casete identificativo y se inicia el programa de autoinclusión de 2 horas y 35 minutos. Para la punción, el líquido se centrifuga a 2500 rpm durante 5 minutos, se decanta, se vortea y se mezcla con 30 ml de Citolitt. Se centrifuga nuevamente, se decanta y se transfiere al bote de Thinprep para su procesamiento en la máquina de citología líquida, obteniendo un portaobjetos listo para la tinción con Papanicolaou. Finalizado el procesamiento, los bloques de parafina con los cilindros se cortan en micrótomos y se tiñen con hematoxilina-eosina. Digitalizando los portaobjetos para la evaluación y diagnóstico por el patólogo.

RESULTADOS: Con este método, el tiempo de entrega de la muestra al patólogo se reduce significativamente. Ahora, ambas muestras pueden estar disponibles para una primera valoración diagnóstica en aproximadamente seis horas, mejorando la eficiencia del laboratorio y facilitando una toma de decisiones clínicas más rápida. Anteriormente, el procesamiento convencional de una biopsia tomaba mínimo 24 horas, lo que implicaba una entrega diferida de la punción y la biopsia.

CONCLUSIONES: La autoinclusión de los bloques de parafina de EBUS en procesador con técnica Sinergy minimiza la pérdida de material, mejora la conservación de las células y optimiza los tiempos de diagnóstico. La digitalización de los portaobjetos permite una mejor evaluación de las muestras y una integración más eficiente con herramientas de análisis digital. Este protocolo representa una mejora significativa en la gestión de muestras obtenidas por EBUS, con un impacto positivo en la calidad del diagnóstico y el manejo clínico de los pacientes.

TSAPyC

1605

CONTROL DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: MEDIDAS PREVENTIVAS PARA GARANTIZAR DIAGNÓSTICOS PRECISOS

García Postigo, Inés; Rodríguez Toro, Rosario; Lobato Dueñas, Raquel; Barroso Cárdenas, Mónica; Santiago Guerrero, Cristina; Vallejo Benítez, Ana

Presentador: García Postigo, Inés

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La elaboración de cortes histológicos para el diagnóstico es un proceso fundamental y crítico en Anatomía Patológica (AP). La contaminación cruzada ocurre cuando las muestras se contaminan con sustancias ajenas. La contaminación cruzada tiene impacto directo y significativo en la calidad del diagnóstico, ya que puede alterar o invalidar los resultados obtenidos, con la emisión de diagnósticos erróneos, reprocesamiento de muestras, retraso EN el diagnóstico, aumento de costos, así como impacto en la confiabilidad y reputación del laboratorio. En este trabajo, analizamos algunos pasos necesarios para procesar biopsias pequeñas en relación A la contaminación cruzada, ENFOCÁNDONOS EN cómo solucionar problemas y cómo prevenirlos de manera sistemática y práctica.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realiza fijación estándar con formalina tamponada neutra al 10% e inclusión de las muestras de tejido en parafina. El procesamiento se realiza utilizando técnicas estándar en procesadores tradicionales (procesador Histocore Pegasus Plus, de Leica Microsystems). Se utilizan protocolos habituales de microtomo y baño de agua (Leica). PARA LA TINCIÓN SE utiliza una teñidora tradicional ("inmersión y remojo", Leica).

RESULTADOS: Proponemos medidas preventivas para limitar el riesgo de contaminación: 1) En el tallado, Utilizamos pinzas diferentes e inmersas en una cubeta de agua para su limpieza. Además, alternamos tipos de muestras para aumentar la seguridad, evitando tallar de manera consecutiva dos muestras provenientes del mismo órgano. Según LA LITERATURA, el 12% de los casos de contaminación cruzada en los laboratorios de AP pueden ocurrir en esta fase si no se implementan prácticas rigurosas de manejo, como el uso de pinzas dedicadas y la limpieza frecuente. 2) En la inclusión en parafina: Alternamos el uso de pinzas entre muestras para el montaje del bloque. Estas pinzas son depositadas en el soporte de la estación de parafina, donde el calor permite que se desprenda cualquier material adherido. Al finalizar la jornada, colocamos los moldes metálicos hacia abajo sobre papel secante en una batea y SE dejan en la estufa durante toda la noche. el uso adecuado de métodos de limpieza y alternancia de pinzas puede reducir la contaminación cruzada en un 30%, mejorando la fiabilidad de los resultados y la seguridad del proceso de inclusión. 3) En el baño de flotación: Al menos cada dos tiras de cortes, realizamos limpieza metódica del baño, así como limpieza y/o cambio frecuente del agua. la limpieza frecuente del baño de flotación y el cambio regular del agua reduce la probabilidad de contaminación cruzada entre muestras de un 10-15% en comparación con prácticas menos rigurosas.

CONCLUSIONES: Al considerar los posibles contaminantes, el conocimiento de los numerosos pasos en el procesamiento del tejido es fundamental. La implementación de estas prácticas ha demostrado una reducción significativa de los errores diagnósticos. los laboratorios que aplican protocolos estrictos para la limpieza de herramientas, la alternancia de muestras y la limpieza regular de los baños de flotación experimentan una disminución del 5% al 10% en los incidentes relacionados con la contaminación cruzada, lo que mejora tanto la precisión de los diagnósticos como la eficiencia del laboratorio. Es fundamental implementar medidas de bioseguridad y control de calidad en los laboratorios de AP para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad tanto del personal como de los pacientes.

TSAPyC

1507

CORTES INTRAOPERATORIOS EN CRIOSTATO: DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DESDE LA PERSPECTIVA TÉCNICA

Morillo Lamiel, Elsa; Pastor Adiego, María; Ponce Viña, Vanesa; Sanz Salvador, Vanessa; Salas Arnal, Vanesa; Rico Bujeda, Paula; Ramirez Gasca, Teresa; Pedrero Gonzalez, Noelia

Presentador: Morillo Lamiel, Elsa

HOSPITAL CLÍNICO LOZANO Blesa

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: A mediados de 2023, la sección de tallado y macroscopía de nuestro hospital experimentó varios significativos, incluidos la renovación de más de la mitad de la plantilla técnica, la actualización de los equipos de corte intraoperatorio y la incorporación de nuevos patólogos. Estos cambios generaron la necesidad de adaptarnos, lo que nos llevó a la creación de una guía de trabajo titulada "Protocolo de realización de cortes intraoperatorios". Esta guía aborda tanto la incorporación de nuevos equipos, ya que el criostato habitual pasó a ser un equipo de respaldo, tras la llegada de un nuevo criostato de otra marca comercial a la sección, como las mejores prácticas para su uso. Nuestro hospital, es un centro de referencia en trasplante hepático desde 1998, requiriendo la realización de cortes intraoperatorios para evaluar la viabilidad del trasplante. En horario laboral, los TSAPyC se encargan de este procesamiento, mientras que fuera de este horario, los patólogos de guardia asumen esta tarea.

Dado que la inclusión, corte y tinción de muestras es una responsabilidad exclusiva de los técnicos (UC0377_3), cualquier patólogo que deba realizar este trabajo debe recibir la formación adecuada por parte de un técnico especializado.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro protocolo detallamos los pasos a seguir durante el acto intraoperatorio, desde la inclusión de la muestra hasta el montaje final del cristal, abordando también posibles problemas que puedan surgir a lo largo del proceso.

Uno de los principales desafíos es el manejo del criostato en sí mismo. Es importante recordar que durante la formación de los técnicos, se dedica una cantidad significativa de tiempo a la comprensión de los distintos microtomos, los ángulos de corte y al corte en sí con microtomo.

Por ello, nuestro protocolo especifica los aspectos clave de ambos criostatos: identificamos las palancas que no deben ser manipuladas a menos que se tenga la experiencia necesaria, ya que cambiar el ángulo de la muestra es difícil de corregir. También indicamos las palancas que deben utilizarse para preparar el corte, como las que permiten colocar y mover la cuchilla, ajustar el carro del portacuchillas, y fijar la muestra en su lugar.

Además, se explican las funciones de las botoneras, cómo configurar las micras adecuadas tanto para el corte como para el desbaste, y los movimientos que puede realizar el portamuestras.

RESULTADOS: Con la implementación de este protocolo, hemos logrado los siguientes beneficios:

- Reducción en el tiempo de estudio intraoperatorio, permitiendo comunicar diagnósticos en aproximadamente 20 minutos desde la recepción de la muestra.
- Obtención de cortes y tinciones de alta calidad, adecuados para una evaluación precisa.
- Solución a problemas derivados de una incorrecta colocación del carro del portacuchillas.
- Desarrollo de alternativas de congelación y tinción en caso de fallos en los equipos.
- Todo el personal técnico y médico está formado correctamente y sin dudas en el manejo.

CONCLUSIONES: Este protocolo proporciona instrucciones detalladas sobre el uso adecuado de los equipos necesarios para el estudio intraoperatorio, así como alternativas a los métodos convencionales.

Sin embargo, es importante señalar que el procesamiento de los estudios intraoperatorios es una función propia de los técnicos, y a pesar de nuestra experiencia y formación, esta responsabilidad es relegada en diversas ocasiones, afectando la eficiencia del proceso.

TSAPyC

1697

INCORPORACION DEL TSAP YC A LA MACROSCOPIA.NUESTRA EXPERIENCIA

Perez Parra, Victoria; Perez Saura, Irene; Valia Guerra, Miguel; Perez Parra, David; Blasco Muñoz, Soledad; Gonzalez Lorca, Laura; Casas Miras, Ana; Capozzi , Claudia Alejandra; Ramirez Olmos, Melania; Espin Garcia, Salvador; Lopez Peña, Carmen
Presentador: Perez Parra, Victoria

HOSPITAL G. UNIV. SANTA LUCIA- SANTA MARÍA DEL ROSELL. 5º ANATOMÍA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La figura del Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología en la sala de macroscopia de los laboratorios está adquiriendo cada vez más importancia. El desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico y aumento de exigencia en la especialidad hace que los patólogos necesiten incorporar nuevas áreas de conocimiento con una importante dedicación. Esta situación hace que cada vez más la figura del TSAP y C asuma bajo la supervisión facultativa correspondiente, el examen macroscópico y tallado de piezas de pequeño tamaño. El aumento en la capacitación del técnico supone una mejora sustancial en el flujo del laboratorio, una mejora asistencial de los servicios de Anatomía Patológica y una importante oportunidad laboral para los TSAP y C.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro servicio tiene un flujo de trabajo de más de 15.000 biopsias anuales, de las cuales la mayoría son biopsias diagnósticas trasportables como cilindros, endoscopias, pieles etc. Para optimizar y agilizar el flujo de trabajo del laboratorio se han formado tres técnicos para la realización de macroscopia y tallado de biopsias. La formación ha consistido en:

- Tallado de biopsia endoscópica. Patología benigna y maligna.
 - Tallado de apéndice cecal y vesícula biliar. Anatomía, patología maligna y benigna.
 - Tallado de biopsias de conductos deferentes.
 - Tallado de cilindros de próstata.
 - Tallado de cilindros de mama.
 - Tallado del cilindro de médula ósea.
 - Inyectar formol en piezas quirúrgicas que viene en fresco como tiroides y próstatas para que se produzca una correcta fijación del tejido.
- La realización de la macroscopia por parte de los técnicos ha ido acompañada de la puesta en marcha de un procesado urgente de muestras pequeñas, el técnico registra, hace macroscopia y procesa las muestras con un programa rápido de tres horas.

RESULTADOS: Adoptando estas medidas hemos conseguido múltiples beneficios para el servicio, entre los que se encuentran:

- Incrementar la eficiencia de la sala de tallado ya que se ha agilizado significativamente el flujo de trabajo.

- Mejorar la preanalítica, una buena preanalítica es fundamental en el resultado de técnicas de Inmunohistoquímica, FISH, SISH, PCR y en técnicas de NGS.
- Reducir considerablemente el tiempo de respuesta en biopsias urgentes.

-Conseguir que el servicio sea más funcional.

También los patólogos se han visto liberados del proceso del tallado que es un punto crítico en el laboratorio de Anatomía Patológica, pero les quita mucho tiempo de diagnóstico

CONCLUSIONES: La incorporación del TSAP y C en la realización de la macroscopia y tallado de biopsias es una estupenda oportunidad para que los laboratorios puedan distribuir mejor sus recursos humanos. Delegando tareas según la formación de cada profesional, permite al técnico ampliar su perfil profesional, al patólogo agilizar el diagnóstico reduciendo los tiempos de entrega de los resultados y en general al servicio optimizar los recursos para ser más eficiente, aumentar la capacidad de respuesta y poder avanzar en la incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico.

TSAPyC

1937

IMNUFLUORESCENCIA DIRECTA EN PARAFINA PARA BIOPSIA RENAL COMO ALTERNATIVA A IMNUOFLUORESCENCIA DIRECTA EN TEJIDO FRESCO.

García Pulido, Noelia; Bautista Lopez, Nazaret; Molina Sánchez, Rocío; Castillo Justo, María Elena
Presentador: García Pulido, Noelia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La Técnica de inmunofluorescencia (IF) es muy importante en el estudio de las biopsias renales porque nos permite conocer la inmunopatogénesis en las diferentes glomerulopatías estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra con la que trabajaremos la IF está incluida en parafina, bien porque se haya agotado el material en fresco que la acompañase para este tipo de estudios o bien porque solo hubiera tejido fijado en formol. Cortes en microtomo y técnica de inmunofluorescencia; Para la IF en parafina necesitamos solo un corte de la muestra en cristal tratado, con control de amigdalita, a 3 micras. Tras la realización de los cortes, se estufan 30 minutos a 60 grados. Posteriormente pasarán los cristales por tres baños de xileno durante 10 minutos en cada uno. Seguidamente los cristales se hidratarán en batería de alcoholes decreciente hasta llegar al agua destilada. A continuación procederemos a la recuperación antigénica o desmascaramiento mediante calor y presión (PT LINK), durante 1 h y 15 minutos. Después introducimos los cristales en buffer y se procede a la inmunotinción.

La inmunotinción se realiza:

Estudio de Glomerulopatía en general (no trasplante): Hematoxilina-Eosina, IgA (dilución 1/20µl), IgG (1/20 µl), IgM (1/20 µl), C3(1/10 µl), C1q (1/10 µl), Fibrinógeno (1/10 µl), Kappa (1/30 µl) y Lambda (1/30 µl).

A continuación se cubre la sección con el anticuerpo primario correspondiente. Esto se incuba en cámara oscura y húmeda, todos a temperatura ambiente durante 60 minutos.

Se lavan los portas con buffer o agua destilada y se montan con un medio específico para inmunofluorescencia (es un medio hidrosoluble).

El cristal con los cortes destinados a teñirse con Hematoxilina-Eosina, sigue el protocolo de rutina de esta técnica.

RESULTADOS: Mediante el microscopio de fluorescencia se detectarán antígenos a los que se han fijado anticuerpos específicos marcados con fluoresceína.

Siempre hay que tener en cuenta que el proceso de fijación, además de enmascarar los antígenos, suele producir autofluorescencia no específica del tejido.

CONCLUSIONES: Como ventaja, la IF en parafina conserva mejor el tejido, su morfología es más clara que el tejido congelado, los cortes pueden ser más delgados con lo que mejora la visualización de las estructuras , y como se utiliza un mismo bloque para todas las coloraciones se puede correlacionar la misma imagen de la microscopia óptica , ahorrando tiempo y seguridad en los diagnósticos.

La IF en parafina renal es un procedimiento indispensable en el estudio de muchas enfermedades renales, en la actualidad, es un tema de gran interés con necesidad de afrontar nuevos retos encaminados a la denominada medicina de precisión para lograr tratamientos individualizados.

TSAPyC 1782

SIMPLIFICANDO LA GENÓMICA: UN PROTOCOLO INTEGRADO DE ÁCIDOS NUCLEICOS QUE AHORRA TIEMPO Y RECURSOS.

Díaz Piqueras, Ángela; Manzano Benito, Irene; Bartolomé Asensio, Inés; Arriaga Aragón, Ángel Amador; Meléndez Asensio, Bárbara; Nam Cha, Syonghyun
Presentador: Díaz Piqueras, Ángela

HOSPITAL G. UNIV. DE ALBACETE. 5º ANATOMIA PATOLÓGICA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La reciente concesión de una beca de investigación para estudios moleculares y genéticos en pacientes con cáncer de pulmón ha puesto en marcha la creación de protocolos normalizados de trabajo para la realización de secuenciación masiva o NGS (Next Generation Sequencing) en dichos pacientes. Para ello, hemos realizado estudios en paralelo con diferentes protocolos de extracción de ADN y ARN, con el fin de buscar el proceso de trabajo óptimo que nos permita ahorrar tiempo y recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la puesta a punto de la técnica, se emplearon muestras de pacientes con cáncer de pulmón que cumplieran varios factores:
1- Tras su estudio con Idylla no dieron positiva en ninguna mutación genética estudiada.
2- Fuesen bloques parafinados con suficiente muestra (piezas quirúrgicas).
Se estudiaron los protocolos específicos de Promega para los kits de Maxwell? CSC FFPE (DNA Y RNA), utilizando el extractor Maxwell? RSC48 y haciendo comparativa de tiempos de procesos y de incubación, temperaturas y reactivos necesarios. Las mediciones cuantitativas se realizaron con Qubit y se completó el estudio de resultados con carreras de secuenciación en Ion GeneStudio S5 System de Thermo Fisher?.

RESULTADOS: Tras el análisis comparativo de los datos, obtenemos un protocolo conjunto y único de trabajo, para la extracción de ADN y ARN al mismo tiempo, con unos resultados casi idénticos a los obtenidos con los protocolos individuales.

CONCLUSIONES: El estudio, el trabajo y la necesidad de optimizar tiempo, nos han llevado a encontrar el protocolo de trabajo idóneo para nuestras necesidades y, quizá, para las de muchos.

TSAPyC 1788

VENTAJAS FIJACIÓN EN B-5 PARA TEJIDO LINFÁTICO

Ruiz Romero, Inmaculada; La Fuente De Blas, Rosana; Serrano García, Miguel Angel; Machin Abadia, Marta; Rincón Gormedino, Cristina

Presentador: Ruiz Romero, Inmaculada

HOSPITAL NUESTRA SRA. DE GRACIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: Los linfomas son cánceres de la sangre que se originan en el sistema linfático del cuerpo. El sistema linfático es responsable de combatir las infecciones y enfermedades. Como en cualquier otro campo de la patología, un examen histológico sistemático del tejido linfoido, resulta clave para la elaboración de un diagnóstico adecuado. La biopsia escisional es el método de elección para el estudio de adenopatías con sospecha de linfoma. La muestra se puede fijar en formol y en B 5. En este póster podremos observar las diferencias estructurales entre las dos fijaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ganglio cervical

Material de uso de laboratorio
Fijador Formol tamponado al 4%
Fijador B-5: *Cloruro de Mercurio
*Acetato sódico anhídrido
*Agua destilada

Solución Deszenkerizante: *Lugol
*Tiosulfato sódico al 5%

La muestra de tejido será enviada en fresco inmediatamente al laboratorio de Anatomía Patológica. Debe ir con su hoja de solicitud de estudio anatomopatológico en la que debe constar: los datos del paciente, el servicio de procedencia, la localización de la muestra, los datos clínicos relevantes para el estudio y la sospecha clínica. Ya en el laboratorio el patólogo responsable realizará una descripción macroscópica: tamaño, consistencia, color y cambios en el contorno. Seccionará el ganglio por su eje mayor y hará improntas (más tarde se teñirán con Hematoxilina Eosina) Los cortes realizados tendrán un grosor de 2 a 5 mm para fijación en formol, e inferior de 3-4 mm para fijación en B5:

- ? Introducir una sección del ganglio en fijador B5 durante 2-2 1/2 horas
- ? Lavar la sección e introducirla en una cassette.
- ? Introducirla en formol junto al resto de muestras
- ? Realizar el procesamiento habitual (Procesador de tejidos)
- ? Una vez obtenido el corte al micrótomo, el personal técnico debe eliminar el pigmento de mercurio causado por la fijación:
- ? Desparafinar e hidratar
- ? Deszenkerizar:
- *Solución de Lugol (previamente filtrada) 15 minutos
- *Lavar en agua del grifo
- *Tiosulfato sódico al 5%. 3 minutos
- *Lavar en agua del grifo
- *Tinción habitual

RESULTADOS: La fijación es el punto de NO retorno en el procesamiento de una muestra de ganglio linfático. La fijación en formol permite realizar estudios inmunohistoquímicos y moleculares, preserva el ADN y su almacenamiento a largo plazo. La fijación en B5, a pesar del contenido de cristales de cloruro de mercurio del fijador y los problemas para su eliminación, proporciona un excelente detalle nuclear y buena preservación del citoplasma. Al tratarse de un fijador con carácter ácido no es adecuado para PCR.

CONCLUSIONES: La fijación en B-5 es sumamente importante en aquellos tipos de linfomas en los que la tipificación presenta más dificultad y resulta necesario diferenciar la estructura celular (centrocitos, centroblastos, etc)

TSAPyC 1810

LA IMPORTANCIA DEL TSAPC COMO GARANTÍA DE BUENOS RESULTADOS EN EL ESTUDIO DE DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS (DFSP) EN CIRUGÍA DE MOHS POR CONGELACIÓN.

Alvarez Alvarez, Carlos; Portas Pérez, Iria; Núñez , María José; Ramos , Ana; Gesteira , Liliana María; Cochón , María Jesús; Escudero , Nuria; Álvarez, Carlos
Presentador: Alvarez Alvarez, Carlos

COMPLEXO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El DFSP, el sarcoma cutáneo más común, se caracteriza por un patrón de crecimiento infiltrante con un alto riesgo de recidiva si no se extirpa completamente. La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) indica la Cirugía Micrográfica de Mohs (CMM) como método de elección para su tratamiento, ya que esta técnica permite analizar el 100% de los márgenes quirúrgicos, garantizando una exéresis completa. Sin embargo, el estudio en congelación requiere de personal altamente cualificado tanto para la obtención de secciones congeladas de calidad (TSAPC) como para la interpretación histológica de ellas (patólogos), además de suponer un procedimiento que consume tiempo y recursos. Cualquier error en la técnica puede comprometer la integridad del tejido impidiendo el estudio completo de los márgenes, aumentando el riesgo de fracaso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos la serie de DFSP estudiados a través de CMM en congelación en nuestro Centro desde 2014, con datos epidemiológicos y de seguimiento, además de centrarnos en número de pases, bloques estudiados por caso y tiempo consumido hasta el diagnóstico.

RESULTADOS: Fueron estudiados 35 pacientes (82% mujeres y 18% hombres), operados entre 2014 y 2025, con una edad media de 44 años. La localización más frecuente fue tronco (56%), seguida de extremidades (41%). El número medio de pases fue de 2, con 9,7 bloques totales por caso. El seguimiento osciló entre los 2 meses y 10 años, sin que existiera ninguna recidiva.

CONCLUSIONES: La CMM en congelación es el estándar de calidad para el estudio de márgenes quirúrgicos de DFSP, aunque supone consumo de tiempo y recursos. A pesar de que el procesamiento de tejido con un alto porcentaje de componente graso en congelación supone un desafío para el técnico a la hora de conseguir cortes de precisión, el trabajo protocolizado, la experiencia y la minuciosidad en los diferentes pasos del proceso por parte del TSAPC hacen posible el éxito de la CMM para el tratamiento de los DFSP.

TSAPyC 1820

VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO MOLECULAR DE EGFR EN CITOLOGÍA DE PULMÓN

Facila De La Esperanza, Rubén; González Muñoz, Jose Francisco; Ortega Albiach, María; Compañ Quilis, Desamparados; Bolea Cortina, Aitana; Martínez Ciarpaglini, Carolina; Ferrández Izquierdo, Antonio
Presentador: Facila De La Esperanza, Rubén

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALÉNCIA

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La dificultad de obtención de una biopsia en pacientes con un cáncer de pulmón no microcítico ha llevado al estudio de rutina en estos pacientes mediante una Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) como método alternativo para el diagnóstico. Esta misma muestra puede ser utilizada para el estudio mediante NGS de alteraciones moleculares con el objetivo de establecer el estado mutacional de EGFR para establecer el tratamiento del paciente, sin embargo, esta técnica conlleva un protocolo temporal y económicamente costoso, así como implica la interpretación de resultados por parte de un Biólogo. No obstante, existen técnicas más rápidas como Idylla, que mediante una RT-PCR permite determinar las alteraciones más comunes en EGFR con un tiempo de respuesta menor. Esta última técnica, sin embargo, ha sido desarrollada para el estudio en muestras parafinadas, pero no ha sido validada en muestras citológicas. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo la validación del uso de Idylla para evaluación del estado mutacional de EGFR en muestras de PAAF de pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de citologías secuenciadas de rutina mediante paneles de genes dirigidos en nuestro servicio. Tomando como gold standard la NGS, se seleccionaron 3 casos con alteraciones de EGFR y 5 wild type. En todos los casos, el material sobrante de la citología tras el utilizado tanto para el diagnóstico como para NGS se centrifugó para aumentar la concentración celular. 200 microlitros del pellet se utilizaron para el test Idylla EGFR.

RESULTADOS: Se obtuvo una sensibilidad del 67% y una especificidad del 100%. El caso discordante en el que no se ha detectado las alteraciones de EGFR mediante Idylla se debe a que ésta no está incluida en el diseño. En todos los casos, el material de estudio ha sido suficiente.

CONCLUSIONES: El test Idylla EGFR, inicialmente diseñado para el estudio en muestras parafinadas, permite, dentro de su diseño, detectar las alteraciones de EGFR en muestras citológicas, así como reducir el tiempo de respuesta y simplificar el procesamiento de la muestra y la interpretación del resultado, que puede realizarse completamente por un TSAP. Además, se demuestra que la citología dispone de material suficiente para el diagnóstico, el estudio molecular mediante Idylla y la NGS, de forma que esta prueba menos invasiva podría llegar a sustituir a la biopsia.

TSAPyC 1846

IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA AUTOMATIZADA PARA LA LECTURA CITOLÓGICA

Molina Sanchez, Rocio; Bautista López, Nazaret; García Pulido, Noelia
Presentador: Molina Sanchez, Rocio

HU VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La lectura citológica es un procedimiento fundamental en el diagnóstico de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras.El cribado de cáncer de cérvix ha demostrado su efectividad para reducir la incidencia y la mortalidad,sobre todo cuando se realiza a través de programas poblacionales organizados.Para mejorar la efectividad del cribado se introducen nuevas técnicas como la citología líquida(permite estudios adicionales como el test HPV), y se han desarrollado además nuevas tecnologías y sistemas computacionales para ayudar en el análisis de muestras citológicas(automatizados).Con el objetivo de optimizar nuestros procesos de análisis citológicos en el diagnóstico de cáncer de cérvix, hemos implementado un sistema de lectura automatizada de muestras citológicas. Esta innovación permitirá mejorar la precisión, eficiencia y rapidez en la detección de anomalías celulares, beneficiando tanto a los profesionales como a los pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS: La automatización de la lectura citológica se basa en el uso de software avanzado de inteligencia artificial(IA)y algoritmos de aprendizaje automático que permiten analizar imágenes, de alta calidad y precisión, de las muestras obtenidas en el laboratorio.La plataforma automatizada escanea la lámina y la analiza en busca de anomalías celulares, mejorando la detección de patrones que podrían pasar desapercibidos en una revisión manual. La implementación de éste sistema automatizado lleva consigo sesiones de capacitación intensiva para el profesional involucrado(Citotecnólogo y Patólogo). Esto asegura que el personal esté familiarizado con la tecnología,su funcionalidad y como interpretar el resultado proporcionado por el algoritmo.Esta mejora fortalecerá la calidad y confiabilidad de nuestro diagnóstico citológico.

RESULTADOS: Tradicionalmente la lectura ha dependido del ojo humano,lo cual puede ser sujeto a variabilidad debido al cansancio, experiencia y factores ajenos.La automatización representa un avance significativo, permitiendo unos beneficios clave.Precisión mejorada:ayudan a la detección temprana de alteraciones celulares,reduciendo el riesgo de diagnósticos erróneos.Mayor eficiencia:procesamiento de un mayor volumen de muestras en menos tiempo.Optimización del flujo de trabajo: menor carga operativa para el citotecnólogo y patólogo.Reproducibilidad:la automatización garantiza una mayor consistencia en la interpretación de la muestra.Mejor trazabilidad y documentación: integración con el sistema de gestión de laboratorio para un control más riguroso.Reducir el tiempo de lectura de las citologías.Estos sistemas pueden utilizarse para identificar áreas en la muestra con mayor probabilidad de presentar células patológicas.Proporcionan una herramienta de apoyo para citotecnólogos y patólogos.

CONCLUSIONES: Aunque la automatización nos lleva a avances muy significativos, es importante mantener la supervisión humana en el proceso diagnóstico. Los profesionales médicos siguen siendo responsables de la interpretación final de los resultados y de la toma de decisiones clínicas.Así mismo la integración de éstas tecnologías debe llevarse a cabo de manera que se garantice la seguridad de los datos y el cumplimiento de la regulación sanitaria.Con la implantación de este sistema ,el campo de la medicina diagnóstica da un paso hacia la modernización, aumentando la precisión, reduciendo los tiempos de respuesta y mejorando la calidad de los diagnósticos.Es fundamental garantizar una adecuada integración de éstos sistemas en la práctica diaria.

TSAPyC 1931

NUEVOS RETOS EN BIOBANCO: TRANSCRIPTÓMICA ESPACIAL

Bautista López, Nazaret; García Pulido, Noelia; Hernández Barrera, María José; Arias Quirós, Isabel; Domínguez Miranda, José Luis; Sánchez González, José Joaquín; Gil Gómez, Antonio; Maya Miles, Douglas; Castilla Ramírez, Carolina; De Álava Casado, Enrique
Presentador: Bautista López, Nazaret

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La transcriptómica espacial es una tecnología de vanguardia que permite investigar los patrones de expresión génica en los tejidos al tiempo que se preserva su contexto espacial. Fue elegida método del año en 2020 por la revista Nature Methods (Marx, V. Method of the Year: spatially resolved transcriptomics. Nat Methods 18, 9–14 (2021)). En concreto, la tecnología MERFISH®, es una tecnología de imagen de molécula única con multiplexado masivo para transcriptómica espacial, capaz de mapear y cuantificar directamente la distribución espacial de cientos a decenas de miles de ARN mensajeros en células individuales, sin necesidad de secuenciación posterior. Esta técnica puede realizarse sobre secciones de tejido congelado o fijado en formol e incluido en parafina. En nuestro centro se realizó el corte de tejidos fijados en formol e incluidos en parafina (FFPE) en portaobjetos para realizar posteriormente la técnica descrita, a la vez que cortes en tubo para determinar la calidad del ARN y poder evaluar la validez del procedimiento. El objetivo será determinar si el procedimiento realizado para preparar las muestras respeta la integridad del ARN mensajero y produce los resultados adecuados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las muestras utilizadas fueron bloques de distintos años, excedentes de diagnóstico, archivados a temperatura ambiente. El microtomo, las pinzas y todo el material susceptible de entrar en contacto con el tejido se trató con una solución de descontaminación superficial que destruye las ARNasas. El agua del baño de flotación también está libre de ARNasas. El corte en microtomo se hizo a 5 micras, desechando los primeros cortes para maximizar la calidad del ARN. El portaobjetos es circular, con un área útil de 15.4 x12.6 mm; muy fino, muy adherente y sin zona de escritura o pegatina. Se pusieron 3 biopsias hepáticas en cada portaobjetos, por lo que la trazabilidad de las muestras adquiere especial importancia, siendo necesaria la realización de un mapeo para conocer inequívocamente la posición de cada muestra. Debido a la fragilidad de los portaobjetos, estos se depositaron en placas de Petri para asegurar la integridad de los mismos durante el transporte. Paralelamente se cortaron secciones de tejido en tubo para determinar la calidad del ARN.

RESULTADOS: En primer lugar, se realizó la extracción de ARN en los tubos. La integridad se evaluó mediante RIN (número de integridad de ARN), obteniendo un valor por debajo de 4, que denota una baja calidad, habitual en muestras FFPE. En caso de muestras muy degradadas de ARN, como son las muestras FFPE, como alternativa al uso del RIN se recomienda utilizar el parámetro DV200. Este representa el porcentaje de fragmentos de ARN de tamaño superior a 200 nucleótidos, que en este caso fue del 20 al 50%. Como estos datos fueron los esperados en este tipo de muestras, se realizó la transcriptómica espacial en portaobjetos. La primera parte de esta técnica implica una verificación de la calidad del tejido / ARN, que fue correcta. Posteriormente, se realizó la hibridación con las sondas fluorescentes que también fue óptima.

CONCLUSIONES: A pesar de la baja calidad del ARN, habitual en muestras fijadas en formol e incluidas en parafina, se logró obtener el perfil de expresión génica de las células hepáticas en el contexto del tejido.

TSAPyC

1932

EXCEDENTES TISULARES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: USO PARA LA GENERACIÓN DE PDXS Y ORGANOIDES.

Bautista López, Nazaret; García Pulido, Noelia; Blanco Lobo, Angela María; Arias Quirós, Isabel; Domínguez Miranda, José Luis; Rodríguez Cordero, Laura; Da Silva Moura, David; Marín Borrero, Isabel; Castilla Ramírez, Carolina; De Álava Casado, Enrique
Presentador: Bautista López, Nazaret

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: Los xenoinjertos derivados de pacientes (PDXs) y organoides 3D son dos modelos preclínicos que surgen para satisfacer las necesidades de la investigación traslacional. Para muchos cánceres, los PDXs y organoides son actualmente la mejor representación disponible de la enfermedad y se ha demostrado que son altamente predictivos de las respuestas al tratamiento farmacológico. La tecnología de los organoides derivados del paciente representa una herramienta emergente para el estudio de la biología del tumor y la capacidad de respuesta a los fármacos, con alta utilidad en el diseño de enfoques de medicina personalizada.

En nuestro centro los flujos de recogida de muestras sólidas en fresco se establecieron inicialmente con la finalidad de obtener muestras congeladas. Actualmente, éstos se utilizan para la generación de PDXs y organoides y es necesario establecer si los circuitos están optimizados en relación con las necesidades definidas. El objetivo será determinar si los circuitos existentes de recogida de muestras sólidas en fresco son de utilidad para el establecimiento de PDXs y el cultivo de organoides.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la generación de PDXs y organoides, y para garantizar la máxima viabilidad de las células, los tumores deben ser implantados en el menor tiempo posible después de la cirugía. Por ello, las muestras deben llegar en un intervalo de tiempo corto (20-30 minutos) a Anatomía Patológica (AP), ser tratadas con la mayor esterilidad posible y conservadas en medio de cultivo hasta su recogida por el investigador. Si la recogida es en el momento, las muestras se mantienen a temperatura ambiente. Si la recogida es al día siguiente, la muestra debe mantenerse a 4°C. Es esencial una buena comunicación con el personal de AP y con los investigadores para que el proceso completo sea óptimo.

RESULTADOS: Actualmente, con la metodología descrita, hay numerosos ratones PDXs implantados con diferentes tumores y con crecimiento correcto (23% de PDXs viables). Más recientemente, se han logrado generar cultivos de organoides 3D viables, por ejemplo, derivados de carcinoma de vejiga mediante RTU, con un resultado de aproximadamente la mitad de los cultivos viables.

CONCLUSIONES: Los circuitos que cumplen las características descritas son adecuados para proporcionar a los investigadores muestras en fresco que pueden emplearse en la generación de PDXs y organoides. Esto permite la obtención de material biológico humano en condiciones de óptima calidad para su uso en investigación biomédica (por ejemplo, para propiciar el desarrollo de una medicina personalizada mediante el estudio de la efectividad de los tratamientos farmacológicos) siguiendo los procedimientos de recogida y procesamiento que se integran en el Biobanco.

TSAPyC

1935

PAAF DE MAMA : GUÍA RÁPIDA PARA CITOTÉCNICOS .LESIONES BENIGNAS.

García Pulido, Noelia; Bautista Lopez, Nazaret; Molina Sánchez, Rocío; Castillo Justo, María Elena
Presentador: García Pulido, Noelia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Póster

INTRODUCCIÓN: La PAAF de mama es una técnica diagnóstica imprescindible en el estudio de las enfermedades de la mama. Valorada conjuntamente con la exploración clínica y la radiología, su precisión diagnóstica es del 99%. Los diagnósticos se deben agrupar en negativo para células malignas, atipia citológica no específica, atipia citológica sospechosa de malignidad, positivo para células malignas y material no adecuado o insatisfactorio para diagnóstico citológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: La principal indicación es diagnóstica: en una masa palpable con objeto de separar lesiones benignas de malignas, en lesiones inflamatorias, en tumores secundarios o metastásicos,

en lesiones epiteliales atípicas que precisan biopsia, en confirmación de recurrencias, en evaluación de masas en embarazos, lactancia, o secundarias a traumatismos, y para diferenciar ganglios linfáticos intramamarios de tejido mamario o lesiones. Además es terapéutica, para evacuación de quistes. En esta publicación nos centraremos en PAAF no diagnósticas y Negativa para células malignas. PAAF NO DIAGNÓSTICA O INSATISFACTORIA: muy escaso número de células (<6 grupos de al menos 5-10 células), excepto contenido de quiste, lipoma u otras lesiones estromales y lesiones clínicamente benignas. PAAF NEGATIVA PARA CÉLULAS MALIGNAS: ausencia de atipia celular alguna. Criterios generales de benignidad: Cel. escasa o nula, placas de cél. ductales monoestratificadas, núcleo de 1.5/2 veces tamaño del hematíe, ocasional superposición sin atipia, cohesión, cél. mioepiteliales, nucleolos poco prominentes o inexistentes, citoplasmas bien definidos, metaplasia apocrina, ausencia de mitosis. Estroma escaso o variable sin atipias, tejido fibroadiposo ocasional. Fondo en general limpio, a veces seroso o proteináceo, sucio en lesiones inflamatorias y hematías escasos.

RESULTADOS: LESIONES BENIGNAS :QUISTE: escasa cel., histiocitos espumosos, restos celulares, cél. apocrinas en grupos, fondo proteináceo. HIPERPLASIA DUCTAL: alta cel. cél. ductales en grupos cohesivos, cél. mioepiteliales, leve pleomorfismo nuclear. FIBROADENOMA: alta cel., sábana de cél. epiteliales de bordes romos y ramificaciones digitiformes, cél. estromales/mioepiteliales. PAPILOMA INTRA DUCTAL: alta cel., agrupación tridimensional de cél. epiteliales formando papilas, cél. apocrinas y mioepiteliales, posible atipia nuclear. ABCESO: alta celularidad, sábanas de neutrófilos y restos celulares (faguda), linfocitos e histiocitos (crónicos), fondo sucio. NECROSIS GRASA: pocas o ausencia de cél. ductales, vacuolas y restos lipídicos, histiocitos espumosos, puede haber hemoderivina. MASTOPATIA POR SILICONA: cél. gigantes multinucleadas con esférulas de silicona en citoplasma, histiocitos espumosos abundantes, frecuente hemoderivina. CAMBIO LACTACIONAL: placas unidimensionales de cél. epiteliales con vacuolas intracitoplasmáticas, núcleo redondeado y nucleolo central. QUISTE DE INCLUSIÓN EPIDERMICA: cél. epitelio escamoso anucleadas.

CONCLUSIONES: Es una técnica sencilla, rápida, económica, con escasas complicaciones, sensible y específica en manos expertas.

Es necesario un gran entrenamiento, tiene elevadas tasas de insuficientes, no distingue entre ca. in situ y ca. infiltrante, no es aceptada para cirugía definitiva y tiene dificultad para el estudio IHQ. Disminuye las biopsias abiertas en situaciones especiales (embarazo, lesiones no operables, recurrencias). Aunque hace años su uso era generalizado, actualmente está siendo desplazada por Biopsia con aguja gruesa (BAG) y Biopsia por aspiración asistida por vacío (BAV), como procedimientos diagnósticos.

TSAPyC

1936

PAAF DE MAMA: GUÍA RÁPIDA PARA CITOTÉCNICOS. LESIONES MALIGNAS.

García Pulido, Noelia; Bautista Lopez, Nazaret; Molina Sánchez, Rocio; Castillo Justo, María Elena
Presentador: García Pulido, Noelia

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: La PAAF de mama es una técnica diagnóstica imprescindible en el estudio de las enfermedades de la mama. Valorada conjuntamente con la exploración clínica y la radiología, su precisión diagnóstica es del 99%. Los diagnósticos, se deben agrupar en negativo para células malignas, atipia citológica no específica, atipia citológica sospechosa de malignidad, positivo para células malignas y material no adecuado o insatisfactorio para diagnóstico citológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: La principal indicación es diagnóstica: en una masa palpable con objeto de separar lesiones benignas de malignas, en lesiones inflamatorias, en tumores secundarios o metastásicos, en lesiones epiteliales atípicas que precisan biopsia, en confirmación de recurrencias, en evaluación de masas en embarazos, lactancia, o secundarias a traumatismos, y para diferenciar ganglios linfáticos intramamarios de tejido mamario o lesiones. Además es terapéutica, para evacuación de quistes. En esta publicación nos centraremos en las categorías diagnósticas, atipia no concluyente, atipia sospechosa y positivo para células malignas. PAAF CON ATIPIA NO CONCLUYENTE: escasa probabilidad de malignidad, pero se recomienda confirmación con biopsia. PAAF CON ATIPIA SOSPECHOSA: probablemente maligna, pero escaso número de células o mala preservación o inadecuada valoración por sangre o inflamación. Necesita biopsia de confirmación. PAAF POSITIVA PARA CÉLULAS MALIGNAS: características inequívocas de malignidad. Implica cirugía o tratamiento sistémico.

Criterios citológicos de malignidad y citología sospechosa: celularidad abundante (excepto fibroadenoma), población celular monomorfa, grupos tridimensionales poco cohesivos con cél. sueltas, ausencia de cél. mioepiteliales, pleomorfismo nuclear, extendidos muy hemorrágicos. La celularidad escasa pero con características de malignidad, presencia de cél. atípicas mezcladas con cél. benignas hacen pensar en sospecha de malignidad.

RESULTADOS: CARCINOMA DUCTAL: extendidos de densidad celular moderada-alta, representación exclusiva de células epiteliales, en forma de grupos poco cohesivos y como cél. sueltas. Núcleos agrandados, con atipia moderada-severa. Citoplasmas intactos, algunos vacuolados. Ausencia de cél. mioepiteliales. Fragmentos de estroma. Posible presencia de necrosis. Pueden identificarse mitosis. Sus variantes son Ca. tubular, mucinoso, medular. CARCINOMA LOBULILLAR: densidad celular variable, generalmente discreta. Cél. sueltas, en "fila india", a veces como núcleos desprovistos de citoplasma, en pequeños grupos, algunos con moldeamiento nuclear. Núcleos celulares hiper cromáticos, identados e irregulares. Citoplasmas escasos, con vacuolas de mucina /luces intracitoplasmáticas con secreción densa. Presencia ocasional de células en anillo de sello. Núcleos ovales bipolares desnudos aislados o ausentes. OTROS CARCINOMAS: Micropapilar, apocrino, con células gigantes tipo osteoclasto, de células claras, secretor, neuroendocrino, adenoides quístico. SARCOMAS. METÁSTASIS: pueden ser melanomas, linfomas, carcinomas de pulmón, ovario, cérvix, digestivo ...

CONCLUSIONES: Es una técnica sencilla, rápida, económica, con escasas complicaciones, sensible y específica en manos expertas. Es necesario un gran entrenamiento, tiene elevadas tasas de insuficientes, no distingue entre carcinoma in situ y carcinoma infiltrante, no es aceptada para cirugía definitiva y tiene dificultad para el estudio IHQ. Disminuye las biopsias abiertas en situaciones especiales (embarazo, lesiones no operables, recurrencias,...).

TSAPyC

1690

ENCUESTA ESTADO ACTUAL DEL CITOTECNÓLOGO EN LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE ESPAÑA

Castella Rufat, Miriam; Tresserra Casas, Francesc; Dinarés Fernandez, María Carme
Presentador: Castella Rufat, Miriam

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEXEUS - DEXEUS MUJER

Tipo de trabajo: e-Poster

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este estudio es examinar, a través de una encuesta nacional, el papel del citotecnólogo a partir de la implementación del nuevo programa de cribado de cáncer de cérvix que va a incorporar la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) como prueba primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo a partir de datos recogidos mediante encuesta enviada por medio de un link para rellenar de forma electrónica, a todos los socios de la Sociedad Española de Citología (SEC), al grupo de trabajo de los técnicos de Anatomía Patológica y Citología de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y a los participantes de las sesiones del Cito-Tour organizadas por la SEC.

RESULTADOS: Respondieron la encuesta un total de 123 personas, 78 (63,4%) citotecnólogos que realizan screening de citologías y de ellos 49 (63%) con una experiencia laboral de más de 10 años.

La mayoría de encuestados, 63 (51,2%), recibían entre 10.000 y 50.000 estudios citológicos ginecológicos anuales en su laboratorio y 62 (50,4%), entre 5.000 y 10.000 estudios no ginecológicos anuales.

Referente al número de personal técnico ocupando el laboratorio de citología, 67 (54,5%) tenían menos de tres técnicos, 69 (56,1%) tenía menos de tres citotecnólogos y 93 (75,6%) declaraban una distinción en el trabajo que realizaban entre ellos. Según 116 (94,3%) respuestas, los trabajadores del área de citología eran titulados Técnicos Superiores en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico (TSAPyC).

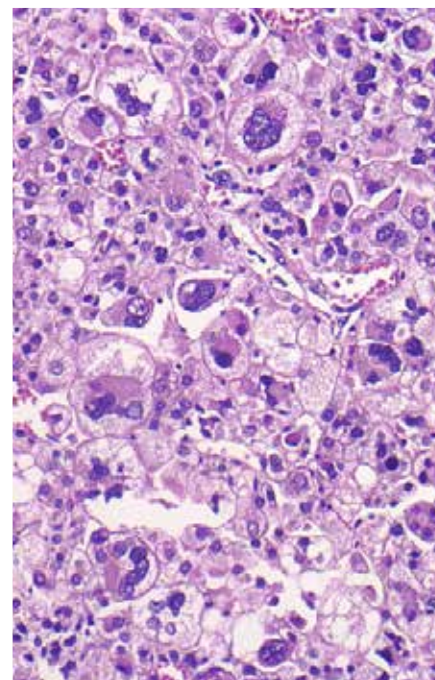
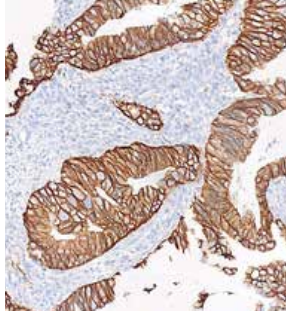
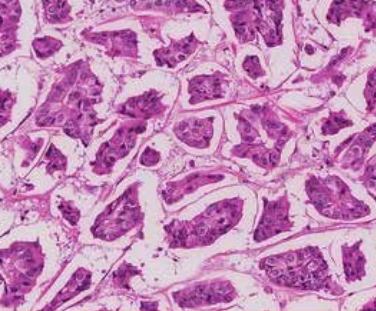
En las tareas de los citotecnólogos, conforme 109 (88,6%) respuestas, estaba el estudio citológico ginecológico y conforme 72 (58,5%) el estudio no ginecológico.

En 101 (82%) de los centros encuestados ya se realiza la tipificación del HPV y según 96 (78%) respuestas esto afectará el volumen de citologías recibidas, pero contrariamente a lo que se podría pensar, 99 respondieron (81%) que no se están planteando reubicar a los citotecnólogos si hay una disminución de la carga laboral.

CONCLUSIONES: Actualmente la mayoría de citotecnólogos que tenemos en España gozan de una amplia experiencia laboral de más de 10 años. Además la gran mayoría de ellos tienen la titulación de TSAPyC y muchos de ellos una formación específica en citología clínica. Aunque menos de la mitad no realizan screening citológico no-ginecológico como una tarea de su rutina laboral, lo que más sorprende es que haya una décima parte de ellos que tampoco hagan el screening citológico ginecológico.

Presumiblemente el papel del citotecnólogo en la nueva realidad del cribado citológico cérvico-vaginal, va a variar mucho o poco en función del hospital o del laboratorio donde se trabaje; Sabemos que ya realizan la tipificación del HPV en muchos centros a día de hoy y también, que aunque va a afectar el volumen de citologías recibidas, no se plantean reubicar a los citotecnólogos si hay una disminución del trabajo.

Al mismo tiempo, en todos aquellos centros en los que sí va a afectar el nuevo cribado, que van a ver disminuir su recepción de citologías, y saben que tendrán que reubicar a sus citotecnólogos, sería el momento de reciclarlos, refrescarlos o recordarles sus conocimientos citológicos, y darles más competencias, porque también es lo que ellos están deseando.



SEAP-IAP 2025

Un grito por la patología

