

Centro de Investigaciones Médicas y
Biotecnológicas de la Universidad de Carabobo

CIMBUC



XXV Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica

CONSOLIDANDO
PUENTES

SéAP-IAP
sec
SEPA

18 a 21
de mayo
de 2011

ZARAGOZA 2011

— XXV Congreso
de la Sociedad Española
de Anatomía Patológica
y División Española de la
International Academy
of Pathology

— XXI Congreso
de la Sociedad Española
de Citología

— I Congreso
de la Sociedad Española
de Patología Forense

Caso clínico

Aldo Reigosa Yániz

*Servicio de Anatomía Patológica del
Instituto de Oncología “Dr. Miguel
Pérez Carreño”. Valencia. Venezuela.*

Caso clínico

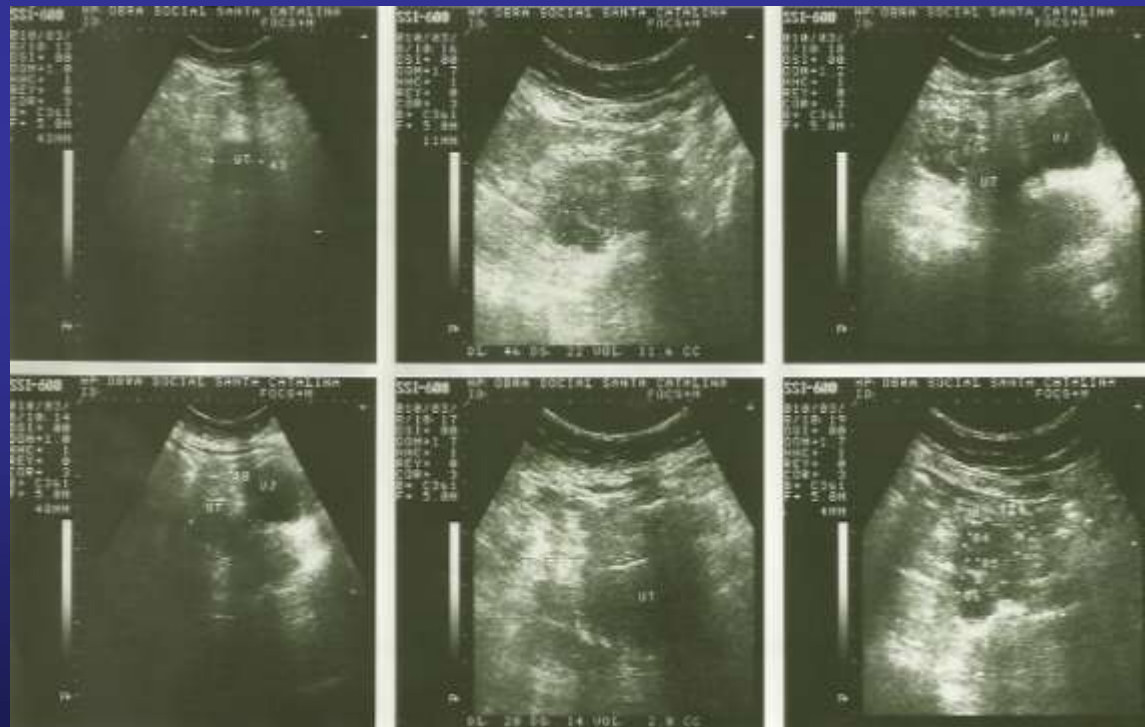
“Una serie de eventos desafortunados”

- Paciente: GC
- Edad: 49 años
- Consulta en marzo 2010
Centro de Salud Integral
(CDI) por molestias
abdominales y sangrado
vaginal.
- Menarquia: 12 a. Sexarquia: 15 años.
- VIII G – II P – I C – V A.
- Niega uso de ACO y DIU.
- Menopausia: 38 años.
- Hipertensa y diabética desde hace 2 años en tratamiento regular: Cozaar® y Bieglucon®.
- Tabáquicos: 30 paquetes/año x 30 años.

Caso clínico

- Citología de cuello uterino: Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
- Ecografía pélvica (18-03-2010):

Ovario izquierdo:
aumentado de tamaño,
aspecto heterogéneo
por la presencia de
múltiples imágenes
redondeadas de
contenido anecoico con
medidas que van desde
4 hasta 13 mm de
diámetro. 46 x 22 mm
volumen: 11,6 cc



Laparotomía ginecológica

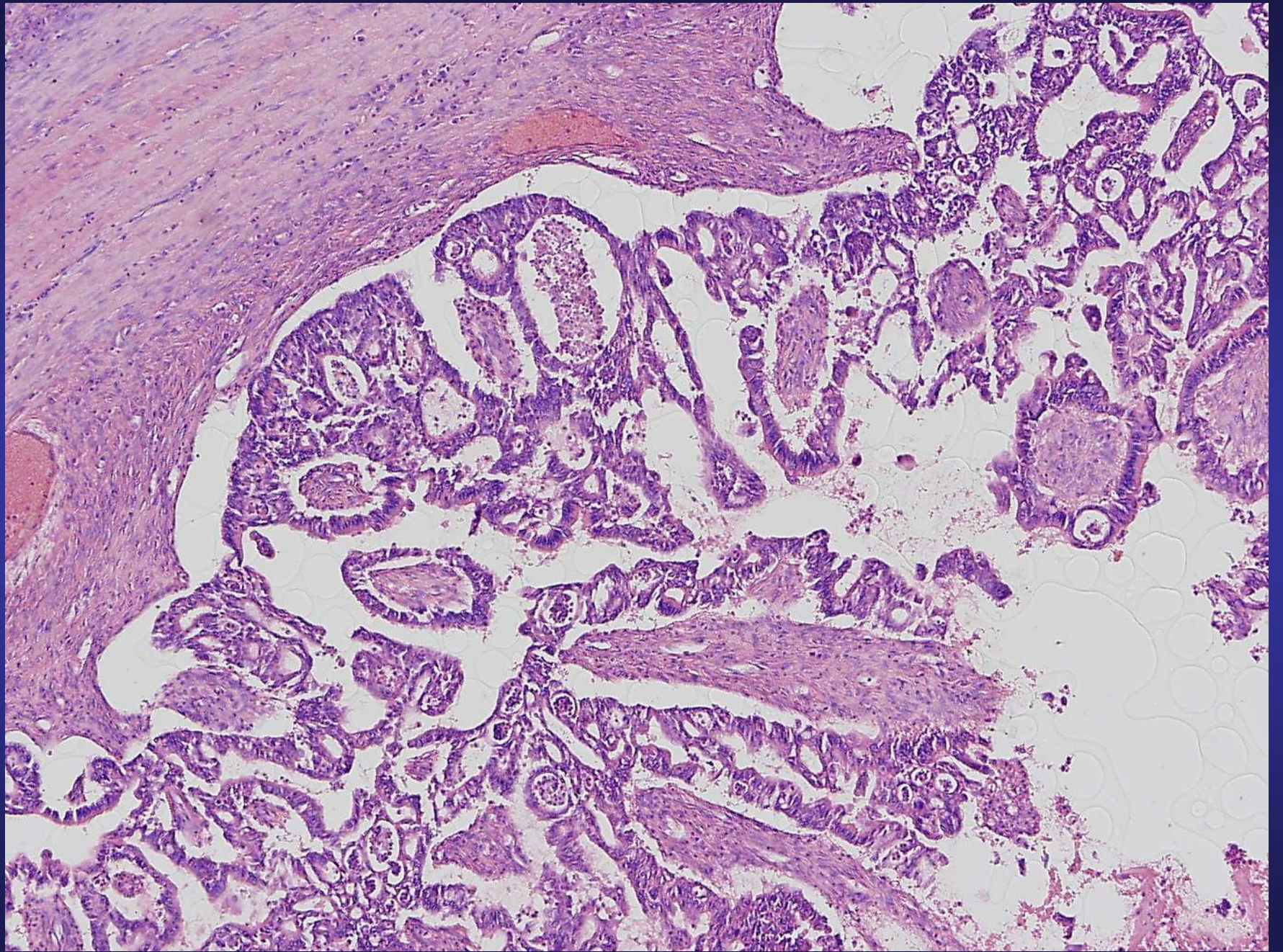
31-05-10

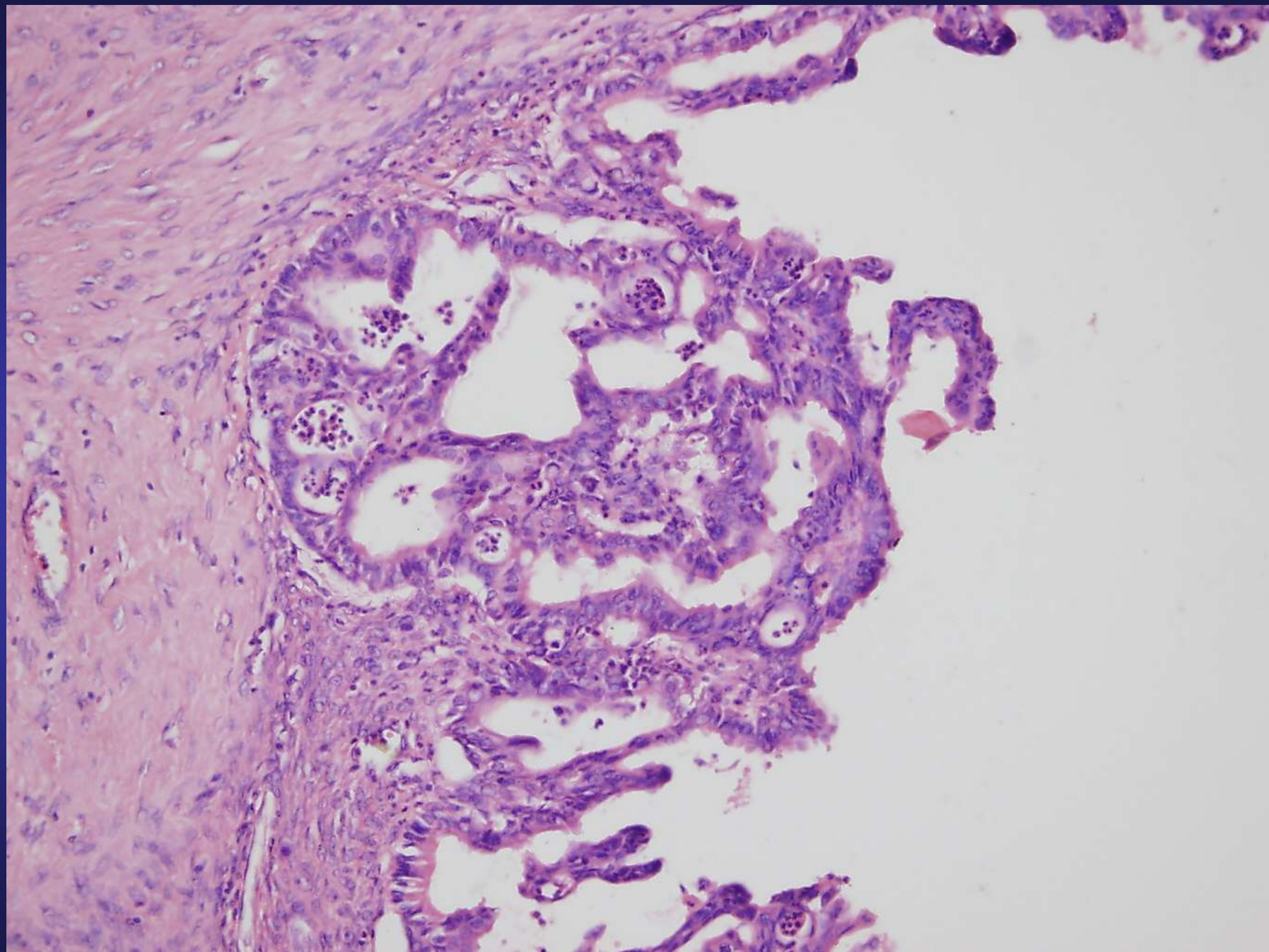
- Líquido peritoneal claro libre en cavidad de aproximadamente 300 cc.
- Tumor de ovario izquierdo de 15x10x12 cm multinodular con áreas quísticas y sólidas, con ruptura accidental de la cápsula y salida de material de aspecto mucoide grisáceo.
- Ovario derecho atrófico.
- Parametrio derecho comprometido en 1/3 interno, izquierdo comprometido hasta la pared pélvica.

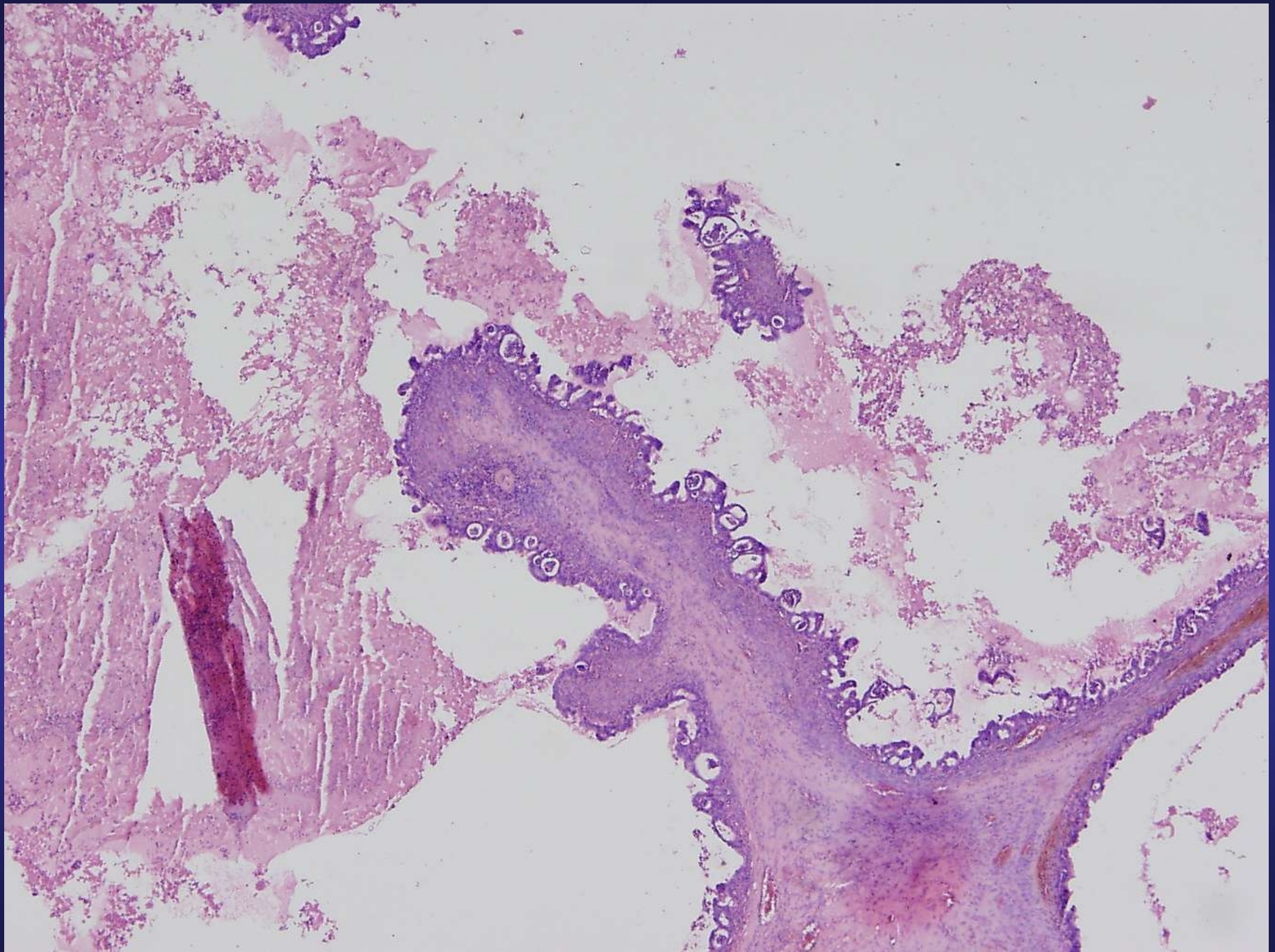


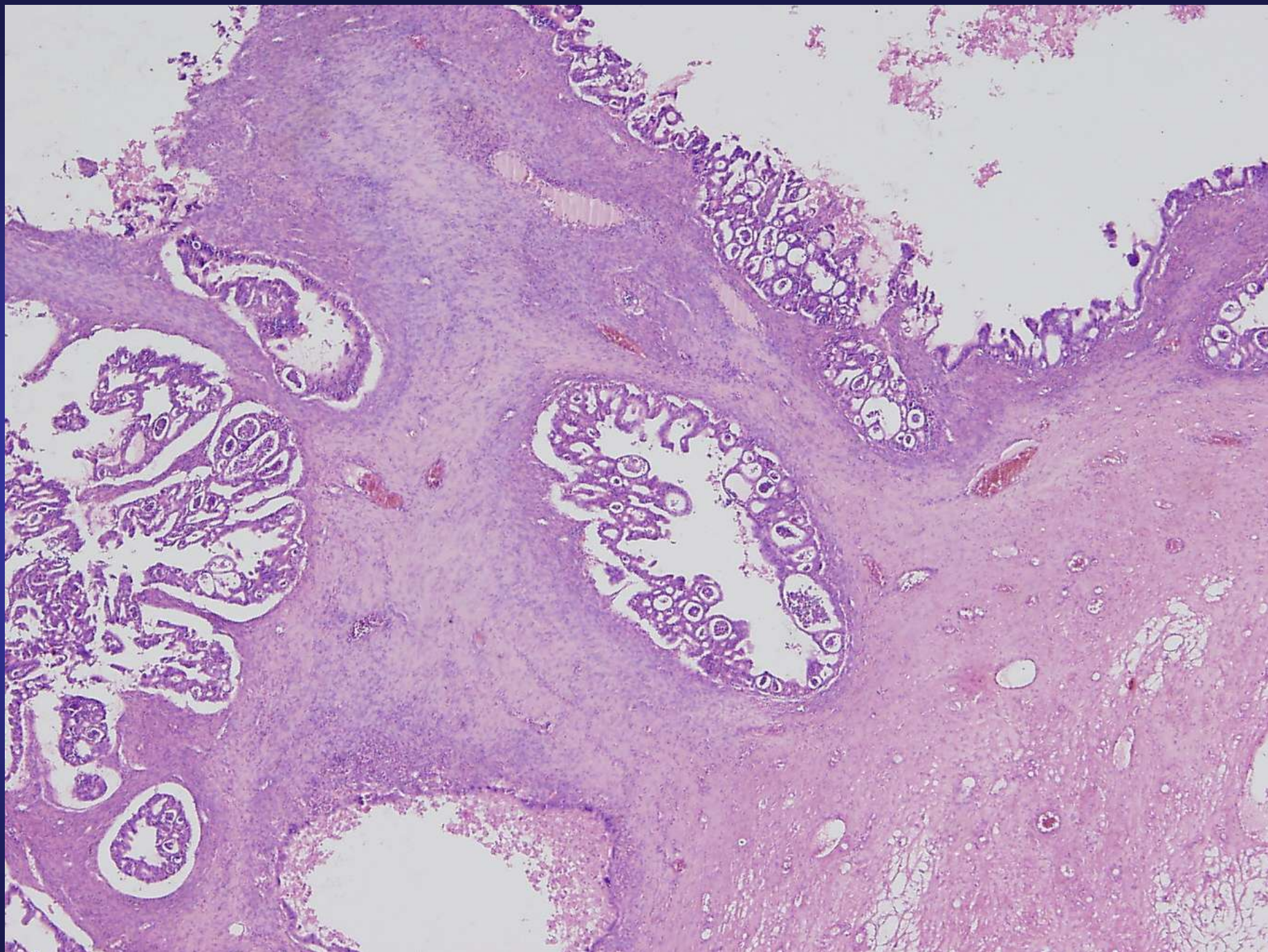
Anatomía patológica

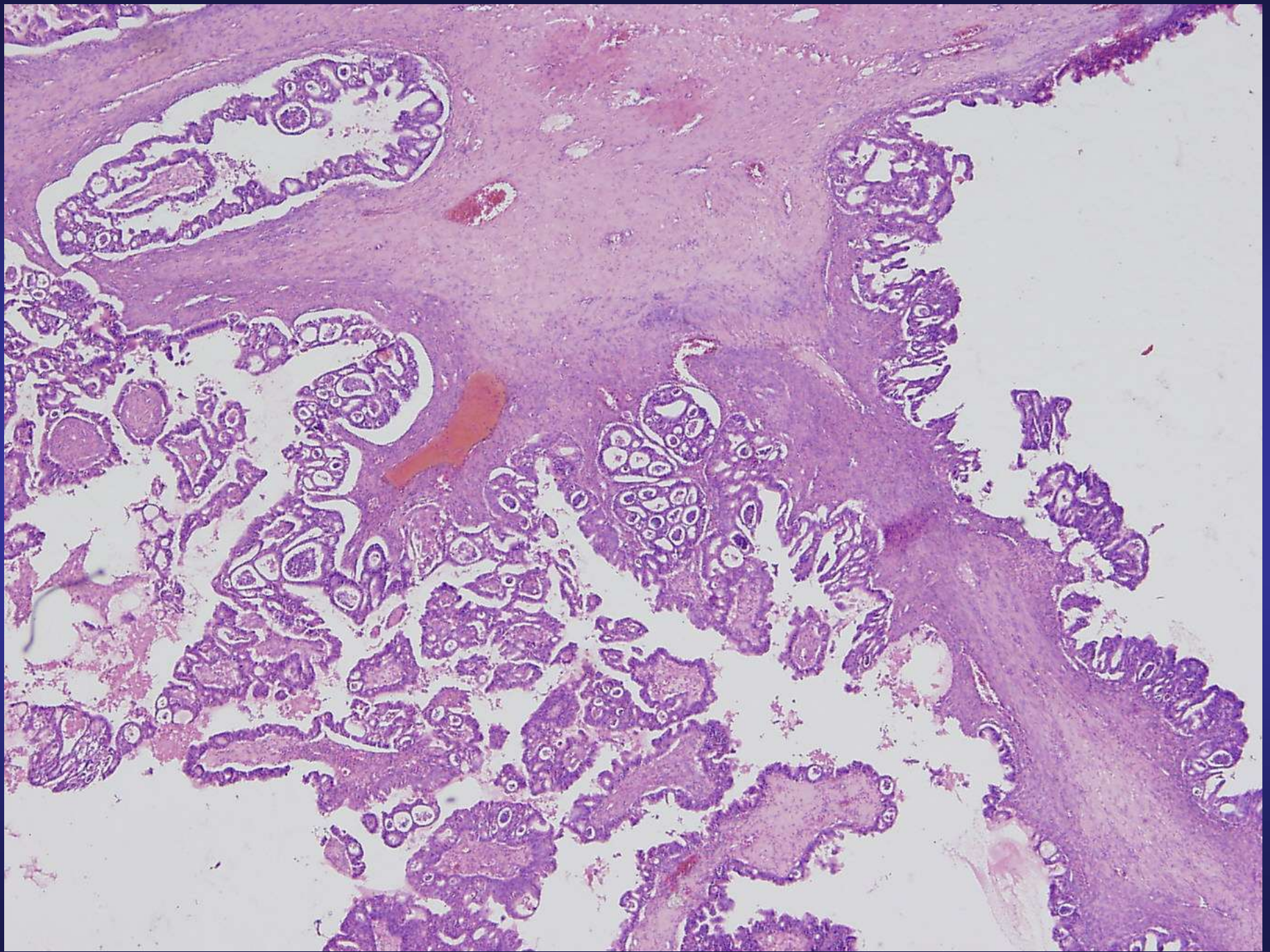
- Material referido como tumor pélvico: tumor que mide 9x7x5cm tipo ADC bien diferenciado.
- Material referido como anexo derecho e izquierdo: presencia de ADC bien diferenciado en ambos ovarios y en luces vasculares linfáticas de las capas serosas de las trompas uterinas.
- Citología Se observan células de aspecto glandular presentando características de malignidad.

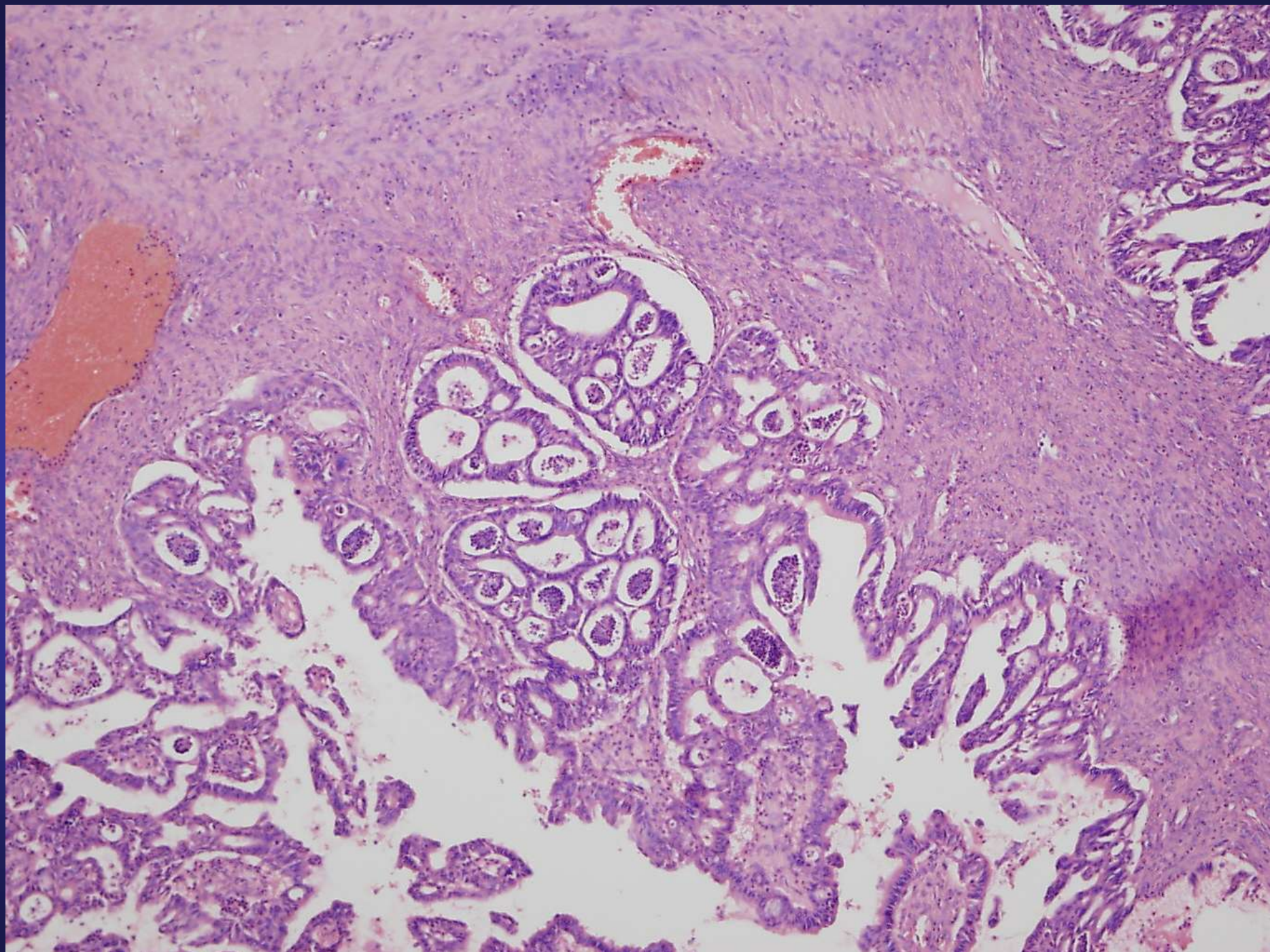


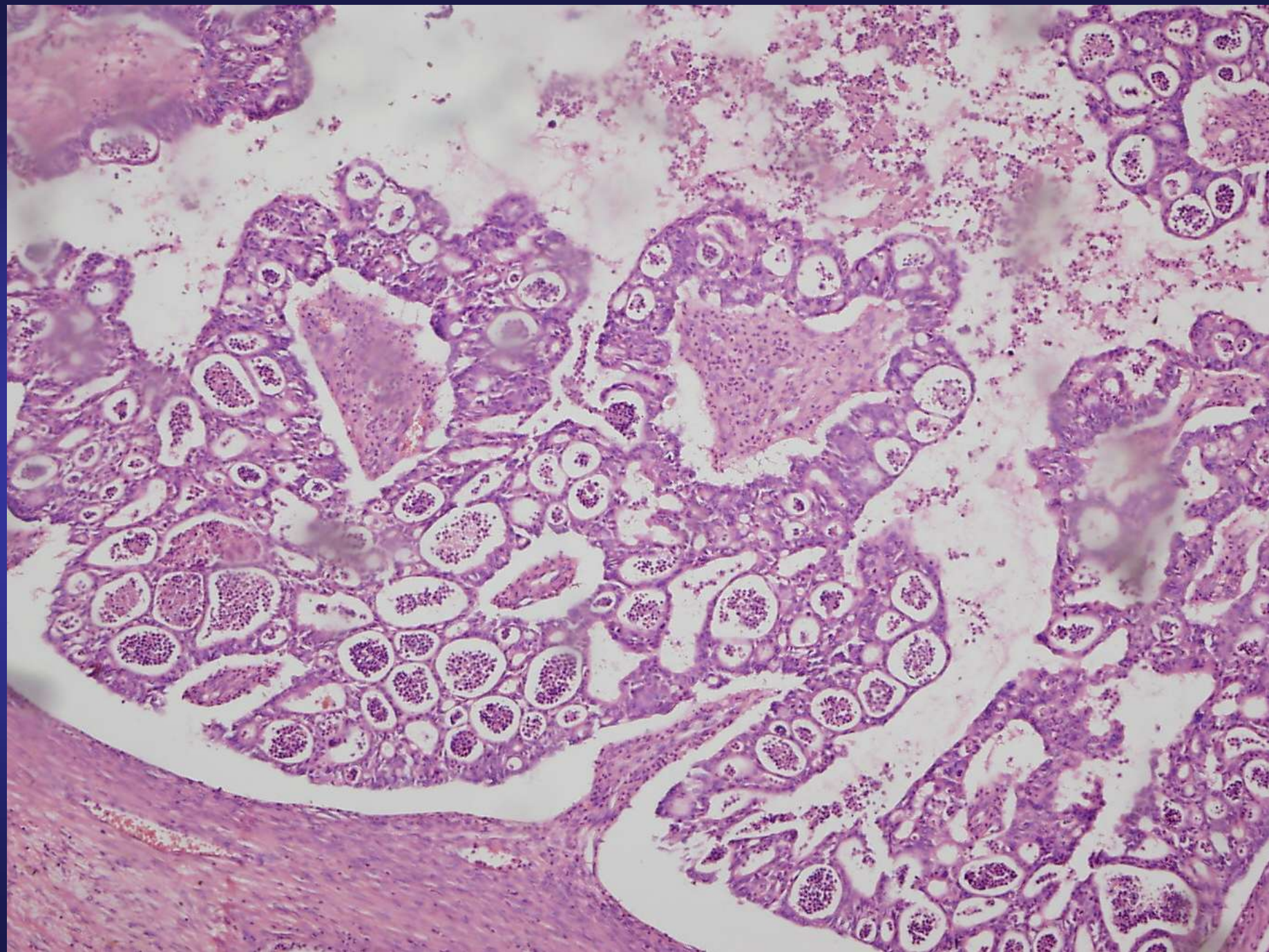


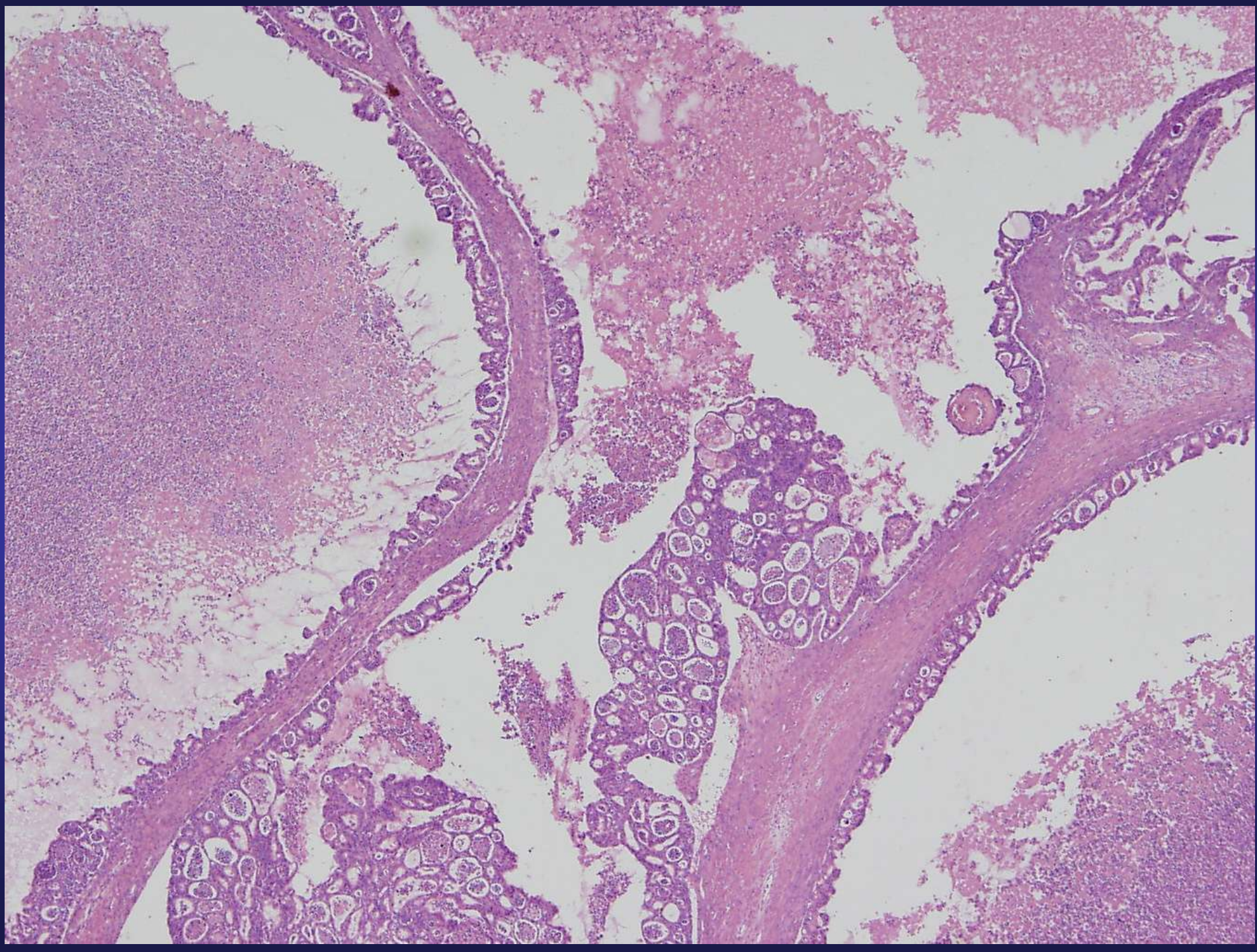


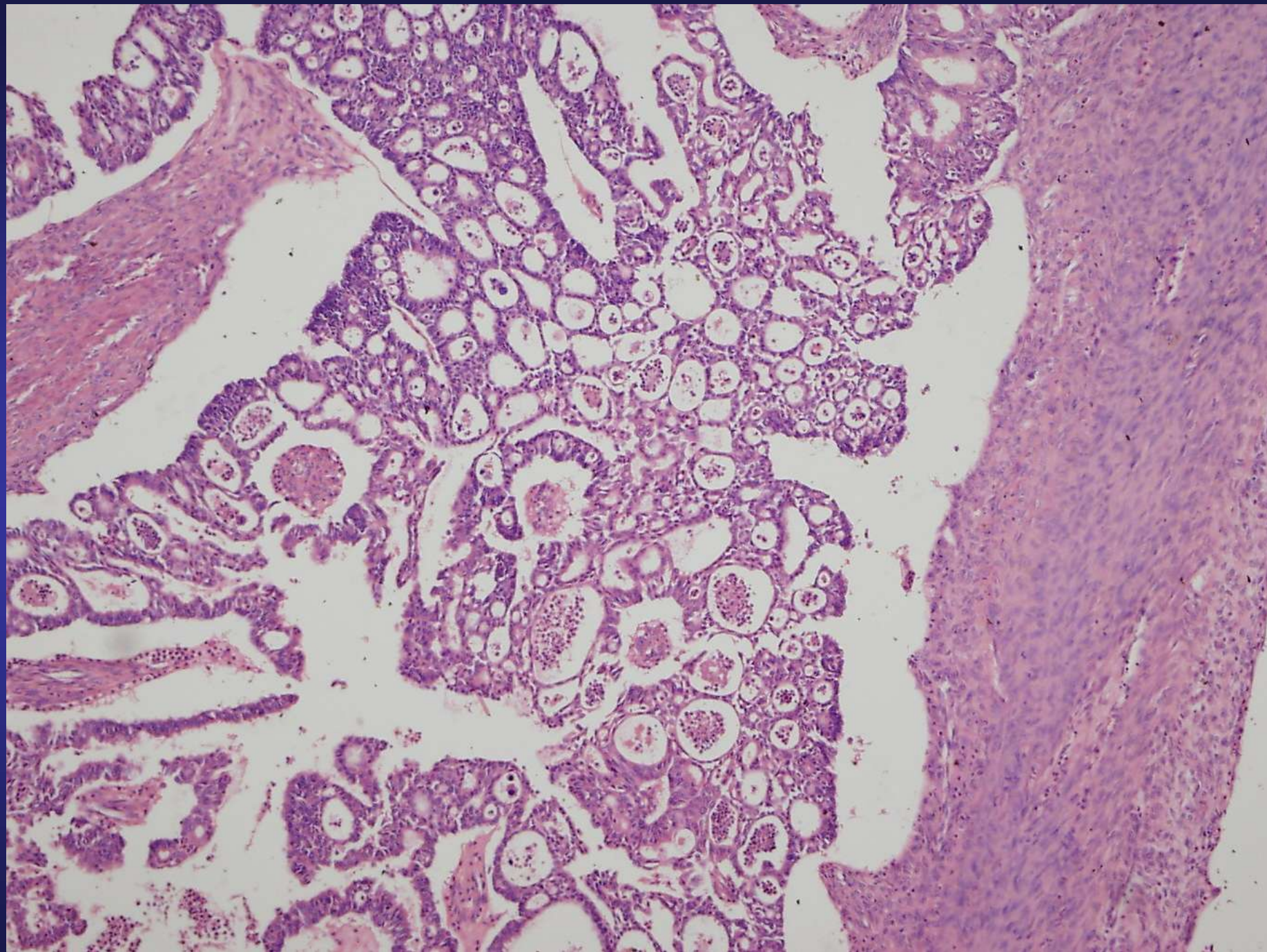


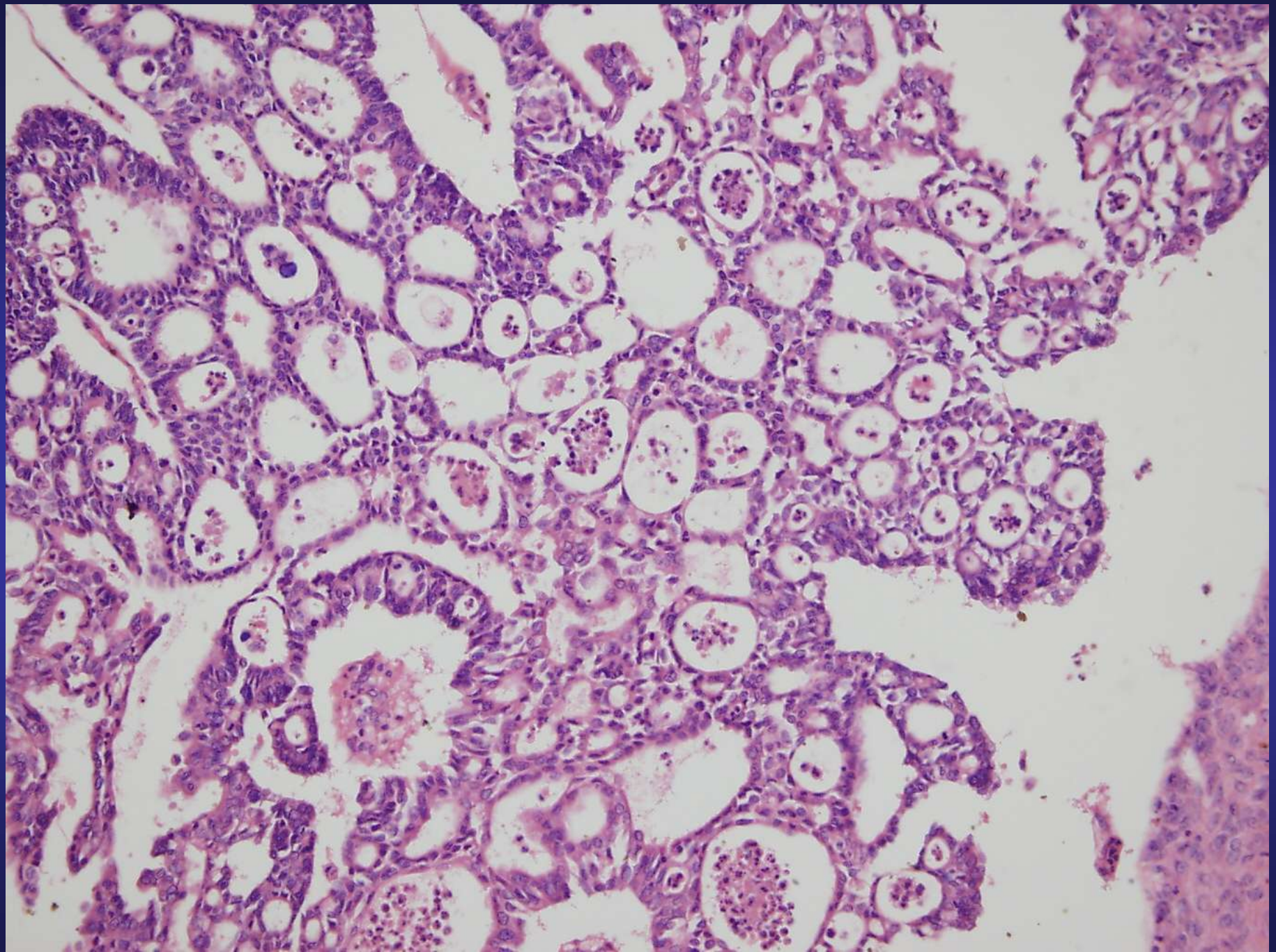


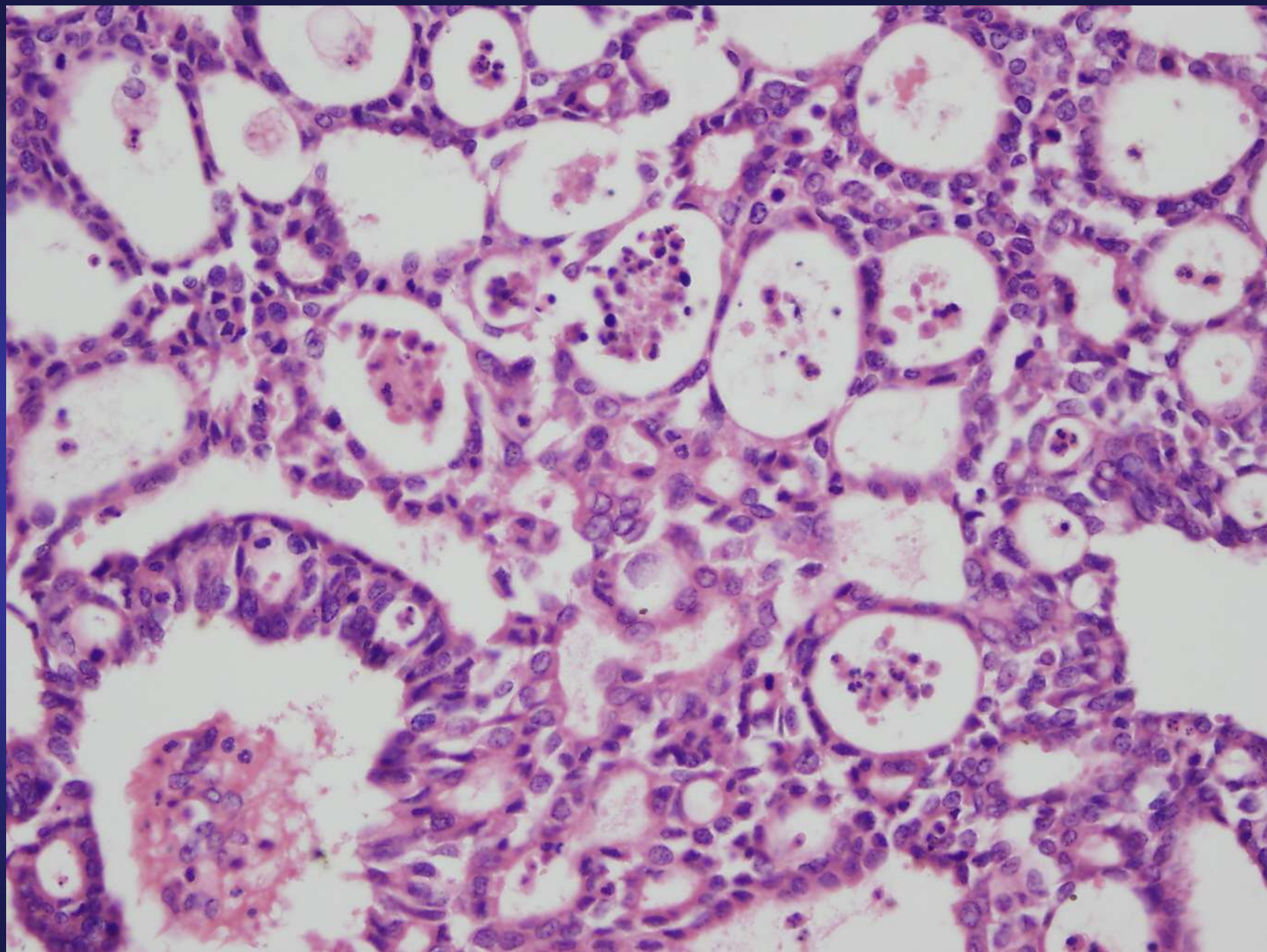


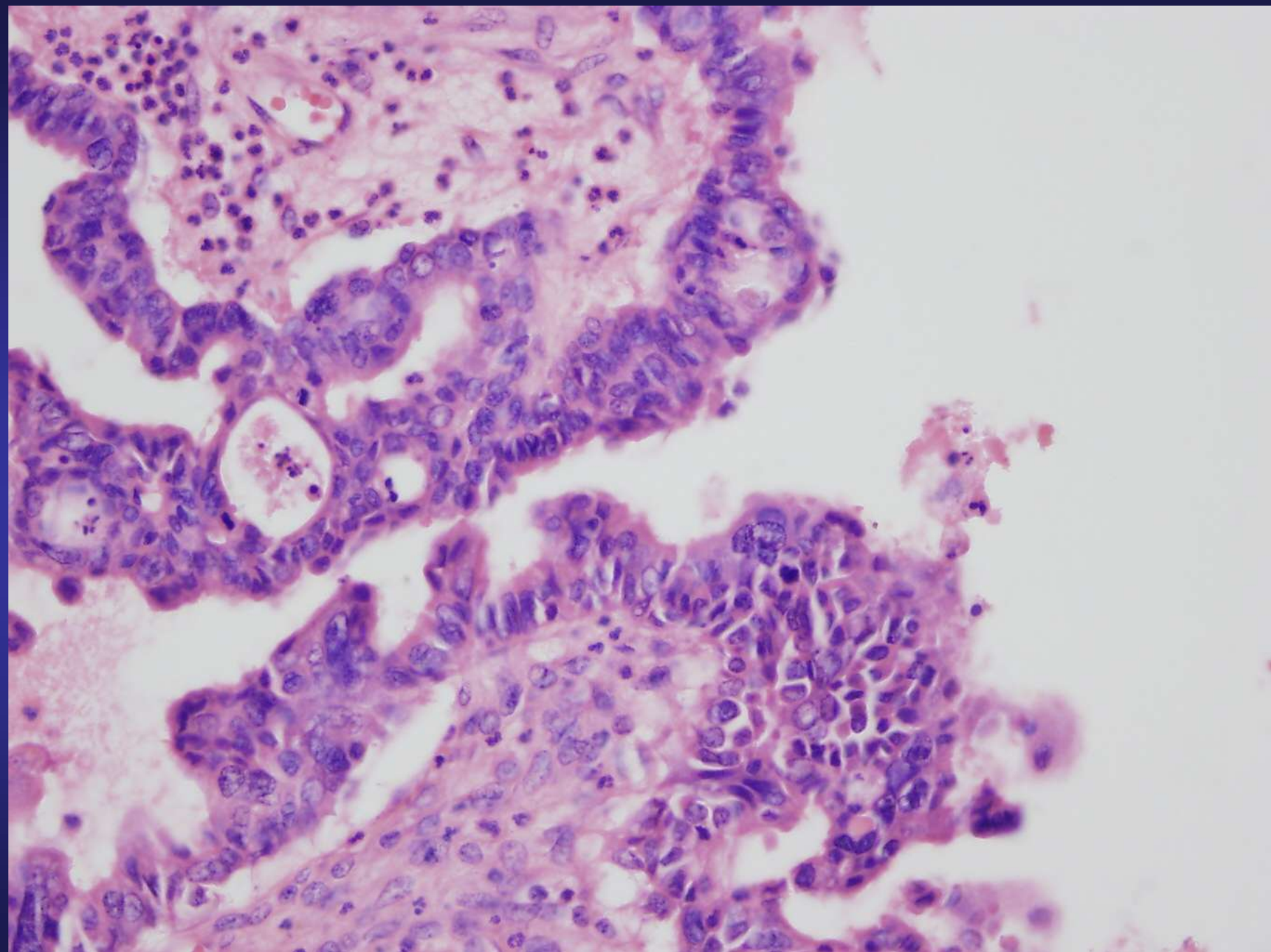


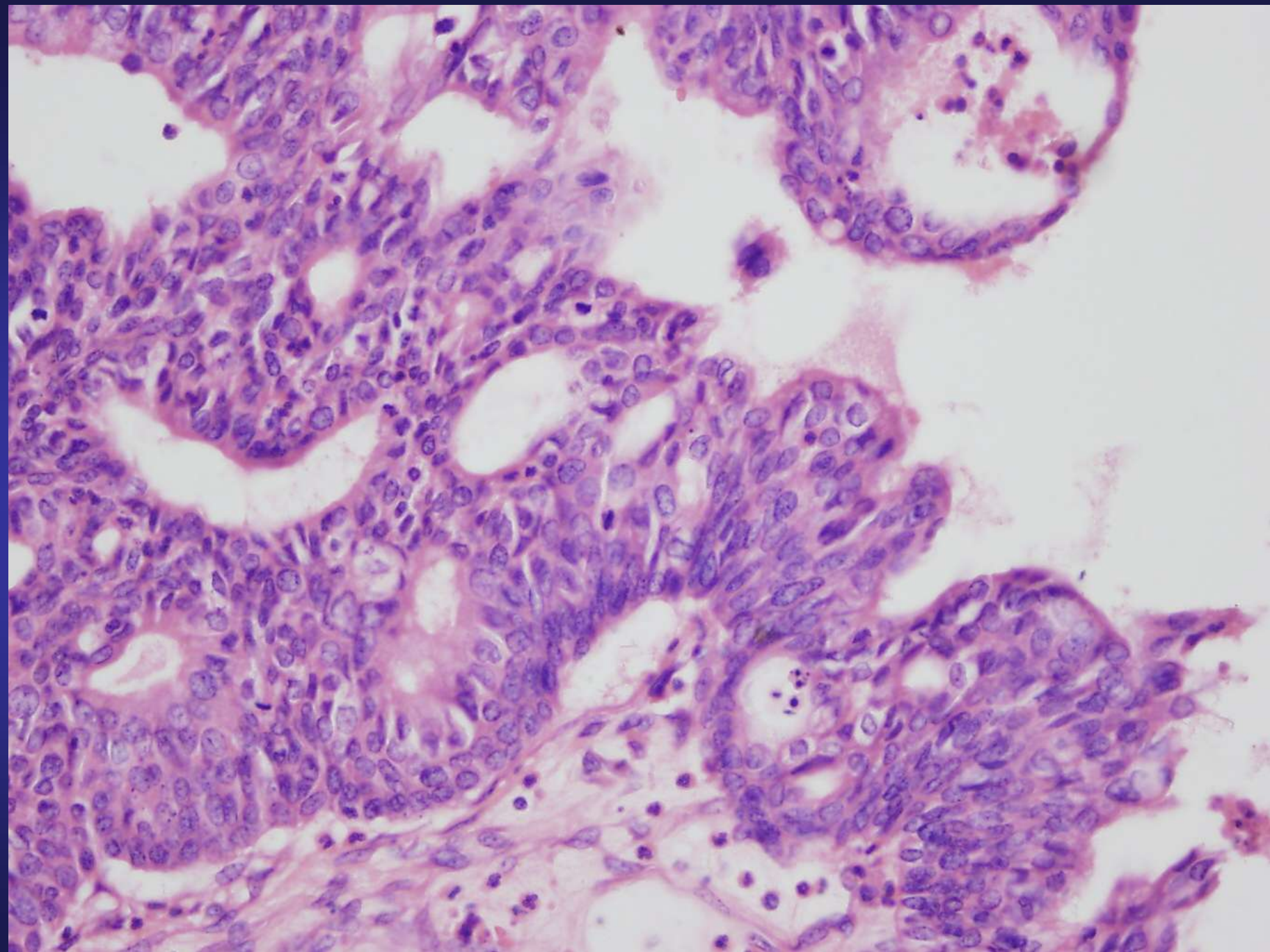


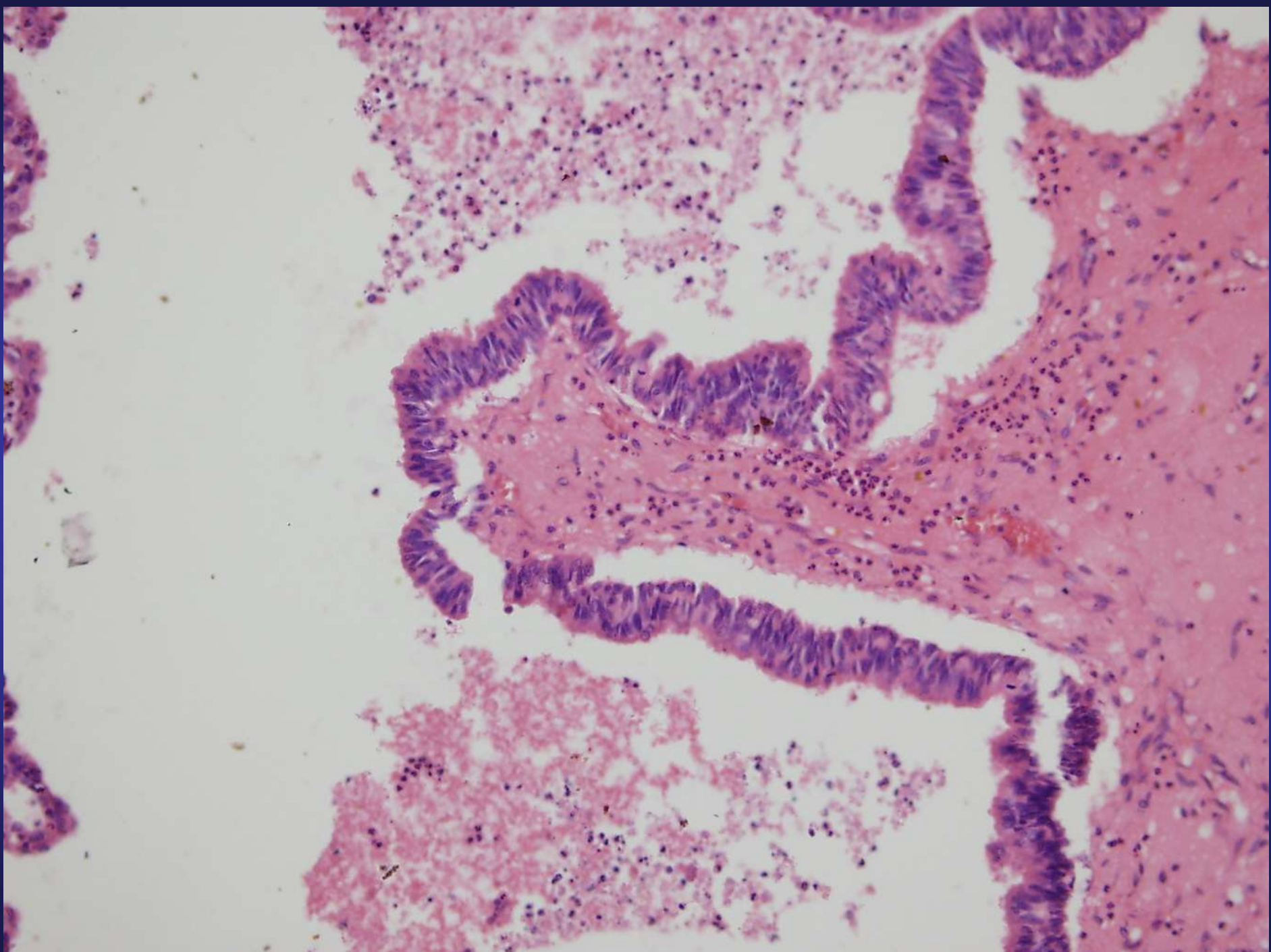


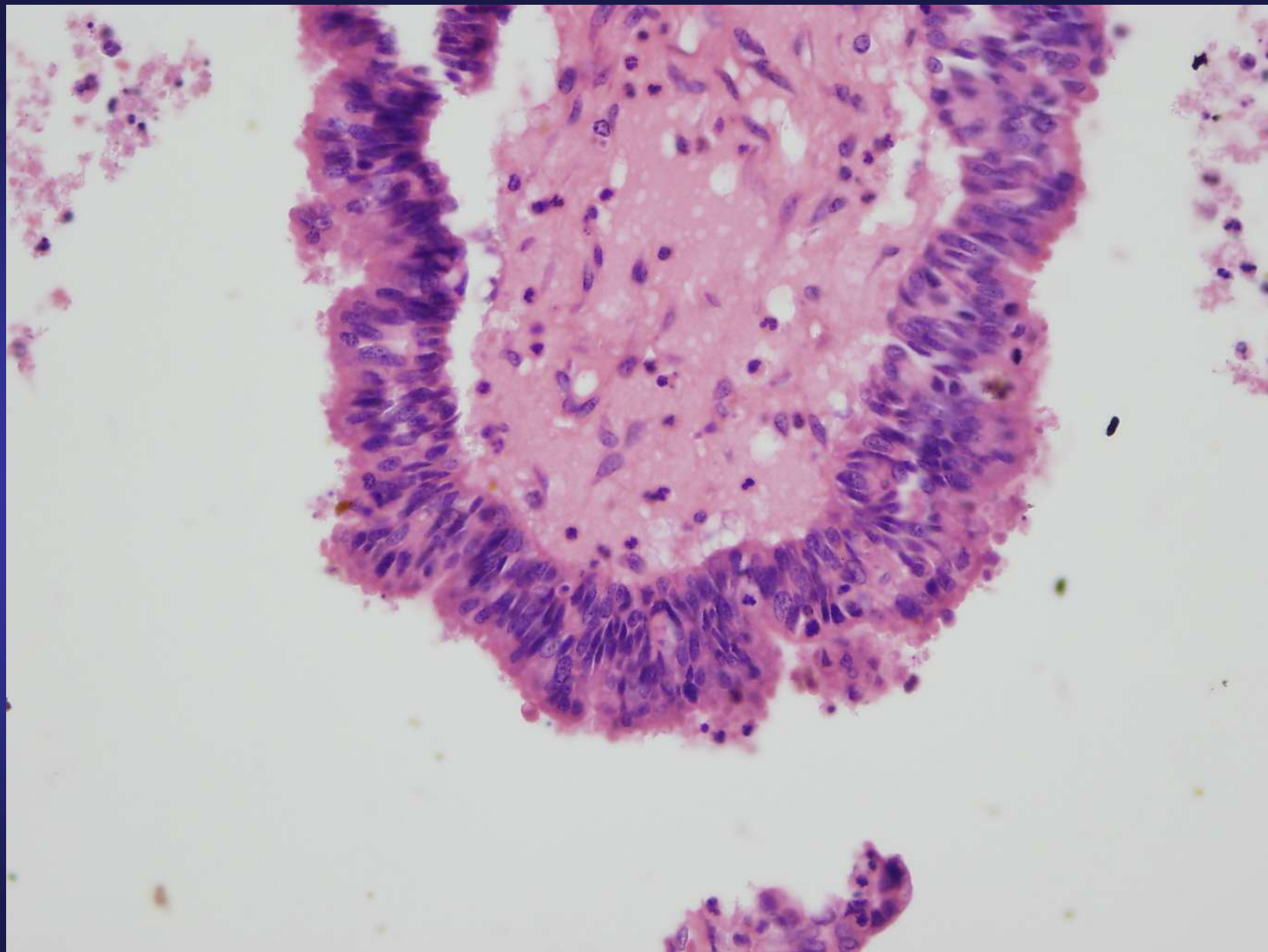


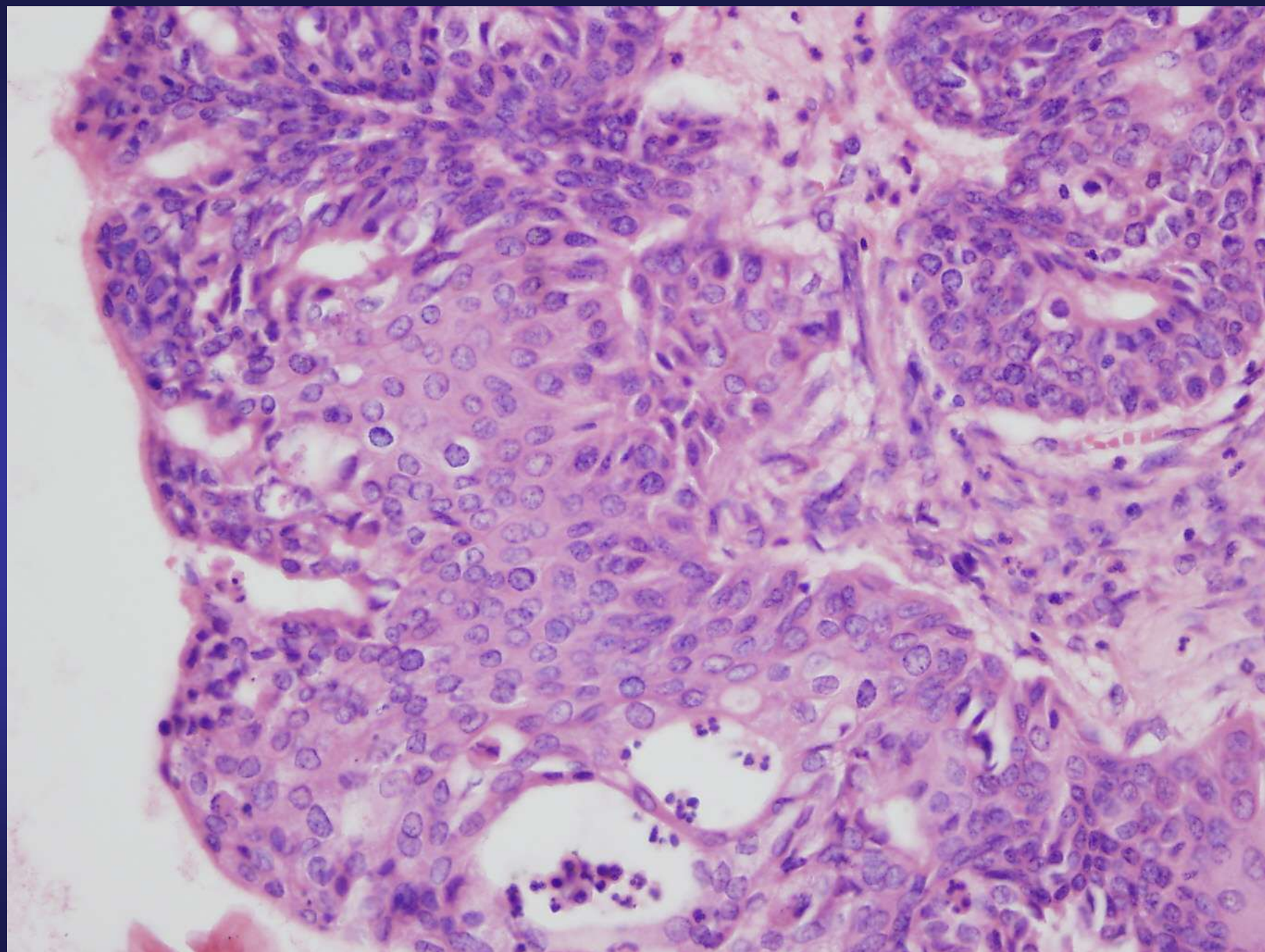


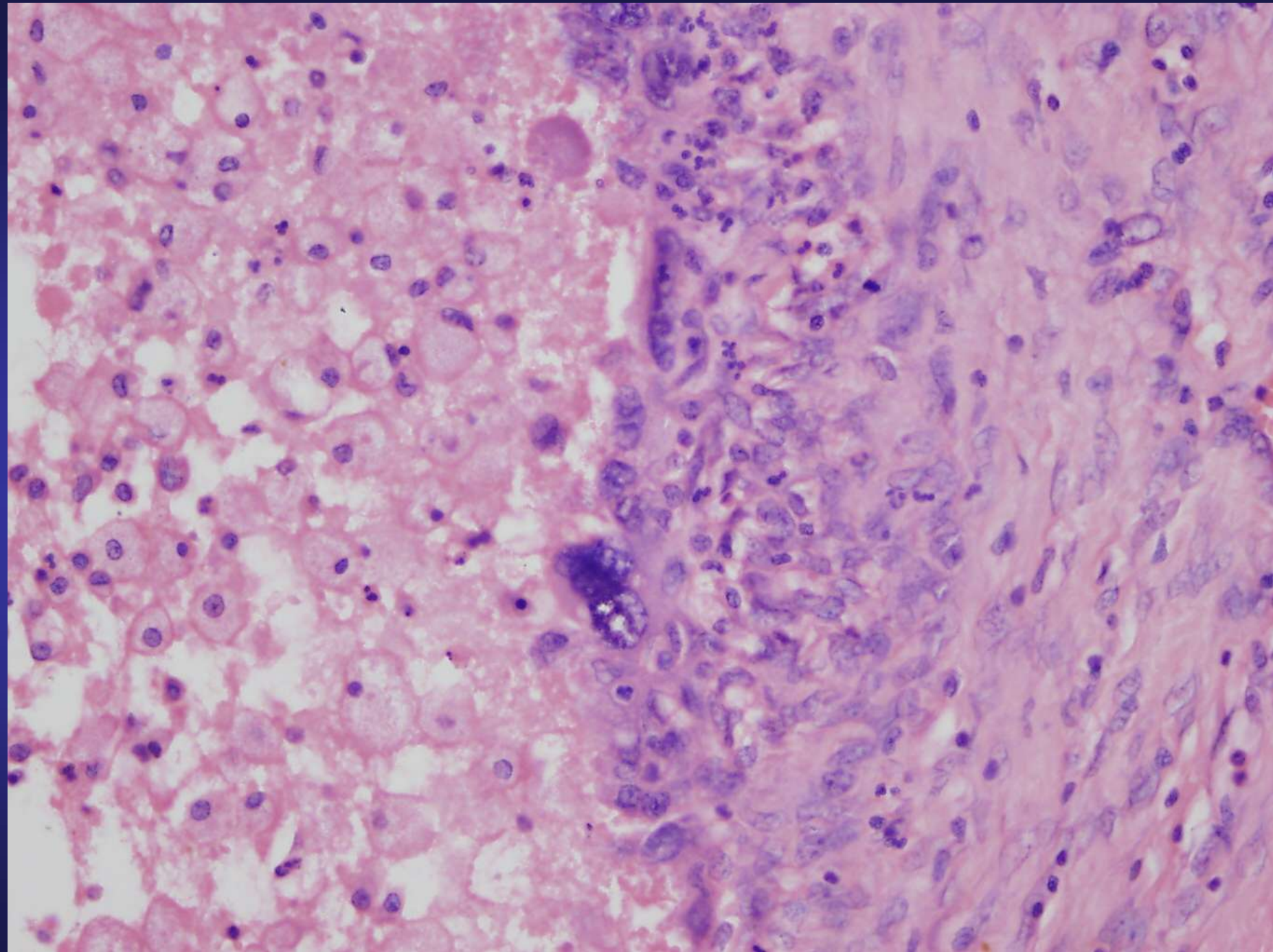


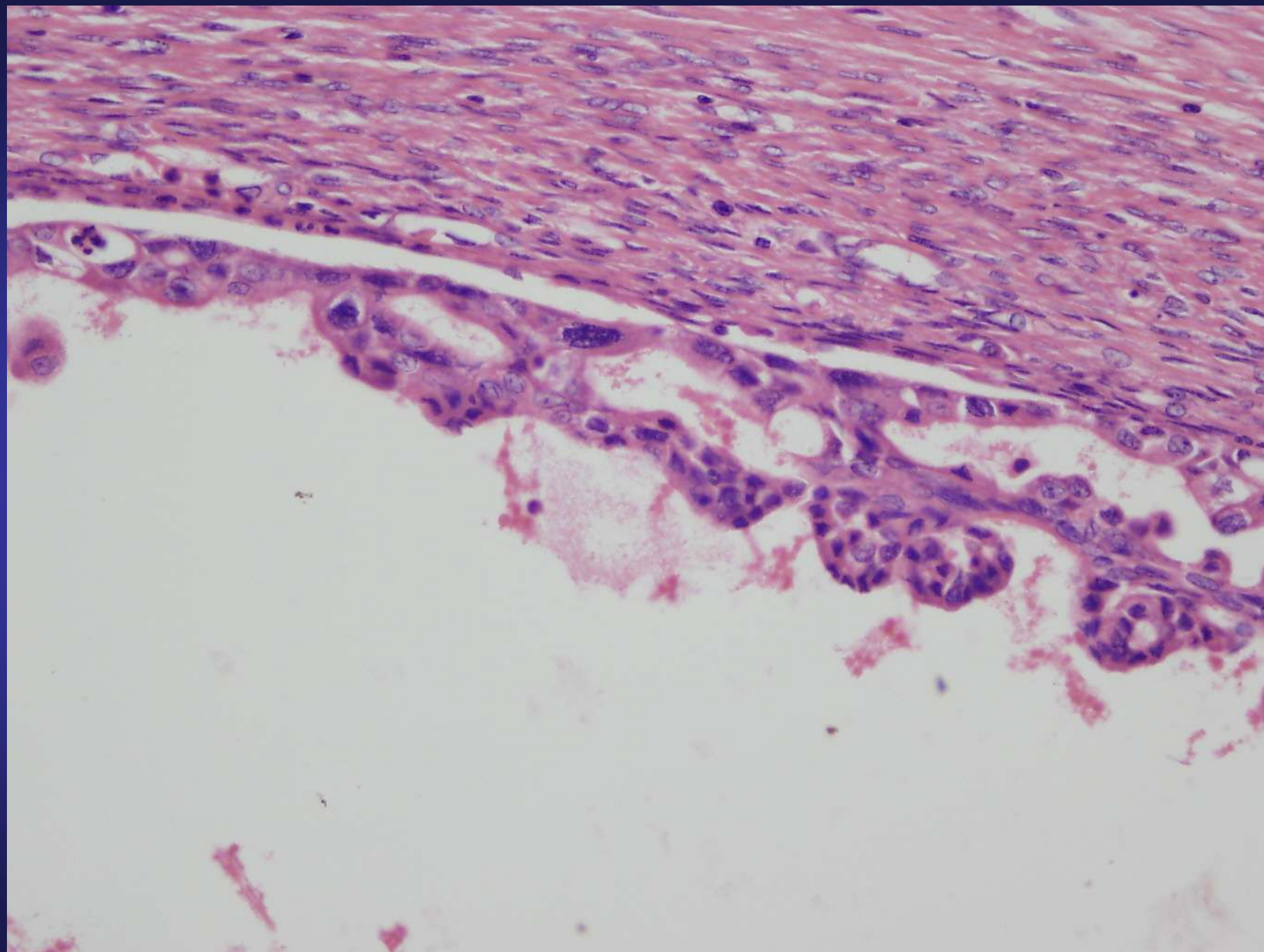


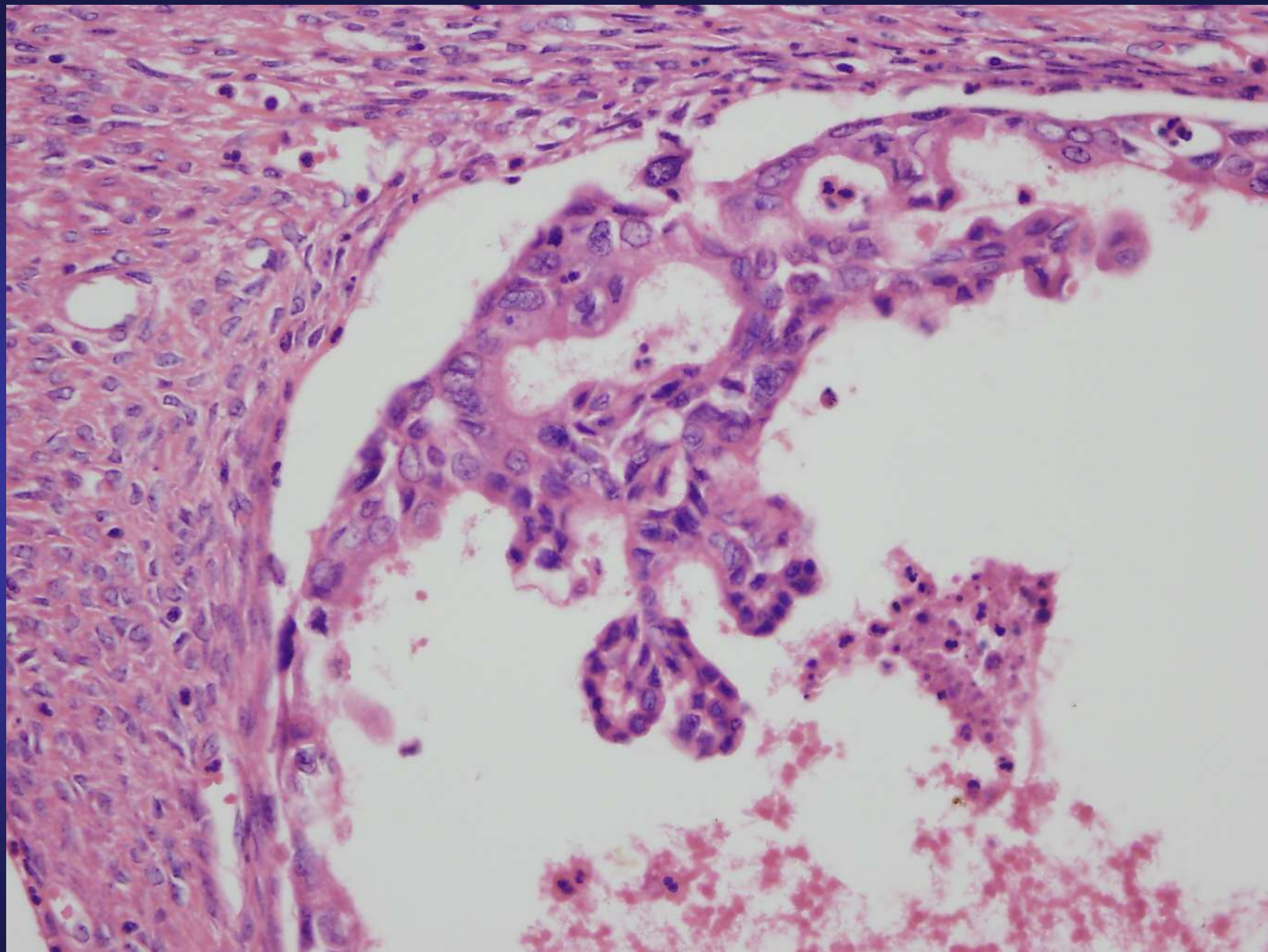


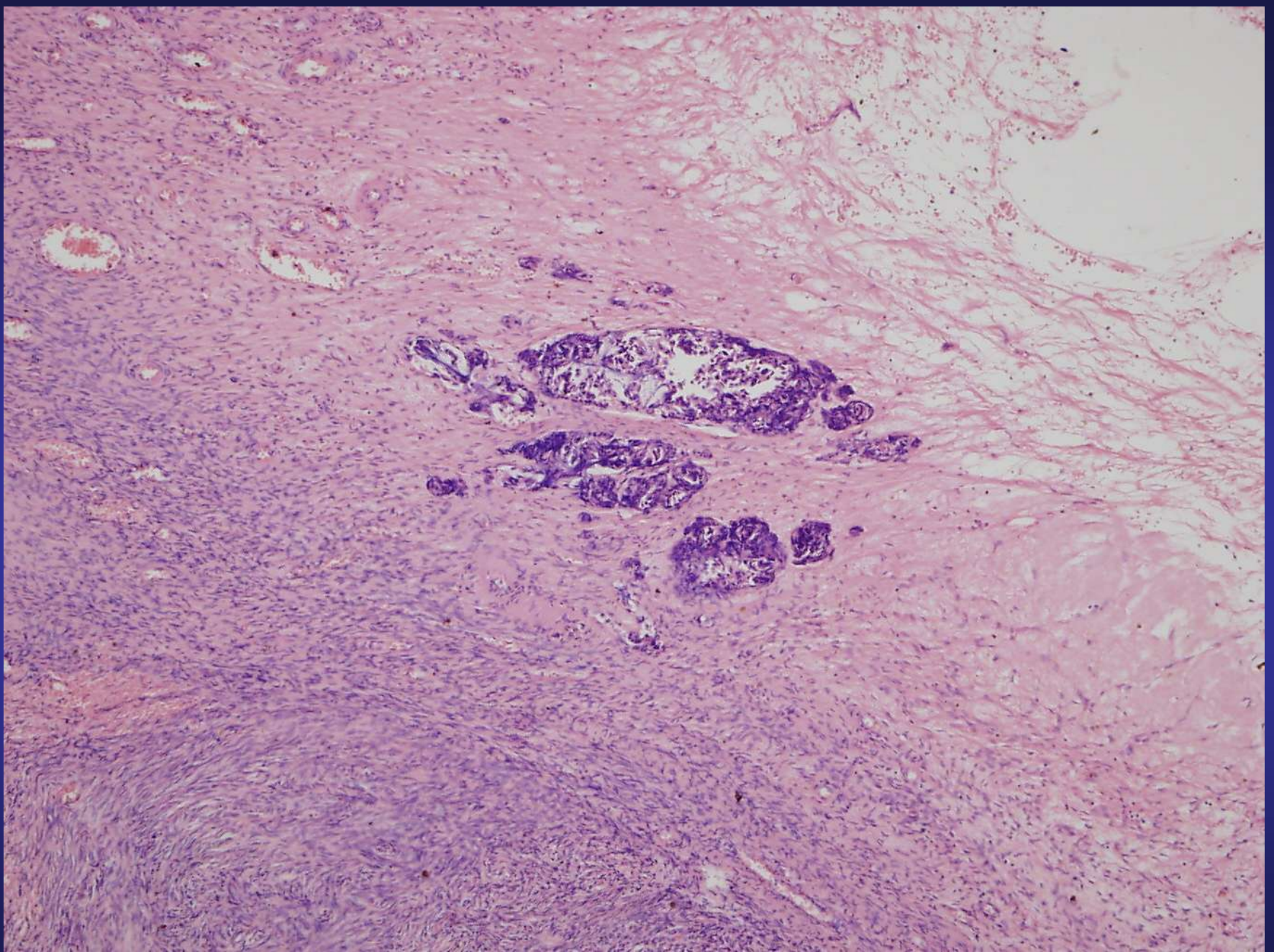












Ovario derecho

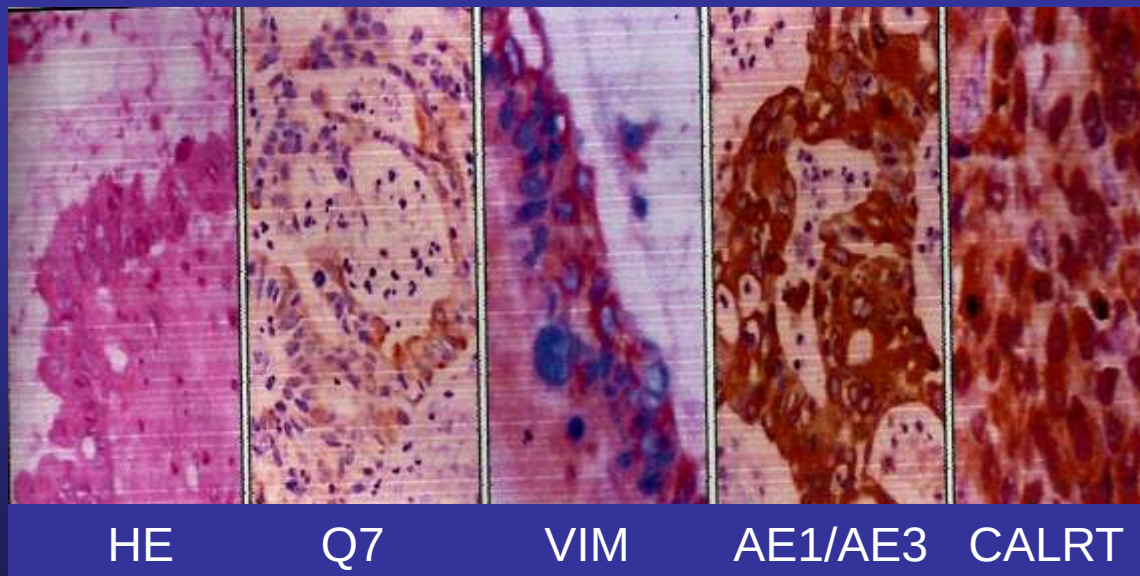
Inmunohistoquímica

Muestra de tumor pélvico

RE, RP, QAE1/AE3, Q7, Q20, Vimentina, WT1 y Calretinina.

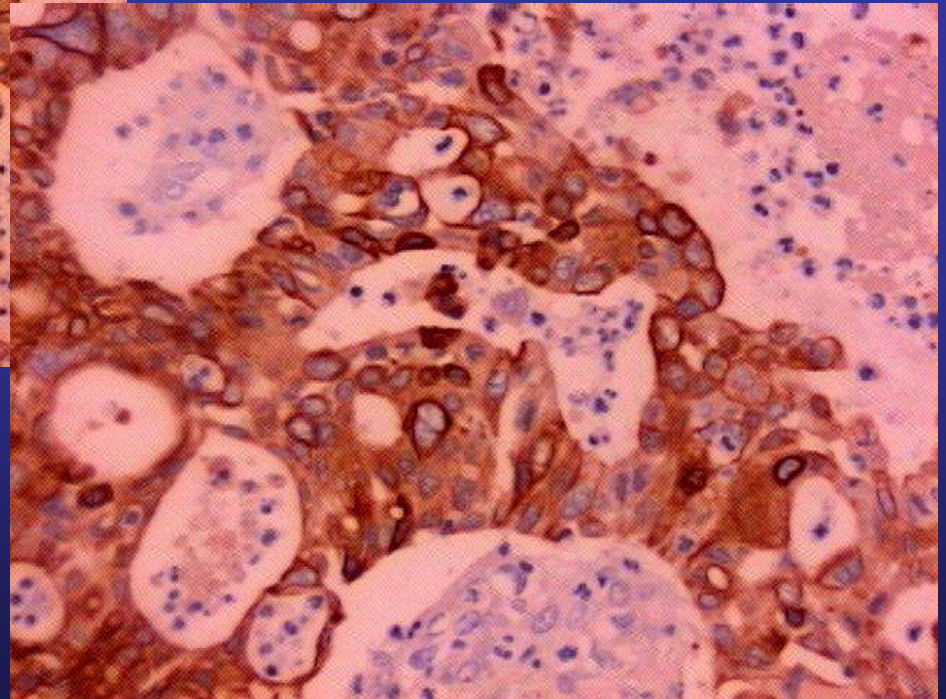
Positivo para: QAE1/AE3, Q7, focalmente con Vimentina y los núcleos con Calretinina.

Negativo para: RE, RP, Q20, WT1.

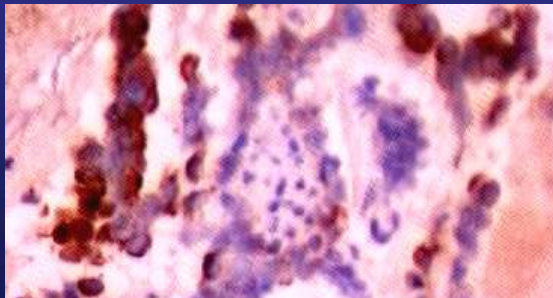
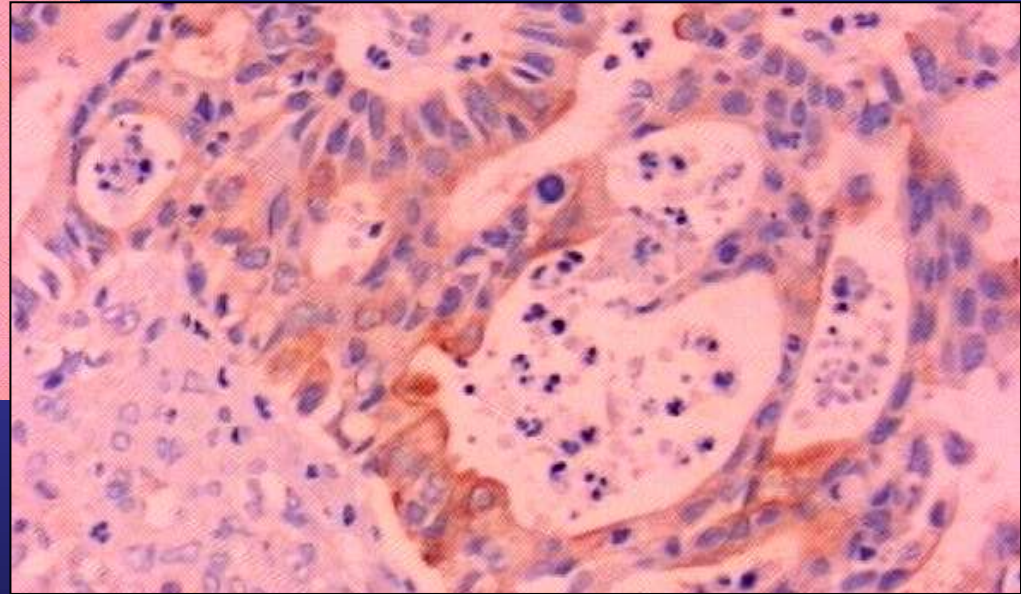
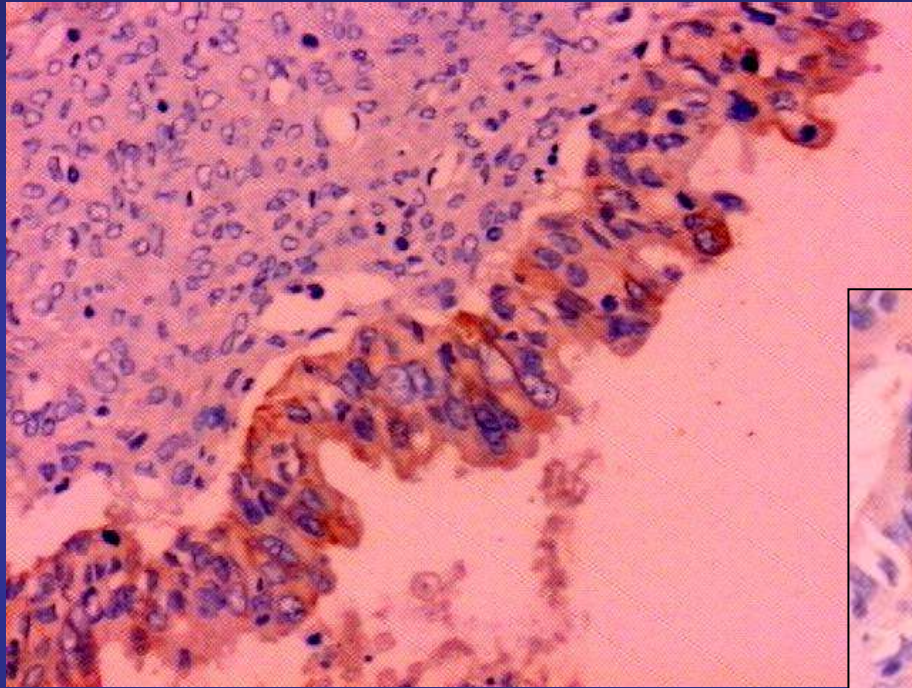


MESOTELIOMA MALIGNO

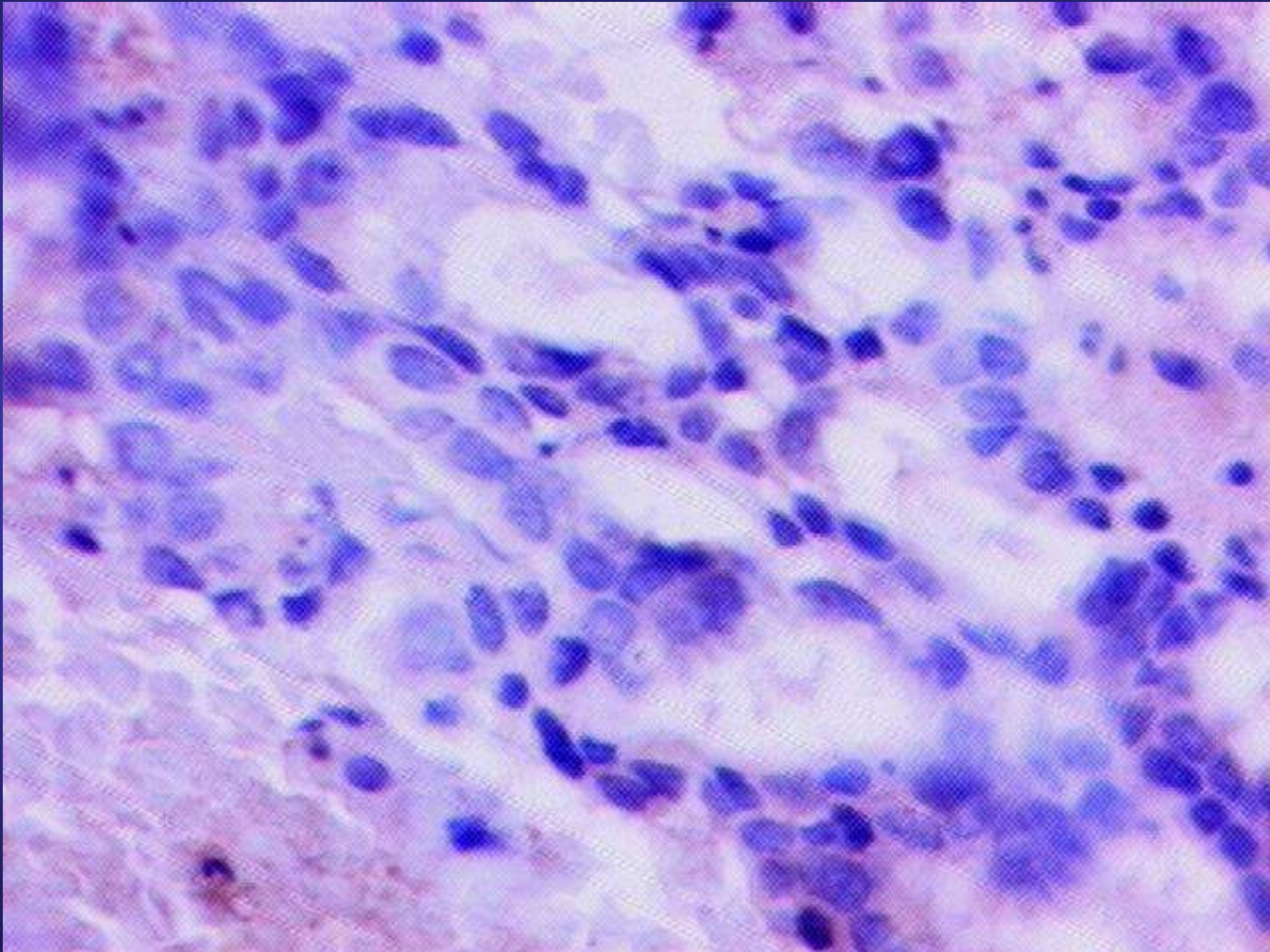
AE1-AE3



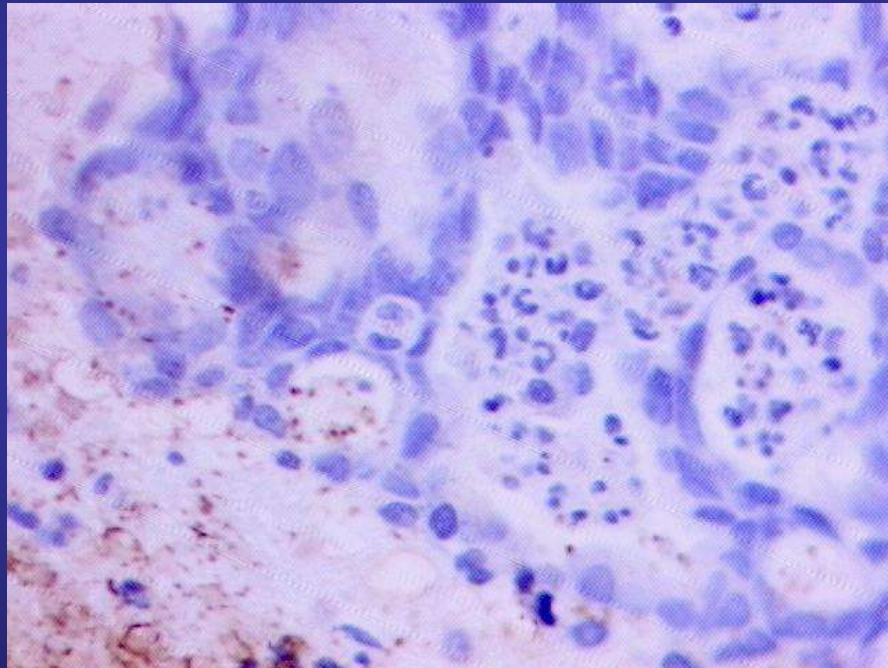
Q7



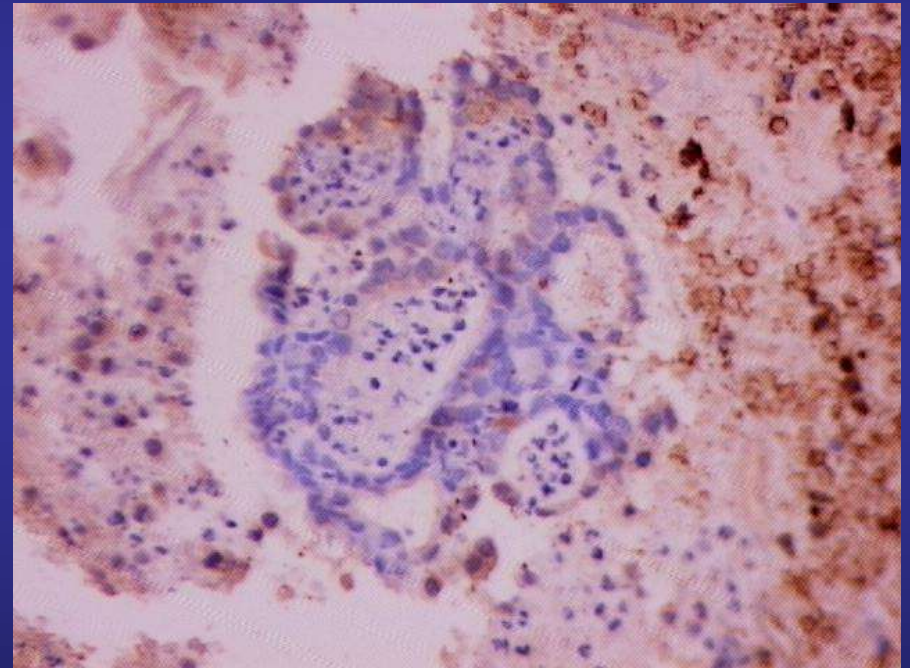
WT1



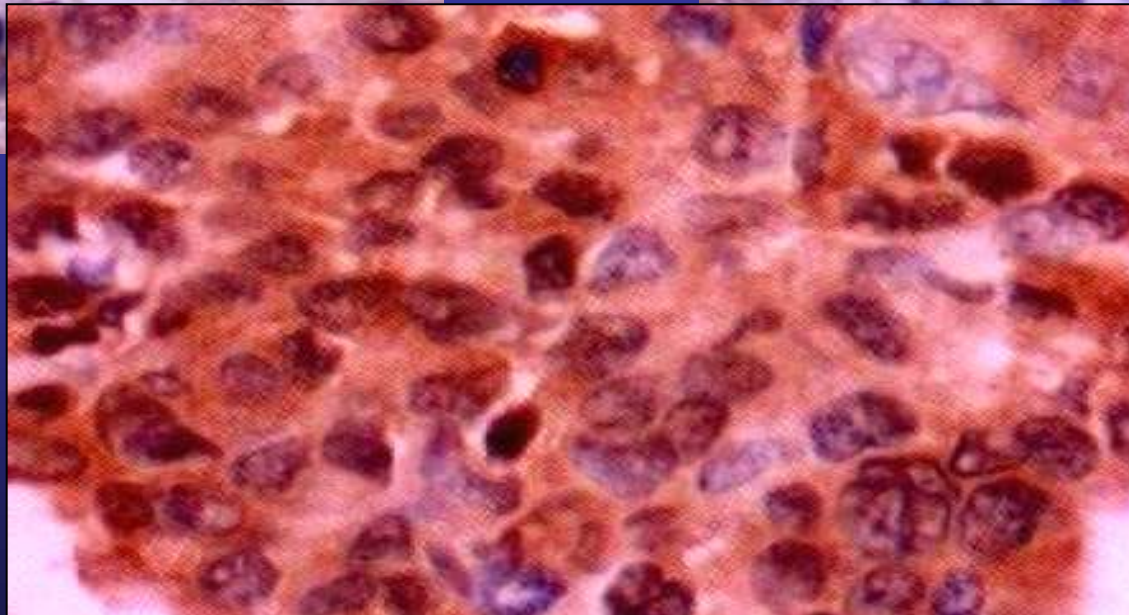
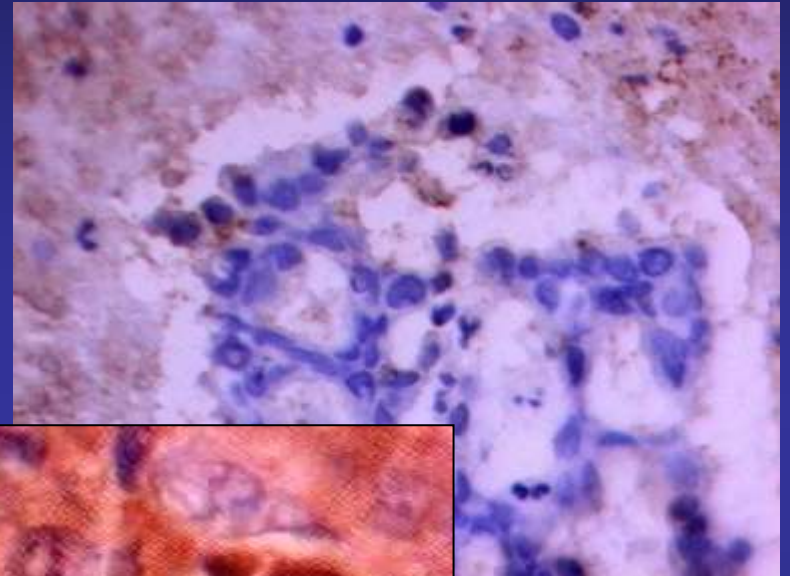
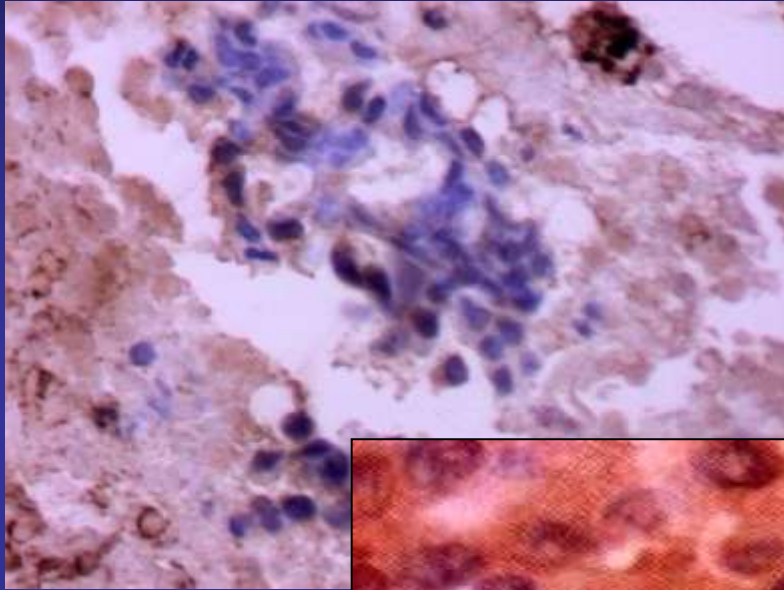
RE



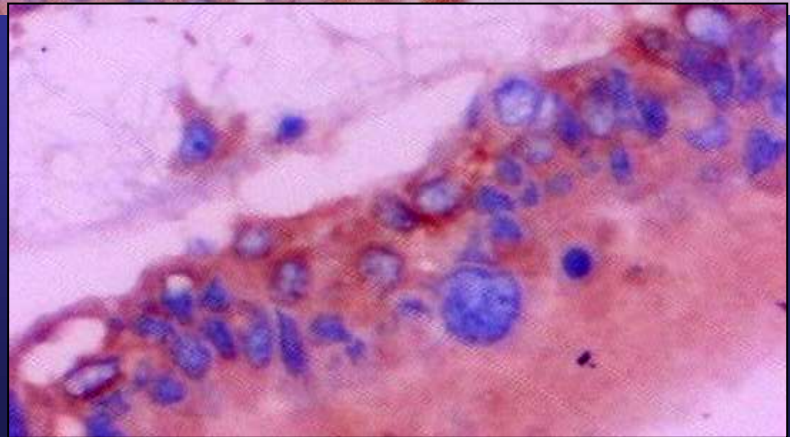
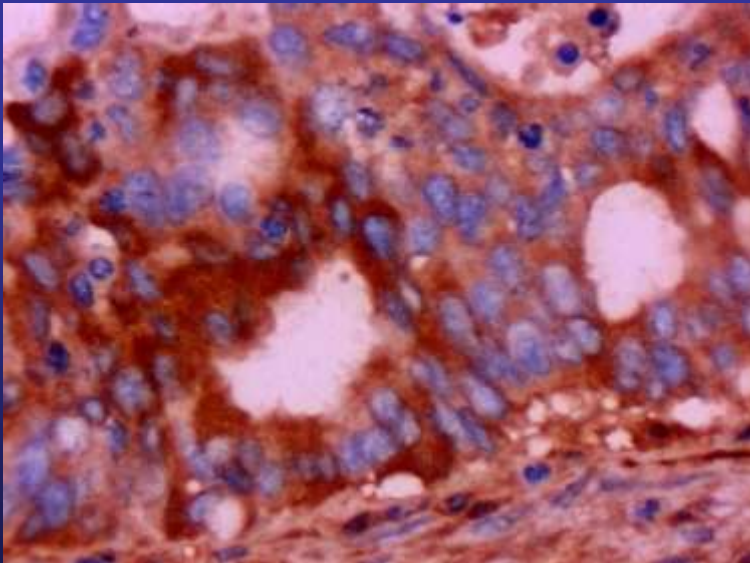
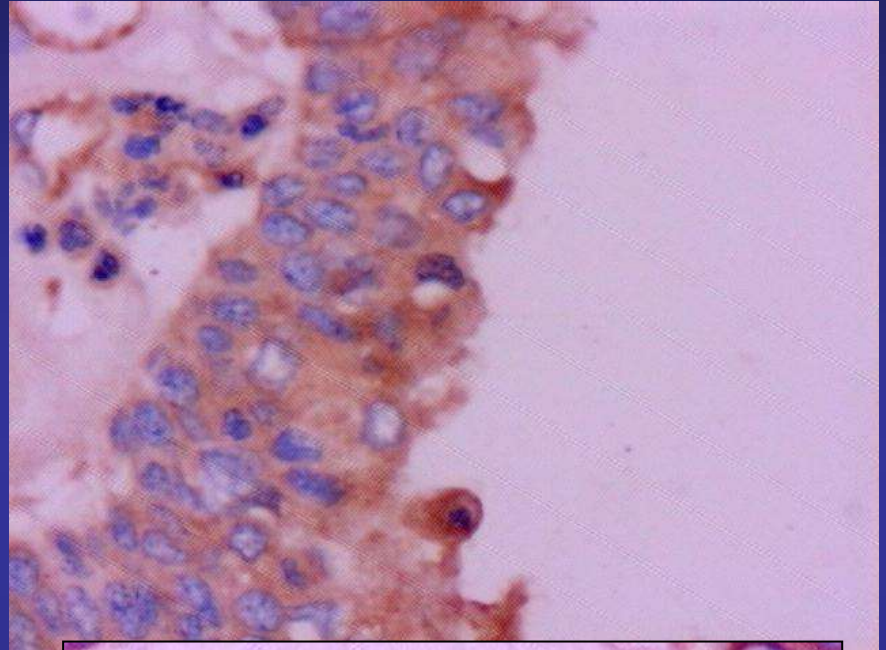
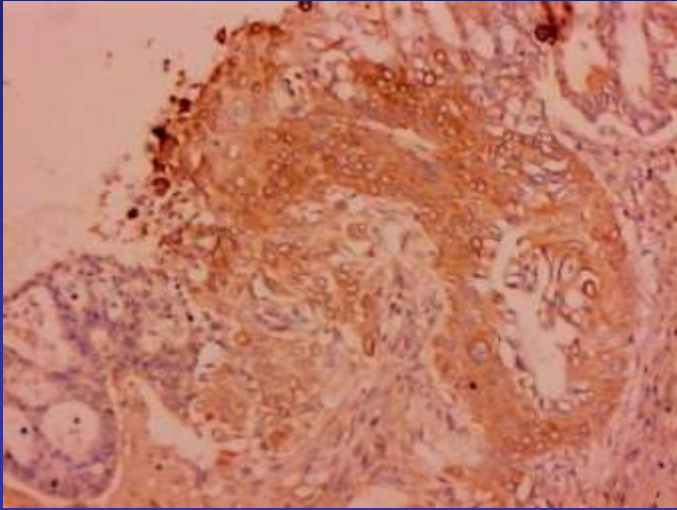
RP



Calretinina



Vimentina



Referida al Instituto Oncológico

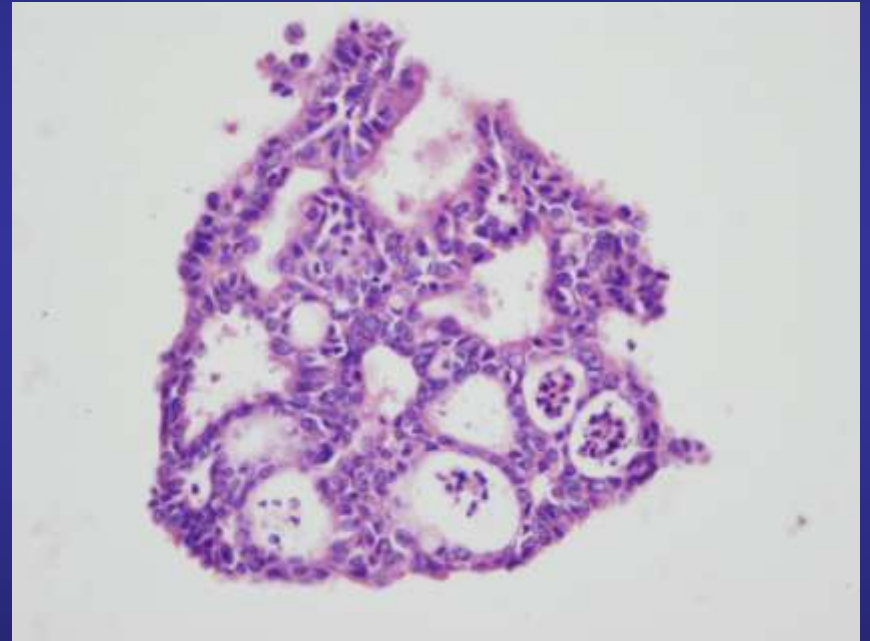
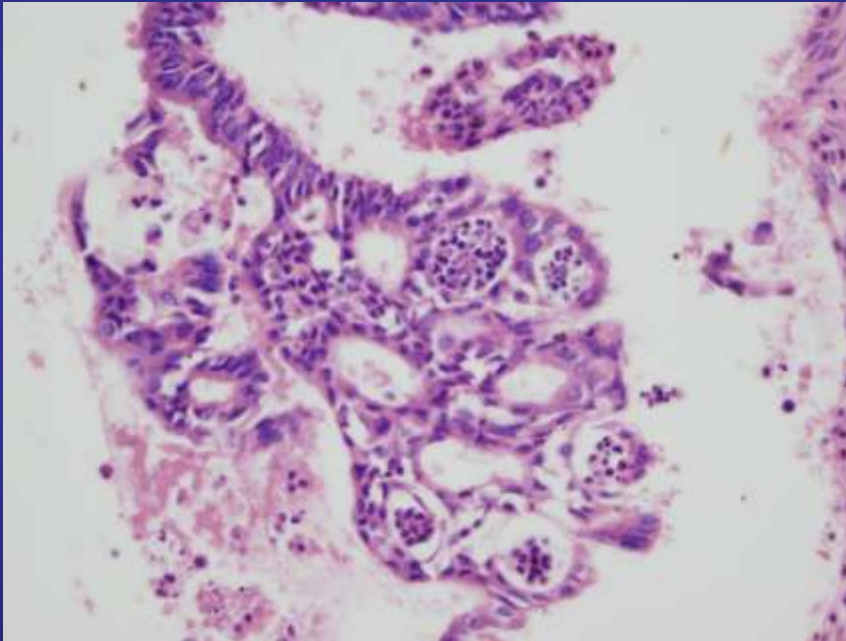
10-2010

- Llega al Servicio de Oncología Médica
- Examen clínico y ginecológico:
 - LESIÓN EXOFÍTICA EN CUELLO UTERINO, INFILTRACIÓN DE FONDO DE SACO POSTERIOR Y DE AMBOS PARAMETRIOS HASTA PARED PÉLVICA.
- Biopsia
- TAC



Engrosamiento de cuello uterino, que mide en su diámetro antero-posterior 45 mm y en el transversal 53 mm.

Biopsia de cuello uterino



Planteamiento

Servicio de Oncología Médica

MESOTELIOMA MALIGNO PRIMARIO DEL
OVARIO CON METASTASIS A CUELLO
UTERINO ST IIC

Reunión de discusión de casos

Servicio de Anatomía Patológica

- Nueva inmuno de lesión cervical
- Referencia completa
- Hablamos con patólogo (Dr. JGT)
- Resultados de IHQ iguales
- Diagnóstico definitivo:

**Adenocarcinoma mesonéfrico
del cuello uterino**

Adenocarcinomas primarios del cuello uterino

- Adenocarcinoma mucinoso
 - Endocervical
 - Intestinal (enteroide)
 - Células en anillo de sello
 - Desviación mínima
 - Villoglandular
- Adenocarcinoma endometrioide
- Adenocarcinoma de células claras
- Adenocarcinoma seroso
- **Adenocarcinoma mesonéfrico**

Tavassoli FA, Devilee P (eds). World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press: Lyon 2003.

Adenocarcinoma mesonéfrico

- Deriva de restos mesonéfricos
- Se localizan más frecuentemente en las paredes lateral y posterior del cérvix.
- La edad media de presentación es de 52 años (rango, 33-74 años).
- Suelen manifestarse como lesiones exofíticas.
- El pronóstico depende del estadio de presentación del tumor.

- Hardisson Hernández D. Carcinoma de cérvix. Tipos histológicos y factores pronósticos. X Congreso Virtual Hispanoamericano de AP, 2009.

- Wani Y et al. Int J Gynecol Pathol. 2008;27(3):346-52.

- Fukunaga M et al. Pathol Res Pract. 2008;204(9):671-6.

Adenocarcinoma mesonéfrico

- Histológicamente, están compuestos por glándulas de morfología tubular revestidas por células epiteliales cuboideas sin producción de mucina.
- Las glándulas contienen una secreción eosinófila.
- Patrones variados: endometriode, sólido, papilar, ductal, retiforme, pequeños túbulos, cribiforme y glomeruloide.
- Puede haber componente fusiforme maligno.

Adenocarcinoma mesonéfrico

- Son inmunorreactivos a:
 - AE1/AE3, EMA, CAM 5.2, Q7 (100%)
 - Calretinina (88%)
 - Vimentina (70%)
 - CD10
 - Receptor de andrógeno (33%)
 - Inhibina (30%)

- Silver SA et al. Am J Surg Pathol 2001; 25(3):379-87.

- Mittal K et al. Arch Pathol Lab Med. 2008;132:402–423.

REVIEW

Endocervical glandular lesions: controversial aspects and ancillary techniques

W G McCluggage

J Clin Pathol 2003;56:164–173

The incidence of malignant and premalignant endocervical glandular lesions is increasing. This review covers controversial and difficult aspects regarding the categorisation and diagnosis of these lesions. The terminology of premalignant endocervical glandular lesions is discussed because of the differences between the UK terminology and the widely used World Health Organisation classification. The morphology and histological subtypes of premalignant endocervical glandular lesions are described. Early invasive

(AIS) were 0.04 and 1.37, reflecting an even greater increase.

“There is some evidence that there is also a real increase in the incidence of malignant and premalignant endocervical glandular lesions, which are thus assuming increasing importance in diagnostic surgical pathology”

Previous reviews have mainly concentrated on morphological subtypes of cervical adenocarcinoma and on the histopathological features of the

