

XXVIII CONGRESO NACIONAL SEAP-IAP
XXIII CONGRESO NACIONAL SEC
IV CONGRESO NACIONAL SEAP

LIBRO DE RESUMENES DE COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES



Publicación oficial de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (S.E.A.P.)

Libro de Resúmenes de Comunicaciones Orales y Pósteres

XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP

XXIII Congreso Nacional SEC

IV Congreso Nacional SEAP

Publicación oficial de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (S.E.A.P.)

EDITOR JEFE

Enrique de Álava Casado, Presidente SEAP

COMITÉ CIENTÍFICO CONJUNTO

Javier Gómez Román (SEAP)

Rosario Granados Carreño (SEC)

Francesc Alameda (SEC)

M Paz Suárez Mier (SEPAF)

Beatriz Aguilera Tapia (SEPAF)

www.seap.es

ISSN

Depósito Legal: M-2524-2017

Publicación bienal

Sociedad Española de Anatomía Patológica

Calle Ancora, 3. 28045. Madrid

Tel: 915 39 86 28

© Copyright 2017 Sociedad Española de Anatomía Patológica.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Protección de datos: la Sociedad Española de Anatomía Patológica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP

XXIII Congreso Nacional SEC

IV Congreso Nacional SEAP

Comité Organizador

Enrique de Álava Casado, Presidente SEAP

Julio Rodríguez Costa, Presidente SEC

Joaquín Lucena Romero, Presidente SEPAF

Imanol Garamendi González, Secretario SEPAF

Miriam Cuatrecasas Freixas, Tesorera SEAP

Julián Sanz Ortega, Vocal de Formación Continuada SEAP

Javier Gómez Román, Vocal de Comité Científico SEAP

Eduardo Alcaraz Mateos, Vocal de Comunicación y Proyección Social SEAP

Cristina Terrádez, Secretaria, SEAP

Comité Científico Conjunto

Javier Gómez Román (SEAP)

Rosario Granados Carreño (SEC)

Francesc Alameda (SEC)

M Paz Suárez Mier (SEPAF)

Beatriz Aguilera Tapia (SEPAF)

Comité Asesor Local

Antonio Ferrández Izquierdo (SEAP)

Juan Giner (SEPAF)

Pilar Molina (SEPAF)

Jennifer Sancho (TEAP de SEPAF)

Medios de Comunicación

Eduardo Alcaraz Mateos (SEAP)

Imanol Garamendi (SEPAF)

Julio Irigoyen (SEPAF)



XXVIII Congreso Nacional SEAP-IAP

XXIII Congreso Nacional SEC

IV Congreso Nacional SEAP

COMUNICACIONES ORALES

JUEVES, 25 DE MAYO

- 76 SESIÓN SEPAF
08:30 – 10:30
- 117 SESIÓN PRESIDENCIAL MEJORES
COMUNICACIONES ORALES
11:30 – 13:15
- 121 INFECCIOSAS Y AUTOPSIAS
15:30 – 16:45
- 124 HEMATOPATOLOGÍA
15:30 – 16:45
- 129 NEFROPATOLOGÍA Y UROPATOLOGÍA
15:30 – 16:45
- 166 CITOLOGÍA
17:45 – 18:45
- 170 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
17:45 – 19:45
- 175 MAMA Y GINECOLOGÍA
17:45 – 19:45

- 180 DIGESTIVO
17:45 – 19:45
- 186 DERMATOPATOLOGÍA
17:45 – 19:45
- 192 PATOLOGÍA DIGITAL
18:45 – 20:00

VIERNES, 26 DE MAYO

- 204 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
08:30 – 10:30
- 208 OSTEO Y PARTES BLANDAS Y GESTIÓN
08:30 – 09:30
- 211 CABEZA Y CUELLO, PEDIATRÍA Y OTRAS
08:30 – 09:30
- 213 PULMÓN Y NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA
09:30 – 10:30
- 215 TEAP
09:30 – 10:30

PÓSTER MODERADO

MIÉRCOLES, 24 DE MAYO

- 6 MAMA
10:30 – 11:30
- 12 GINECOLOGÍA
10:30 – 11:30
- 19 ENDOCRINO
10:30 – 11:30
- 25 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
10:30 – 11:30
- 31 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
10:30 – 11:30
- 36 PATOLOGÍA DIGITAL Y GESTIÓN
10:30 – 11:30
- 42 OTRAS PATOLOGÍAS
17:15 – 18:15
- 48 NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA
17:15 – 18:15

- 53 TÉCNICOS
17:15 – 18:15
- 58 DERMATOPATOLOGÍA
17:15 – 18:15
- 65 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
17:15 – 18:15
- 71 AUTOPSIAS E INFECCIOSAS
17:15 – 18:15

JUEVES, 25 DE MAYO

- 84 TÉCNICOS
10:30 – 11:30
- 90 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
10:30 – 11:30
- 96 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
10:30 – 11:30
- 101 DIGESTIVO, HEPATOBILIAR, UROPATOLOGÍA,
NEFROPATOLOGÍA Y ENDOCRINO
10:30 – 11:30

- 106 OSTEO Y PARTES BLANDAS Y DERMATOPATOLOGÍA
10:30 – 11:30
- 112 PULMÓN Y NEUROLOGÍA Y OFTÁLMICA
10:30 – 11:30
-
- 132 GINECOLOGÍA
16:45 – 17:45
- 137 NEFROLOGÍA
16:45 – 17:45
- 143 DERMATOPATOLOGÍA
16:45 – 17:45
- 148 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
16:45 – 17:45
- 154 TÉCNICOS
16:45 – 17:45
- 159 OTRAS PATOLOGÍAS, PEDIÁTRICA Y
HEMATOPATOLOGÍA
16:45 – 17:45

VIERNES, 26 DE MAYO

- 194 CITOLOGÍA. PÓSTER DISCUTIDO EN SALA
08:00 – 09:30
- 217 SEPAF. PÓSTER DISCUTIDO EN SALA
10:30 – 11:30

- 223 NEUROLOGÍA Y OFTÁLMICA
10:30 – 11:30
- 228 AUTOPSIAS
10:30 – 11:30
- 234 CABEZA Y CUELLO
10:30 – 11:30
- 240 PULMÓN
10:30 – 11:30
- 246 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
10:30 – 11:30
- 251 GINECOLOGÍA Y MAMA
10:30 – 11:30
-
- 257 HEMATOPATOLOGÍA
16:45 – 17:45
- 263 OSTEO Y PARTES BLANDAS
16:45 – 17:45
- 269 NEFROLOGÍA
16:45 – 17:45
- 274 UROLOGÍA
16:45 – 17:45
- 281 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
16:45 – 17:45
- 287 DERMATOPATOLOGÍA Y MAMA
16:45 – 17:45

PÓSTERES

- 294 CABEZA Y CUELLO
- 295 DERMATOPATOLOGÍA
- 304 DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR
- 306 ENDOCRINO
- 307 GESTIÓN
- 308 GINECOLOGÍA
- 314 HEMATOPATOLOGÍA
- 317 INFECCIOSAS
- 318 INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR
- 319 MAMA

- 324 NEUROLOGÍA Y OFTÁLMICA
- 325 OSTEO Y PARTES BLANDAS
- 329 OTRAS PATOLOGÍAS
- 330 PATOLOGÍA DIGITAL
- 331 PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 332 PULMÓN
- 334 TÉCNICOS
- 335 UROLOGÍA
- 338 POSTER XXIII CONGRESO NACIONAL SEC

MIÉRCOLES 24 de mayo
10:30 - 11:30 h.

7000

MAMA

ZONA PÓSTER

7000-1 MODERADORA

Alicia Córdoba Iturriagoitia, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra)

10:00 7000-2 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS DE LOS CARCINOMAS DE MAMA DIAGNOSTICADOS EN PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA.

M. Ángeles López García(1), Begoña Vieites Pérez Quintela(2), Carolina Castilla Ramírez(3) y José Palacios Calvo(4) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla-CIBERONC, (2)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (3)Nodo Biobanco Hospital Universitario Virgen del Rocío- Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla (IBIS) y (4)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRyCIS, Madrid- CIBERONC.

Introducción: Los carcinomas de mama (CM) detectados en programas de cribado asocian un mejor pronóstico. Este hecho ha sido atribuido a que muestran un menor tamaño y presentan un estadio más precoz; sin embargo, estudios recientes demuestran que otros factores relacionados con la biología de estos tumores, influyen directamente en su comportamiento clínico.

Objetivos:

- I) Determinar las características histopatológicas de los CM estratificados por edad.
- II) Comparar las características de los tumores detectados en el programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCC) y los carcinomas sintomáticos.
- III) Comparar las frecuencias de los subtipos histológicos y moleculares en los tumores detectados en el PDPCC y los sintomáticos.

Metodología: Se incluyeron 1330 carcinomas diagnosticados entre 2006 y 2009. Se recogieron variables clínico-patológicas y se realizó estudio inmunohistoquímico, que incluyó receptores de estrógenos (RE) y progesterona (RP), ki67, HER2, citoqueratinas basales (CKb) (ck5, ck17, ck14) y EGFR, para determinar el subtipo molecular subrogado. Se definieron los subtipos: luminal A (RE+RP+ki67≤20%), luminal B (RE+RP+ki67>20%), RE+/HER2+ (RE+RP+HER2+), HER2 (RE-RP-HER2+), triple negativo no específico (TN-NS) (RE-RP-HER2- CKb y/o EGFR-) y basal (RE-RP-HER2- CKb y/o EGFR+).

Resultados: Se han encontrado 1170 carcinomas infiltrantes (88%) y 160 in situ (12%). El 75.6% eran sintomáticos y el 24.4% eran del PDPCC. El análisis estadístico preliminar demostró que en el PDPCC había más carcinomas in situ (23% vs 15%) y que los CM infiltrantes eran de menor tamaño ($1,66 \pm 1,18$ cm vs $2,295 \pm 1,8$ cm), tenían menor afectación axilar (N0 77.8% vs 59%), mayor frecuencia de subtipo luminal A (63% vs 51%) y menor frecuencia de subtipos luminal B (16% vs 19%), HER2+ (7% vs 14%), TN-NS y basales (6.5% vs 8.7% y 2.8% vs 5.8%), siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

- I) Los CM detectados en el PDPCC muestran características histopatológicas (tamaño y estadio) de mejor pronóstico que los carcinomas sintomáticos.
- II) Los carcinomas diagnosticados en el PDPCC son más frecuentemente subtipo luminal A, siendo los subtipos más agresivos (HER2 y TN-NS) menos frecuentes. Esto podría explicar, en parte, las diferencias en pronóstico asociadas a los CM detectados en el programa de cribado.

10:35 7000-3 VALOR CLÍNICO DE LOS TILS Y DEL KI-67 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Marta Abengózar Muela(1), José Ignacio Echeveste(1), Marta Santiesteban(1), Luis Daniel Mejías Sosa(1), José Joaquín Paricio Martínez(1), Pablo Panadero Meseguer(1), Jorge Alí Árabe(1), Jaione García Martínez(1), Miguel Ángel Idoate(1) y María Dolores Lozano(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres. La quimioterapia neoadyuvante conlleva en ocasiones a la respuesta patológica completa. Nuestro objetivo es estudiar el valor pronóstico del infiltrado linfocitario estromal intratumoral (TILs) en la predicción de la respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Hemos estudiado a 50 pacientes con cáncer de mama, elegidas aleatoriamente, diagnosticadas en la Clínica Universidad de Navarra desde enero de 2009 hasta diciembre de 2015 con una media de edad de 49 años (rango de edad entre 25- 84 años) Los subtipos moleculares fueron: luminal A (26%), luminal B (46%), triple negativo (26%) y luminal B-HER2 (2%)

Hemos evaluado el porcentaje de TILs con H-E en las biopsias previas y posteriores al tratamiento en el margen tumoral, evitando el tejido normal adyacente al tumor, focos con borde invasivo, focos hot spots, de necrosis, fibrosis central y la inflamación entorno a focos de carcinoma in situ, según recomendaciones recientemente publicadas.

También se ha evaluado las variaciones del Ki-67 tras tratamiento.

Resultados:

- Existe una disminución estadísticamente significativa entre los TILs pre y post-tratamiento ($p < 0,007$) Lo mismo ocurre con Ki-67 ($p < 0,001$)
- Las pacientes con TILs $> 40\%$ al diagnóstico tienen más probabilidades de respuesta completa ($p < 0,001$), especialmente con Ki-67 $> 25\%$ ($p < 0,001$)
- La presencia o ausencia de metástasis ganglionares al diagnóstico no influye en la respuesta al tratamiento.

Conclusiones: La evaluación de TILs y de Ki-67 en las biopsias de cáncer de mama son factores pronósticos que predicen la respuesta al tratamiento. Resulta útil informar ambos datos por las implicaciones clínicas que esto conlleva.

10:40

7000-4

EVALUACIÓN DEL TIL Y EL GRADO DE RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA SEGÚN EL RCB EN UNA SERIE DE 157 CASOS DE CÁNCER DE MAMA.

Juan Azcárate Rodríguez(1), María Lutgarda Riasol(1), Anna Petit(1), Teresa Soler(1), Charo Taco(1), Esther Guerra(1), Mar Varela(1), M^o Jesús Pla(2), Cati Falo(3) y Xavier Matías- Guiu(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Unidad Funcional de Mama. ICO Hospitalet/IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (3)Institut Català d'Oncologia - Anatomia Patològica - Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: Diferentes estudios indican que el infiltrado inflamatorio intratumoral (TIL) es predictor de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante.

El objetivo de nuestro estudio es contrastar esta evidencia en una serie de tumores de mama que han recibido quimioterapia neoadyuvante en nuestro hospital.

Material y métodos: Se han evaluado histológicamente una serie de 157 BAGs de carcinomas de mama pre-quimioterapia y se ha cuantificado el porcentaje de células inflamatorias mononucleares en el compartimento estromal (TIL). También se han agrupado los casos en TIL $>50\%$ y TIL $<50\%$. Se ha calculado el grado de respuesta a quimioterapia según el Residual Cancer Burden (RCB) y la categoría RCB (0,1,2,3) en cada caso. También se han agrupado los casos en RCB 0-1 i RCB 2-3. Se ha establecido el subtipo molecular surrogado por inmunohistoquímica según St.Gallen 2013 para cada caso. Se ha correlacionado el TIL y el RCB estadísticamente.

Resultados: Los 157 casos estudiados se distribuyen por subtipos moleculares: 11(7%) Luminal-A(LA), 93 Luminal-B(60,7%)(LB), 10 Luminal-BHER2+(6,5%) (LBHER2+), 13 HER2+(8,4%), 30 Triple negativos(19,6%)(TN).

El TIL medio ha sido de 6,8% en LA, 16,4% en LB, 29,6% en LBHER2+, 30,52% en HER2+ y 41,1% en TN.

La proporción de casos con un TIL $<50\%$ ha sido: 100% de LA, 92% de LB, 46% de LBHER2+, 46,1% de HER2+ y un 56% de TN. En cambio, la proporción de casos con un TIL $>50\%$ ha sido: 0% de LA, 7,5% de LB, 30% de LBHER2+, 53% de HER2+ y 43% de TN.

Fueron RCB 0-1: 1 caso (9%) de los LA, 16 (17%) de los LB, 3 (30%) de los LBHER2, 4 (30%) de los HER2+ y 17 (56%) de los TN. Fueron RCB 2-3 10 casos(91%) de los LA, 77 (83%) de LB, 7 (70%) de LBHER2+, 9 (69%) de los HER2+ y 13 (43%) de los TN.

Se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre RCB y TIL en toda la serie y en el subtipo LB, agrupando la variable RCB en 0-1/ 2-3 y el TIL en $<50\%$ y $>50\%$ ($p<0.05$).

Conclusiones: En nuestra serie, los subtipos LBHER2+, HER2+ y TN tienen un TIL $>50\%$ en un alto número de casos así como una media de TIL mayor que los subtipos LA y LB.

Los tumores LBHER2+ y HER2+ se comportan de forma similar en cuanto a %TIL medio y RCB.

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre TIL y RCB en toda la serie y en el subtipo LB. El elevado número de casos LB en nuestra serie podría ser responsable de estos resultados.

10:45

7000-5

SUBTIPADO MOLECULAR DEL CÁNCER DE MAMA MASCULINO CON PAM50: CORRELACIÓN CON EL SUBTIPAJE INMUNOHISTOQUÍMICO Y ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA.

Luis Vicioso Recio(1), Alfonso Sánchez Muñoz(2), Ángela Santonja Climent(2), Martina Álvarez Pérez(3), César Luis Ramírez Tortosa(4), Ana J. Jiménez Fernández(5), Isabel Rodrigo Fernández(6), Elsa García González(7), María Victoria Ortega Jiménez(1) y Emilio Alba Conejo(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (2)Servicio de Oncología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (3)Área de Anatomía Patológica, Universidad de Málaga, (4)Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, (5)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, (6)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) y (7)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Serranía, Ronda (Málaga).

Introducción: El cáncer de mama masculino es una enfermedad rara aún poco conocida, que principalmente corresponde a subtipo luminal usando la clasificación molecular subrogada a inmunohistoquímica. En este estudio, se evalúa por primera vez la correlación entre los subtipos moleculares basados en un panel inmunohistoquímico de seis marcadores y el obtenido mediante la firma PAM50 en el cáncer de mama masculino, así como la evolución clínica de los diferentes subtipos encontrados.

Material y métodos: Se recogieron 67 muestras quirúrgicas de cáncer de mama masculino invasivo de cuatro diferentes Servicios de Anatomía Patológica. La tinción inmunohistoquímica se realizó sobre tissue-microarrays, con un panel de seis marcadores (RE, RP, Her2, Ki67, CK 5-6 y EGFR). Los subtipos de PAM50 se determinaron mediante nCounter Analysis System. Se estudió la asociación entre los subtipos obtenidos

mediante inmunohistoquímica y los determinados por PAM50, así como la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad en los diferentes subtipos de cada clasificación.

Resultados: La distribución de los subtipos moleculares tumorales según PAM50 fue: 60% luminal B, 30% luminal A y 10% Her2-enriched. Sólo uno de los tumores Her2-enriched también fue detectado por inmunohistoquímica y tratado con trastuzumab. No se obtuvo ningún tumor de subtipo basal-like. Utilizando la clasificación inmunohistoquímica, 51% de los tumores fueron luminal B, 43% luminal A, 3,5% triple negativo y 1,5% Her2-positivo. Las características clínico-patológicas no difirieron significativamente entre los subtipos inmunohistoquímicos y PAM50. Se observó una supervivencia global menor en los tumores Her2-enriched comparados con los luminales.

Conclusión: El cáncer de mama masculino es principalmente una enfermedad genómica luminal con un predominio del subtipo luminal B. Además, se observaron casos de pacientes Her2-negativos por inmunohistoquímica, pero de perfil Her2-enriched por PAM50, con peor evolución clínica comparado con los subtipo luminal, que podrían haberse beneficiado de terapia anti-Her2.

10:50

7000-6

VALIDACIÓN DE LA CARGA TUMORAL TOTAL (TTL) AXILAR COMO FACTOR PRONÓSTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON TERAPIA NEOADYUVANTE (ESTUDIO NEOVATTL).

Begoña Vieites(1), M. Ángeles López-García(2), Dolores Martín(3), Laura López(4), Ricardo Rezola(5), M. Sancho(6), Pedro Fernández(7), Octavio Burgués(8), Beatriz Fernández(9), Felipe Vilardell(10), David Hardisson(11) y Vicente Peg(12) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla / CIBERONC, (3)Hospital Universitario Materno-Infantil, Jaén, (4)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, (5)Onkologikoa Kutxa Fundazioa, Donostia, (6)Hospital Clínico Universitario de Salamanca, (7)Hospital Clínic, Barcelona, (8)Hospital Clínico Universitario de Valencia, (9)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, (10)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lérida, (11)Hospital Universitario La Paz, Madrid y (12)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

La terapia sistémica primaria (TSP) es una práctica habitual en el tratamiento de ciertos subtipos de cáncer de mama, estando entre sus objetivos principales la realización de cirugías conservadoras. En este sentido y tras numerosos debates, se ha demostrado la utilidad de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en estos casos para la valorar el estado axilar. Sin embargo, poco se sabe del verdadero valor pronóstico de la afectación axilar tras TSP, ya que clásicamente los tumores que seguían este esquema de tratamiento se acompañaban de linfadenectomías radicales.

Material y métodos: Estudio multicéntrico que incluye pacientes con CM operadas hasta junio 2013, con BSGC tras TSP, siendo estos ganglios analizados mediante OSNA (One Step Nucleid Acid Amplification).

Variables evaluadas: Pretratamiento (tipo histológico, tamaño, estatus axilar, receptores hormonales, HER2, Ki67), Tratamiento (TSP, cirugía), Postratamiento (tipo, tamaño, grado, carga tumoral total en BSGC, estadio) y Seguimiento (recidiva local, progresión, éxitus).

Objetivos:

- Determinar las características histopatológicas y clínicas de las pacientes tratadas con TSP y posterior BSGC.
- Validar el valor de la carga tumoral total axilar, junto con otros factores clínico-patológicos, en el pronóstico de pacientes con cáncer de mama tras TSP en cohortes de pacientes a nivel nacional.

Resultados: El análisis estadístico preliminar incluye un total de 39 pacientes. En el 94.8% la última consulta de seguimiento tuvo lugar en 2016, realizándose el diagnóstico entre 1 y 8 años (mediana 5 años) ésta. El tratamiento se inició entre 1 y 130 días tras el diagnóstico (mediana 39.5). El número de ciclos de TSP varió entre 3 y 14 (mediana 8). La duración del seguimiento osciló entre 0.9 y 7.7 años (mediana 4.9 / cuartiles 4 y 5.45 años). La supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad a los 3 años fue del 94%.

Conclusiones: Se ha demostrado una supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad superior al 94% en una cohorte de pacientes con TSP y BSGC posterior.

La carga tumoral total axilar tras análisis de BSGC con OSNA determina el estatus axilar y es por lo tanto un factor pronóstico importante en pacientes con cáncer de mama sometidas a TSP y BSGC posterior. La valoración de la capacidad pronóstica de esta variable queda a expensas del estudio estadístico en la serie completa.

10:55

7000-7

RELEVANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LAS PROTEÍNAS INHIBIDORAS DE LA UNIÓN AL ADN (IDS) EN CÁNCER DE MAMA.

Marta García-Escolano(1), Gloria Peiró Cabrera(1), Fernando Ortiz-Martínez(1), Elena Sanmartín-García(1), Micaela Giani(1), F. Ignacio Aranda-López(1), Estela Costa-Navarro(1), Silvia Delgado-García(1), Tina Martín-Bayón(1) y Araceli García-Martínez(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Las proteínas Inhibidoras de la unión a ADN (ID) son inhibidores funcionales de los factores de transcripción bHLH y juegan un papel crítico durante desarrollo y varios procesos esenciales de la célula. Se ha sugerido que dependiendo del tipo celular donde se expresen tienen diferentes funciones y actúan como oncoproteínas o genes supresores tumorales. De hecho, estudios previos han descrito patrones de expresión aberrantes en múltiples neoplasias humanas. Su papel patogénico y relevancia clínica en cáncer de mama no está bien definido.

Diseño: Seleccionamos 134 pacientes con cáncer de mama, no consecutivos. Los tumores se clasificaron en Luminal A (19%), Luminal B/HER2- (21%), Luminal B/HER2+ (14%), HER2+ (17%) y Triple-negativo/Basal-like (28%). La expresión a nivel de ARNm de los genes ID1-4 se midió por qRT-PCR. Los cambios relativos en la expresión génica se calcularon como fold change por el método $2^{-\Delta\Delta Ct}$. Como gen de referencia se escogió PUM1 y de muestra control tejido mamario normal. Los resultados del análisis de expresión se correlacionaron con factores clínico-patológicos (edad, tamaño tumoral, grado histológico, invasión linfovascular, necrosis, estatus ganglionar e inmunofenotipo) y la superviven-

cia. Las asociaciones significativas se determinaron mediante los test de X-cuadrado y Fischer y las curvas de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Los niveles de expresión de ID2 e ID3 fueron predominantemente altos (58% y 76 respectivamente) y los de ID1 e ID4 fueron bajos (70% y 63% respectivamente). La sobreexpresión de ID2 se asoció con mayor edad de las pacientes ($p=0.013$) y la de ID3 con la presencia de invasión linfoscavular ($p=0.049$), necrosis ($p=0.032$) y mayor tamaño tumoral ($p=0.082$). Por el contrario, la baja expresión de ID1 e ID4 se encontró mayoritariamente en tumores de tipo Luminal ($p=0.038$ y $p=0.044$ respectivamente). La supervivencia global fue peor en pacientes cuyos tumores sobreexpresaban ID2 o ID3 ($p<0.02$; Kaplan-Meier; log-rank test).

Conclusión: Nuestros resultados en una serie clínica de pacientes con cáncer de mama sugieren el papel de ID1 e ID4 como genes supresores tumorales, especialmente en los de fenotipo Luminal. Por otro lado, ID2 e ID3 son biomarcadores de mal pronóstico y por tanto, potenciales dianas terapéuticas. (FISABIO-HGUA (UGP-14-264; UGP-14-271; UGP-16-149) y ACIF/2016/004).

11:00

7000-8

EVALUACIÓN DE LOS CARCINOMAS DE MAMA CON FIRMA GENÉTICA EN EL HOSPITAL SIERRALLANA (2015-2016) (CANTABRIA). COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON EL ESTUDIO MINDACT (MICROARRAY IN NODE-NEGATIVE AND 1 TO 3 POSITIVE LYMPH NODE DISEASE MAY AVOID CHEMOTHERAPY INVESTIGATORS).

Andrés Gúezmes Domingo(1), Olga Acinas García(1), Pablo Jesús Villa Peña(1), Mª Teresa Azcarretazabal González-Ontaneda(1) y Clara Isabel Caballero Escudero(1) de (1)Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

Introducción: La firma genética de 70 genes da información pronóstica de pacientes en estadio precoz de cáncer de mama, con ganglios negativos o con uno hasta tres ganglios positivos. Evaluamos los carcinomas de mama con firma genética (CMCFG) del Hospital Sierrallana y comparamos los resultados con el estudio MINDACT (1).

Material y métodos: Revisamos los 28 casos de cáncer de mama con estudio de su firma genética (2015-2016). Se agruparon en bajo y alto riesgo clínico siguiendo los criterios patológicos de la Adjuvant online (1) (Tamaño tumoral, Grado histológico, Ganglios Linfáticos, Receptores hormonales (RE y RP) y HER2). Evaluamos la concordancia-discordancia con el riesgo genómico (alto y bajo riesgo).

Resultados: Los 28 pacientes estudiados tenían una edad media de 61 años. El tamaño medio tumoral fue de 1,75 cm. El 21,43 % (6) fue Grado histológico (G) 1, el 60,71% (17) G2 y el 17,86% (5) G3. El 85,71% (24) fueron ganglios negativos, el 10,71% (3) tuvo un ganglio positivo y el 3,57% (1) tuvo dos ganglios positivos. El 89,29% fue RE y RP positivos (25) y el 10,71% (3) RE positivo y RP negativo. El 100 % fue HER2 negativo (28). El 57,14% (16) fue de bajo riesgo clínico (BRC) y el 42,86% (12) alto riesgo clínico (ARC). El 71,43% (20) fue de bajo riesgo genómico (BRG) y el 28,57% (8) de alto riesgo genómico (ARG). El 42,86% (12) fue BRC y BRG y el 14,29% (4) ARC y ARG (concordancia del 57,14%). El 14,29% (4) BRC y ARG y el 28,57% (8) ARC y BRG (discordancia en el 42,86% de los casos).

Discusión: En nuestro hospital hemos apreciado una discordancia de un 42,86% entre los dos **Métodos** de asignación de riesgo, frente al 32% del estudio MINDACT. Por otro lado, el 28,57% de los carcinomas de mama, de nuestro hospital, que son ARC y BRG podrían no requerir quimioterapia según MINDACT. Los pacientes clasificados como alto riesgo (ARC-ARG) se benefician de la quimioterapia adyuvante de forma estadísticamente significativa, frente a las de bajo riesgo (1).

(1): 70-Gene Signature as an Aid to Treatment Decisions in Early-Stage Breast Cancer. F. Cardoso et al. N Engl J Med 375;8, 2016: 717-729

11:05

7000-9

SUBTIPOS MOLECULARES DE CÁNCER DE MAMA DETECTADOS EN EL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN EL DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE.

Estela Costa Navarro(1), Francisco José Illán Gambín(1), Laura Valentina Greco Bermúdez(1), María Niveiro de Jaime(1), Gloria Peiro Cabrera(1), Francisca María Peiró Marqués(1), María Planelles Asensio(1) y Francisco Ignacio Aranda López(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Comparar el perfil molecular de los carcinomas infiltrantes de mama diagnosticados por el Programa de Diagnóstico Precoz (PDP) en el Departamento del HGUA con el obtenido en pacientes diagnosticadas fuera del PDP, teniendo en cuenta edad y estadio.

Objetivos secundarios: correlación de los perfiles obtenidos en los dos grupos de pacientes con las variables clínicopatológicas y análisis de supervivencia libre de enfermedad y global por subtipos moleculares en los dos grupos de pacientes.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama, tratadas con cirugía, RT local o QMT adyuvante con protocolos convencionales y seguimiento clínico, del HGUA, entre el periodo comprendido 2000-2007, divididas en Grupo "Screening" (diagnosticadas dentro del PDP) y Grupo "Control" (fuera del PDP), excluyendo pacientes sin seguimiento clínico y con neoadyuvancia.

Variables morfológicas convencionales: tamaño tumoral, tipo histológico, grado histológico, invasión linfoscavular, necrosis tumoral, estadio patológico, así como fenotipo con resultados de expresión de receptores de estrógenos, progesterona, Her2 y Ki67. En cuanto a variables de resultado se utilizaron: supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Resultados: Se observa asociación significativa entre grado histológico y procedencia de las pacientes (screening vs control). Tumores infiltrantes de mama con grado histológico bajo (G1) se diagnostican con más frecuencia en pacientes del PDP (screening). Los tumores infiltrantes de mama de grado alto (G3) fueron más frecuentes en pacientes fuera del programa ($p=0,020$).

No se observa asociación significativa entre la variable de fenotipo (Ki67 al 20% y al 14%) y los dos grupos de estudio (screening y control).

El análisis univariante de la SLE y SVG entre el grupo de screening y el grupo control no mostró diferencias significativas.

Se observaron resultados significativos en cuanto a SLE en pacientes diagnosticadas fuera del PDP (control) y aplicando la variable fenotipo (con Ki67 del 20%), con mayor SLE en el subtipo Luminal A y menor en el subtipo Her2 Puro.

Conclusiones: Las pacientes procedentes de screening presentaron menor grado histológico que las procedentes de control. No se han encontrado diferencias significativas en la distribución de fenotipos basados en inmunohistoquímica.

11:10

7000-10

CORRELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE KI67 Y LA CARGA TUMORAL RESIDUAL TRAS NEOADYUVANCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Isabel González Villa(1), Idaira Jael Expósito Afonso(1) y Enrique Lorenzo Barreto(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: El Ki67 es un marcador de proliferación celular cuya expresión en cáncer de mama se ha relacionado con peor pronóstico y buena respuesta a tratamiento con quimioterapia. La relación de este marcador con la carga tumoral residual (RCB) tras neoadyuvancia puede mejorar la información pronóstica que se obtiene para la evaluación de la respuesta patológica.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la expresión de Ki67 y el grado de RCB.

Establecer las diferencias en la relación Ki67-RCB en los cuatro subtipos moleculares de cáncer de mama (Luminal A, Luminal B, HER2 positivo y triple negativo).

Material y métodos: Estudio de cohortes históricas que incluyó a todas las pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante en nuestro centro durante el año 2016-2017. Se analizó la relación entre el Ki67 en la biopsia previa al tratamiento y el RCB tras el mismo, teniendo en cuenta el subtipo molecular.

Resultados: El grado de RCB es menor en aquellas pacientes con mayor expresión de Ki67 independientemente del subtipo molecular, indicando una relación inversa entre ambas variables.

Conclusiones: El estudio de la expresión de Ki67 previo al tratamiento puede predecir la carga tumoral residual tras neoadyuvancia.

11:15

7000-11

LESIONES FIBROEPITELIALES DE MAMA EN BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG): DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN LA PIEZA QUIRÚRGICA.

Davinia Fernández Calvo(1), Eduard Dorca Duch(2), M^a Teresa Soler Monso(3), Anna Petit Montserrat(2), María del Rosario Taco Sánchez(2), Miriam Campos(4), Marta Heras Martínez(5), Alazne Valdivieso Ortiz(6), Gloria Tena(7) y Xavier Matias-Guiu Guia(2) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet del Llobregat (Barcelona), (2)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet del Llobregat (Barcelona), (3)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet del Llobregat (Barcelona) / Unidad Funcional de Mama. ICO Hospitalet/IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (4)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Ginecología, Hospitalet del Llobregat (Barcelona), (5)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Ginecología, Hospitalet del Llobregat (Barcelona), (6)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Radiología, Hospitalet del Llobregat (Barcelona) y (7)Hospital de Viladecans, Barcelona.

Introducción: En lesiones fibroepiteliales de mama, cuando los hallazgos morfológicos en BAG no permiten distinguir de manera fiable entre entidades como fibroadenoma y tumor Phyllodes, el diagnóstico que se establece es de lesión fibroepitelial con hiperplasia estromal (LFE). La mayoría de las pacientes con este diagnóstico son sometidas a intervención quirúrgica. El objetivo de este estudio es evaluar el diagnóstico definitivo en la pieza quirúrgica de los casos diagnosticados de LFE por BAG.

Diseño: Se recuperaron, de los archivos de nuestro centro, todas las BAG diagnosticadas de LFE, entre 2004-2016, y de éstas se eligieron las pacientes con pieza quirúrgica, ya fuera enucleación, tumorectomía o mastectomía, valorando edad de las pacientes y tamaño de las lesiones.

Resultados: Se identificaron un total de 80 pacientes, de las cuales fueron incluidas 64 (80%) con diagnóstico definitivo post-intervención quirúrgica y se eliminaron las 16 (20%) restantes, al no disponer de la pieza quirúrgica. La edad media del grupo de estudio fue de 37.53 años (21-67) y el tamaño medio de 32'54 mm (3-120). El diagnóstico final fue de fibroadenoma en 25 (39'05%), fibroadenoma juvenil en 8 (12'5%), tumor Phyllodes benigno (TPBE) en 24 (37'5%), tumor Phyllodes borderline en 1 (1'56%) y tumor Phyllodes maligno en 2 (3'12%). Tres pacientes (4'7%) fueron clasificadas de hamartoma y 1 (1'56%) de adenomioepitelioma.

Conclusiones: En nuestra serie, de los casos diagnosticados de LFE por BAG, un 56'25% son fibroadenomas o hamartomas y un 37.5% son TPBE en la pieza quirúrgica. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de edad y tamaño tumoral de los dos grupos diagnósticos.

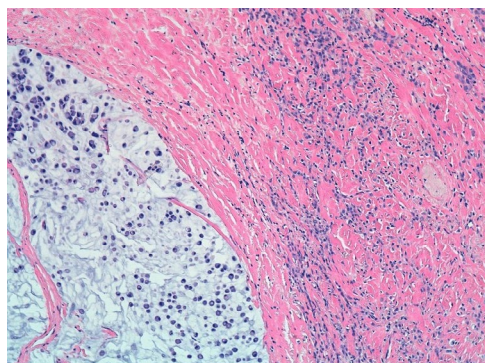
El diagnóstico de LFE en BAG es una herramienta útil de cara al manejo de las pacientes y consideramos que permite una cirugía localizada, ya que sólo un 4.68% se confirman como tumores Phyllodes borderline o malignos que son las que precisarían de cirugía más amplia.

11:20

7000-12

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA CON COMPONENTE MUCINOSO MÁS ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SINCRÓNICO.

Alberto Valero Torres⁽¹⁾, Teresa Martínez Boyero⁽²⁾, Juan Miguel Rodríguez Artigas⁽³⁾, Ricardo González Tarancón⁽⁴⁾, Sara Simón Portero⁽¹⁾, Ana Belén Roche Latasa⁽¹⁾, Miguel Ángel Trigo Cebrián⁽¹⁾, José Ignacio Franco Rubio⁽¹⁾, María Jesús Viso Soriano⁽¹⁾ y Ester Gimeno Esteras⁽¹⁾ de (1) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, (2) Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra), (3) Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y (4) Hospital Ernest Lluch, Calatayud (Zaragoza).



Carcinoma lobulillar de mama, componente clásico y lago de mucina con células en anillo de sello HE 4x

Introducción: La variante mucinosa del carcinoma de mama se describe generalmente en carcinomas ductales infiltrantes (CDI). Sin embargo, recientemente se han descrito carcinomas lobulillares infiltrantes (CLI) con mucina extracelular que adoptan una morfología similar al CDI mucinoso habitual. Por otra parte, la presencia de células en anillo de sello es una característica ya conocida del CLI, que obliga al diagnóstico diferencial con los tumores del tracto digestivo.

Presentación del caso: Paciente de 84 años que, en el curso del estudio de insuficiencia renal por paraproteïnemia, se le descubre un nódulo en mama derecha de 28mm. y una lesión ulcerada en curvatura menor gástrica. Se realiza tratamiento quirúrgico de ambas lesiones.

Resultados: En mama se observó una neoformación blanquecina con zonas sólidas y zonas de aspecto gelatinoso. Histológicamente se correspondía con un CLI que asociaba áreas de patrón clásico, áreas de patrón sólido y áreas mucinosas tipo mucocelo con células tumorales en este material, algunas de ellas con morfología en anillo de sello.

En el estudio inmunohistoquímico (IHQ) se observó expresión granular citoplásmica de p120catenina y ausencia de expresión de e-cadherina, confirmando el origen lobulillar. El resto del estudio IHQ mostró: R. Estrógenos y R. Progesterona negativos, HER2 1+, Ki67 28%; expresión de Gata3 y GCDFP y ausencia de expresión de CK20 y CDX2. El estudio por OSNA de dos ganglios centinelas arrojó micrometástasis en ambos.

El tumor gástrico correspondía a un carcinoma mixto tubular y pobremente cohesivo, con predominio del componente tubular (clasificación OMS) que infiltraba submucosa. No se observaban células en anillo de sello. En el estudio IHQ se observó expresión difusa de e-cadherina y CDX2, expresión focal de CK20 y ausencia de expresión de GATA3 y GCDFP.

Conclusiones: La presencia de componente mucinoso en un tumor de mama no excluye el CLI, debiendo apoyarse en la presencia de áreas con patrón típico, la presencia de carcinoma in situ y el estudio IHQ para el diagnóstico.

La aparición sincrónica de un tumor gástrico y uno de mama obliga a realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, en especial si en alguno de ellos aparecen células en anillo de sello.

MIÉRCOLES 24 de mayo**10:30 - 11:30 h.****ZONA PÓSTER****7001****GINECOLOGÍA****7001-1 MODERADORA**

Rosa Guarch, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

10:30 7001-2 DETERMINACIÓN DE MUTACIONES EN POLE EN EL CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE OVARIO.

Marco Tulio Martínez(1), Susanna Leskela(1), Juan Manuel Rosa(1), Ana Gutierrez-Pecharroman(1), Eva Cristóbal Lana(1), Belén Pérez Mies(1), José Antonio López-Guerrero(2), Ignacio Romero(2), Andrés Poveda Velasco(2) y José Palacios Calvo(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRyCIS, (2)GEICO, Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia y (3)CIBERONC, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRyCIS, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El carcinoma endometrioide representa el 10% de los cánceres de ovario. Los carcinomas endometrioides de ovario (CEOs) tienen el mismo abanico de mutaciones que los carcinomas endometrioides de endometrio (CEE), dentro de los cuales se reconoce un grupo ultra-mutado debido a mutaciones en POLE. Este grupo, a pesar de poseer características morfológicas de un tumor agresivo de alto grado, evoluciona favorablemente. Sin embargo no se han estudiado las mutaciones en POLE en CEO. Nuestro objetivo es determinar la frecuencia de mutaciones en POLE en los CEO y las características moleculares de los tumores con estas mutaciones.

Métodos: Se han secuenciado las zonas "hotspot" en POLE mediante secuenciación Sanger en 122 tumores de CEO. Los tumores con mutaciones en POLE se han caracterizado mediante Next Generation Sequencing (NGS). Hemos diseñado un panel SureSelect QXT para estudiar regiones exónicas de 44 genes potencialmente implicados en el desarrollo de carcinomas de tipo endometrioide incluyéndose ARID1A, BRAF, BRCA1, BRCA2, CTNNB1, FBXW7, MLH1, MSH2, MSH6, KRAS, NRAS, PIK3CA, PIK3R1, PMS2, POLE, PPP2R1A, PTEN, TP53. El diseño del panel permite, así mismo, la identificación de amplificaciones en los genes CHD4, CCNE1, ERBB2, MYC, PIK3CA.

Resultados: Se han identificado cinco CEOs con mutaciones en las zonas "hotspot" de POLE (4%) P286R (2 casos) y V411L (3 casos). Tres de estas muestras (una P286R y dos V411L) se han caracterizado mediante NGS detectándose un alto número de mutaciones en los genes ARID1A, BRAF, BRCA2, FBXW7, MLH1, MSH2, MSH6, PIK3CA, PIK3R1, PMS2, PTEN y TP53 (tabla 1). La alta tasa de mutaciones somáticas confirma el carácter patogénico de las mutaciones de POLE.

Conclusiones: De forma similar a los CEE, se distingue un grupo de tumores ultramutados con mutación en POLE dentro de los CEO. Sería de interés determinar si el pronóstico en este grupo de tumores ováricos es similar al descrito en CEE, para lo que sería necesaria una serie más amplia de COE POLE-mutados.

Este trabajo ha sido financiado por ISCIII: PI13/02477, PI16/00887, PIE15/00050, FEDER CIBERONC (CB16/12/00316) y Asociación Española Contra el Cancer (AECC)

Tabla 1. Caracterización molecular de los CEO con mutaciones en POLE

Gen	POLE P286R	POLE V411L	POLE V411L
ARID1A	E1397*	E49*; S499L	R1505*/R1772*
BRAF		S419Y	
BRCA2	R435I; E1518*; R2617I; K2684T		I1349M
FBXW7		D124N	
MLH1	R65I		
MSH2		splice; W895*	
MSH6	P466R; E1104*	S5N; K129T	
PIK3CA	R88Q		
PIK3R1	R590W	R348*; D560Y	S83L
PMS2		splice	
PTEN	E7*	R130Q; splice	R130Q/F200S
TP53		g.11593C>T; g.11036G>A	L330H/S127F

10:35

7001-3

IMPLEMENTACIÓN DE CO-TEST DE VPH COMO CRIBADO PRIMARIO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 17552 MUJERES, CON UN SEGUIMIENTO DE 30 MESES.

Juan Mª García-Hirschfeld G.(1), Juan Jesús Jiménez Martín(1) y Matilde Sánchez del Charco(1) de (1)Hospital de Antequera, Málaga.

En la última década se han incorporado las pruebas de detección del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPHr) como opción preferente en los programas de cribado para prevención de cáncer de cuello uterino.

Objetivos: Uno, calcular la prevalencia y tasas de persistencia de la infección de VPH. Dos, valorar el impacto clínico de la implementación del cotest (tasa de detección de CIN2+ y aumento del número de colposcopias).

Material y método: El estudio incluye 23728 citologías ginecológicas (pap test convencionales) de 17552 mujeres participantes en el programa de cribado de cáncer de cuello uterino del Área, durante el período 2009-2013. Del total, 13274 pruebas correspondieron a cotests (pap test & vph), de los que 12062 fueron de cribado primario de mujeres de 35-65 años, y 1212 como pruebas de vph de triaje, en mujeres de edad inferior a ese rango. La citología es una triple toma cervicovaginal con tinción de Papanicolaou. Después de la extensión se toma la muestra para la prueba del ADN del VPH en forma de cepillado endo y exocervical, según el protocolo establecido en la prueba mediante captura de híbridos. Los genotipos de alto riesgo detectados por el test son trece (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68). Asimismo se revisan 1148 biopsias de cérvix (por colposcopia o legrado endocervical) registradas cinco años antes y cinco después de la implementación del test VPH, así como 277 conizaciones y 17 histerectomías del mismo período.

Resultados: La cobertura del cribado del área es del 52% de la población censada. Del total de citologías, fueron positivas el 3,06% (1,36% de LSIL; 0,23% HSIL; 1,27% ASCUS ; 0,17% ASCH), con una sensibilidad (de ASC+ para CIN2+) del 87%, una especificidad (en mujeres vph+) del 93,87% y un VPP (de LSIL+ para CIN2+) del 44,7%.

La prevalencia media de VPH+ en mujeres mayores de 35 años fue del 4,90% (tabla1: distribución por edades). La persistencia de la infección (definida como dos test + seguidos en un año) fue del 38,03%.

El incremento de colposcopias y biopsias fue de 3,69 veces en 5 años (170 colposcopias de media anual) y el aumento de CIN2+ fue de 3 veces en el mismo período (47 anuales).

Conclusiones: Los resultados satisfactorios arrojados en este estudio permitirán en 2017 implementar la prueba de VPH sola como opción preferente en cribado primario a partir de los 30 años.

Tests VPH positivos en función del rango de edad.

Rango edad	Mujeres vph+	Mujeres con la prueba vph	%
35-39	177	2212	8
40-44	112	2258	4,96
45-49	102	2274	4,48
50-54	50	1567	3,19
55-59	27	873	3,09
60-64	19	578	3,29
65 o mas	13	425	3,06
Total	500	10187	

10:40

7001-4

EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE NAPSIN-A Y ALPHA-METHYLACYL-COENZYME A RACEMASA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DEL TRACTO GENITAL FEMENINO.

Abián Vega Falcón(1), Idaira Jael Expósito Afonso(1), Noé Jesús Liria Martín(1) y Rafael Luis Méndez Medina(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: El carcinoma de células claras (CCC) de ovario presenta una incidencia variable, baja en países occidentales y alta en Japón, siempre baja (2%) en los primarios endometriales y cervicales. El tumor puede mostrar uno o varios patrones de crecimiento: túbulo-quístico, sólido o papilar.

Son usualmente positivos para HNF1 beta -hepatocyte nuclear factor 1 beta- (>90%) y para la Napsin-A (65-100%).

Se presenta en nuestro servicio un caso en diciembre del 2016 con inmunohistoquímica negativa para Napsin-A. Se revisa la literatura encontrándose ocasionales artículos que describen la alpha-methylacyl-coenzyme A Racemasa (AMACR) como posible marcador, por lo que se decide realizarla, siendo positiva.

Tras estos resultados nos propusimos hacer un microarray de tejidos con estos marcadores.

Material y método: Se recopilaron 40 casos de CCC desde el 2004 hasta el 2016, siendo 20 de ovario, 19 de endometrio y 1 de cérvix. Se realizaron dos microarrays de tejidos, uno con los casos de ovario y el otro con los casos de endometrio-cérvix. Se incluyeron dos controles, uno de parénquima renal y otro de adenocarcinoma prostático. El microarray se hizo manual con el kit Quick-Ray. Los anticuerpos usados fueron: Napsin-A, p53, WT-1 y alpha-methylacyl-coenzyme A Racemasa (AMACR).

El resultado fue revisado por dos observadores diferentes utilizando tres escalas: negativo, focalmente positivo y positivo.

Resultados: En ambos microarrays, hubo bastantes casos de CCC diagnosticados morfológicamente que expresaron de forma focal o difusa positividad para Napsin-A, AMACR o ambas. Sin embargo, se encontraron casos, tanto en ovario como en endometrio-cérvix, que no mostraron positividad para ambos marcadores y, sin embargo, fueron positivos para p53 y/o WT-1 o mostraron negatividad en todos ellos.

Conclusiones: No se observan diferencias significativas en cuanto a sensibilidad y especificidad entre AMACR y Napsin-A para el diagnóstico de CCC en nuestra serie. Los casos en los que ambos anticuerpos fueron negativos se han sometido a revisión, creyéndose probable que se trate de otro tipo histológico (carcinoma seroso, carcinoma endometrioide), por lo que la negatividad de ambos marcadores debe hacer plantear al patólogo otro diagnóstico, a pesar de la morfología.

10:45

7001-5

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO (CP). CORRELACIÓN CON RESULTADOS CLÍNICOS.

Tania Labiano Miravalles(1), Carmen Tauste(1), Irene Fernández de los Reyes(1), Begoña Aguiar(1), Anuska Pastor(1), Iván Gómez Gutiérrez-Solana(1), J. Carlos Muruzabal(1) y Rosa Guarch(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: La CP se define como la diseminación tumoral que afecta a la serosa peritoneal, de forma localizada o diseminada. El Ca. de ovario es el tumor que más frecuentemente cursa con CP, incluso en estadios precoces, aunque no es el único. El correcto diagnóstico será la piedra angular de la terapéutica, marcando el pronóstico de las pacientes. El objetivo de este estudio es resaltar el valor de las muestras obtenidas mediante laparoscopia y revisar la supervivencia de estas pacientes en función del diagnóstico anatomopatológico.

Material y métodos: Se han recogido 199 mujeres con sospecha de CP de origen ovárico entre 2005 y 2015. Las muestras obtenidas se recibieron y se procesaron de forma rutinaria. El modo de obtención de las muestras fue en 163 de 199 (77%) por vía laparoscópica, en 13 casos (6,5%) por laparotomía y en 33 casos (29,5%) mediante PAAF directa percutánea o paracentesis. Para en análisis estadístico usamos SPSS v.20.

Resultados: La media de edad era de 63,57 años (38-83). De los 199 casos, 164 (82,4%) se filieron como Ca. de origen ovárico, 34 (17%) como Ca. de origen no ovárico, y un caso (0,5%) como enfermedad no neoplásica (Tuberculosis miliar). En el grupo de las pacientes de origen ovárico, 135 de 164 (82,3%) correspondían a Ca. seroso papilar de alto grado, el resto correspondían a otros subtipos histológicos. En 17 casos (8,5%) no se pudo concretar el subtipo histológico. La proporción de casos indeterminados en las muestras de laparoscopia era menor que en el grupo de citología (2,4 vs 24%; Fisher <0,000). La supervivencia en el grupo de los pacientes con CP de origen no ovárico fue significativamente menor que los de origen ovárico (2,9 meses vs 17,9 meses).

Conclusiones: El diagnóstico anatomopatológico completo y preciso, es crucial en el manejo de la CP. Un 17% de las pacientes con CP de origen ovárico realmente son de origen extraovárico y tienen peor pronóstico. La laparoscopia es una herramienta ideal para conseguir muestras para un diagnóstico completo, definitivo que marcará el tratamiento y el pronóstico de estas pacientes.

10:50

7001-6

CONOS EN BLANCO, UN PROBLEMA SIN RESOLVER.

Lourdes Rocío Peña Jaimes(1), Marta Salvador(1), Irene González(1), Marco Martínez(1) y Belén Pérez Mies(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: Estimar la incidencia de conos negativos realizados mediante LEEP. Determinar características de las piezas quirúrgicas que puedan asociarse con el resultado negativo del cono. Evaluar la significancia clínica del cono negativo a través del seguimiento de 1 año.

Método: Se identificaron 164 conizaciones cervicales durante el año 2015 en el servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal: 122 positivos y 42 negativos. La edad, técnica de diagnóstico previo, grosor del cono, técnica del tallado, presencia de artefacto del procedimiento quirúrgico fueron evaluados como posibles predictores de ausencia de lesión en las piezas quirúrgicas. Se recogieron además, por 1 año, los resultados de las citologías posteriores de las pacientes con conos negativos.

Resultados: El 25,6% de los conos fueron negativos (41 sin lesiones y 1 con LSIL). El 71,3% confirmaron el diagnóstico de HSIL (n:117), el 2,44% revelaron carcinomas (2 escamosos y 2 adenocarcinomas). De los conos negativos, el 35,71 % tenía un diagnóstico de HSIL exclusivamente citológico, el 30,95% el diagnóstico de HSIL fue sólo por biopsia cervical, y el 33,33 % tuvieron diagnósticos previos de HSIL en citología y biopsia. La edad promedio fue de 41 años (rango, 25-67 años). El grosor promedio del cono fue de 0,98 cm. El 78,57 % de los conos negativos mostraron algún tipo de artefacto: denudación epitelial (n:25), denudación epitelial mas fragmentación de la pieza (n:5) y solo fragmentación (n:2). El 59,52% de los conos negativos fueron tallados realizando cortes seriados axiales y un 16,66 % fueron tallados realizando cortes siguiendo las agujas del reloj. Durante el año de seguimiento posterior a la conización con citologías cada 6 meses, solo 2 mujeres (4,76%) obtuvieron HSIL (n:1) y células glandulares atípicas (n:1).

Conclusiones: En nuestro estudio, la ausencia de HSIL en los conos cervicales realizados por LEEP fue de 25,6%, un poco superior a lo encontrado en la literatura que varía entre 10-20%. No hubo diferencia significativa entre los métodos diagnósticos realizados previo a la conización. La ausencia de HSIL en las piezas de conización puede ser explicada por la presencia de artefactos secundarios a la técnica quirúrgica presentes en el 78,57% de ellas. La recurrencia de la enfermedad luego del LEEP no se asocia con el diagnostico de cono negativo previo.

10:55

7001-7

SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL DE ALTO GRADO: ESTUDIO CLINICOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO.

Guillermo García Diego(1), Jorge Palomar Ramos(1), Cristina Díaz del Arco(1), Ana Caso Viesca(1), Estela Aguilar Navarro(1), Mónica Negueruela López(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Mar Ramírez Mena(1), Alejandro Pascual Martín(1) y Adela Pelayo Alarcón(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El sarcoma del estroma endometrial de alto grado (SEE-AG) es un tumor mesenquimal cuya frecuencia real se desconoce. Se reintrodujo como una entidad diferente en la última clasificación de la OMS (2014) tras identificarse una traslocación genética característica y distintiva, t(10;17)(q22;p13), que resulta en el gen de fusión YWHAE-NUTM2A/B. Su pronóstico es intermedio entre el sarcoma del estroma endometrial de bajo grado y el sarcoma uterino indiferenciado. El objetivo de nuestra comunicación es exponer las características clínico-morfológicas de los casos de SEE-AG diagnosticados en nuestro servicio.

Material y métodos: Se revisaron los casos diagnosticados de SEE-AG en nuestro servicio entre 2001 y 2016 excluyendo los diagnosticados como sarcomas de bajo grado y sarcomas uterinos indiferenciados. Se analizaron los datos clínicos, las características anatomopatológicas y el perfil inmunohistoquímico para P53, Ciclina-D1, Actina músculo liso (AML), Ki67, CD10 y Receptores de Estrógeno y Progesterona (RE y RP).

Resultados: Siete casos fueron diagnosticados de SEE-AG. La edad de las pacientes, al diagnóstico, se situó entre 46-79 años. El hallazgo clínico inicial fue de metrorragia anormal y presencia de una masa intracavitaria con infiltración miometrial, áreas de necrosis y hemorragia. El tamaño tumoral osciló entre 5-21 cm. Las células tumorales suelen ser redondeadas, con escaso citoplasma, núcleo irregular y cromatina granular o vesicular, con nucléolo variablemente visible. Observándose, en algunos casos, nidos separados por una fina red vascular y un componente fusocelular fibromixioide. En 4 casos se identificaron células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto. En todos los casos se contabilizaron más de 10 mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA) (11-60), muchas de ellas atípicas. Se objetivó invasión linfovascular en 3 de los casos. La expresión inmunohistoquímica mostró positividad para CD10 en todos los casos, la AML fue negativa o parcialmente positiva, RE y RP fueron focalmente positivos, la positividad para Ki67 osciló entre un 30-95%, la Ciclina-D1 se realizó en 2 casos, siendo positiva en ambos.

Conclusiones: Las características morfológicas orientan el diagnóstico de los SEE-AG. El empleo de la inmunohistoquímica (CD10, AML y Ciclina-D1) es de gran utilidad para establecer el diagnóstico diferencial con otros sarcomas.

11:00

7001-8

DISPLASIA MESENQUIMAL DE PLACENTA. SERIE DE 4 CASOS DE UNA ENTIDAD MUY POCO DIAGNOSTICADA.

Francisco García Molina(1), Laura Barona-García(2), Gema Ruiz-García(2), Josefa Parra-García(2), María Luisa Sánchez-Ferrer(2), María Teresa Prieto(2), Carmen María Bernal-Mañas(3), Alejandra Isaac-Montero(4), E. Martínez-Barba(2) y María-Amparo Torroba-Carón(2) de (1)Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, (2)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (3)Hospital de Hellín, Albacete y (4)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Hemos recogido cuatro casos de esta rara lesión estromal placentaria no comprendida totalmente que se caracteriza por placentomegalia. Su incidencia se estima en 0.02% y se han comunicado alrededor de 100 casos.

Como hallazgos prenatales, en nuestro caso en tres de los cuatro casos las placetas son superiores a 60 mm de espesor en semana 20, con aspecto heterogéneo con espacios sonolucos irregulares intraplacentarios (El otro caso finalizó con aborto inducido por preeclampsia y proteinuria incoercible en la semana 18).

Macroscópicamente y por ecografía se puede confundir con la mola, pero entre otros hallazgos en la displasia mesenquimal la placenta es diploide. Un caso presentaba la placa fetal con dilataciones aneurismáticas y varicosas de los vasos principales con arborización hacia el resto de placenta. En dos casos se observaba la superficie placentaria con numerosas vesículas pequeñas tipo pseudomola parcial.

Microscópicamente se observan, en general, focos de degeneración mixoide (Azul Alcian +) en las vellosidades principales. Vellosidades dilatadas o hidrópicas con formación de cisternas, sin proliferación trofoblástica ni irregularidades en el contorno placentario (diagnóstico diferencial con mola). Las vellosidades afectas son negativas inmunohistoquímicamente para Actina y positivas para Desmina y Vimentina. Se aprecian focos de corangiosis y vasculopatía trombótica que no se observan en embarazos molares.

Dos de los neonatos fueron viables (gestaciones de 34 y 31 semanas). El primero era pequeño para la edad de gestación (CIR). En el segundo caso se llegó al diagnóstico de Sdr. De Beckwith-Wiedemann y hamartomas mesenquimales. La literatura cuantifica en un 43% las muertes intrauterino de fetos con displasia mesenquimal de placenta, y en un 25-30% de casos los neonatos con Sdr. De Beckwith-Wiedemann. Nuestros datos se ajustan a lo publicado.

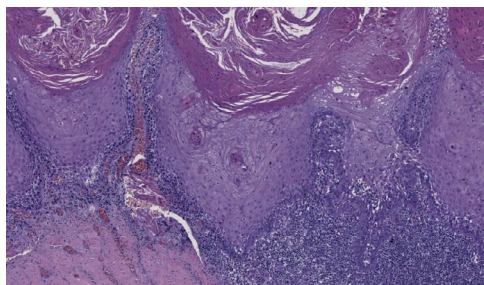
11:05

7001-9

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR DE TIPO DIFERENCIADO Y LESIONES PRECURSORAS ASOCIADAS. NUESTRA CASUÍSTICA EN DOS AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA.

Sara Soto García(1), Ana Laura Martín Rodríguez(1), Ana Ortiz González(1), Ana Buendía Alcaraz(2), África Fernández Valera(1), Ana Belén Díaz Turpín(1), María del Carmen Marín Serrano(1), Manuela Selma Ruiz(1) y María Alejandra Isaac Montero(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia y (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).

Introducción: La neoplasia intraepitelial vulvar de tipo diferenciado (d-VIN) es una lesión HPV (virus del papiloma humano) independiente, normalmente unifocal y en pacientes mayores de 40 años. Sus lesiones precursoras son ciertas dermatosis inflamatorias como liquen plano y escleroso, principalmente en sus variantes hipertrófica y ampollosa. Histológicamente se caracteriza por presentar queratinización precoz y atipia celular en capas bajas, sin alteración citoarquitectural en capas altas. El objetivo del trabajo es estudiar la frecuencia en dos años, así como su asociación con lesiones precursoras y HPV.



d-VIN

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de las biopsias de vulva realizadas en nuestro hospital, durante los años 2015-2016, con diagnóstico de VIN.

Resultados: De los 11 pacientes con diagnóstico de VIN (de 242 biopsias), 6 de ellos (55%) son d-VIN y otros 5 (45%) VIN1-3. Los resultados de HPV por PCR son negativos en el 100% de los casos. De los casos de d-VIN, 2 presentan liquen escleroso hipertrófico, 2 liquen plano hipertrófico, 1 liquen plano ampolloso con áreas de hipertrófico y 1 debuta directamente con carcinoma escamoso queratinizante sobre d-VIN y dermatitis liquenoide. Uno de los casos presenta antecedentes de carcinoma verrucoso. El tratamiento en todos los casos ha consistido en escisión quirúrgica.

Conclusiones: d-VIN es considerada, por definición, una lesión de alto grado por su potencial para evolucionar hacia enfermedad invasiva. Es una entidad que evoluciona

rápidamente a carcinoma escamoso queratinizante, menos frecuente verrucoso (en nuestra casuística uno de los casos debuta directamente con carcinoma escamoso queratinizante y otro presenta antecedentes de carcinoma verrucoso). El tratamiento del d-VIN es la escisión quirúrgica sin preservación anatómica y funcional.

Según la literatura, un 10% de los resultados de VIN son de tipo d-VIN, dato no concordante en nuestro trabajo, ya que asciende al 55%. Esta discordancia puede ser debida a que nuestra casuística es pequeña y está sesgada por tratarse de biopsias dirigidas realizadas en la unidad de vulva.

El objetivo del trabajo es resaltar la importancia de las revisiones periódicas en pacientes con diagnóstico de liquen plano y escleroso vulvar, dado que son lesiones precursoras de d-VIN y su trascendencia radica en la rápida progresión hacia carcinoma invasivo.

Tipos de VIN

	LSIL/HSIL	d-VIN
Edad	20-40 años	> 40 años
HPV	Sí	No
Tabaco	Sí	Puede asociarse
Focalidad	Multifocal	Unifocal
Asociación a dermatosis inflamatorias	No	Sí: liquen plano y escleroso, variantes hipertrófica y ampollosa
Pronóstico	Favorable	Desfavorable
Marcadores	p16+, p53-, HPV+	p16-, p53+ y Ki67+ en capas bajas, HPV-
Riesgo de evolución a carcinoma	Menor	Mayor
Tipo carcinoma de células escamosas	No queratinizante (menos frecuente basaloide, verrucoso y condilomatoso)	Queratinizante (menos frecuente verrucoso)
Tratamiento	Varias opciones. Se intenta preservar la anatomía y funcionalidad	Escisión quirúrgica precoz para evitar la progresión

11:10

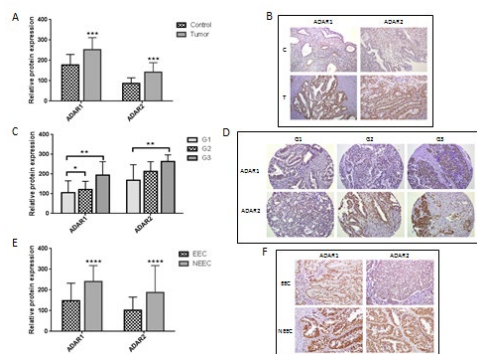
7001-10

LA EDICIÓN DE ARN MEDIADO POR ADAR1 Y ADAR2 ES UN PROCESO ALTERADO EN EL CARCINOMA ENDOMETRIAL.

Armando Reques Llanos(1), Tatiana Altadill Vallespi(2), Xavier Matías-Guiu(3), Antonio Gil Moreno(4), Silvia Cabrera Díaz(5), Santiago Ramón y Cajal Agüeras(6), Ángel García Jiménez(1), Amrita K. Cheema(7) y Eva Colàs Ortega(8) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona, (2)Grupo de Investigación Biomédica en Ginecología, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Institut de Recerca (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona, (3)Grupo de Patología Oncológica y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Arnau de Vilanova y Hospital Universitario de Bellvitge, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), Lleida. CIBERONC, (4)Servicio de Ginecología, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona. CIBERONC, (5)Servicio de Ginecología, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona, (6)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona. CIBERONC, (7)Departamento de Oncología, Bioquímica y Biología Molecular y Celular, Lombardi Comprehensive Cancer Center, Washington (EE.UU.) y (8)Grupo de Investigación Biomédica en Ginecología, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Institut de Recerca (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona. CIBERONC

Introducción: El cáncer endometrial (CE) es uno de los tumores más frecuente del tracto genital femenino. El amplio estudio molecular de la carcinogénesis endometrial a partir de técnicas genómicas, transcriptómicas y proteómicas ha permitido aportar mejoras en la clasificación de los tumores. Un paso más allá mediante el uso de la metabolómica permitirá avanzar en el conocimiento de la enfermedad.

Material y métodos: En primer lugar, se llevó a cabo una fase de identificación a partir de muestras de tejido endometrial de pacientes con CE



Sobreexpresión de las proteínas ADAR1 y ADAR 2 en CE.

en diferentes estadios y pacientes sin enfermedad endometrial. Mediante espectrometría de masas, se realizó un estudio del perfil metabólico de los casos y controles y, mediante la comparación de los mismos, se identificaron 43 metabolitos desregulados. Entre ellos destacaba el nucleósido inosina, por lo que se planteó la hipótesis de la alteración de los enzimas de la familia ADAR, relacionados con la conversión de adenosina a inosina.

Se seleccionaron los enzimas ADAR1 y ADAR2 para realizar una segunda fase de validación en muestras parafinadas de carcinomas endometrioides (CEE) y no endometrioides (CENE) con controles pareados. Analizamos por inmunohistoquímica la expresión de ADAR1 y ADAR2 en tres escenarios: 1) discriminación de cáncer, 2) discriminación entre grados histológicos, y 3) diferenciación de tipos histológicos (CEE vs CENE), tal como se muestra en la tabla anexa.

Discusión: Se demostró un incremento significativo en la expresión en casos tumorales comparado con los controles. Del mismo modo, ambos enzimas mostraron una tendencia a incrementar su expresión paralelamente al grado del tumor. ADAR1 y ADAR2

presentaron un incremento significativo en G3 en comparación con G1, y ADAR1 cuando comparamos G1 y G2. Por último, el estudio reveló diferencias en la expresión de los niveles de ADAR en tumores CENE respecto a los casos de CEE.

Conclusión: En nuestro estudio hemos conseguido elucidar que, a nivel metabólico, la vía de edición del ARN es un proceso altamente alterado en CE. Además, dicha alteración es progresiva según avanza la agresividad del tumor en base al grado y al tipo histológico. Aún siendo necesarios estudios futuros, la vía de edición de ARN podría ser una posible vía terapéutica a explorar para pacientes con CE.

Información histológica y clínico-patológica de los pacientes incluidos en la fase de validación.

		Número de casos para ADAR1	Número de casos para ADAR2
Diagnóstico	Control	20 casos pareados	20 casos pareados
	CE		
Grado histológico	Grado 1	12	11
	Grado 2	13	13
	Grado 3	11	10
Tipo de CE	CEE (Tipo I)	78	75
	CENE (Tipo II)	23	25

11:11

7001-11

LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO: UTILIDAD DEL DOBLE MARCADOR P16/KI67 EN LOS BORDES QUIRÚRGICOS DE PIEZAS DE CONIZACIÓN.

Dora Viveros García(1), M^a Victoria Ortega Jiménez(1), Ana Isabel García Salguero(1), Isabel Álvarez-Mancha(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

La persistencia de la infección por VPH-AR y la afectación de los márgenes quirúrgicos en la conización se consideran factores significativos de recurrencia y marcadores precoces de fallo terapéutico.

La expresión del doble marcador p16/Ki67 puede representar un signo independiente de desregulación del ciclo celular secundaria a la transformación oncogénica inducida por VPH-AR

Objetivo: Comprobar si la tinción dual p16/Ki67, método de diagnóstico inmunohistoquímico, se expresa en los márgenes de los conos afectados de HSIL

Material y métodos: Estudio transversal y retrospectivo sobre todos los conos con márgenes afectados practicados en nuestro centro, mediante asa diatérmica entre 2008 y 2013.

Se realizaron un total de 480 conos y el 19,8% (95 casos) resultaron con márgenes afectados de lesión escamosa.

Se aplicó la tinción dual a los bordes de las piezas de conización de 93 conos con márgenes afectados y 34 conos con márgenes indemnes, y a un grupo control compuesto por 22 cérvix amputados por otras causas distintas a procesos oncológicos.

Resultados: La tinción dual se aplicó en un total de 127 casos de márgenes de piezas de conización, con resultado positivo en 87 casos (68,5%).

De las 95 conizaciones con márgenes afectados, constituida por 80 HSIL y 15 LSIL, aplicamos la tinción dual a los bordes de las piezas de conización, en 93 casos (97,9%), y resultó positiva en 72 casos (77,4%) de HSIL, y en 2 casos (2,2%) de LSIL, p=0,000.

En caso de afectación del borde endocervical, la tinción dual fue positiva en 48 casos (51,6%) y negativa en 5 casos ((5,4%), $p=0,000$.

También encontramos significación estadística ($p=0,029$) entre el doble marcador p16/Ki-67 y el grado de lesión histológica en las conizaciones con bordes quirúrgicos indemnes. Para aplicar la tinción dual, escogimos una muestra de 34 casos. El doble marcador fue negativo en el 61,8% de las conizaciones con márgenes indemnes, concretamente en 12 casos (35,3%) de HSIL y 9 casos (26,5%) de LSIL.

En la muestra control de 22 cérvix, el resultado fue negativo en el 100%.

Conclusiones: La tinción dual p16/Ki67 se manifiesta muy útil en el estudio de los márgenes afectos de las conizaciones, resultando positiva en la mayoría de los casos de HSIL (CIN2+), sobre todo si está afectado el borde endocervical.

Se confirma que dicho marcador no se expresa cuando los bordes del cono están indemnes de lesión escamosa.

11:20 7001-12 TUMORES EPITELIALES BORDERLINE OVÁRICOS. ESTUDIO CLÍNICOPATOLÓGICO DE 33 PACIENTES.

María Fernanda Relea Calatayud(1), Fátima Hervás Muñoz(2), Manuela Flores Barranquero(1), Alberto León Martín(1), Isabel María de Lara Simón(1), José Luis Sanz Trenado(1), Natalia María Villasanti Rivas(1), Pedro Montero Pavón(1), María Encarnación Sánchez-Escalonilla Relea(2) y Cristina Murillo Lázaro(3) de (1)Hospital General de Ciudad Real, (2)Facultad de Medicina, Ciudad Real y (3)Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: Los tumores epiteliales ováricos borderline (TOBs) representan entre el 10 y el 20% de las neoplasias ováricas y se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas. Tienen muy buen pronóstico aunque pueden evolucionar a enfermedad invasiva.

La presente revisión está dirigida a evaluar las principales características clínicopatológicas de este tipo de tumores diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años en un intento de encontrar nuevos factores de riesgo de mala evolución en estos tumores.

Material y métodos: Se realizó el estudio retrospectivo de todos los casos diagnosticados de TOB entre los años 2006 y 2015 en nuestro centro. Se identificaron 33 pacientes. Los datos recogidos en cada caso fueron edad, clínica, marcadores tumorales al diagnóstico, tamaño tumoral, lateralidad, tipo histológico, estadio FIGO, implantes invasivos, metástasis ganglionares, tipo de tratamiento quirúrgico, quimioterapia, recurrencias y estatus actual de la paciente.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 49 años. La clínica más frecuente fue el dolor abdominal. El 42% de las pacientes mostraban marcadores tumorales elevados al diagnóstico siendo el más frecuente el CA125. El tamaño tumoral medio fue de 13 cms. siendo menores los tumores de las pacientes premenopáusicas y siendo los de tipo mucinoso de un tamaño mucho mayor que el resto. Los tumores serosos fueron un 45% igual que los mucinosos. Más del 90% de los tumores estaban en estadio I FIGO. Sólo el 13% de los tumores serosos o mucinosos presentaron recurrencias. El tratamiento quirúrgico más empleado fue la histerectomía más doble anexectomía seguido por la anexectomía-cistectomía, observándose en este 2º tipo la mayor tasa de recurrencias. Se realizó linfadenectomía en un 15% de los casos. Las pacientes con implantes invasivos recibieron quimioterapia consiguiéndose el control de la enfermedad. La supervivencia a 5 años fue del 100% y el tiempo medio de supervivencia fue de 70 meses (rango entre 12 y 123).

Conclusiones: Los BOTs examinados en nuestro centro tuvieron un pronóstico excelente. Sólo la cirugía conservadora (anexectomía-cistectomía) mostró un mayor riesgo de recurrencias. Consideramos que en estos tumores es importante tener en cuenta el tipo histológico para decidir la mejor estrategia terapéutica siendo siempre necesario un seguimiento clínico a largo plazo.

MIÉRCOLES 24 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7002

ENDOCRINO

7002-1 MODERADORA

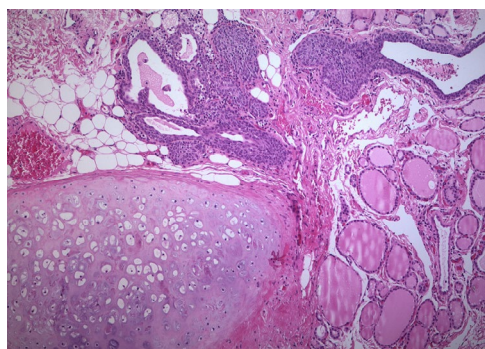
María Rosa Bella Cueto, UDIAT CD. Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

10:30

7002-2

PATOLOGÍA TIROIDEA OCULTA. ESTUDIO SISTEMÁTICO EN UNA SERIE DE AUTOPSIAS DE PACIENTES SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE LA GLÁNDULA TIROIDES.

Nuria Caramés Díaz(1), José Manuel Cameselle Teijeiro(2), Nuria Escudero García(2), Magalí Piso Neira(2), Rosa Mª Reyes Santías(2), Ihab Abdulkader Nallib(2) y Pilar Gayoso Diz(2) de (1)Complejo Hospitalario, Ourense y (2)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.



Nidos celulares sólidos con cartilago intratiroideo.

Existe un incremento en la incidencia de cáncer tiroideo principalmente microcarcinoma papilar, pero no está claro si refleja un aumento en la capacidad de diagnóstico o es un verdadero aumento en la incidencia. Investigamos la prevalencia de la patología tiroidea oculta en autopsia.

Durante 6 años se seleccionó para estudio sistematizado la glándula tiroides de 155 pacientes fallecidos en el Hospital, que carecían de datos de patología tiroidea clínica. Tras fijación en formol (12-24 horas) se realizaron secciones de 4-5 mm de espesor, con inclusión total de la glándula. De cada bloque se tiñó una sección (hematoxilina-eosina) y todas las secciones de los 155 casos fueron examinadas por 2 patólogos en un microscopio de doble cabezal. En los casos de duda se realizó inmunotinción para tiroglobulina, calcitonina y/o PTH.

Los 155 casos correspondían a 106 (68.4%) hombres (H) y 49 (31.6%) mujeres (M), con edad media de 62.4 años (rango: 1-97). Se encontró microcarcinoma papilar (mCP) en 45 (29.03%) pacientes, 32 (20.6%) en H y 13 (8.4%) en M; el mCP fue bilateral en 10 (6.4%) casos (7 H y 3 M). Se detectaron nidos celulares sólidos (NCSs) en 86 (55.5%) sujetos, 68 (43.9%) en H y 18 (11.6%) en mujeres; los NCSs fueron bilaterales en 24 (15.5%) casos (18 H y 6 M). Otros hallazgos fueron (número de casos y %): hiperplasia nodular, 55 (35.5%); adenoma folicular/adenolipoma, 15 (9.7%); tiroiditis linfocítica, 11 (7%); glándula paratiroides, 8 (5.2%); cartilago, 6 (3.8%); tejido tímico con grasa, 4 (2.6%); metaplasia escamosa, 3 (1.9%); hiperplasia de células C, 2 (1.3%); microcarcinoma medular, 1 (0.6%); carcinoma metastásico, 1; tejido tímico, 1; grasa, 1; glándula salivar, 1; quiste ciliado, 1; metaplasia ósea, 1; tejido fibroso, 1; amiloidosis, 1; tuberculosis, 1; candidiasis, 1 y aspergilosis, 1.

La alta prevalencia del mCP en esta serie de autopsia (29%) concuerda con que el aumento del cáncer tiroideo sea secundario a una mayor sensibilidad de las técnicas de diagnóstico. La mayor prevalencia de mCP en hombres (20.6% vs 8.4%) contrasta con la mayor prevalencia del cáncer tiroideo clínico en las mujeres y sugiere que factores hormonales estarían implicados en la promoción del cáncer tiroideo.

Estudio con financiación PI15/01501-Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.

10:35

7002-3

UTILIDAD DE LA BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y PUNCIÓN CON AGUJA FINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO.

Cintha Bález Leal(1), María Luisa Surrallés Calonge(1), Clarisa González Mínguez(1), Guadalupe González Pont(1), Laia García Cano(1), Luis Antonio Luizaga Velasco(1), Francisco Pérez Ochoa(1), Pilar Forcada Guiu(1), Carme Ferrer Cassado(1) y Xavier Tarroch Sarasa(1) de (1)Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona.

Introducción: La utilidad del estudio intraoperatorio en nódulos de tiroides es controvertida. El objetivo del estudio es presentar nuestra experiencia en el biopsia intraoperatoria (BI) y punción aspiración con aguja fina (PAAF), para valorar la utilidad de la BIO en nuestra práctica clínica.

Material y método: Se estudiaron los pacientes 373 pacientes con PAAF de nódulo de tiroides, realizadas en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa, entre 1-1-2014 y 31-12-2016. Las citologías se clasificaron según la clasificación de Bethesda (II-VI), excluyéndose los Bethesda I (material insuficiente). Tomando como "gold standard" el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica, se determinó la correlación entre citología, BIO y pieza quirúrgica definitiva. Los resultados de la PAAF fueron agrupados en benignos (Bethesda II, III y IV) y malignos (Bethesda V y VI), los de la BIO en benignos (benigno e indeterminados) y malignos, y se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de ambas pruebas.

Resultados: Las 373 PAAF de nódulos tiroideos, correspondían a pacientes entre 11-87 años (media de 53,2), mujeres 328 (87,9%) y hombres 45 (12,1%). Las punciones se clasificaron según Sistema Bethesda (SB) en grupo II: 289 (77,5%), grupo III: 50 (13,4%), grupo IV: 7 (1,9%), grupo V: 13 (3,5%), grupo VI: 14 (3,8%). En 91(24,4%) casos se obtuvo pieza quirúrgica con BIO en únicamente 28 casos (7,5%); de estos 28 casos el diagnóstico intraoperatorio fue de lesión benigna en 9 casos (32,1%), maligna en 6 casos (21,4%) e indeterminada en 13 casos (46,4%). Los resultados obtenidos de S,E,VPP y VPN de la PAAF y BIO fueron respectivamente: S= 42.5 y 94%, E= 96 y 100%, VPP= 89 y 100% y VPN= 68 y 86%.

Sólo en 2 casos (7.1%) de pacientes con PAAF y BIO, la BIO aportó información adicional a la obtenida preoperatoriamente por PAAF.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa una alta E y S, tanto en la PAAF como la BIO. Teniendo en cuenta, que nuestra casuística es limitada, y a pesar de la alta S y E de la BIO en nuestros casos, la BIO no ha modificado la actitud terapéutica en la mayoría de los casos.

10:40 7002-4 ESTUDIO MOLECULAR DE RET Y NTRK1 MEDIANTE FISH EN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.

Ignacio Sánchez Güerri(1), Marta Salido(1), Marine Renard(1), Lorena Díaz-Sánchez(1), María Teresa Rodrigo Calvo(1), Lara Pijuán(1), Amparo Quiñonero(1), Sergi Clavé(1), Francesc Alameda(1) y Belén Llovetas(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia endocrina más frecuente (80%) con un pronóstico habitualmente favorable y un tratamiento bien establecido. Sin embargo, el diagnóstico citológico prequirúrgico no es concluyente en un 15-30% de los nódulos tiroideos. Recientemente se han estudiado las alteraciones del cáncer de tiroides con el objetivo de buscar marcadores que permitan un diagnóstico molecular en citología y determinar perfiles de mayor agresividad.

Objetivo: Determinar los reordenamientos cromosómicos de RET (10q11.2) y NTRK1 (1q21) en CPT, variantes clásica y folicular, en muestras quirúrgicas y en citología. Los resultados se correlacionaron con la mutación de BRAF.

Métodos utilizados: Se han seleccionado 22 CPT (11 CPT "variante clásica" y 11 CPT "variante folicular") diagnosticados en nuestra institución desde el año 1992 hasta 2016. En todas las muestras se analizó la mutación V600E de BRAF por secuenciación Sanger. El estudio del reordenamiento de los genes RET y NTRK1 se realizó mediante FISH con sondas break-apart (Abbott Molecular, Inc y sondas no comerciales BACs para NTRK1). Se realizó el análisis de BRAF y RET en las PAAF prequirúrgicas en casos preservados en citología líquida.

Resultados: El resultado del estudio de FISH de las primeras 18 muestras mostró: 2 casos no valorables y 3 con reordenamiento de RET (n=3/16; 18,75%). Dos de los 3 casos con reordenamiento de RET eran "variante clásica" y el otro correspondía a "variante folicular". En 2 casos sin reordenamiento, se detectó ganancia de 3 a 4 copias del gen RET. Respecto a la mutación de BRAF, el 45% de los CPT "variante clásica" presentaron la mutación V600E en BRAF, por el contrario, ningún CPT "variante folicular" presentó mutaciones de BRAF. Ningún caso con BRAF mutado presentaba reordenamiento de RET. No se detectó reordenamiento de NTRK1 en ninguno de los casos analizados (n=16).

Conclusiones: No se ha identificado ningún caso en el que la mutación de BRAF y el reordenamiento de RET se presenten de forma simultánea, lo que sugiere que dichas alteraciones genéticas pueden ser mutuamente excluyentes.

10:45 7002-5 UTILIDAD DE LA PEROXIDASA TIROIDEA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES NEOPLÁSICAS DE TIROIDES, NUESTRA EXPERIENCIA.

Rodrigo E. Ugalde Herrá(1), Luis Manuel Fernández Fernández(1), Maripaz González Gutiérrez(1), Adela Alonso Fernández-Velasco(1), Inram Husain Calzada(1) y Héctor Enrique Torres Rivas(1) de (1)Universidad de Oviedo. HUCA, Oviedo (Asturias).

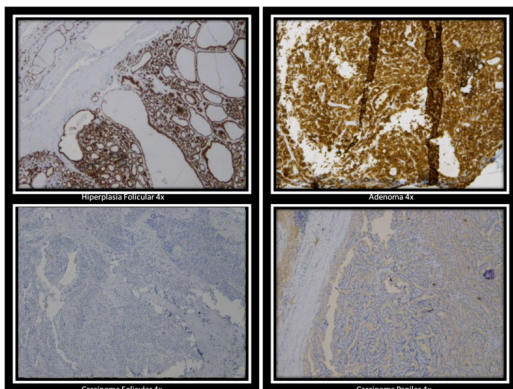


Imagen 1 Intensidad de expresión en relación al subtipo histológico 4 ejemplos.

Introducción: El cáncer de tiroides constituye un tumor poco frecuente dentro de la totalidad de neoplasias malignas. Sin embargo, es la neoplasia endocrina más frecuente (90 %), con la tasa de mortalidad más alta entre las neoplasias endocrinas.

Debido a su incidencia, y en parte a su potencial tratamiento curativo, el diagnóstico precoz supone un reto, sobre todo en determinados casos, en los que tras el estudio del nódulo o lesión tiroidea sospechosa existe una "zona gris" diagnóstica, usualmente clasificada como Bethesda III. Es en estas lesiones donde las pruebas inmunohistoquímicas (IHQ) como HBME 1, Cyclina D1, Galectina 3, se han usado como marcadores diagnósticos / pronósticos de estas lesiones.

Es por ello que se postula la utilidad de la Peroxidasa Tiroidea (TPO) como posible marcador con mayor fiabilidad en el diagnóstico del carcinoma de tiroides

Materiales y métodos: Se testó mediante técnica de IHQ el clon MoAb47 de TPO en 20 biopsias de lesiones nodulares tiroideas. Se documentaron los diferentes tipos histológicos, y la respectiva inmunotinción para TPO

Resultados: Los resultados se expresan en la tabla 1e imagen 1.

Discusión: La tinción usual de TPO esta descrita como citoplasmática difusa, fina y granular en todas las células foliculares. Se ha demostrado una relación proporcional inversa entre la expresión / intensidad de la técnica y el "grado de malignidad" (lesiones benignas = tinción potente/intensa, lesiones malignas = tinción débil o ausente).

Mención especial merece el subtipo histológico de lesiones NIFTP, que a pesar de la etiqueta de "carcinoma" no pierden su expresión, por lo cual teniendo en cuenta este dato y la historia natural de esta neoplasia, numerosos autores la consideran actualmente como lesiones de comportamiento benigno

Conclusiones: La expresión de TPO es un método diagnostico complementario útil en la diferenciación en los tumores tiroideos, sobre todo por ejemplo en los bloques celulares de PAAF de tiroides con atipia de significado incierto, ayudando a reclasificar dichas lesiones, siendo una prueba sencilla y con una relación costo beneficio muy buena.

Tabla 1. Intensidad de expresión en relación al subtipo histológico.

Expresión de TPO	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Hiperplasia	+++	+++	+++	+++	+++
Adenoma	+++	+++	+++	+++	+++
Ca. variante Folicular	-	+	+	+	-
Ca. variante Papilar	-	-	-	-	++**

Minimamente invasivos, perdida parcial *Carcinoma papilar variante folicular no invasivo (NIFTP), +++: Intensidad marcada de tinción, ++ intensidad moderada de tinción, + tinción de intensidad débil, - tinción negativa.

10:50

7002-6

TUMORES NEUROENDOCRINOS EN LOCALIZACIONES INFRECIENTES: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS.

Cristina Díaz del Arco(1), Estela Aguilar Navarro(1), Luis Ortega Medina(1), Elena Molina Roldán(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Ana Caso Viesca(1), Jorge Palomar Ramos(1), J. Ángel Díaz Pérez(1) y M^a Jesús Fernández Aceñero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) pueden aparecer en múltiples localizaciones, pero son más frecuentes en pulmón y tubo digestivo. La nomenclatura y gradación de los TNE en localizaciones infrecuentes son complicadas.

Material y métodos: Revisión de casos de TNE de localizaciones infrecuentes diagnosticados en nuestro hospital entre 1999 y 2016. Incluimos sus datos clínicos, morfológicos e inmunohistoquímicos analizando su manejo clínico y comportamiento.

Resultados: En este periodo se diagnosticaron 243 TNE primarios, 12 de ellos en localizaciones infrecuentes (4,9%). Dos de ellos se localizaban en mama, 2 en riñón, 2 en región nasosinusal, 2 en ovario, 1 en endometrio, 1 en cérvix, 1 en vulva y 1 en vía biliar extrahepática. Dos pacientes eran hombres y 10 mujeres. La edad osciló entre 26 y 81 años (media: 59). Los tumores medían entre 0,8 y 5 cm (media: 5). Todos los tumores causaron síntomas excepto los 2 tumores mamarios y uno ovárico que se descubrieron incidentalmente en cirugías o controles post-cirugía. En todos se realizó tratamiento quirúrgico, 4 de ellos acompañados de quimioterapia y/o radioterapia (2 casos en región nasosinusal, 1 cérvix y 1 ovario) y 3 de ellos con linfadenectomía (endometrio, vulva y cérvix). Siete casos fueron tumores G3; 3, G1 (2 tumores renales y 1 ovárico) y 2, G2 (2 tumores mamarios). La sinaptofisina mostró positividad fuerte y difusa en todos los casos y la positividad para cromogranina, enolasa o CD56 fue variable. Los tumores mamarios mostraron positividad para receptores de estrógenos y progesterona. El tiempo de seguimiento varió entre 9 y 196 meses (media: 77). En 6 pacientes se observó progresión o recidiva tumoral: 4 tumores G3 (ovario, región nasosinusal, vía biliar y cérvix) y 2 G1 (riñón). Los 3 tumores G3 que no progresaron se encontraban en región nasosinusal (presentó menor extensión al diagnóstico que el que progresó), vulva y endometrio. Los pacientes con 2 tumores G2 mamarios y el tumor G1 ovárico se encuentran en seguimiento sin enfermedad.

Conclusión: El comportamiento de estas lesiones es más heterogéneo y resulta más difícil predecirlo a partir exclusivamente del grado. Se necesitan series amplias para definir factores pronósticos específicos.

10:55

7002-7

VALOR PREDICTIVO DE B-RAF Y TERT EN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. EXPERIENCIA EN H. VIRGEN DE LA SALUD.

Sonsoles Aso Manso(1), Yolanda Campos Martín(1), Javier Gómez Serranillos(1), Angélica Mira Vázquez(1), Juan Luis Orradre Romeo(1), Cristina García Peirut(1), Carlos Quimbayo Arcila(1), Beatriz Moreno Torres(1), Francisco Díaz Crespo(1) y Julia Sastre Marcos(1) de (1)Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia endocrina más frecuente. La mutación de BRAF es muy prevalente en el CPT y su valor pronóstico es muy discutido. En los últimos años se han estudiado las mutaciones en el promotor de TERT relacionándolo con peor pronóstico. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de las mutaciones de BRAF y TERT en CPT operados y tratados y describir la asociación entre ambos genes con las características clínico-patológicas y su utilidad como factor predictivo.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo en el Complejo Hospitalario de Toledo, incluyéndose un total de 116 muestras con diagnóstico de CPT entre los años 2000-2015. Se ha extraído ADN de muestras histológicas parafinadas seleccionadas. El estudio de mutación de BRAF se ha realizado mediante la técnica HRM. El estudio de mutaciones de TERT se ha realizado por pirosecuenciación.

Resultados: La mutación de BRAF se ha encontrado en 72 casos (83%), con una edad media de 49 años, frente a los BRAF negativo, con una edad media de 41 años. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa con edad, tamaño, subtipo histológico, presencia de adenopatías, riesgo de recurrencias ni metástasis. La mutación de TERT, C228T, se ha encontrado en 5 casos (5,8%) de los cuales presentan una edad media de 55 frente a los TERT negativos (47 años). La presencia de ambas mutaciones se ha encontrado en 3 casos (3%), de los cuales todos pertenecían a la variedad clásica de subtipo histológico, con tiroiditis, afectación ganglionar, ausencia de metástasis en la pieza quirúrgica y con un riesgo de recurrencia intermedio.

Conclusiones: En nuestro estudio, la frecuencia de mutación de BRAF es mayor que en el resto de series publicadas (55-60%) y no se ha asociado con peor pronóstico. La mutación de TERT, sin embargo, es equiparable al resto de estudios publicados y no es factor predictivo en el seguimiento de estos pacientes.

La coexistencia de ambas mutaciones implica un mayor riesgo de recurrencia, que la positividad aislada de cada una de ellas, aunque es necesario un seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

11:00

7002-8

REVISIÓN DE TUMORES MEDIASTÍNICOS: A PROPÓSITO DE UN TUMOR CARCINOIDE TÍMICO OCASIONANDO SÍNDROME DE CUSHING.

Macarena Boiza Sánchez(1), Anabel Antonio da Conceicao(1), María Jesús Silva Rodríguez(2), Sara Isabel Vicente Antunes(3), Guillermo Gallardo Madueño(4) y Carlos Santonja Garriga(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Endocrinología, (3)Servicio de Cirugía Torácica y (4) Unidad de Imagen. Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Varón de 37 años con síndrome de Cushing de un año de evolución debido a secreción ectópica de ACTH. En la evaluación con técnicas de imagen se detectó únicamente un nódulo de 1 cm de diámetro en mediastino anterior. En la cirugía no se observaba lesión macroscópica y se resecó la grasa mediastínica de la zona de interés.

Material y métodos: A propósito de este caso hemos revisado los tumores mediastínicos y epiteliales de origen tímico (TETs) ocurridos en nuestro Centro en los últimos 10 años (2007-2016).

Resultados: El estudio histológico confirmó la presencia de un tumor carcinoide (fragmentado) de origen tímico, en el que se detectó producción de ACTH mediante técnicas inmunohistoquímicas. Tras 3 meses de evolución no hay evidencia de enfermedad residual. El paciente sufre insuficiencia suprarrenal y precisa sustitución esteroidea.

En la revisión de nuestro archivo encontramos 50 neoplasias mediastínicas, distribuidas en: 24 timomas, 20 carcinomas y 6 tumores neuroendocrinos (incluido el caso actual). En el grupo de tumores neuroendocrinos, 5 casos de los 6 encontrados (83%) resultaron ser metástasis de origen pulmonar, mayoritariamente de carcinomas neuroendocrinos de célula grande, sin clínica paraneoplásica. Sólo en el caso índice se demostró origen primario tímico y presentación paraneoplásica previa. En el grupo de carcinomas, el 90 % (18 de 20 casos) fueron metástasis de origen pulmonar (14), mamario (3) y colorrectal (1). Los casos de origen tímico (2 de 20 casos, 10%) fueron carcinomas muy extendidos, locorregionalmente avanzados, que requirieron tratamiento neoadyuvante previo a cirugía. Finalmente, el tipo más frecuente de timoma fue el tipo AB (34%), seguido del tipo B1 (29%), tipo A (25%) y tipo B2 (12%). No se observaron casos de timoma de tipo B3.

Conclusión: Los TETs son un grupo heterogéneo y poco habitual de neoplasias que incluye timomas, carcinomas y tumores neuroendocrinos. Los tumores neuroendocrinos suponen un 2-5% de los TET, proporción coincidente con nuestra serie. Se han descrito cerca de 80 casos de tumores neuroendocrinos tímicos como causa de síndrome de Cushing paraneoplásico, por lo que siempre se debe incluir el timo como posible origen ectópico de síndromes paraneoplásicos.

11:05

7002-9

LESIÓN BENIGNA INTRATIROIIDEA DE PROBABLE ORIGEN BRANQUIAL. ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Zulma Soraya Quintero Niño(1), María Planelles Asensio(2), José Luis Losa García(1), Jaime Vierna García(1), José Manuel Cameselle Teijeiro(3) y Manuel Sobrinho Simoes(4) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante), (2)Servicio de Patología del Hospital General Universitario de Alicante, (3)Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña y (4)Instituto de Patología e Imunología Molecular da Universidade do Porto, Oporto (Portugal).

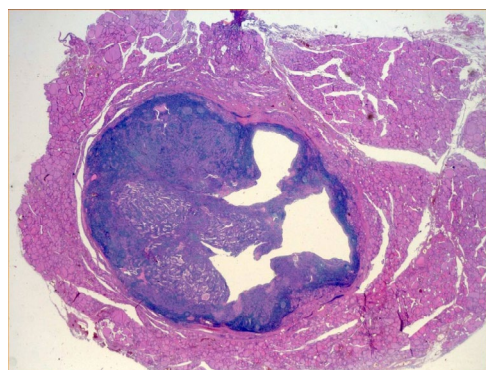


Foto macro de la lesión branquial intratiroides.

Los quistes de origen branquial son remanentes embriológicos de los arcos branquiales, constituidos por epitelio escamoso y tejido linfóide. Comunes en la cara lateral del cuello pero inusuales en el tiroides. Presentamos el caso de una tumoración intratiroides de origen branquial que planteó como principal diagnóstico una neoplasia tiroidea.

Caso clínico: Hombre de 83 años sin antecedentes llamativos, con un nódulo en hemitiroides izquierdo de 2cm. Se le realizó punción observándose una proliferación folicular concordante con nódulo hiperplásico recomendándose biopsia. En la hemitiroidectomía se observó un nódulo bien delimitado, blanquecino y con coloide, sin calcificaciones ni necrosis. Microscópicamente se observó una lesión intratiroides parcialmente quística revestida por células foliculares en continuidad con células epiteliales con varios grados de diferenciación escamosa, rodeadas por tejido linfóide con centros germinales reactivos. Algunas células epiteliales presentaban núcleos ovales con ocasionales irregularidades de su contorno (en grano de café). Focalmente presencia de hialinización. Ausencia de mitosis y necrosis. Las células con patrón folicular mostraron positividad para CK7 y Tiroglobulina y las células escamosas fueron positivas para CK5/6 y p63. El estudio BRAF y N-RAS no mostró mutaciones.

mostraron positividad para CK7 y Tiroglobulina y las células escamosas fueron positivas para CK5/6 y p63. El estudio BRAF y N-RAS no mostró mutaciones.

Discusión: Nuestro caso corresponde a una lesión quística con componente folicular y escamoso asociado a hiperplasia linfóide sin malignidad. Estas características corresponden a una lesión benigna de probable origen branquial. Según el origen embriológico ésta podría proceder de remanentes del timo, ducto tirogloso o del último arco branquial. También podrían deberse a células metaplásicas foliculares, tumores con diferenciación escamosa o encontrarse en tiroides con inflamación crónica. En este caso, la morfología y las características nucleares plantearon el diagnóstico diferencial con carcinoma papilar de tiroides, pero el estudio histológico completo, inmunohistoquímico y molecular demostró la naturaleza benigna de la lesión. Debido a que estas lesiones son raras e incidentales no son incluidas en el diagnóstico diferencial de las neoplasias intratiroides y en muchos casos plantean dudas diagnósticas.

11:10 7002-10 "TIROIDES NEGRO": CASO INSOSPECHADO Y POCO FRECUENTE.

Pedro Montero Pavón(1), José Luis Sanz Trenado(1), Isabel María de Lara Simón(1), Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Natalia María Villasanti Rivas(1), Francisco Martín Dávila(1), Lucía María González López(1) y Rafael López Pérez(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real.

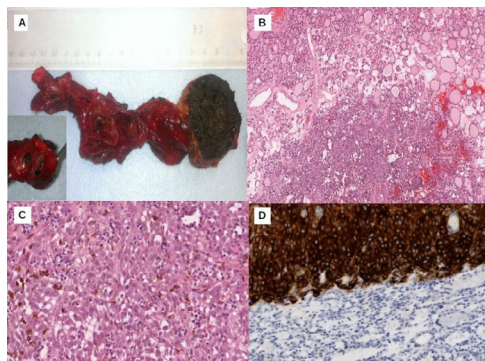


Fig. 1. A. Imagen macroscópica de la pieza de tiroidectomía. B. Tejido tiroideo normal y células tumorales malignas de estirpe melanocítica (H&E; 10x). C. Detalle de las células tumorales (H&E; 20x). D. Melan-A marcando las células tumorales (20x).

El "tiroides negro" (melanosis thyroid) es producido habitualmente por la administración de ciertos medicamentos como la Tetraciclina y la Minociclina, y es resultado de la acumulación de un pigmento tipo lipofuscina. Muy raramente es debido a una condición tumoral, más probable el carcinoma medular, cuyo componente celular deriva del mismo origen embriológico que los melanocitos (la cresta neural) y presenta la capacidad de producir melanina.

Se presenta el caso de un varón de 81 años con una masa de cuatro meses de crecimiento progresivo en el área anterior del cuello. El TAC mostraba un bocio multinodular con ganglios cervicales bilaterales reactivos. Se sometió a tiroidectomía total.

Se recibió una glándula tiroidea que macroscópicamente mostraba una coloración negra difusa y microscópicamente se presentaba extensamente infiltrada por un melanoma intensamente pigmentado de origen desconocido, ya que el paciente no presentaba lesiones cutáneas sospechosas, dando una imagen característica de "tiroides negro". Las células neoplásicas eran principalmente de hábito fusiformes y resultaron positivas para marcadores de melanocitos (S-100, Melan-A y HMB-45).

Se discute el diagnóstico diferencial con otros tumores y condiciones típicas de esta localización. Uno de los principales fue el carcinoma medular, descartado por la negatividad de marcadores neuroendocrinos (cromogranina y sinaptofisina) y calcitonina. Debido a la rara malignización melanocítica primaria de esta localización, se plantea como primera posibilidad un melanoma metastásico. El paciente falleció un mes después del diagnóstico con enfermedad metastásica masiva. No fue solicitada autopsia clínica.

11:15 7002-11 METÁSTASIS CEREBRAL ÚNICA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN VARÓN DE 76 AÑOS.

Diana Ladino Orjuela(1), Gemma Mateu Esquerda(1), Mariana Turell Lorenzo(1), Carmen Amalia Vázquez Dongo(1), Cristina Meléndez Muñoz(1) y Eugenio López Bonet(1) de (1)Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: El Carcinoma Papilar (CP) es la neoplasia maligna más frecuente en tiroides (85%). Se presenta con mayor frecuencia en mujeres (4:1). Los factores de mal pronóstico clínicos más importantes son: edad mayor a 45 años, sexo (masculino), tamaño (>2cm), extensión extratiroides y metástasis. Las localizaciones más habituales de metástasis a distancia son pulmón y hueso y raramente afecta a cerebro (0,1-5%). El CP presenta un índice de curación elevado y baja mortalidad.

Materiales y métodos: Varón, 76 años. Consulta por adenopatía latero-cervical derecha no dolorosa. Ecografía tiroidea: nódulo hipoeoico en lóbulo derecho. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) fue insuficiente para diagnóstico. PAAF ganglionar: sugestiva de metástasis de CP. Pocos días posteriores al diagnóstico, el paciente presenta inestabilidad de la marcha y paresia de cuerpo derecho. TAC y RMN cerebral: lesión parasagital, sospechosa de meningioma. Se realiza cirugía con muestra intraoperatoria y resección tumoral. Se recibe en Anatomía Patológica un tumor redondeado, blando, que a la sección presenta una superficie friable, con múltiples focos hemorrágicos. Histológicamente se trata de un tumor epitelial, de crecimiento papilar, con áreas focalmente sólidas. Las células presentan núcleo ovalado, contornos irregulares y citoplasma eosinofílico. Se observan abundantes hendiduras y pseudoinclusiones nucleares y focos de necrosis tumoral. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para TTF-1, CK7, Tiroglobulina, EMA y BRAF, y negatividad para Napsina, CK20 y S100. El diagnóstico fue de metástasis de CP de probable origen tiroideo. Tras un postoperatorio complicado, se realiza tiroidectomía total, demostrando la presencia de un CP clásico (1,6cm), con extensión extratiroides y metástasis en 12 de 14 ganglios linfáticos aislados.

Conclusiones: El CP en general presenta un pronóstico excelente (supervivencia a los 10 años: superior al 90%). Las metástasis cerebrales únicas de CP de tiroides no son habituales, aunque se han descrito en varias ocasiones y disminuyen la supervivencia entre un 37-24% en 5-10 años. Requieren tratamiento quirúrgico y radioterápico y seguimiento estricto.

11:20 7002-12 METÁSTASIS ÓSEA DE CARCINOMA TIROIDEO CON ELEMENTOS TUMORALES DE LA FAMILIA EWING.

Sonia Cigüenza Sancho(1), Ana Isabel Lavado Fernández(1), Elisa Isabel Aracil León(1), Ana Delina Lozano Salazar(1), Sandra Sapia(1), Elisa Ortega Pastor(1), Josefa Herrero Santacruz(1), Rafael Navas Espejo(1), Daniel Martínez García(1) y Antonio Martínez Lorente(1) de (1)Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante).

Introducción: El carcinoma de tiroides con elementos tumorales de la familia Ewing/PNET (CEFTE) es un subtipo neoplásico recientemente descrito, de histogénesis incierta que presenta característicamente reordenamiento de EWSR1-FLI1. Cuenta con apenas una decena de casos publicados, en los que se asocia con un pronóstico favorable. En este trabajo describimos la evolución clínica y los hallazgos histológicos de un caso diagnosticado en nuestro centro.

Material y métodos: Varón de 33 años de edad con antecedente de carcinoma tiroideo en 2013, que durante el seguimiento radiológico presenta una lesión esclerosante a nivel medular del 5º arco costal izquierdo. Se realiza resección posterior en bloque, siendo necesaria una

ampliación del borde distal por afectación intramedular del margen quirúrgico, previa al tratamiento oncológico con QT+RT. Se procede al estudio de la pieza fijada en formol y tras su decalcificación, mediante tinción con H&E y técnicas inmunohistoquímicas (IHQ).

Resultados: Macroscópicamente se identifica una lesión amarillenta de 4,5 cm en un fragmento de tejido muscular y óseo de 10,7 x 4 cm. El estudio microscópico muestra una neoplasia sólida de crecimiento infiltrativo en sábana y en nidos de tamaños variables, constituida por pequeñas células redondas basófilas, de citoplasma escaso y con frecuentes figuras de mitosis. Se observa afectación del tejido muscular, fibroadiposo y hematopoyético así como embolización linfovascular. El estudio IHQ demuestra expresión de CK AE1/AE3, CD99, vimentina, p63, sinaptofisina, BCL2 y Ber-Ep4 y es negativo para TTF-1, calcitonina, CD56 y S100. Con Ki-67 la actividad proliferativa estimada es baja (6%). Los hallazgos son concordantes con metástasis de CEFTE con marcadores neuroendocrinos.

Conclusiones: La morfología de los CEFTE es similar a la de otros tumores de células redondas azules (linfomas, PNET) por lo que ante una neoplasia de estas características, los estudios IHQ, molecular y de extensión son imprescindibles para confirmar el diagnóstico y el origen primario o metastásico.

Actualmente se observan en la TC de control dos nuevas lesiones óseas sospechosas de metástasis a distancia, por lo que se hace necesario ampliar el seguimiento y estudiar un mayor número de casos para evaluar el pronóstico de estos pacientes así como proponer nuevas terapias dirigidas.

MIÉRCOLES 24 de mayo
10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7003

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

7003-1 MODERADORA

Judith Pérez Rojas, Hospital Universitario la Fe, Valencia.

10:30

7003-2

DETERMINACIÓN DE MUTACIONES EN CKIT Y PDGFRA EN TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

Jorge Muñoz Rodríguez(1), Virginia de Lucas López(1), Anabel Antonio da Conceicao(1), Nuria Pérez González(1), José Ignacio Cornejo Ladrero(1), Víctor Manuel Castellano Megías(1) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Los tumores del estroma gastrointestinal suponen el 2% del total de neoplasias del tracto digestivo. La mayor parte presentan mutaciones en CKIT y PDGFRA. Planteamos una revisión de casos en nuestro centro para compararla con series ya descritas. Seleccionamos 38 casos diagnosticados como GIST y realizamos estudio mutacional de los exones 9, 11 y 17 en CKIT y la mutación D842V en el exón 18 de PDGRA. Se agruparon los casos en función del riesgo de recidiva según los criterios de Miettinen y Lasota

Resultados: La localización más frecuente fue estómago (57,89%) seguido de intestino delgado (28,95%). El patrón histológico más frecuente fue el fusiforme (65,79%) seguido del mixto (28,95%) y por último el epitelioides (5,26%). El 43,37% de los casos presentaron rasgos de alto riesgo de recidiva, con 4 casos (10,53%) de riesgo intermedio y 16 casos riesgo bajo o muy bajo. El 81,58% evidenciaron expresión de CD117. El estudio mutacional reveló un total de 23 casos con mutaciones en CKIT (60,53%), de los cuales 17 (73,91% de los mutados en CKIT) presentaban mutación en el exón 11 y seis de ellos en el exón 9 (26,09%). Ningún caso presentó mutación en el exón 17. Se identificaron siete casos mutados en PDGFRA (18,42%). El resto de casos (8) presentaron genotipo Wild Type para CKIT y PDGFRA. Los tumores de alto riesgo presentaron un mayor número de mutaciones en el exón 11 de CKIT (44,44%) y en el exón 9 de CKIT (33,33%).

Conclusión: El pronóstico de los GIST viene determinado por factores morfológicos y moleculares. Morfológicamente, los factores más determinantes son: localización, tamaño y actividad mitótica. Las alteraciones moleculares poseen además implicación terapéutica, ya que las deleciones en el exón 11 de CKIT están asociadas a mayor riesgo de recidiva, pero también a buena respuesta a Inhibidores de la Tirocin-Kinasa. En PDGFRA, la mutación D842V está asociada a resistencia a tratamiento con ITK, pero asocia un pronóstico favorable. En nuestra serie, los datos obtenidos concuerdan con lo descrito en la literatura; Los casos clasificados morfológicamente como alto riesgo presentan más incidencia de mutaciones en los exones 11 y 9 de CKIT. Destaca la mayor prevalencia de tumores WT para CKIT y PDGFRA (21,05% frente al 10-15%), que podría explicarse por mutaciones menos prevalentes (BRAF, otras mutaciones en CKIT) no estudiadas de manera rutinaria.

10:35

7003-3

GRADACIÓN HISTOLÓGICA DEL CARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS ¿APORTA INFORMACIÓN ADICIONAL EL ÍNDICE MITÓTICO AL SISTEMA DE GRADACIÓN DE ADSAY?

Sofía del Carmen Martínez(1), Luis Carlos de Cella Gurdíel(1), Cristina González Velasco(1), Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Yoana Franco Rodríguez(1), Ruth Gervás Ríos(1), Óscar Javier Blanco Muñoz(1), Jorge Feito Pérez(1), M^a del Mar Abad Hernández(1) y Óscar Bengoechea Miranda(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: La gradación del carcinoma ductal de páncreas es considerada un importante factor pronóstico. En la actualidad existen dos sistemas, el propuesto por Klöppel y recogido en el libro de la OMS, basado en la diferenciación glandular, producción de mucina, índice mitótico y pleomorfismo nuclear, y el sistema propuesto por Adsay basado únicamente en la arquitectura tumoral.

Dado que de los parámetros empleados en el sistema de gradación de Klöppel/OMS el más reproducible es el conteo de mitosis, nos planteamos si este dato pudiera tener relación o aportar información para el sistema de Adsay.

Material y métodos: Analizamos 34 muestras de adenocarcinoma ductal de páncreas procedentes de duodenopancreatectomías (totales o parciales) con resección completa o mínima enfermedad residual. Todos los casos habían sido clasificados mediante el sistema de Adsay.

Sobre cada una de las muestras teñidas con hematoxilina-eosina, dos patólogos realizaron el conteo de mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA), calculándose después la media.

Resultados: De los 34 casos estudiados y clasificados según criterios morfológicos, 10 correspondieron a tumores bien diferenciados (G1), 13 moderadamente diferenciados (G2), y 11 pobremente diferenciados (G3).

Analizando las medias de mitosis por 10 CGA observamos que en el grupo G1 la media fue de 1.2 mitosis/10CGA, en G2 de 2,78 mitosis/10CGA y en G3 de 2,36 mitosis/10CGA. En el análisis estadístico no se observaron diferencias significativas entre grupos en relación con el índice mitótico.

Conclusión: Los resultados de este estudio sugieren que el índice de mitosis propuesto por Klöppel/OMS no se relaciona de manera significativa en el grado histológico del sistema de Adsay.

Además, llama la atención que los índices de mitosis observados (independientemente de la histología) están alejados de los rangos recogidos en la OMS.

No obstante, dado que se trata de un sistema reproducible y muy utilizado en anatomía patológica, sugerimos la posibilidad de seguir estudiando este parámetro tanto en series mayores como mediante técnicas de inmunohistoquímica que detecten células en fase proliferativa, planteándonos la posibilidad de agrupar tumores G2 y G3 en un mismo grupo, ya que en nuestra serie observamos que la media de mitosis por 10CGA en los tumores G1 es menor de 2, y en los tumores G2 y G3 es mayor de 2.

10:40

7003-4

FACTORES HISTOPATOLÓGICOS PREDICTORES DE ENFERMEDAD RESIDUAL EN POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS COLORECTALES CON ADENOCARCINOMA QUE INFILTRA SUBMUCOSA.

José Javier Aguirre Anda(1), Begoña Atarés Pueyo(1), Nerea Vidaurrezaga Olivares(1), Laura Lorente Gea(1), Francisco Borja Gutiérrez Corres(1), José Antonio Romeo Ramírez(2), Baltasar Cermeño Toral(2), Lorans Fernández Rico(2) y José Errasti Alustiza(2) de (1)Servicio Anatomía Patológica y (2)Servicio Cirugía. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Introducción: La resección endoscópica ha demostrado eficacia para el manejo de pólipos pT1, pero hay casos en los que la polipectomía no es suficiente para alcanzar la resección completa requiriéndose tratamiento quirúrgico adicional.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados a tumor residual tras resección endoscópica de pólipos pT1.

Métodos: Revisión retrospectiva de las polipectomías realizadas entre los años 2003 y 2015 en nuestro centro, habiéndose obtenido datos de 176 pólipos pT1, en 176 pacientes (125 hombres y 51 mujeres) con edades entre los 33 y los 83 años.

Los factores analizados fueron edad, localización, tamaño tumoral, grado histológico, margen, budding, e invasión vascular.

El estudio multivariante de los factores de riesgo para el tumor residual se realizó mediante un análisis de regresión logística. El grado de significación fue 0,05.

Resultados: Se estudiaron un total de 176 pólipos pT1 de los que 55 fueron intervenidos quirúrgicamente. El 20% de las lesiones se localizaron en el recto. El tamaño medio fue de $2,02 \pm 0,92$ cm y el 21% mostraron morfología sésil. Se alcanzó el margen quirúrgico (distancia ≤ 1 mm) en el 43%. Se observó budding en el 26% de los casos e infiltración vascular linfática en 11 casos (6,3%). En 13 casos observamos tumor residual, en 10 infiltración ganglionar y en 4 metástasis a distancia.

El análisis realizado mostró el margen afecto como único factor de riesgo tanto de tumor residual (OR=0,08; IC95% 0,01-0,69; $p=0,02$) como de infiltración ganglionar (OR= 0,08; IC95%= 0,01-0,60; $p=0,01$). Mostraron valor predictivo independiente para la aparición de metástasis: la edad (OR= 1,37; IC95%= 1,04-1,80; $p=0,03$), la morfología sésil (OR= 0,03; IC95% 0,01-0,69; $p=0,03$) y la invasión linfática (OR= 0,03; IC95%= 0,01-0,29 $p=0,02$).

Conclusiones: De los factores incluidos en la literatura como predictores de tumor residual tras polipectomía, en nuestra muestra únicamente ha mostrado valor predictivo independiente la afectación del margen tumoral (distancia ≤ 1 mm). Ni el tamaño tumoral, ni la diferenciación ni la presencia de "budding" se mostraron como factor de riesgo de tumor residual ni de metástasis a distancia.

10:45

7003-5

ESTUDIO DE KRAS EN CÁNCER COLORRECTAL EN 224 PACIENTES DE LA REGIÓN DE SALAMANCA.

Cristina González Velasco(1), Carlos Santos Jiménez(1), Sofía del Carmen Martínez(1), Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Yoana Franco Rodríguez(1), Ruth Gervás Ríos(1), Óscar Javier Blanco Muñoz(1), Ángel Santos-Briz Terrón(1), Óscar Bengoechea Miranda(1) y M^a del Mar Abad Hernández(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: El cáncer colorrectal es la primera causa de incidencia y la segunda de muerte por cáncer en países desarrollados.

El estado mutacional de KRAS es factor predictivo negativo de respuesta a terapias anti-EGFR. El objetivo de nuestro trabajo es: determinar frecuencia y tipo de mutaciones en KRAS en nuestra población, estudiar características anatomopatológicas y valorar el grado de agresividad tumoral acorde con el estado mutacional.

Material y métodos: Analizamos el oncogén KRAS (codones 12, 13 y 61) en 224 pacientes a partir de ADN extraído de material parafinado o procedente de PAAF. Se analizaron 26 metástasis, 174 tumores primarios y 24 casos consulta, mediante PCR en tiempo real (plataforma COBAS4800). También se recogieron datos relativos al estadio TNM, grado histológico y fechas de éxito de los pacientes.

Resultados: En nuestro estudio, 117 pacientes (52,2%) presentaron KRAS nativo y 107 (47,78%) mutaciones. La mutación más frecuente (26 casos) fue G12D, seguida de G12V (13 casos), G13D (13 casos), G12C (10 casos), G12S (5 casos), G12A (4 casos), G12R (1 caso) y mutación en codón 61 (1 caso). La presencia de mutaciones fue del 48,8% en tumores primarios y 34,62% en metástasis. En tres casos se analizaron de manera sincrónica tumor primario y metástasis con resultando discordante en dos (tumor primario nativo y metástasis mutadas). Comparativamente, en el grupo KRAS nativo versus mutado, la media de edad fue de 67,58 años vs 70,38 años, el tamaño medio tumoral 4,96 cm vs 4,66 cm y el estadio T4a vs T3. La supervivencia media es de 2,04 años, observándose una supervivencia menor (0,18 años) en el caso con mutación en codón 61.

Conclusión: El porcentaje de pacientes mutados (47,8%) supera el observado en otros estudios, pudiendo ser debido a que en nuestro centro las determinaciones se realizaron a petición de Oncología.

Aunque en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas entre tipo de mutación y características clínico-biológicas, sería aconsejable prestar atención especial a las mutaciones del codón 61 por tener tendencia a una menor supervivencia.

Las discrepancias entre tumor primario y metástasis puede hacer recomendable el estudio mutacional de las metástasis, ya que podríamos detectar mutaciones de novo, de resistencia al tratamiento o clones no detectables en tumor primario, explicando así recaídas y refractariedad al tratamiento.

10:50 **7003-6 ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN. SIMILITUDES CON LA ENFERMEDAD CELÍACA.**

Patricia Pose Lapausa(1), Raquel Dolz Gaitón(1), Andrea Pascual Romero(2), Pilar Soriano Sarrió(1), Antonio López Serrano(2) y Natalia Camarasa Lillo(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo partiendo de 7 pacientes hipertensos en tratamiento por Olmesartán (antihipertensivo del grupo ARA-II), ingresados en el Hospital U. Dr. Peset por diarrea crónica y con biopsia intestinal con rasgos histológicos equiparables a los de la enfermedad celíaca. El objetivo es dar a conocer la enteropatía que este fármaco puede provocar para un correcto diagnóstico histológico diferencial con la enfermedad celíaca.

Se evaluaron la clínica, los datos de laboratorio y la biopsia intestinal de todos ellos, objetivándose datos comunes: tratamiento crónico de Olmesartán, diarrea crónica, estudio de heces negativo (coprocultivo, toxina de *C. Difficile*, parásitos), anticuerpos anti-tTG negativos, e histología de celiaquía-like con atrofia de vellosidades, elongación de las criptas, infiltrado inflamatorio linfocitario intraepitelial.

Se procedió a la retirada del fármaco con una rápida desaparición de la diarrea en todos los pacientes (media de 7 días). La evolución favorable hizo innecesaria la repetición de una biopsia intestinal de control, tal como se describe en la revisión de la literatura.

Podemos concluir que la toma de Olmesartán de forma crónica, provoca atrofia vellositaria con hiperplasia de criptas y linfocitosis intraepitelial, dando lugar a una enteropatía celíaca-like como efecto adverso raro pero grave, provocando que la mayoría de los pacientes requiera hospitalización e incluso ingreso en la unidad de cuidados intensivos, con cuadros de insuficiencia renal aguda, deshidratación y síndromes malabsortivos.

Por tanto, es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de toda enteropatía con hallazgos histológicos compatibles con celiaquía sin anticuerpos anti-tTG en sangre periférica, y conocer que la retirada de Olmesartán hace que el cuadro malabsortivo remita con rapidez.

10:55 **7003-7 PANCREATITIS CRÓNICA AUTOINMUNE, UN RETO DIAGNÓSTICO.**

Guillermo Muñoz González(1), Begoña Fuertes Negro(1), Patricia Sota Ochoa(1), Carlo Bruno Marta Casanova(1), Elaine Mejía Urbáez(1), Francesc Felipo Berlanga(1), Hristo Iliev Iliev(1), Tomás Castiella Muruzábal(2), Joaquín Soria Navarro(1) y Manuel Moros García(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y (2)Universidad de Zaragoza.

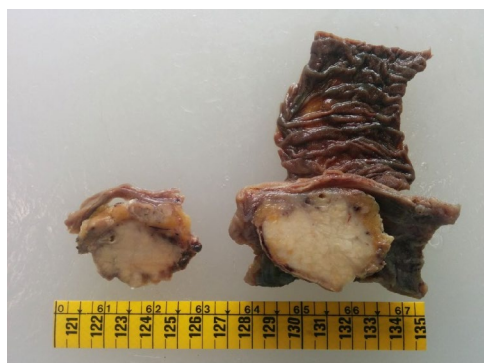


Imagen macroscópica del tumor localizado en cabeza pancreática.

Introducción: La pancreatitis crónica autoinmune se considera como una enfermedad esclerosante IgG4-dependiente. Se describió por primera vez en 1960 y ha recibido numerosos nombres a lo largo de los años. Al ser IgG-4 dependiente, se suele asociar a otras enfermedades con similar patrón histológico (tiroiditis de Riedel, fibrosis retroperitoneal idiopática, etc).

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 54 años con ictericia de una semana de evolución y pérdida de peso. Mediante TAC se visualiza una masa en la cabeza pancreática; ante la alta sospecha de neoplasia maligna, se le somete a duodenopancreatectomía céfalica.

Resultados: La pieza remitida al servicio de Anatomía Patológica revela una lesión tumoral de 4,5 cm de diámetro, firme y de color blanco, localizada en la cabeza del páncreas. Al estudio histológico de la misma se evidencia una desestructuración del parénquima pancreático, predominando una marcada fibrosis extensamente hialinizada que se dispone conformando un patrón estoriforme asociada a un denso infiltrado linfoplasmocitario y una evidente flebitis obliterativa. Se realizó una tinción para IgG4

que demostró la presencia de abundantes células plasmáticas IgG4 positivas (>50 / C.G.A.). Con estos hallazgos, se efectuó el diagnóstico de pancreatitis crónica autoinmune. En la actualidad, dos años después de la cirugía, el paciente se encuentra bien y sin signos de recidiva.

Conclusiones: La pancreatitis crónica autoinmune debe ser siempre tenida en cuenta ante el estudio de una masa pancreática, ya que si lo gramos hacer un diagnóstico certero a tiempo, pueden evitarse cirugías agresivas innecesarias. No obstante, como ocurrió en este caso, al ser una entidad de difícil diagnóstico, en muchas ocasiones no puede descartarse una neoplasia hasta disponer del estudio histológico completo.

11:00 **7003-8 REVISIÓN DE LAS ANGIODISPLASIAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL Y PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON PERFORACIÓN VISCERAL ESPONTÁNEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EXCEPCIONAL DE LA ENFERMEDAD.**

Ángela Hens Pérez(1), M^a Isabel Moreno García(1), María José Añón Requena(1), Gloria Muñoz Arias(1), Coral de la Vega Olías(1), Assad Al Assad Najeb(1), Javier Campos Martínez(1) y Antonio Calvo Durán(1) de (1)Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Las alteraciones vasculares del tracto digestivo son frecuentes, siendo probablemente la angiodisplasia una de las causas más habituales de hemorragia digestiva.

Se ha relacionado con el envejecimiento y se interpreta en la actualidad como una lesión degenerativa, no malformativa. Su incidencia es difícil de precisar, dado entre otros factores, que la mayoría de los diagnósticos clínicos carecen de una extirpación quirúrgica que permita su confirmación histológica.



El examen patológico debe descartar una serie de lesiones vasculares que con frecuencia se confunden clínicamente con la angiodisplasia, las cuales también cursan con hemorragia crónica o recurrente. Para su diagnóstico se han de identificar los vasos típicos de aspecto ectásico, tortuosos, limitados por endotelio o muy escaso componente muscular, que se acompañan con frecuencia de dilatación arterial. Se localizan básicamente en la submucosa, con frecuente extensión a la mucosa, y en los casos de enfermedad de larga evolución, con afectación de zonas profundas de la pared gastrointestinal y la serosa.

Dentro de las posibles complicaciones de la angiodisplasia no se menciona la perforación, salvo que ésta se deba a una causa yatrogénica, como sería la realización de alguna técnica endoscópica.

Presentamos las angiodisplasias confirmadas en nuestra área de influencia hospitalaria tras la extirpación quirúrgica, destacando los dos únicos casos que hemos encontrado descritos cuya primera e insólita manifestación fue una perforación visceral espontánea.

Se aportan los detalles clínicos y las peculiaridades morfológicas observadas.

11:05

7003-9

FACTORES HISTOPATOLÓGICOS PREDICTORES DE LA RESPUESTA A LA TERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CARCINOMA GÁSTRICO.

Lourdes Estrada Muñoz(1), María Jesús Fernández-Aceñero(1), Cristina Díaz del Arco(1), Mónica Negueruela López(1), Estela Aguilar Navarro(1), David de Pablo Velasco(1), Rosa María Rodero Villanueva(1) y María Luisa Sánchez de Molina(2) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid y (2)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La quimioradioterapia neoadyuvante (TNA) seguida de resección quirúrgica se ha convertido en un tratamiento estándar para tumores digestivos. Sin embargo existen casos con mala repuesta e incluso progresión de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es analizar las características histopatológicas como potencial predictor de la respuesta a TNA en carcinomas gástricos.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de 70 pacientes con carcinoma gástrico tubular que recibieron TNA previa a la cirugía entre 2008 y 2011.

La variable de resultado fue la regresión del tumor en la pieza de resección (sistemas de Becker y CAP/AJCC). Dicha variable fue revisada por dos patólogos de forma independiente y ciega. Además se recogieron datos demográficos y factores histopatológicos de la biopsia endoscópica (antes de TNA).

Se aplicó un modelo de regresión logística con las variables que mostraron asociación significativa en el análisis univariable. El pronóstico se definió en términos de tiempo de supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG).

Resultados: La concordancia entre los dos sistemas de regresión es alta ($\kappa > 80\%$, $p = 0,000$).

Solo la presencia de invasión linfática se asocia de manera independiente a la falta de respuesta al TNA, aunque el grado muestra también tendencia a la asociación.

Discusión: Nuestro estudio indica que los tumores indiferenciados responden peor a TNA. Pocos estudios han analizado los factores que determinan la mala respuesta a TNA en tumores gástricos. Un estudio reciente señala que solo Ki67 se asocia de manera independiente a la falta de respuesta. Aunque en nuestro estudio no hemos realizado IHQ, los tumores indiferenciados suelen tener más actividad mitótica.

Conclusión: Es importante realizar más estudios que permitan definir factores predictores de respuesta a TNA con el objetivo de definir nomogramas de utilidad clínica, como se han desarrollado en otros tipos de tumores.

Table 2. Summary of the demographic and histopathological findings of the patients according to response

Feature	Minor response (59 pt)	Major response (11 pt)	P value for the association
Sex	Male 62.7% Female 37.3%	Male 54.5% Female 45.5%	0.7
Age (y) (mean and SD)	64.1 (10.25)	66.36 (9.05)	0.4
Differentiation grade	Well differentiated 44% Poorly differentiated 66%	Well differentiated 81.8% Poorly differentiated 19.2%	0.02
Vessel invasion	Absent 47.5% Present 52.5%	Absent 81.8% Present 18.2%	0.03
Lymph vessel invasion	Absent 31.8% Present 68.2%	Absent 71.5% Present 28.5%	0.04

Feature	Minor response (59 pt)	Major response (11 pt)	P value for the association
Perineural infiltration	Absent 42.3% Present 57.7%	Absent 81.8% Present 18.2%	0.019
Desmoplasia	Absent 61.2% Present 38.8%	Absent 57.1% Present 42.9%	0.8
Inflammatory infiltrate	Absent 27.7% Present 72.3%	Absent 30% Present 70%	0.9
Disease free survival (median; mo)	17	33	0.02
Overall survival (median; mo)	22	29	0.07
Recurrence	No 55.9% Yes 44.1%	No 63.6% Yes 36.4%	0.63
Death of disease	No 66.1% Yes 35.9%	No 90.9% Yes 9.1%	0.09

11:10 7003-10 CASO DE HEPATOTOXICIDAD AGUDA INTRÍNSECA, POR HIERRO.

Felipe Lozano Alarcón(1), Solsiree Moreno Mijares(1) y María Isabel Peligros Gómez(1) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

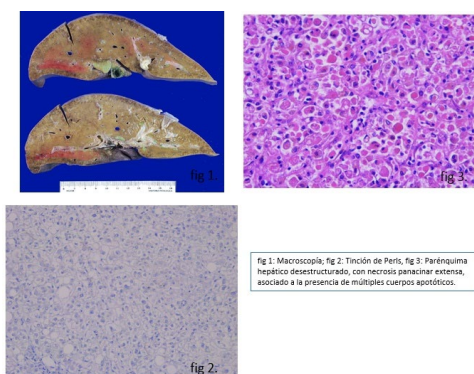


fig 1: Macroscopía; fig 2: Tinción de H&E; fig 3: Parénquima hepático desestructurado, con necrosis panacinar extensa, asociado a la presencia de múltiples cuerpos apoptóticos.

Imágenes.

Antecedentes y objetivos: El daño hepatocelular agudo representa el 90% de las lesiones causadas por medicamentos, las cuales pueden ser clasificadas en hepatotoxicidad intrínseca e idiosincrática, en función del mecanismo fisiopatológico y las condiciones propias de cada individuo. Presentamos un caso clínico, de intoxicación aguda por Hierro, el cual se ingiere con ideación autolítica, en una mujer joven sin enfermedad hepática previa, que desencadena un fallo hepático fulminante, que obliga a la realización de un trasplante hepático urgente. Dado, que esta es una entidad infrecuente, realizamos una revisión de las alteraciones histopatológicas en esta entidad, para correlacionarlas con nuestro caso.

Metodología: Recibimos en nuestro servicio, una pieza de hepatectomía, sin lesiones ocupantes de espacio al corte, con un parénquima que muestra algunas áreas de coloración verduzca, ubicadas predominantemente en el lóbulo caudado y en la periferia del hígado (fig.1).

En la histología se aprecia un parénquima hepático desestructurado, con necrosis panacinar extensa, asociado a la presencia de múltiples cuerpos apoptóticos, sin evidencia

de infiltrado inflamatorio acompañante (fig. 3). La tinción de Perl's fue negativa (fig. 2).

Discusión: Dentro de la hepatotoxicidad intrínseca, encontramos un mecanismo directo de daño celular, que da origen a un patrón histológico predominantemente citolítico, debido a que los agentes agresores o sus metabolitos, generan efectos fisio-químicos, como la peroxidación de las membranas lipídicas, que llevan a la destrucción celular. La muerte celular puede ocurrir por dos procesos distintos, la necrosis o la apoptosis. El primero, muestra una destrucción celular a causa del daño estructural de la membrana plasmática, que lleva a la liberación de restos celulares al medio, en el seno de un proceso inflamatorio exacerbado. Por otra parte, la apoptosis, se muestra como un proceso organizado de desintegración celular, que incluye la contracción celular, fragmentación y condensación de la cromatina, en cuerpos apoptóticos, mediado por moléculas que se activan en respuesta a un determinado estímulo.

En nuestro caso, se aprecia una necrosis pan-acinar extensa, asociado a la presencia de múltiples cuerpos apoptóticos, que se podría correlacionar con un daño hepatocelular agudo intrínseco y directo, extremadamente infrecuente.

11:15 7003-11 DIAGNÓSTICO DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS POR PUNCIÓN BIOPSIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA.

Francisca María Ortiz Domínguez(1), Sergio Adrián Rodríguez Lobalzo(1), Teresa Pereda Salguero(1), Ioana Cristina Abitei(1) y Andrés Sánchez Yagüe(1) de (1)Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

La técnica tradicional para el diagnóstico histológico de lesiones pancreáticas ha sido la punción aspiración con aguja fina (PAAF). El diagnóstico se realizaba clásicamente sobre una muestra citológica. En los últimos años se ha introducido una nueva técnica de punción biopsia con aguja (PBAF) por el Servicio de Digestivo en nuestro hospital con la que se obtienen cilindros de tejido. El objetivo de este estudio es revisar los resultados para evaluar su rentabilidad diagnóstica.

Métodos: Se revisaron las lesiones pancreáticas biopsiadas por ecoendoscopia con esta nueva técnica desde marzo de 2015 a diciembre de 2016. Registramos datos de sexo y edad del paciente, localización de la lesión biopsiada, diagnóstico histológico definitivo, uso de técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) y la necesidad de nueva biopsia en los casos no concluyentes.

Resultados: Se biopsiaron a 68 pacientes, 39 hombres y 29 mujeres, edad media de 58.4 años. En 66 casos se obtuvieron muestras adecuadas que incluían 1 o más cilindros de tejido cohesivo con conservación de la arquitectura y disposición celular. 11 pacientes precisaron biopsias adicionales. El diagnóstico más frecuente fue adenocarcinoma ductal de páncreas (38 casos) incluyendo una variante de carcinoma anaplásico-indiferenciado, seguido de 13 pancreatitis crónica y 5 tumores neuroendocrinos (TNE). Otros diagnósticos: GIST pancreático, metástasis de carcinoma de células renales, tumor sólido pseudopapilar y un carcinoma pobremente diferenciado. En 5 casos el material estudiado no presentó alteraciones aunque dos eran altamente sospechosos de neoplasia. Se realizaron técnicas IHQ en el 60% de los adenocarcinomas y en el 100% de TNE para diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios con atipia, clasificación del tipo histológico, gradación en el caso de TNE mediante índice proliferativo Ki67 y filiación del origen en las lesiones metastásicas. La edad media al diagnóstico en los adenocarcinomas fue de 62.4 años, siendo más frecuentes en hombres (60%). La localización más habitual, cabeza de páncreas (62%). El 43% de los adenocarcinomas se diagnosticó en estadio IV.

Conclusiones: La PBAF guiada por ecoendoscopia es un método seguro y efectivo para el diagnóstico de lesiones malignas pancreáticas, obteniendo un tejido bien preservado que permite tipificar y gradar las lesiones además de realizar IHQ y biología molecular.

11:20

7003-12

ESTADIAJE GANGLIONAR POR MÉTODO MOLECULAR EN CARCINOMAS DE RECTO. ¿ES FACTIBLE EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA?

Sherley Díaz Mercedes(1), Iban Aldecoa(1), Carla Montironi(1), Carla Fuster(1), Josep Antoni Bombí(1), Natalia Rakislova(1), Dulce Momblan(2), Anitze Ibarzabal(2), Francesc Balaguer(3) y Miriam Cuatrecasas(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona, (2)Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Clínic, Barcelona y (3)Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Hasta un 20% de carcinomas colorectales (CCR) estadiados pN0 con hematoxilina y eosina (H/E) recidivan tras un tratamiento quirúrgico con intención curativa. Estudios recientes en carcinomas de colon muestran que el estadio molecular ganglionar mediante amplificación de mRNA de CK19 se correlaciona con factores de riesgo clásicos de CCR. Sin embargo, no hay datos sobre el estadiaje molecular ganglionar en carcinomas de recto.

Diseño: Se disecaron 639 GL de 32 carcinomas de recto que no habían recibido tratamiento neoadyuvante. Se detectó la presencia de tumor en los ganglios linfáticos (GLs) de las piezas quirúrgicas de recto mediante el método RT-LOOP, que detecta ARNm de CK19. El análisis molecular de los GLs se realizó poniendo múltiples GLs en cada tubo de PCR (método pooling). Así, todos los GLs de cada caso se analizaron con pocas determinaciones moleculares.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 67,8 años, con un ratio hombre:mujer de 1.4:1. Los estadios pTN fueron: 1 pT0, 1 pTis, 6 pT1, 13 pT2, 7 pT3 y 4 pT4; 26 pN0, 3 pN1a, 1 pN1b, 1 pN2a y 1 pN2b. Se disecó una media de 19 GLs por caso. Utilizando el método pooling de análisis de GL, se realizó una media de 1,8 determinaciones moleculares por caso. Se detectó ARNm de CK19 tumoral en GLs de 10 de los 32 casos, con una media de 6.900 copias/μl. Cinco de estos casos habían sido pN0 por H/E.

La positividad molecular se correlacionó con algunos factores de riesgo clásicos en CCR, como el grado de tumor budding, la invasión neural y la invasión vascular (todos p<0.05). Se observó una tendencia entre la positividad de ARNm CK19 en GLs y el grado de diferenciación tumoral.

Conclusión: El estadio molecular en el carcinoma rectal se correlaciona con algunos factores de riesgo clásicos, y podría ser más preciso que el estadio ganglionar pN realizado con H/E. El estadiaje molecular es un método factible de ser incorporado en la práctica diaria de los servicios de anatomía patológica y requiere pocas determinaciones moleculares por caso.

MIÉRCOLES 24 de mayo
10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7004

**INMUNOHISTOQUÍMICA Y
PATOLOGÍA MOLECULAR**

7004-1 MODERADOR

Michele Biscuola, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

10:30

7004-2

ACTUALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PLATAFORMA NK-RAS EN LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO MUTACIONAL DE RAS (KRAS/NRAS) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.

Trinidad Caldés Llopis(1), Javier Hernández-Losa(2), José Javier Gómez Román(3), Marta Mendiola Sabio(4), Milagros Balbin Felechosa(5), Yolanda Campos Martín(6), José Palacios Calvo(7), David Guerrero Setas(8), M^a del Mar Abad Hernández(9) y Rubén López Zúñiga(10) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid, (2)Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, (3)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), (4)Hospital Universitario La Paz, Madrid, (5)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), (6)Hospital Virgen de la Salud, Toledo, (7)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, (8)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), (9)Hospital Clínico Universitario de Salamanca y (10)Amgen, Barcelona.

Introducción: La determinación de las mutaciones en el conjunto de genes RAS (KRAS/NRAS) constituye un estándar clínico para la toma de decisiones terapéuticas en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRM). Las mutaciones en KRAS exones 2, 3 y 4 (codones 12, 13, 59, 61, 117y 146) y NRAS exones 2, 3 y 4 (codones 12, 13, 59, 61 y 117) se han establecido como factor predictivo negativo ante el tratamiento con anti-EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor).

Objetivo: Presentar una actualización de los resultados obtenidos en la determinación del estado mutacional de RAS en pacientes con CCRM en España a través de la plataforma NK-RAS en el periodo junio 2013 - febrero 2017.

Material y métodos: Las determinaciones incluidas en la plataforma NK-RAS han sido realizadas a partir de tejido fijado en formol y posteriormente parafinado. La extracción de ADN del tejido fue realizada mediante kits comerciales. Asimismo, las mutaciones en los genes KRAS/NRAS (Exones 2, 3, 4) fueron detectadas a partir de distintas tecnologías basadas principalmente en PCR y pirosecuenciación. Dichas tecnologías están validadas para su uso clínico en diagnóstico molecular.

Resultados: De un total de 15.342 muestras provenientes de más de 150 centros del programa NK-RAS el 50,76% (n=7.787) de las muestras no presentaban mutaciones en los genes KRAS/NRAS, mientras que el 47,84% (n=7.339) presentaron mutaciones en alguna localización de los mismos. Asimismo, se registraron un 1,4% de muestras no valorables (n= 488). De las muestras mutadas el 90,48% (n=6.640) de las alteraciones se localizaban en KRAS mientras que el 9,52% (N=699) restante se encontró en NRAS. La mediana de tiempo de respuesta para los centros que recibían muestras externas fue de 7 días naturales desde la recogida de la muestra hasta la entrega del informe de resultados.

Conclusiones: Esta plataforma ha demostrado, tras prácticamente cuatro años de implementación, ser factible en nuestro entorno sanitario y proveer a los clínicos de resultados relevantes para la toma de decisiones terapéuticas así como en los tiempos recomendados por las guías clínicas (E. Van Cutsem et al. ESMO 2016). La experiencia de más de 15.000 muestras analizadas resulta coincidente con los resultados descritos en la bibliografía y estudios clínicos en cuanto al porcentaje de mutaciones en estos genes.

10:35

7004-3

VALOR PRONÓSTICO DE LAS METÁSTASIS MOLECULARES HALLADAS TRAS MARCAJE CON RADIO ISÓTOPOS EN EL GANGLIO CENTINELA DE PACIENTES CON CARCINOMA PULMONAR.

Aránzazu Lafuente Sanchís(1), Antonio Cremades Mira(2), Ángel Zúñiga Cabrera(1), Míriam Estors Guerrero(3), Néstor Martínez Hernández(3) y José Marcelo Galbis Caravajal(3) de (1)Servicio de Biología Molecular, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de la Ribera, Alciria (Valencia).

Antecedentes y objetivo: La afectación metastásica a nivel ganglionar es el principal factor pronóstico en el carcinoma pulmonar localizado. Recientemente, se ha demostrado que las técnicas moleculares muestran una mayor sensibilidad para detectar micrometastasis en los ganglios linfáticos que las técnicas inmunohistoquímicas. En el presente estudio analizamos la presencia de micrometastasis moleculares en el ganglio centinela (GC) de pacientes con cáncer de pulmón que han recibido cirugía oncológica con intención curativa, y evaluamos su relación con las características clínicas de los pacientes y su posible valor pronóstico.

Pacientes y método: En 89 pacientes con cáncer de pulmón en estadio temprano sometidos a cirugía se procedió al marcaje, localización y exéresis del GC. Se analizó la presencia de micrometastasis en los GC extraídos mediante técnicas de biología molecular (expresión génica de los genes CK7, CEACAM5 y BPIFA1). Posteriormente se evaluó la relación entre la presencia de micrometastasis en el GC y la evolución y características de los pacientes.

Resultados: Un 49.4% de los GC analizados fueron positivos para CK7, un 26.9% para CEACAM5 y un 19.1% para BPIFA1, mientras que un 11.2% de ellos presentó la expresión de los tres genes. El test de Fisher y el Log-rank test no mostraron ninguna relación estadísticamente significativa entre la presencia de micrometastasis molecular en el GC y las características clínicas o evolución de los pacientes en un tiempo de seguimiento de 5 años.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que la micrometastasis molecular encontrada en el ganglio centinela de pacientes con carcinoma pulmonar en estadio temprano parece no correlacionar con la progresión de enfermedad, y por lo tanto no puede ser utilizada como factor pro-

nóstico por el momento. Futuros estudios son necesarios para determinar el valor pronóstico de este análisis a largo plazo o utilizando nuevos biomarcadores más precisos.

10:40

7004-4

ESTUDIO COMPARATIVO DE MUTACIONES DE KRAS/NRAS EN BIOPSIA LÍQUIDA FRENTE A DETERMINACIONES EN TEJIDO TUMORAL DE CARCINOMA COLO-RECTAL.

Sigrid Zalaya Cortés(1), Violeta Marqués Larraz(1), Carlos Horndler Argarate(1) y Ramiro Álvarez Alegret(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La biopsia líquida está asumiendo un papel importante en pacientes con carcinoma colo-rectal (CCR) avanzado de cara a la aplicación de terapias biológicas, en concreto de anticuerpos contra el receptor del EGFR para lo cual es necesario conocer el estatus mutacional de KRAS y NRAS (exones 2 (codones 12-13), 3 (codones 59-61) y 4 (codones 117-146)).

El objetivo de nuestro trabajo es validar a nivel de nuestro servicio si la biopsia líquida detecta la mismas mutaciones que el estudio sobre tumor sólido.

Material y método: Se estudian 50 pacientes de los que se disponen los resultados de KRAS y NRAS en tejido tumoral mediante PCR a tiempo real en Cobas® KRAS y LightMix® Kit NRAS ex2-4 KRAS ex4 en Cobas® 4800 e Idylla®, y se contrastan con los obtenidos en los estudios de biopsia líquida por la tecnología BEAMing (PCR digital) con el kit OncoBEAM™ KRAS CRC.

Todos los pacientes cumplían los criterios de oncología: presencia de tumor metastásico evidente que no había sido tratado.

Resultados: De los 50 pacientes estudiados en tejido en 22 no se detectó ninguna mutación del gen RAS y en 28 se detectó mutación en alguno de los codones estudiados (20 en KRAS 12/13, 3 en KRAS 59/61, 1 en KRAS 117/146, 2 en NRAS 12/13, 1 en NRAS 59/61 y 1 en NRAS 147/146). El análisis en sangre de los mismos pacientes arrojó 29 resultados no mutados y 21 con mutación (16 en KRAS 12/13, 2 en KRAS 59/61, 1 en KRAS 117/146, 1 en NRAS 12/13 y 1 en NRAS 59/61).

En total se mostró discordancia en 9 casos de los 50 estudiados, de los cuales en 8 se detectó mutación en tumor sólido y no así en biopsia líquida. Sólo en uno de los casos discordantes se detectó una mutación diferente (KRAS 59 en tumor sólido y NRAS 61 en biopsia líquida).

Conclusiones: La biopsia líquida tiene un índice de concordancia del 81% frente a la sólida. Creemos que la biopsia líquida es de utilidad para detectar mutaciones en los tumores colo-rectales avanzados de cara a la elección del tratamiento, su monitorización y su seguimiento. Es una técnica que aporta información en tiempo real para conocer el estatus mutacional del tumor por su rapidez e inmediatez.

10:45

7004-5

ESTUDIO COMPARATIVO DE MUTACIONES DE EGFR EN BIOPSIA LÍQUIDA Y BIOPSIAS DE TEJIDO TUMORAL DE CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

Violeta Marqués Larraz(1), Sigrid Zalaya Cortés(1) y Ramiro Álvarez Alegret(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Un análisis de sangre (2 tubos de 10 ml de sangre remitido en EDTA K4) permite detectar ahora la presencia de varias mutaciones genéticas implicadas en el cáncer de pulmón más frecuente, el Carcinoma no microcítico. Se trata de alteraciones cuya detección es fundamental a la hora de seleccionar el tratamiento más eficaz y de conocer el pronóstico de la enfermedad y cuyo análisis se realiza actualmente mediante citologías y biopsias del tejido tumoral.

Material y método: Se estudian 24 pacientes de los que se disponen los resultados de EGFR en tejido tumoral mediante PCR a tiempo real en Cobas® Kit Extracción de tejido: cobas® DNA Sample Preparation Kit (DNA SP), cobas® cDNA Sample Preparation Kit (cDNA SP) para la extracción de ADN en plasma, y Kit PCR cobas® EGFR Mutation Test V2, común para ambos tipos de muestra, tejido y plasma.

Resultados: De los 23 pacientes estudiados en biopsia líquida, pudieron estudiarse en biopsia de tejido previo un total de 14. En el resto no se pudo localizar la biopsia previa, o el material no fue válido para diagnóstico (material escaso, o ADN de baja calidad que invalidó el resultado). En los casos válidos hubo correlación en 12 casos (6 deleciones del exón 19, 1 inserción del exón 20, 2 inserciones del exón 21 L858R), y discordancia en 2. En ambos casos se repitió el estudio en plasma y en tejido y se corroboraron los resultados (deleción de exón 19 e inserción en exón 21 en tejido pero nativo en plasma).

Conclusiones: El estudio mutacional de EGFR en nuestra casuística comparativa entre la realizada en plasma (biopsia líquida) y tejido tiene un índice de concordancia del 86, lo que refleja la utilidad y viabilidad de la biopsia líquida es de utilidad para detectar mutaciones en los carcinomas no microcíticos de pulmón avanzados, de cara a la correcta elección del tratamiento, y su monitorización/seguimiento. La técnica aporta información en tiempo real que permite conocer posibles variaciones en el estatus mutacional del tumor.

10:50

7004-6

UTILIDAD DE LOS EXOSOMAS DERIVADOS DE DNA COMO INTERPRETACIÓN DEL ESTADO MUTACIONAL EN EL CÁNCER COLORRECTAL.

Douglas Sánchez Guzmán(1), María del Carmen Martín Astorga(1), Stefania Landolfi(1), María Eugenia Semidey Raven(1), Rosa Somoza López(1), Josefa Domenech Cabrera(1), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Javier Hernández-Losa(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: En el Carcinoma Colorrectal(CRC), el oncogén activado KRAS es el más común (así como BRAF-PIK3CA-NRAS). Estas alteraciones activan la señalización celular Ras-MAPK y PI3K-AKT, lo que conduce a un patrón diferente de diseminación metastásica. La evaluación de las

mutaciones RAS se usa como biomarcadores predictivos de respuesta anti-EGFR(Cetuximab y Panitumumab). Sin embargo el análisis tumoral está limitado por la heterogeneidad intratumoral(ITH) y la disponibilidad de una cantidad tumoral adecuada, pudiendo dar posibles falsos negativos para los genes probados. Por lo tanto una biopsia puede no reflejar satisfactoriamente el estado mutacional(EM) de todo el tumor. En este contexto, los exosomas derivados de DNA(ExoDNA) de tejido tumoral, abren una oportunidad para evitar el problema causado por la ITH. El objetivo es analizar el EM de diferentes genes en muestras de DNA derivadas de ExoDNA obtenidas de especímenes de CRC y comparar los resultados con DNA obtenido en muestras parafinadas(FFPE) y congeladas(FTT) del mismo conjunto de muestras, estableciendo así el potencial rol de los exoDNAs en la valoración mutacional.

Diseño: Evaluamos el EM de KRAS-BRAF-NRAS-PIK3CA, analizando el DNA de 10 muestras de tumor FFPE Y FTT (mediante tomas en diferentes lugares representando todo el tumor) y exosomas secretados por el tejido, de pacientes con CRC, utilizando CLART-CMA y posteriormente validado por otros métodos (Therascreen KRAS Kit-COBAS BRAF Kit-Ss).

Resultados: Las mutaciones en FTT fueron: (5)KRAS (2 casos G12V-G12A, G12D-A146T), (1)PIK3CA (E542K), (1)NRAS (G12D) y (4)wildtype. En ExoDNA encontramos el mismo perfil mutacional que las FTT. En FFPE vemos que el EM de las tomas fue coincidente con los 10 casos habiendo concordancia completa entre ExoDNA, FTT y en las diferentes áreas de muestras FFPE, confirmadas por diferentes métodos.

Conclusiones: Este estudio piloto demuestra el potencial del análisis de ExoDNA en la determinación del EM en CRC. Este enfoque puede dar a conocer de una manera sencilla el EM en tumores enteros y así superar el problema de la ITH. Estos resultados deben ser validados en estudios adicionales que incluyan más muestras, ExoDNAs obtenidos de diferentes fuentes (plasma-suero-líquido ascítico-orina-etc.) y por diferentes tecnologías (ddPCR-BEAMing-etc.) para evaluar el potencial rol del ExoDNA en la determinación del EM en CRC.

10:55

7004-7

COMPARACIÓN DE 3 TÉCNICAS MOLECULARES DIAGNÓSTICAS EN EL CONTROL DE CALIDAD EMQN 2016.

Lara Navarro Cerveró(1), José Ángel García García(1), Atilio Navarro Gonzáles(1), Amparo Aguilar Gil(1) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Valencia.

Antecedentes y objetivos: La determinación de mutaciones en los genes EGFR, BRAF, KRAS y NRAS (Biomarcadores) en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico, melanoma y adenocarcinoma de colon es necesaria para la selección del tratamiento que recibirán los pacientes.

Dada la importancia clínica de la determinación de estos Biomarcadores, es fundamental que la sensibilidad y especificidad de las pruebas se aproximen al 100%. Para conseguir este objetivo, nuestro Servicio se somete todos los años al control de calidad de la European Molecular Genetics Quality Network (EMQN): programas "Lung Cancer (NSCLC)", "Melanoma" y "Colorectal cáncer (sporadic)".

Métodos utilizados: Utilizamos 3 técnicas comercialmente disponibles para detectar el estado mutacional de los genes EGFR, BRAF, KRAS y NRAS: Therascreen RGQ en el Rotor-Gene Q MDx (Qiagen), Pyro/Pirosecuenciación en el PyroMark Q24 (Qiagen) e Idylla (Biocartis). El EMQN (2016) proporciona un único juego de 30 muestras (1 muestra por "paciente virtual"): 10 muestras para determinar EGFR en el programa "Lung Cancer (NSCLC)", 10 para BRAF en el programa "Melanoma" y 10 para KRAS y NRAS en el programa "Colorectal cáncer (sporadic)". Cada muestra consiste en un tubo eppendorf con un corte de tejido parafinado (sin referenciar grosor). A cada muestra se le realizó la extracción de ADN con el sistema QIAasympyphony SP (Qiagen). Las determinaciones por las 3 técnicas se realizaron a partir del ADN extraído (aunque para la técnica Idylla el fabricante recomienda un corte de muestra parafinada).

Resultados: En el programa "Lung Cancer (NSCLC)" para el estudio del gen EGFR, todas las técnicas detectaron correctamente el 100% de los casos en estudio. En el programa "Melanoma" para el estudio del gen BRAF, la técnica Idylla tuvo una completa correlación con los resultados esperados mientras que la técnica Pyro/Pirosecuenciación presentó un falso negativo. En el programa "Colorectal cáncer (sporadic)" para el estudio de los genes KRAS y NRAS, la técnica Idylla tuvo una completa correlación con los resultados esperados mientras que la técnica Therascreen RGQ presentó un falso negativo.

Conclusiones: En la evaluación del control de calidad EMQN 2016, la sensibilidad para Therascreen RGQ fue del 90%, para el Pyro/Pirosecuenciación del 83,3% y para Idylla del 100%; la especificidad fue del 100% para las 3 técnicas.

11:00

7004-8

IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIONES DE LA TINCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA SERIADA SOBRE UNA ÚNICA SECCIÓN HISTOLÓGICA.

Garazi Serna Alonso(1), Laura Comerma Blesa(1), María del Carmen Díaz Delgado(1), Roberta Fasani(1), Paola Martínez Pérez(1), José Jiménez Flores(1) y Paolo Nuciforo(1) de (1)Laboratorio de Oncología Molecular, Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO), Barcelona.

Introducción: La aparición de terapias dirigidas y la detección de biomarcadores está exigiendo cada vez más la optimización de técnicas que permitan maximizar los estudios inmunohistoquímicos y moleculares realizados en biopsias diagnósticas y de seguimiento, habitualmente de pequeño tamaño. La tinción múltiple de inmunohistoquímica (IHQ) seriada en una única sección histológica se ha desarrollado de forma manual en contexto de investigación. Su optimización para uso automatizado, combinada con la digitalización de imágenes histológicas, permitiría su implementación en la rutina diagnóstica.

Métodos: Se seleccionaron 5 muestras de distintas histologías (normales y tumorales) en las que se testaron 5 anticuerpos aprobados para rutina diagnóstica: citoqueratina AE1/AE3, CD3, CD8, Ki67 y PD-L1, individualmente y en combinación seriada, de forma automatizada. Tras la primera tinción de IHQ revelada con AEC o Fast-Red, las muestras se montaron en medio acuoso y se digitalizaron. Posteriormente, se destiñó la muestra en alcohol y se procedió a realizar la siguiente tinción desde el proceso de desenmascaramiento.

Resultados y aplicaciones: La tinción seriada automatizada no altera ni la antigenicidad ni la morfología de la muestra tras 5 procesos de des-tinción y tinción IHQ automatizada con los mismos o distintos anticuerpos. Adicionalmente, el análisis de imagen posibilita la caracterización de diferentes marcadores en las mismas estructuras (no en cortes seriados). La posibilidad de realizar múltiples tinciones en una sola sección histológica permitiría modificar los diagramas actuales de priorización de técnicas y realizar un estudio IHQ exhaustivo de la lesión sin comprometer la disponibilidad de material para los estudios moleculares sucesivos.

11:05

7004-9

DETERMINACIÓN DE MARCADORES MOLECULARES EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA MEDIANTE EL KIT ONCOMINE SOLID TUMOR DNA.

Raquel Longaron Rozalen(1), Alba Dalmases Massegú(1), Álvaro Taus García(1), Erica Torres Fernández(1), Lara Pijuán Andújar(1), Sergi Clavé Safont(1), Marta Salido Galeote(1), Francesc Alameda Quítllet(1), Edurne Arriola Aperribay(1) y Beatriz Bellosillo Paricio(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La caracterización molecular es imprescindible en el diagnóstico de los pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP). La detección de mutaciones en los genes EGFR y KRAS forma parte de la rutina diagnóstica en estos tumores. El objetivo del estudio fue analizar el estado mutacional de EGFR y KRAS en muestras de CPCNP mediante secuenciación masiva con el kit Oncomine Solid tumor DNA que permite analizar 22 genes relevantes en esta patología.

Métodos: Se han analizado 35 muestras de ADN de tejido de CPCNP. La concentración del ADN extraído de las muestras se ha determinado mediante el fluorómetro QUBIT y la calidad de este ADN se ha estimado mediante una PCR multiplex que nos permite amplificar fragmentos de diferentes tamaños de ADN (de 100 a 600 pb). La determinación de mutaciones en los genes KRAS y EGFR se ha realizado mediante el kit CEIVD Oncomine Solid tumor DNA (ThermoFisher). Las librerías resultantes se han secuenciado con la plataforma de secuenciación masiva Ion PGM y se han analizado con el programa Ion Reporter (ThermoFisher). Los resultados obtenidos se han comparado con los previamente obtenidos mediante el kit de PCR alelo específica Therascreen EGFR RGQ PCR (Qiagen) para mutaciones del gen EGFR y secuenciación Sanger del exón 2 del gen KRAS.

Resultados: El ADN extraído de la mayoría de los casos tenía una concentración y capacidad de amplificación suficientes para realizar las librerías con el kit Oncomine Solid tumor DNA. Solo en 3 casos el ADN obtenido fue insuficiente. En todos los casos analizados se han detectado las mutaciones previamente identificadas y se ha podido cuantificar la misma en la muestra. En un caso que mediante el kit Therascreen EGFR RGQ PCR no se había detectado ninguna mutación, se ha detectado la mutación p.Ala767_Ser768insSVD en el exón 20 del gen EGFR. Es una mutación poco frecuente no incluida en el kit de PCR alelo-específica.

En un 46% de los casos encontramos mutaciones en otros genes que no habían sido analizados anteriormente, como TP53, MET, CTNNB1, BRAF y PIK3CA.

Conclusión: El kit Oncomine Solid Tumor DNA permite realizar una caracterización mutacional amplia de los genes más frecuentemente alterados en muestras de CPCNP con una elevada sensibilidad.

11:10

7004-10

AMPLIFICACIÓN Y SOBREEXPRESIÓN DE C-MET COMO DIANA TERAPÉUTICA EN TUMORES SÓLIDOS AVANZADOS.

María Sánchez Ares(1), Noel Alejandro González Ortega(1), Dora Cristina Insua Santamaría(1), Ángel Vázquez Boquete(1), Trinidad Yolanda Rico Rodríguez(1), María Elena Couso Folgueira(1), Raquel Pérez-Becerra Ferreiro(1), José Ramón Antúnez López(1), José Manuel Cameselle Teijeiro(1) y Ihab Abdulkader Nallib(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

El gen MET codifica un receptor tirosin quinasa denominado c-Met o receptor del factor de crecimiento hepatocitario (HGFR). Su desregulación es común a diversos tipos de carcinomas y constituye una diana terapéutica. La amplificación de c-MET se ha detectado en distintos tipos de cáncer como colorrectal, gástrico, esofágico, pulmonar y ovárico. Elevada expresión de c-Met es frecuente en carcinomas de fenotipo agresivo y asociados a mal pronóstico en pulmón, ovario y colorrectal. El objetivo de este estudio es analizar la expresión y amplificación de c-MET en tumores sólidos avanzados y verificar la relación entre la expresión inmunohistoquímica y la amplificación génica.

Se estudiaron muestras (bloques citológicos y bloques de tejido en parafina) de 23 pacientes con tumores sólidos avanzados (13 adenocarcinomas, 5 carcinomas epidermoides, 2 carcinomas uroteliales, 2 sarcomas y 1 mesotelioma). Se realizó estudio inmunohistoquímico usando el anticuerpo anti-MET (D1C2, Cell Signalling Technology) de acuerdo con el siguiente esquema: 0, ausencia de expresión; 1, expresión débil; 2, expresión moderada; 3, fuerte expresión de membrana en al menos el 50% de las células tumorales. La determinación de FISH se realizó con la sonda Vysis MET SpectrumRed FISH Probe Kit (Abbott Molecular).

Tanto los resultados de la inmunohistoquímica como del FISH fueron evaluados por dos patólogos. En el estudio se consideró que la desregulación de c-Met era positiva cuando se cumplía al menos uno de los siguientes criterios: amplificación de c-MET determinada por FISH con una ganancia de número de copias igual o superior a 4 y/o sobreexpresión de c-Met determinada con una intensidad de 3+ en al menos el 50% de las células tumorales.

De los 23 pacientes estudiados, había positividad inmunohistoquímica en 5 (21.7%) casos y amplificación en 6 (26.1%) casos. Se detectó coexistencia de expresión y amplificación en un caso, positividad inmunohistoquímica y negatividad para FISH en 4, y negatividad inmunohistoquímica con amplificación génica en 5 casos.

Aunque son necesarios estudios adicionales, la falta de correlación entre la expresión de c-Met y la amplificación de MET indica que ambas técnicas son complementarias para el estudio de la desregulación de c-Met como diana terapéutica.

11:15

7004-11

BIOPSIA LÍQUIDA EN PATOLOGÍA: OBTENCIÓN DE ARNm DE EXOSOMAS DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. RESULTADOS PRELIMINARES DE MARCADORES TUMORALES.

María Silvia Roel Pérez(1), María Escalante Pérez(1), M^a Teresa Yebra Pimentel Vilar(1), Augusto Álvarez García(1), Pilar Iglesias Díaz(1), Ana Teijo Quintáns(1), Felipe Sancristán Lista(1), Ignacio Galed Placed(1), Luis Antón Aparicio(1) y Ángel Concha López(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Optimizar la extracción de ARNm procedente de exosomas de sangre periférica y la medición mediante PCR a tiempo real (rt-PCR) de marcadores tumorales en estas muestras.

Métodos: Se procesaron un total de 40 muestras sanguíneas (32 de pacientes oncológicos y 8 de pacientes sanos).

Resultados: Diferentes volúmenes de plasma fueron procesados mediante un método comercial basado en columnas de afinidad. La calidad y cantidad del ARNm fue analizada mediante análisis electroforéticos. Los mejores resultados en cuanto a cantidad de ARNm extraído fueron obtenidos al procesar 4ml de plasma. Mediante rt-PCR se estudió la expresión de varios genes: β -Actina, CEA, GADPH y COLX1a1. La expresión de β -Actina fue directamente proporcional a la cantidad de ARN extraído indicando que podría ser un buen "house-keeping" en este tipo de ensayos. A diferencia de lo que ocurre en tejido, donde GADPH es considerado un gen "house-keeping", observamos que en exosomas su expresión es constante en las muestras de pacientes sanos (Cts 28-30), sin embargo, en las muestras de pacientes oncológicos la expresión es muy variable dando Cts en rangos extremos. Fue posible la medición de COLX1a1 en las muestras de pacientes con cáncer en estadios avanzados, pero su expresión es heterogénea, queda por determinar su significado biológico. Los valores de expresión de CEA obtenidos son muy bajos, lo que podría indicar que a diferencia de lo que ocurre en tejidos, CEA no es un buen marcador tumoral en exosomas. El estudio de la correlación de la expresión de estos genes en el tumor primario en el momento del diagnóstico con su expresión en exosomas está en proceso.

Conclusiones: El desarrollo de métodos no invasivos para la detección y monitorización de tumores sigue siendo uno de los principales desafíos en oncología. Es posible la detección de marcadores tumorales en exosomas mediante rt-PCR, aunque queda por determinar la validez de los marcadores clásicos y la validación de nuevos marcadores específicos de exosomas en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con cáncer.

11:20

7004-12

LA EXPRESIÓN DE PD-L1 EN BLOQUES CELULARES CORRELACIONA CON LA EXPRESIÓN EN MUESTRAS DE TEJIDO OBTENIDAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA.

Sandra Pérez Buira(1), Ana Isabel Fernández Díaz(1), Raquel Pajares Martínez(1), Alicia Cazorla Jiménez(1) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La expresión tumoral de PD-L1 (B7-H1 o CD274) se ha propuesto como un biomarcador predictivo para el tratamiento con inmunomoduladores anti-PD1 y anti-PD-L1 en cáncer de pulmón de célula no pequeña o NSCLC de sus siglas en inglés. Diversos ensayos clínicos han demostrado la utilidad clínica del biomarcador comprobando un aumento en la supervivencia en pacientes con NSCLC a partir de porcentajes de expresión del 1% y del 50%. Los ensayos de inmunohistoquímica han sido validados en biopsias pulmonares fijadas en formol y embebidas en parafina (FFPE). Sin embargo, en el escenario asistencial, entre un 40-60% de los pacientes sólo disponen de muestras citológicas.

Objetivo: Establecer la validez diagnóstica de la expresión de PD-L1 en bloques celulares obtenidos a partir de punción aspiración con aguja fina (PAAF) de ganglio mediastínicos.

Metodología: Se realizó un estudio de 15 pacientes a los que se determinó la expresión de PD-L1 (28-8) tanto en biopsias de los tumores primarios pulmonares como en bloques celulares obtenidos a partir de PAAF. La detección de la proteína PD-L1 se realizó a través de un ensayo inmunohistoquímico cualitativo utilizando un anticuerpo monoclonal de conejo Anti-PD-L1, Clon 28-8, sobre FFPE. La expresión de la proteína PD-L1 se define como la expresión porcentaje de células tumorales que expresan tinción de la membrana a cualquier intensidad.

Resultados: Una vez realizado el estudio se determina una correlación de un 80 % en PD-L1 entre el tumor primario y el bloque celular de las PAAF. Dos de los casos no pudieron valorarse debido a que el material estaba agotado.

Conclusión: La expresión de PD-L1 en bloques celulares permite aumentar el número de pacientes que pueden beneficiarse de los tratamientos con inmunomoduladores.

MIÉRCOLES 24 de mayo
10:30 - 11:30 h.

7005

PATOLOGÍA DIGITAL Y GESTIÓN

ZONA PÓSTER

7005-1 MODERADORA

Ana Calatrava Fons, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, FIVO, Valencia.

10:30

7005-2

IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS DE LA CUANTIFICACIÓN AUTOMATIZADA DE HER2 SOBRE CRISTAL VIRTUAL: LOS 100 PRIMEROS CASOS.

Beatriz Moreno Torres(1), Carlos Quimbayo(1), Irene Alonso(1), Rubén Campo(1), Lucía Domínguez(1), Marta Navarro(1), Raquel Sánchez(1) y Juan Ruiz(1) de (1)Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: En los últimos años se han desarrollado múltiples algoritmos de cuantificación automática de Her2 que prometen mejorar la calidad diagnóstica en la biopsia, con las implicaciones terapéuticas que conlleva (Stalhammar G 2016, Zhong F 2016, Liu WL 2016, Helin HO 2016).

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar el grado de concordancia entre la valoración digital y convencional en 100 casos consecutivos de carcinoma infiltrante de mama del 2016 en biopsia quirúrgica.

Material y métodos: Se ha calibrado el algoritmo con la línea celular para Her2 de Roche. Los 100 primeros carcinomas infiltrantes de mama diagnosticados en biopsia han sido escaneados (40x, calidad mínima del 95%), y analizados con el algoritmo HER2 del software de análisis digital Spectrum scanscope de Aperio. La determinación del estatus de HER2 se ha realizado de manera convencional mediante IHQ y FISH siguiendo las recomendaciones de la ASCO/CAP del 2015 en el proceso diagnóstico de rutina. El análisis digital ha sido realizado por método simple ciego por uno de los patólogos (JR). Los casos discordantes han sido consensuados según el resultado del FISH y el visionado conjunto por parte de 3 patólogos (JR, RS, MN)

Resultados: El número de células analizadas varía desde 291 a 647.422 a según el tamaño de la neoplasia. El sistema digital clasificó de la siguiente manera: 25 casos 0, 54 casos 1+, 13 casos 2+ y 8 casos 3+. Mediante IHQ, los patólogos clasificaron de la siguiente manera: 26 casos 0, 25 casos 1+, 36 casos 2+, 11 casos 3+ (ver tabla 1). 41 casos tuvieron una clasificación discordante mediante IHQ, que se depuró junto con los datos del FISH, de manera que 19 casos se clasificaron como 0, 42 casos como 1+, 16 casos como 2+ y 8 casos como 3+. Los 13 casos restantes fueron consensuados. Solamente un caso quedó como indeterminado tras la realización del FISH, por lo que se realizó una IHQ nueva en otra zona tumoral con el resultado de negativo (0).

Conclusión: La digitalización y análisis automatizado de las biopsias de los cánceres de mama infiltrantes permite la mejor clasificación IHQ del estatus de HER2 y disminuye la necesidad de realizar estudios de FISH, lo que implica una mejora en la eficiencia y calidad del proceso diagnóstico. Recomendamos por ello un escaneado, cuantificación y valoración conjunta de, al menos, los casos 2+ y 3+, cuando no de rutina.

Tabla 1. Concordancia IHQ para HER2 (n=100)

	d0	d1+	d2+	d3+	Total
p0	19	7	0	0	26
p1+	4	21	0	0	25
p2+	1	25	10	0	36
p3+	0	0	3	8	11
Total	25	54	13	0	100

10:35

7005-3

EVALUACIÓN DE KI-67 EN CÁNCER DE MAMA: COMPARACIÓN ENTRE MÉTODO VISUAL VERSUS MÉTODO DIGITAL.

María del Rosario Taco Sánchez(1), M. Teresa Soler Monsó(2), Anna María Petit Montserrat(1), Juan Azcárate(1), Nuria Ruiz Roig(1), Xavier Pérez Martín(3), Miguel Gil(2) y Xavier Matías-Guiu Guía(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Unidad Funcional de Mama. ICO Hospitalet/IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (3)ICO Hospitalet/IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El índice proliferativo Ki-67(Ki67) es un factor pronóstico y predictivo en cáncer de mama(CM). Su cuantificación, así como encontrar un "cut-off" clínicamente relevante, es tema controvertido. El Objetivo de este estudio es valorar concordancia entre Ki-67 de manera visual y el obtenido automáticamente a partir de imágenes digitalizadas.

Material y métodos: Se evaluaron 136 biopsias por aguja gruesa(BAG) de pacientes con CM, diagnosticadas en 2010. La evaluación fue realizada por dos patólogos expertos en patología mamaria(PATA y PATB). Para la evaluación visual, se determinó Ki67 con el método "eye ballen"(EB). La evaluación digital (SC), se realizó cuantitativamente a partir de imágenes digitalizadas con el escáner PannoramicMIDI, en las zonas más proliferativas (hot spot) y en las zonas promedio (average). Para el análisis estadístico de correlación, se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclass(ICC) y el índice Kappa(K).

Resultados: La media de Ki67 fue más elevada entre los observadores, usando el método EB(PATA40%-PATB46%) en comparación con el SC(PATB33%-PATB38%). Se demostró buena concordancia, PATA/PATB usando EB(ICC: 0.82), que mejoró al utilizar el SC(ICC: 0.86) en zonas de hot spot. En la mayoría de casos por SC, el uso de average, incrementó la correlación (ICC:0.90-SC).

Al catalogar los casos según el perfil molecular, la concordancia era moderada (K: 0.58) observándose que por EB se clasificaron más casos como Luminal B. Por el contrario, usando SC, la concordancia entre observadores mejoró(=0.67) especialmente utilizando average(K=0.73)

Al categorizar Ki-67 en tres grupos:0-14%/15-29%/+30%, se observó que la concordancia usando EB fue moderada (K:0.60) debido a que hubo poca coincidencia entre patólogos sobretodo en el grupo 0-15% en donde solo se coincidió en el 30% de los casos. En cambio, con SC la concordancia mejoró (K:0.61) ya que se coincide en más del 50% de los casos.

Discusión: Se demostró una mejor correlación entre patólogos usando SC en comparación con EB, incluso al clasificar Ki67 por grupos y perfil molecular, lo cual validaría este método para su utilización en la práctica clínica. El uso de metodologías que nos permitan homogeneizar las áreas a estudio (hot spot vs average) permitirá realizar un análisis más completo y estandarizado de Ki67, así como el uso de cut-offs personalizados (según laboratorios)

10:40 7005-4 CUANTIFICACIÓN Y ANÁLISIS TOPOLÓGICO DE VITRONECTINA EN NEUROBLASTOMA .

Rebeca Burgos-Panadero(1), Pablo Vicente-Munuera(2), Samuel Navarro Fos(3), Luis M. Escudero Cuadrado(2) y Rosa Noguera Salvá(3) de (1) Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA, Valencia, (2)Departamento de Biología Celular, Universidad de Sevilla e Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla y (3)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA; CIBER de Cáncer (CIBERONC), Madrid.

Antecedentes: La vitronectina (VN), glucoproteína multifuncional presente en sangre y matriz extracelular (MEC), está involucrada en procesos de migración y proliferación tumoral. Recientemente, hemos reportado su análisis subjetivo en 118/128 neuroblastomas (NB) y su relación con la agresividad.

Objetivo: Diseño de algoritmos para la identificación digital automática del patrón de expresión y ubicación de VN.

Material y métodos: Micromatrices de tejido (TMAs) teñidas con el anticuerpo anti-VN fueron digitalizadas a 20x con el sistema Pannoramic MIDI (3DHistech Ltd) y cuantificadas con los programas de análisis de imagen: DensitoQuant (módulo de Pannoramic Viewer v.1.15, 3DHistech Ltd) e Image Pro-Plus v.6.0 (Media Cybernetics). Diferencias entre los cilindros de una muestra de: $\geq 10\%$ de área teñida de VN en MEC, $\geq 3\%$ de área teñida de VN peri e intracelular y de ≥ 100 puntos en la escala de H-score, fueron definidas como heterogeneidad de expresión de VN inter-cilindro. Se diseñaron dos complejos algoritmos que nos permitieron detectar en cada imagen la organización espacial de VN transformándola en una red o grafo real. Con dicha red se creó su grafo homogéneo control. Para cada imagen, la comparación entre el grafo real y control generó un índice de homogeneidad intrínseca, siendo 0 la máxima homogeneidad.

Resultados: Los datos obtenidos de la cuantificación objetiva de la VN muestran una alta correlación con el análisis subjetivo previo (tabla 1). Un 22% de los casos presentaron un patrón heterogéneo de expresión que se correlacionó con los valores relativos a la homogeneidad de la distribución de la VN.

Conclusión: El desarrollo de los algoritmos matemáticos permite la caracterización morfológica y topológica de VN en NB. La validación de los mismos y de la relevancia clínica de la VN contribuirá a esclarecer los procesos de mecanotransducción de tratamientos experimentales dianizados.

Financiación: FAECC (2015/006), (PI14/01008), RTICC (RD12/0036/0020) y CIBERONC (CB16/12/00484), Instituto Carlos III, Madrid & FEDER.

Tabla 1. Correlación entre la cuantificación subjetiva y objetiva de la vitronectina.

Análisis Subjetivo (AS): Intensidad	Cuantificación objetiva			Correlación de Spearman	
	Image Pro-Plus (IPP)		H-score (DensitoQuant)	IPP vs Densitoquant	0.86
	MEC (% área)	Peri/intracelular (% área)			
Negativo	0.3±0.2	0.04±0.04	4.9±4.3	IPP vs AS	0.84
Débil	5±4.4	0.5±0.8	43±30.6		
Moderado	16.5±6.6	2.1±3.3	137.7±38.3	Densitoquant vs AS	0.85
Intenso	31.6±7.5	4.6±3.7	182.2±30.5		

* Los datos de la cuantificación objetiva representan la media ± desviación estándar.

10:50

7005-5

VENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA SEGÚN LAS NORMAS ISO 9001:2008 Y 9001:2015. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

Isabel María de Lara Simón⁽¹⁾, María Fernanda Relea Calatayud⁽¹⁾, José Luis Sanz Trenado⁽¹⁾, Pedro Montero Pavón⁽¹⁾, Claudia Carolina Ramos Rodríguez⁽¹⁾, Natalia María Villasanti Rivas⁽¹⁾, Lucía María González López⁽¹⁾ y Rafael López Pérez⁽¹⁾ de ⁽¹⁾Hospital General de Ciudad Real.

La primera referencia formal a Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) en Anatomía Patológica se encuentra reflejada en el Libro Blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) de 2009. La implantación de dicho SGC en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de referencia de la provincia se produjo en Noviembre de 2014, recibiendo la certificación en Julio de 2015. El objetivo de éste trabajo es exponer las grandes ventajas que ha supuesto para el Servicio de Anatomía Patológica de nuestro Hospital la implantación de dicho SGC.

El SGC del Servicio de Anatomía Patológica se implantó siguiendo la norma ISO 9001:2008. Los procesos que se realizan en dicho Servicio se agruparon en tres grupos: prediagnósticos (petición, recepción y registro), diagnósticos (biopsias y citologías) y postdiagnósticos (emisión y validación de informes y archivado de muestras), en los cuales se integraron múltiples procedimientos e instrucciones técnicas. Se establecieron una serie de indicadores y objetivos anuales en relación con el contrato de gestión del Servicio. Se desarrolló un plan de formación anual para todo el personal y se elaboraron encuestas para valorar la satisfacción del cliente interno (Facultativos) y externo (pacientes). Todo ello teniendo en cuenta la política de Calidad de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de dicho Hospital. Durante el año 2016 el SGC se ha adaptado a los nuevos cambios de la norma ISO 9001:2015. Se ha realizado un análisis del contexto mediante la herramienta DAFO y la gestión de riesgos por el método AMFE.

Con la puesta en marcha del SGC se consiguió la confirmación de que los procesos que configuran el grueso de la actividad del Servicio de Anatomía Patológica están en consonancia con los estándares internacionales y con las guías reconocidas de la SEAP. Aumentó la eficacia y eficiencia en el trabajo, ya que el conocimiento de los objetivos supuso una mejora en los tiempos de demora de emisión de informes.

Dentro de las principales ventajas obtenidas tras la implantación del SGC en el Servicio de Anatomía Patológica se incluyen la integración de nuestro trabajo dentro de los requisitos de una norma internacional, conseguir un máximo rendimiento y trabajo en equipo y mejora de la satisfacción de nuestros clientes internos y externos, así como mayor dinamismo en la organización y fomento de la formación continuada.

10:55

7005-6

ANÁLISIS, REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Milagros Chico Rodríguez⁽¹⁾, María Teresa Ramírez Gasca⁽¹⁾, Carlo Bruno Marta⁽¹⁾, María Bernal Morillo⁽¹⁾, Ana Belén Lafuente Mainar⁽¹⁾, Lidia Floria Truc⁽¹⁾, Zulema Blazaco Acin⁽¹⁾, Ariel Gonzalo Gonzales Sejas⁽¹⁾, Patricia Sota Ochoa⁽¹⁾ y Elaine Mejía Urbáez⁽¹⁾ de ⁽¹⁾Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: Nuestro servicio de Anatomía Patológica está compuesto por personal facultativo y no facultativo altamente cualificado, con distribución del trabajo por áreas específicas de capacitación clínica y técnica, con deficiencias en los tiempos de respuesta que precisa un análisis profundo (realización de un mapa de procesos) en un entorno de mejora continua de la calidad.

Materiales y métodos: Se ha llevado a cabo un análisis de la situación real del servicio analizando puntos fuertes y débiles, con vistas a optimización y corrección de deficiencias. Para ello se han empleado indicadores de productividad, normas de seguridad laboral, formación continuada, adecuación y capacitación del personal.

Resultados: Realización del análisis de idoneidad de la plantilla, que está ajustada en números y presenta deficiencias en la organización de sus cargas de trabajo. Se redistribuyen los recursos por áreas de capacitación respecto al volumen de trabajo y se analizan las demoras existentes en la designación de tareas. Se realizan talleres formativos para capacitación en destrezas relacionadas con los puestos de trabajo. Se establecen grupos por áreas, con rotación interna ganando polivalencia. Reubicación de equipos con riesgo de seguridad al trabajador, mejorando su acceso. Establecer canales de comunicación dinámicos formales e informales que faciliten al personal estar informado. Activación y renovación de Comisión de Calidad con implicación de facultativos y TEAPS, programando reuniones mensuales e interactuando con la Comisión de Calidad del hospital. Creación de grupos de trabajo, constituidos por la dirección del hospital, prevención de riesgos laborales (PRL), ingenieros y sindicatos (normativa europea, decretos PRL y recomendaciones SEAP), en un proceso de mejora continua y con el paciente como centro de la atención sanitaria.

Conclusiones: Responsabilización del personal en el trabajo que realiza. Participación de todos los estamentos en la toma de decisiones. Formación básica para la realización de tareas en un marco de seguridad y ergonomía adecuado. Actualmente la escasez de facultativos y TEAPS impiden la consecución de alguno de los objetivos. La implicación de todos los miembros del equipo admite plantear expectativas para lograr los objetivos. Puesta en marcha de las correcciones necesarias para iniciar la acreditación del servicio hacia la norma UNE-EN ISO 15189.

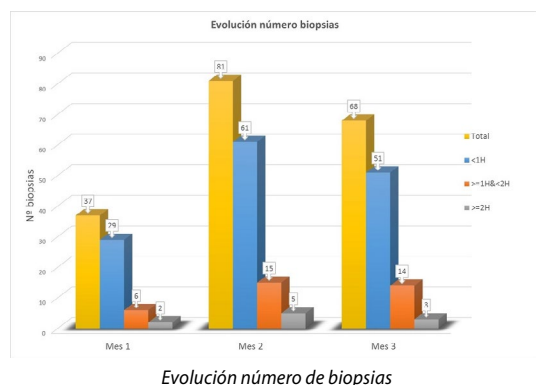
11:00

7005-7

IMPLANTACIÓN DE UNA HOJA DE RUTA PARA ASEGURAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS EN LA FASE PREANALÍTICA DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL.

Emilia Medina Estévez⁽¹⁾, Manuel Rodríguez Maresca⁽¹⁾, Carmen Aguilera Mula⁽¹⁾, María Dolores Muñoz Sánchez-Reyes⁽¹⁾ y Francisco Gómez Navarro⁽²⁾ de ⁽¹⁾Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería y ⁽²⁾Universidad de Almería.

Antecedentes: Los procesos de la fase preanalítica incluyen desde la petición del estudio por el clínico, la recogida y el transporte de la muestra, hasta el inicio de la fase analítica. Durante este proceso es importante asegurar una adecuada trazabilidad, que es la posibilidad de identificar y reflejar documentalmente desde el origen, las diferentes etapas.



Objetivos: Asegurar la trazabilidad del traslado de muestras desde los quirófanos del hospital, documentando el tiempo de isquemia fría, comprobando el número de envases, datos de filiación y tiempo de espera en cada una de las estaciones del circuito hasta la recepción de la muestra en el Servicio de Anatomía Patológica.

Métodos: Diseño e implantación de una hoja de ruta consensuada con los servicios implicados, con identificación de los profesionales que intervienen en el circuito, comprobación de los envases y control horario en cada una de las estaciones durante su transporte. Los indicadores propuestos para su análisis fueron el nº de hojas de ruta con datos incompletos/nº biopsias y el nº biopsias entregadas > 1 hora desde la extracción/nº biopsias, durante un período de 3 meses. También se analizaron las incidencias y propuestas de mejora durante el seguimiento para la optimización del circuito.

Resultados: Tras el análisis de los tres meses posteriores a la implantación de la hoja de ruta, el porcentaje de hojas con datos incompletos fue de 23% en la esta-

ción de enfermería, 3,6 % en auxiliar de enfermería, 20% en celadores y 13,3 % en anatomía patológica. El 75,8% de las muestras se recibieron antes de una hora desde la extracción, 18,8% entre 1 y 2 horas y el 5,4 % pasadas 2 horas.

Conclusiones: Se ha logrado implantar una hoja de ruta en el proceso preanalítico del Servicio de Anatomía Patológica, asegurando la trazabilidad en todo el proceso desde la extracción de la muestra en el quirófano hasta la recepción en el servicio. El mayor porcentaje de datos incompletos se objetivó en el personal de enfermería y celadores. La mayoría de las muestras se recibieron antes de una hora desde su extracción.

11:05

7005-8

IMPACTO EN LA CARGA LABORAL DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL H.U. RÍO HORTEGA (HURH) TRAS LA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (UCOP).

Patricia Callejo Pérez(1), Pilar Isabel González Márquez(1), María Elena Pérez Martín(1), Beatriz Madrigal Rubiales(1), Tomás Zamora Martínez(1), Jesús Martín Castillo(1), Juan Manuel Oñate Cuchet(1) y María Ángeles Torres Nieto(1) de (1)Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Antecedentes: El hospital Río Hortega de Valladolid (HURH) es uno de los 25 hospitales españoles que conforman el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP).

El servicio de Anatomía Patológica revisa los informes anatomopatológicos y de las muestras extraídas a los pacientes previas a la evaluación en la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal (UCOP) y el estudio de todas las piezas quirúrgicas generadas así como posibles estudios posteriores.

Objetivo: Analizar toda la actividad que se genera en el servicio de anatomía patológica relacionada con dicha unidad y su impacto en la carga laboral.

Material y métodos: La UCOP entre 2015 y 2016 ha evaluado 125 pacientes, realizándose cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal Hipertermica (HIPEC) en 57 de ellos.

Hemos recogido el número de biopsias intraoperatorias, envases, bloques y cristales a lo largo de 2 años, y estimado la carga laboral de patólogo (CPL) usando el catálogo de muestras de la SEAP. Se excluyeron las biopsias diagnósticas y material de caso consulta previo a la aceptación en la UCOP, el material citológico, cirugías de reintervención y los estudios moleculares (tabla 1).

Aproximadamente en una de cada dos intervenciones solicitan un estudio intraoperatorio. Las biopsias tienen una media de 10,50 envases, 39,08 bloques y 44,24 cristales. La carga laboral media es de 50 UCL (valores máximos de hasta 90 UCL). Si comparamos el 2014-2015, el número de envases aumentó en 711 unidades y de bloques en 903. Podemos concluir que un 42% de los nuevos envases recibidos en 2015 correspondió a UCOP, suponiendo un incremento del 1.25% que se ha mantenido durante 2016. Las UCL estimada para las piezas remitidas, según el catálogo de la SEAP, llegan a ser similar en muchos casos a la carga laboral asignada a una autopsia de adulto.

Conclusiones: La existencia de la Unidad multidisciplinar de Oncología Peritoneal, supone un aumento de la carga laboral para el servicio de anatomía patológica por las cirugías que tiene, además de los estudios previos que se realizan antes de la intervención, la asistencia y preparación de los comités y los posibles estudios moleculares que se pueden generar. Esto nos da una idea de la complejidad diagnóstica a la que cada vez más nos enfrentamos los patólogos en unos servicios ya saturados y sin un aumento paralelo de los recursos.

Actividad UCOP 2015-2016

	PACIENTES	ENVASES	BLOQUES	CRISTALES	UCL	INTRAS
2015	29	300	1088	1201	1388	11
2016	28	300	1140	1321	1493	12
TOTALES	57	600	2228	2522	2881	23
MEDIAS POR BIOPSIA		10.52	39.08	44.24	50	0.40

11:10

7005-9

CONTROL DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA BAJO GUÍA DE ECOENDOSCOPIA: UN ENFOQUE PRÁCTICO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SIERRALLANA PARA UN MAYOR RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

Teresa Azcarretazábal González-Ontaneda(1), Andrés Gúezmes Domingo(1), Olga Acinas García(1), Clara Isabel Caballero Escudero(1), Pablo Jesús Villa Peña(1) y M^a Concepción Mira Soto(1) de (1)Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

La ecoendoscopia y la punción aspiración con aguja fina (PAAF) permiten visualizar y obtener material de órganos de difícil acceso de una forma mínimamente invasiva, desempeñando un papel importante en el diagnóstico de lesiones mediastínicas, estadificación de cáncer pulmonar, lesiones pancreáticas y lesiones submucosas gástricas. Se requiere evaluación multidisciplinaria inicial, análisis de imágenes, estado del paciente y evaluación rápida por parte del patólogo para mejorar el rendimiento diagnóstico y evaluar la cantidad y calidad de las muestras.

Material y métodos: Estudiamos las PAAF guiadas por ecoendoscopia (GPE) de 39 pacientes, con 62 muestras, en un período de 14 meses; evaluando si el control rápido de la muestra, por parte del patólogo, en los servicios de neumología (SN) y digestivo (SD), disponía de un material adecuado para el diagnóstico.

Resultados: Analizamos en las PAAF GPE de 39 pacientes, 9 del SN y 30 del SD, la adecuada representación de la lesión diagnóstica de las muestras con (12: (19,35%)) y sin evaluación rápida (50 muestras (80,65%)). El 51,61% (32) de las muestras fueron adecuadas para diagnóstico y no lo fueron el 48,39 % (30). Todas las PAAF GPE del SN fueron controladas, siendo el 66,66% (8) de las muestras adecuadas para diagnóstico (8), frente al 33,33% (4) no adecuadas para diagnóstico.

Las PAAF GPE del SD no fueron controladas, siendo el 48% (24) de las muestras adecuadas para diagnóstico y el 52% (26) no adecuadas para diagnóstico. Existió, por tanto, una diferencia de muestras adecuadas para diagnóstico del 18,67% entre las que fueron controladas y las que no lo fueron.

Discusión: La efectividad del control rápido de las PAAF guiadas por ecoendoscopia, descrito en la bibliografía, está en discusión por los resultados obtenidos. Para la implementación de estas pruebas es importante la disponibilidad de personal entrenado y equipos básicos en las unidades de broncoscopia, endoscopia y patología. Así mismo debe existir una clara y definida correlación entre todos los miembros implicados.

El estudio realizado en nuestro Hospital, aunque el número de casos no es elevado, define una línea de tendencia positiva de muestras controladas, adecuadas para diagnóstico, frente a las que no fueron controladas (18,67%), por lo que creemos importante la realización de controles rápidos, por los patólogos, en las PAAF GPE.

11:15

7005-10

RECONSTRUCCIÓN EN 3D DE SECCIONES TISULARES SERIADAS EN NEUROBLASTOMA.

Rebeca Burgos-Panadero(1), Irene Tadeo Cervera(2), Samuel López Martín de Vidales(3), Diego Iraola Viana(1), Sara Micó Insa(1), Alejandra Baixauli Pérez(1), Samuel Navarro Fos(2), Gloria Bueno García(3) y Rosa Noguera Salvá(2) de (1)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA, Valencia, (2)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA; CIBER de Cáncer (CIBERONC), Madrid y (3)VISILAB, E.T.S.I. Industriales, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real.

Antecedentes: La utilización de herramientas de reconstrucción 3D en patología tumoral permite una mejor caracterización de la arquitectura tisular para definir dianas que puedan ser utilizadas a nivel terapéutico.

Objetivo: Realización de un modelo en 3D a partir del diseño de algoritmos matemáticos mediante programas de análisis de imagen en neuroblastoma.

Material y métodos: Se realizaron 60 secciones seriadas de 3-5µm de una muestra incluida en parafina que presentaba tumor primario con 2 zonas histológica y genéticamente diferenciadas y ganglio metastásico adyacente. Las secciones se tiñeron alternando marcadores de diferentes elementos de la matriz extracelular (MEC) y vasos sanguíneos.

Las preparaciones se digitalizaron a 20x con el sistema Pannoramic MIDI (3DHitech Ltd) y se llevó a cabo un análisis morfométrico con los siguientes programas: NuclearQuant (módulo de Pannoramic Viewer v.1.15, 3DHitech Ltd), Image Pro-Plus v.6.0 (Media Cybernetics), y Angio-Path® (colaboración entre UV/Incliva, UCLM y SAS). La realización de la reconstrucción 3D ha requerido el uso previo de algoritmos de registro de imágenes (UCLM) que permitieran conseguir el mayor ajuste lineal de las diferentes secciones seriadas de la muestra.

El registro de imágenes ha sido llevado a cabo mediante transformaciones geométricas rígidas y afines tales como traslaciones, rotaciones o escalado sobre las imágenes. Una vez conseguido este acople en las secciones de la muestra se ha realizado el cálculo complejo por ordenador o renderización para la visualización en 3D.

Resultados: Se ha confirmado la presencia de elementos de la MEC descritos previamente por nuestro grupo como asociados a peor pronóstico en neuroblastoma en la zona de mayor indiferenciación tumoral de la muestra.

El análisis cuantitativo junto con el trabajo de reconstrucción en 3D de los diferentes biomarcadores nos ha permitido observar características tisulares diferenciales entre cada una de las zonas y secciones de la muestra, mostrando una heterogeneidad intratumoral en los 180-300µm de profundidad tisular.

Conclusión: El uso de enfoques morfométricos junto con el estudio histológico en 3D pone en evidencia la heterogeneidad intratumoral en neuroblastoma.

Financiación: Precipita 2015, FIS (PI14/01008), RTICC (RD12/0036/0020) y CIBERONC (CB16/12/00484), Instituto Carlos III, Madrid & FEDER.

11:20

7005-11

EXPERIENCIA DE SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN EN UNA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Enrique de Álava Casado(1), Ana Galera Espinosa(1), Begoña Vieites Pérez-quintela(1), Manuela Villarán(1), Teresa de Zulueta Dorado(1), Reyes Lara(1), Carolina Mordillo(2), Jaime Barderi(2), Albert Canela(2) y Esther Argüelles(2) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y (2)Roche Diagnostics S.L., Barcelona.

Introducción: Al evaluar la eficiencia de nuestra actividad diagnóstica identificamos un importante retraso en la fase analítica (Laboratorio general y de inmunohistoquímica), que no se explicaba sólo por un déficit de recursos humanos ni por un aumento de demanda. Ante la necesidad de optimizar los tiempos totales del proceso sin incrementar la carga de trabajo ni los costes, decidimos realizar un análisis exhaustivo de todas las etapas del proceso de trabajo de los laboratorios implicados.

Metodología: Se realizó análisis de dichos procesos mediante metodología LEAN. El análisis nos ayudó inicialmente a identificar el problema principal y a establecer los objetivos de la acción, que fueron: i) comprender qué pasos de cada proceso generaban valor y cuáles eran superfluos, ii) reducción de los tiempos de espera de los procesos señalados en un 50%, iii) equilibrar las cargas de trabajo del personal de laboratorio, iv) liberar al personal de actividades que no aportaban valor (interrupciones, movimiento, tiempos de espera, transporte, comprobaciones extra).

Se realizó a continuación un análisis de las causas de cada problema, diferenciando entre éste, su causa raíz, y su solución. Algunas causas radicaban en la falta de inversión o mantenimiento de la maquinaria; otras tenían que ver con la organización del personal; otras, con la falta de optimización de los protocolos, y por otra parte detectamos algunas otras causas materiales.

Posteriormente se realizó una propuesta de soluciones, así como algunos experimentos de introducción rápida de algunas de ellas; algunas soluciones surtieron efecto en 24 horas. Algunas de estas propuestas se consideraron adecuadas, y se consolidaron en el tiempo.

Resultados: Los objetivos, mantenidos en el tiempo, incluyen una reducción de tiempos de proceso de más del 50%. Además las personas mostraron una reducción de la sensación de estrés. Hubo una reducción del 60% del tiempo en actividades superfluas.

Conclusión: Creemos que esta acción, además de reducir objetivamente los tiempos de proceso, ha ayudado a aumentar la sensación de orden. Esto tiene un impacto asistencial (calidad del trabajo realizado) y económico. También ha ayudado a mejorar la comunicación entre todos los profesionales de la unidad. Creemos que este análisis LEAN debería extenderse a otras áreas del trabajo de la unidad.

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

7006

OTRAS PATOLOGÍAS

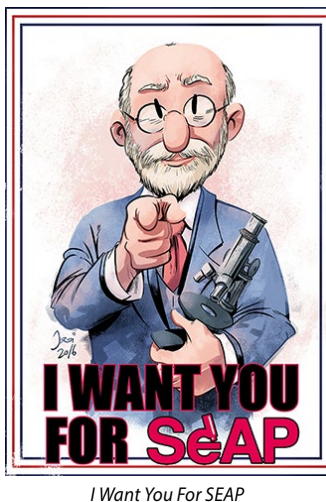
ZONA PÓSTER

7006-1 MODERADORA

Ana Cuesta Díaz De Rada, León.

17:15 7006-2 LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LAS REDES SOCIALES. EXPERIENCIA EN CAMPAÑA DE RECLUTAMIENTO.

Eduardo Alcaraz Mateos(1), Laura Guerra Pastrán(2), Lara Pijuán Andújar(3), Laura López Solache(4), Adriana Zucchiatti(5), Rubén García Ángel(6), Juan Daniel Prieto Cuadra(7), Tania Labiano Miravalles(8), Cristina Terrádez(9) y Enrique de Álava Casado(10) de (1)Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia, (2)Hospital Universitario La Paz, Madrid, (3)Hospital del Mar, Barcelona, (4)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, (5)Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, (6)Hospital General de Albacete, (7)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (8)Complejo Hospitalario de Navarra, (9)Sociedad Española de Anatomía Patológica y (10)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.



I Want You For SEAP

Introducción: La figura del patólogo sigue siendo desconocida, no sólo para el público en general sino también para nuestros propios compañeros. La información vertida por los medios de comunicación es insuficiente e incluso errónea en muchas ocasiones. El uso generalizado actual de las redes sociales permite presentar y difundir nuestra labor hacia la sociedad y hacia el paciente, que es el fin último de nuestro trabajo. Es por ello que se planteó generar un grupo de difusión de anatomía patológica con este cometido.

Material y método: A través de la Vocalía de Comunicación y Proyección Social de la Sociedad Española de Patología se emitió una llamada a los socios mediante el envío de un formulario vía email para unirse a esta red de trabajo en la red social Twitter. La campaña fue titulada #IWantYouForSeap, en la que se asoció la figura del histólogo/patólogo premio nobel español D. Santiago Ramón y Cajal, junto al conocido eslogan "I want you" de la conocida pancarta de 1917, creada por James Montgomery Flagg para el alistamiento en la I Guerra Mundial. El periodo de reclutamiento se llevó a cabo durante el mes de agosto de 2016.

Resultados: Un total de 31 solicitudes fueron recibidas, incluyendo 17 mujeres y 14 hombres de 38.6 años de edad media (rango 23-59, desviación estándar 10.8), siendo 28 de los solicitantes patólogos (incluyendo 6 residentes, 4 R2 y 2 R3), 2 histotécnicos y 1 administrativo. Existió una dispersión geográfica notable dentro del territorio español, incluyendo a participantes de 14 de las 17 comunidades autónomas, perteneciendo a 22 ciudades y 25 centros distintos. Sólo 3 de los solicitantes no habían

tenido contacto previo con Twitter. Existió unanimidad en las cuestiones incluidas en el formulario en relación a la utilidad profesional de las redes sociales y a la mayor visibilidad del patólogo a través de un buen uso de las mismas.

Conclusiones: Es posible promover y motivar el trabajo en grupo dentro de nuestra disciplina a través de las redes sociales.

Este tipo de iniciativas tiene una rápida respuesta en poco tiempo debido a las nuevas tecnologías (email, redes sociales).

Si bien se trata de una fase inicial, existen grandes expectativas y posibilidades por parte de los participantes.

Un uso adecuado de las redes sociales podría acercar la figura del patólogo a la sociedad.

17:20 7006-3 NANOPARTÍCULAS CATIÓNICAS ESTABILIZADAS EN DIMETILAMINOETIL METACRILATO: ESTUDIO DE CITOTOXICIDAD Y DE SU EFECTO ANTIMICROBIANO.

Syonghyun Nam Cha(1), Roberto Vera Beron(1), Rubén Darío García Ángel(1), Ana Vanesa Ocaña Martínez(2), María Martínez Serrano(3), Francisco Carlos Pérez Martínez(4), Abraham Jacob Domb(5) y Juan Pérez Martínez(6) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (2)Unidad de Investigación, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (3)Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (4)Department of Research and Development, Soluciones e Investigaciones Agronómicas, S.L., Albacete, (5)Institute of Drug Research, School of Pharmacy-Faculty of Medicine, Center for Nanoscience and Nanotechnology and The Alex Grass Center for Drug Design and Synthesis, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel y (6)Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

La nanotecnología es un campo en desarrollo con un importante auge en los últimos años. Esto es debido a que las nanopartículas (NPs) poseen múltiples cualidades, siendo una de ellas su capacidad antimicrobiana y el potencial uso como vector para determinadas drogas o como tratamiento futuro quimioterápico.

Pretendemos determinar el efecto citotóxico de las NPs estabilizadas en dimetilaminoetil metacrilato (DMAEMA) sobre cultivo de fibroblastos de ratón NIH y líneas celulares tumorales de rata DHD/K12/TRb mediante ensayos de viabilidad celular determinada por bromuro de 3-(4,5-dimetiltiazol-2-il)-2,5-difeniltetrazolio (MTT) y valorar el efecto de las NPs estabilizadas en DMAEMA sobre diferentes bacterias causantes de peritonitis (Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis y Pseudomonas aeruginosa) valorando su

concentración mínima inhibitoria (CMI) mediante la técnica de microdilución en caldo de acuerdo con el método estandarizado, incubando una concentración de 105 bacterias/ml con diluciones seriadas de NPs.

La CMI de *S. epidermidis*, *S. Aureus*, *E. faecalis* y *Pseudomona aeruginosa* fueron 0,5µg/ml, 16µg/ml, 16µg/ml y 32µg/ml respectivamente.

Dosis inferiores a 10µg/ml de las NPs no parecen ser tóxicas para la célula NIH según la técnica de MTT, mientras que en células tumorales DHD se pueden alcanzar dosis de hasta 20µg/ml.

Las nanopartículas estabilizadas en DMAEMA son agentes que, a dosis no tóxicas para la célula, presentan propiedades antibacterianas frente a *S. epidermidis*, por lo que podrían constituir una herramienta alternativa a los antibióticos en el futuro. Son necesarios más estudios para determinar mejor la toxicidad de las NPs en relación a las CMIs obtenidas en los otros gérmenes.

17:25 7006-4 EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA EN TUMORES CUTÁNEOS PRIMARIOS.

Ángeles Fortuño Mar(1), Paola Pasquali Toledo(2), Mar Castillo(3), Lluís Pons Ferré(1), Josep Maria Mateo Sanz(4) y Susana Puig(3) de (1)Eldine Patología, Tarragona, (2)Servicio de Dermatología, Pius Hospital de Valls, (Tarragona), (3)Departamento de Medicina, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona y (4)Departament d'Enginyeria Química, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Introducción: El citodiagnóstico en el campo de la dermatología no ha conseguido tanta popularidad como en el resto de localizaciones. Este hecho puede deberse a la falta de experiencia de los citopatólogos y a la preferencia de los dermatólogos por las biopsias pequeñas como método diagnóstico, debido a la fácil accesibilidad de las lesiones.

Material y métodos: Se revisan 106 citologías exfoliativas de lesiones cutáneas con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular (CBC). En todos los casos se realizó correlación con la dermatoscopia y la histopatología. El material citológico fue obtenido por scraping. La tinción de elección fue la técnica de Papanicolaou.

Resultados: De los 106 pacientes, 76 eran hombres (71,7 %) y 30 mujeres (28,3 %). El rango de edad fue de 39 a 96 años (media = 71,49). La localización más común fue cabeza y cuello (n= 68), seguida de tórax (n = 31) y extremidades (n = 7). El tamaño de los tumores osciló entre 3,77 y 13 mm (media = 8,35). En 84 casos se confirmó el diagnóstico clínico de sospecha de CBC; los 22 casos restantes correspondieron a carcinoma escamoso (n = 7), queratosis solar (n = 6), no neoplasia (n = 5), fibroxantoma atípico (n = 1), queratosis seborreica (n = 1), elastosis solar (n = 1) y lentigo solar (n = 1). La sensibilidad de la técnica fue del 100 % y la especificidad del 95,46 %. Únicamente existió un falso positivo en la citología, correspondiente a una lesión catalogada como fibroepitelioma de Pinkus que la biopsia confirmó de lentigo solar.

Conclusiones: La citología exfoliativa es un test diagnóstico fiable, simple, barato, rápido y seguro en el diagnóstico de los principales tumores cutáneos. La citología puede constituir la única alternativa diagnóstica cuando la zona afectada corresponde a áreas cosméticamente sensibles, cuando se plantean tratamientos no quirúrgicos, en pacientes con contraindicaciones para la cirugía y en lesiones múltiples. La combinación de la citología con otras técnicas diagnósticas no invasivas como la clínica, la dermatoscopia y la ecografía pueden llegar a permitir la subtipificación preoperatoria de los CBC.

17:30 7006-5 INTEGRACIÓN DE LA DOCENCIA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y RADIOLOGÍA EN EL GRADO DE MEDICINA.

María Victoria Ortega Jiménez(1), Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Martina Álvarez Pérez(1), Lourdes de la Peña Fernández(2), Lidia Pérez Villa(1), Elena Pardo Susacasa(3), Elena Gallego Domínguez(1), M^a José Lozano León(1) y Luis Vicioso Recio(1) de (1)Área de Anatomía Patológica, Universidad de Málaga, (2)Dpto. de Radiología y Radioterapia, Universidad de Málaga y (3)Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La integración de contenidos docentes impartidos en diferentes asignaturas del Grado de Medicina es conveniente para su mejor comprensión por parte del estudiante, aunque supone un reto para profesores y alumnos.

Objetivo: Integrar la información impartida sobre patología tumoral, en dos asignaturas de tercer año del Grado de Medicina, Radiología (RD) y Anatomía Patológica (AP), imprescindibles para los conocimientos y habilidades diagnósticas.

Metodología: La base de la metodología docente fue un Atlas de Casos Anatómo-Radiológicos, con 54 casos de la patología tumoral más prevalente, confeccionado en power-point animado, y puesto a disposición de los alumnos de en el Campus Virtual (CV). Cada caso constaba de un resumen de historia clínica, imágenes radiológicas, imágenes macroscópicas, imágenes microscópicas, diagnóstico y comentario. El proceso tuvo varias fases: identificación de casos de interés docente, selección de las imágenes macroscópicas y radiológicas más interrelacionadas, señalizaciones animadas de los aspectos anatómicos o estructurales y patológicos, adición de texto y enmaquetado. El Atlas estuvo a disposición del alumnado durante 3 semanas y, a continuación, se realizó un cuestionario de evaluación. Además, se realizaron dos encuestas al alumnado, una previa sobre la docencia de AP y RD actual y posibles beneficios del aprendizaje integrado, y otra después de la actividad, para valorar el grado de consecución del objetivo de integración.

Resultados: En la encuesta previa, prevaleció la opinión de que la relación entre hallazgos de RD y AP no se percibía adecuadamente durante la carrera (52%), la integración era conveniente (72%) y la formación en cada asignatura era mejor teniendo conocimientos de la otra (64%). En la encuesta posterior a la actividad, todos los alumnos valoraron como bueno o muy bueno el formato de la actividad, el 88% que ayudaba a reconocer patologías en RD o AP, y el 95% que era de utilidad para integrar conocimientos de ambas. Las calificaciones del cuestionario de evaluación tuvieron una media de 9,32 (rango 7,86-10).

Conclusión: La integración de conocimientos de asignaturas con nexos en común, usando herramientas adecuadas para el aprendizaje que persigan este objetivo, son altamente valoradas por los estudiantes y permiten una mayor y más comprensiva adquisición de conocimientos y habilidades.

17:35 7006-6 OBRA PICTÓRICA DE JOAQUÍN SOROLLA RELACIONADA CON LA MEDICINA Y PATOLOGÍA.

Adela Pelayo Alarcón(1), M^a Concepción Millana de Ynes(2) y María Luisa Blanco Caneda(1) de (1)Universidad Complutense, Madrid y (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

A principios del siglo XX la cultura valenciana vive una etapa dorada y alcanza una proyección mundial. En el campo artístico Joaquín Sorolla (Valencia 1863/Cercadilla 1923) se convirtió en el artista español más importante de su tiempo. Conocido como el pintor de la luz, de los literatos o de la familia, tiene una producción muy importante relacionada con la ciencia. La celebración del Congreso en su ciudad natal nos justifica que presentamos una pequeña parte de su obra vinculada con la medicina. Está constituida por: Triste Herencia. 1900. Lienzo que guarda la relación más estrecha entre arte y patología, primer premio de la Exposición Universal de 1900, supuso la consagración definitiva del artista valenciano y en la que algunos neurólogos ven reflejadas diversas patologías neurológicas.

También exponemos una serie de retratos cuyos protagonistas son médicos que tuvieron una relevancia importante en el desarrollo científico de la época y una estrecha relación con el artista. Son los siguientes:

Retrato de su amigo el doctor Luis Simarro. Neurólogo que tuvo una intensa actividad investigadora y fue maestro de una generación de científicos españoles. Lo represento en varias obras, la más famosa "Una investigación" 1897. Retrato de Santiago Ramón y Cajal. Museo de Zaragoza. Óleo. 1906. Año en que recibió el Premio Nobel. Cajal aparece Representado en un formato fotográfico junto a uno de sus dibujos del cerebelo. El doctor Joaquín Decref y Ruiz. 1907. Museo del Prado. Fundador y primer presidente de la Sociedad Española de Electro-Radiología y del Instituto de Mecánica Médica de Madrid. Fundó además la Liga Antialcohólica Española.

Retrato del doctor Francisco Rodríguez de Sandoval. 1906. Museo del Prado. Ayudante de Simarro mantuvo una estrecha amistad con Sorolla el cual le retrato varias veces. Atendió al artista durante la hemiplejía que sufrió en sus últimos años. Retrato del doctor Juan Madinaveitia. 1907. Se desconoce su actual propietario. Medico de la familia de Sorolla, se piensa es uno de los investigadores que aparece en el cuadro "Una Investigación". Retrato del Dr. Amalio Gimeno y Cabañas. 1919. Museo de Bellas Artes de Valencia. Hijo Predilecto de Valencia y amigo personal de Sorolla, creador de la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones.

El doctor Gregorio Marañón. 1920. Sorolla lo retrató para la galería de personajes célebres de la Hispanic Society de Nueva York.

17:40 7006-7 PATOLOGÍA EN LA OBRA PICTÓRICA DE VICENTE LÓPEZ PORTAÑA.

Adela Pelayo Alarcón(1) y M^a Concepción Millana de Ynes(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

En el siglo XIX Valencia fue cuna de grandes artistas españoles, testigo de un verdadero tsunami artístico. Entre los artistas de ese momento Vicente López (Valencia 1772-Madrid 1850) ocupa la primera posición. Fue pintor de la corte y encargado de la colección real con Fernando VII. De estilo perfeccionista, minucioso y acabado exquisito, continuador de la tradición artística tardobarroca adaptada al ideal absolutista del momento. Eclipse a Goya como artista preferido de la época. En el retrato López Portaña alcanzará la máxima expresión. No persigue en sus obras un ideal estético, ni trata de darle forma sino que recoge una visión exacta del retratado, aislándola de la tela bajo un halo en que el personaje se identifica con la persona retratada. Alguno de los hallazgos patológicos que mostramos se pone de manifiesto gracias a la exquisita minuciosidad con que realiza sus obras, sin la cual no se hubieran observado.

Presentamos cinco obras suyas en las que se evidencia algún tipo de patología en ellas. Aunamos de este modo arte y medicina, al considerar que artistas y patólogos mantienen modos de hacer similares, basados en la observación y el análisis.

Exponemos cronológicamente las obras que presentamos.

Retrato de Fray Tomas Gascó. Hacia 1794. Museo del Prado. Es un retrato póstumo que refleja claros signos de epífora ocular.

Retrato de Félix Antonio Máximo López. 1820. Museo del Prado. Muestra signos oculares del envejecimiento como ectropión y anisocoriosis. La pintura refleja detalles tan minuciosos como las notas de la partitura "Obra de locos" cuyo autor es el representado.

Retrato del pintor Francisco de Goya. 1826. Museo del Prado. Retrato por el que se reconoce universalmente a Goya. Con minuciosidad se muestran claros signos de envejecimiento ocular que presentaba el artista: Blefarocalasia izquierda, bolsas parpebrales. Ptosis parpebral, melanosis conjuntival entre otros.

Retrato de la Señora de Delicado de Imaz. Hacia 1836. Museo del Prado. De extraordinaria verosimilitud manifiesta un marcado hirsutismo facial.

Retrato de Juan Sala Banuls. Se desconoce la fecha exacta de su realización. Museo Lazaro Galdiano. El que fuera pavorde de la Universidad de Valencia. Muestra un ojo ciego.

17:45 7006-8 APLICACIÓN DEL MODELO "FLIPPED CLASSROOM" PARA LA DOCENCIA TEÓRICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Elena Gallego Domínguez(1), María Vicioso Casañal(2), María Victoria Ortega Jiménez(1), Martina Álvarez Pérez(1), Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Lidia Pérez Villa(1), M^a José Lozano León(1), Elena Cañestro Rueda(3) y Luis Vicioso Recio(1) de (1)Área de Anatomía Patológica, Universidad de Málaga, (2) Universidad de Málaga y (3)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

El sistema tradicionalmente utilizado para la docencia teórica de Anatomía Patológica (AP) en el Grado de Medicina es la clase magistral que, aunque útil, tiene la desventaja de no fomentar la interacción alumno-profesor. El objetivo del proyecto fue mejorar el aprendizaje de con-

tenidos teóricos facilitando al alumnado tener una actitud activa, y conseguir una mejor planificación de la docencia en la clase presencial, mediante el sistema Flipped Classroom, en el que se mezclan la enseñanza “tradicional” presencial con la enseñanza multimedia.

Durante el período dedicado a la parte general de la asignatura de AP de 3º curso del Grado de Medicina, se puso a disposición del alumnado en el Campus Virtual (CV), videos grabados con los contenidos, varios días antes de la clase presencial. Los 28 videos se realizaron con el programa aTubeCatcher, se editaron con Adobe Premier Pro, y tuvieron una duración media de 23 minutos. Para la clase presencial se prepararon presentaciones en .pwp, de corta duración, que permitía que el profesor se dedicara a incidir en conceptos clave, aclarar dudas y realizar actividades como cuestionarios mediante Educlick. Para obtener una mayor información del alumnado se habilitaron foros en el CV. Además, se realizaron dos encuestas, una previa al proyecto para conocer la predisposición del alumnado, y otro posterior, para conocer el grado de consecución de los objetivos.

La participación media en la activación de los videos fue de 127 alumnos (rango: 93-174), con una media de dedicación de 2 horas y un promedio de visualizaciones/video de 256 (rango: 117-353). En las encuestas, el 89% del alumnado opinó que el nuevo formato docente era “bueno” o “muy bueno”, el 77% que era “bastante” o “muy útil” para aclaración de conceptos, 52% que era “bastante útil” para resolver de dudas, el 82% que permitía mayor adquisición de conocimientos, el 61% que se habían sentido más participativos y el 88% que le habían dedicado más tiempo a la asignatura. En comparación con el curso anterior, la asistencia media a clase se incrementó un 61,4% (media de 114) y el porcentaje de aprobados aumentó en 8 puntos (76% vs 84%).

En conclusión, en comparación con la clase magistral tradicional, el sistema utilizado presenta una mejor aceptación y posibilidad de participación por parte del alumnado, además de facilitar la adquisición de conocimientos.

17:50 7006-9 FINEFIX® COMO ALTERNATIVA AL FORMOL EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Héctor Rodrigo Lara(1), Anabel Ballester(1), Adriana Marcela Quintero Duarte(1), Marco Antonio Martínez Ortega(1), Paula Carrillo García(1), Gabriel Matheu Capo(1), Cristina Gómez Bellvert(1), Ana Belén Bautista Cano(1), Nuria Liern Serrano(1) y Isabel Amengual Antich(1) de (1)Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Antecedentes y objetivo: El formaldehído es el fijador “gold estándar” para la fijación de tejidos desde hace más de 150 años. Su reciente clasificación en la categoría 1B y como mutágeno de categoría 2, hacen acuciante la necesidad de eliminar su uso en la medida de lo posible. Los fijadores de base alcohólica, como el FineFix®, parecen una buena alternativa. Nuestro objetivo es comprobar si la fijación con FineFix® podría sustituir al fijador “gold estándar”.

Método: Se recogieron un total de 84 muestras tumorales de colon, pulmón, riñón y mama. Cada una se recogió en fresco, dos fragmentos en espejo por tumor, uno se fijó en Formol tamponado 1/10 y otro en FineFix®. Ambos se procesaron de la misma manera. Los bloques fueron cortados en el mismo microtomo y por el mismo técnico. Cada caso fue estudiado por el patólogo especialista de cada campo y por un residente a modo de control. Se recogieron en una tabla la valoración de cada tejido para valores de calidad física, calidad de preservación y calidad de tinción, tanto para los cristales con tejido fijado en formaldehído como para los tejidos fijados en FineFix®. Los datos obtenidos fueron analizados mediante técnicas estadísticas de significación y concordancia.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que hay diferencias estadísticamente significativas (nivel de confianza del 95%) a favor del fijador FineFix® en los valores de preservación nuclear, uniformidad de la tinción y calidad de la tinción tanto nuclear como citoplasmática. Mientras que las muestras fijadas en Formol mostraban una mejor fijación zonal y menor retracción del tejido. Estos cambios son más notorios en tumores moderadamente diferenciados, mientras que en los bien o pobremente diferenciados no se han observado diferencias significativas.

Conclusiones: Nuestro estudio es un primer paso en la búsqueda de una alternativa al formol en nuestro laboratorio. Todos los fijadores presentan ventajas e inconvenientes. Los fijadores de base alcohólica como el FineFix® muestran ventajas claras en la preservación del ADN y en la tinción de núcleo y citoplasma, pero ofrecen inconvenientes que pueden ser notables en el día a día como la retracción del tejido. Por ello, se necesitan más estudios y consensos entre grupos de trabajo en busca de nuevas alternativas.

Tabla 1. Resultados de la evaluación microscópica en H&E. Comparación de las diferentes variables según el tipo de fijador utilizado.

Valoración	Formol	FineFix®
Adhesión	88,69	89,88
Agrietamiento	78,57	82,14
Grosor	92,26	94,04
Preservación Nuclear	82,73	97,61
Preservación Citoplasma	87,5	92,85
Preservación Extracelular	96,34	92,26
Fijación Zonal	97,61	84,52
Retracción	95,23	61,30
Uniformidad Tinción	84,52	92,85

Valoración	Formol	FineFix®
Tinción Nuclear	76,78	95,83
Tinción Citoplasma	73,80	90,47
Tinción Extracelular	90,47	92,26

Porcentaje total para cada variable basados en el ratio de la suma de todos los scores relativo al máximo score posible. Scores: 0 (inadecuada para diagnóstico), 1 (aceptable aunque necesita ajustes) y 2 (bueno para diagnóstico).

17:55

7006-10

ARIANE SX: UN NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN INFORMÁTICA PARA LABORATORIOS: INTEGRA LOS DATOS DE ANATOMO-CITOPATOLOGÍA, GENÉTICA TUMORAL Y CONSTITUCIONAL DEL CRB.

Lizeth Méndez Suaza(1), Gaetan Mac Grogan(2), Anne Vincent Salomon(3), Jean Michel Coindre(2), Isabelle Soubeyran(2), Julien Guerin(3), Catherine Chassagne Clement(4), Véronique Haddad(4), Joel Rousset(1) y Laurent Szymanski(1) de (1)INFOLOGIC SALUD, Barcelona, (2)Instituto Bergonié, Burdeos (Aquitaine), (3)Instituto Curie, Paris (Ile-de-France) y (4)Centro Leon Berard, Lyon (Rhone-Alpes).



Sistema de gestión informática para laboratorios de anatomía patológica.

La gestión informática de los laboratorios de anatomía patológica debe adaptarse a los cambios profundos de la profesión. Las innovaciones tecnológicas, la multiplicación de técnicas de estudio, la necesidad de compartir e integrar datos moleculares, tisulares y de genética constitucional, requieren una herramienta informática apropiada. Para responder a este desafío, los laboratorios de anatomía patológica y de genética tumoral y constitucional, y los servicios informáticos de tres centros cancerológicos franceses se aliaron con el editor informático Infologic-Salud, especializado en la concepción de programas de gestión para los laboratorios de anatomía patológica y genética. De la asociación nació Ariane sx, un sistema modular y transversal compuesto por módulos. Ariane sx integra la trazabilidad y asegura el seguimiento de las muestra y de los productos derivados a lo largo del estudio. Desde el registro, se programan todas las operaciones técnicas que van a suceder a la prueba, las interfaces con los dispositivos automáticos hacen parte del sistema de trazabilidad. El patólogo y el biólogo molecular pueden gestionar de manera transversal, desde el mismo programa una prueba sanguínea, tisular o citológica, así como sus productos derivados (bloques de parafina, cristales histológicos, pellets celulares, ADN, ARN, proteínas) y todas las técnicas de análisis.

La prescripción de técnicas complementarias de IHQ, citogenética y biología molecular se realiza desde la misma pantalla y tiene por consecuencia la actualización automática

de la serie de acciones que han sido previamente asociadas a la técnica solicitada. La producción de informes de anatomía patológica, citogenética, biología molecular y oncogenética, pueden ser realizados utilizando textos libres, plantillas y formularios estructurados. El uso de zonas dedicadas a cada especialización y explotables desde el punto de vista informático permite la creación de bases de datos que integran datos histo- citopatológicos y moleculares, especialmente en genómica, transcriptómica y de secuenciado (Sanger y NGS), centrados en las pruebas y/o en la historia clínica de los pacientes. Ariane sx, es el resultado de un trabajo en equipo y es un programa potente para el patólogo, el biólogo molecular y el genetista para responder a los desafíos médicos en estos principios del siglo XXI.

18:00

7006-11

MÉTODO ÓPTIMO PARA LA CONFECCIÓN DE BLOQUES CELULARES.

Tamara Terrón Zapata(1), Cristina Navarro López(1), Macarena Vázquez Pariente(1), Lidia Alonso Landeira(2), Erika Aldegue Rayo(2), Sonia Rodríguez Muñoz(2), Silvia García Román(2), Marc Montes Miño(3), Santiago Ramón y Cajal(3) y Vicente Peg Cámara(3) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Hospital Universitario Dexeus-Grupo Quíonsalud, Barcelona y (3)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: Un bloque celular permite preservar el material citológico obtenido a partir de cualquier suspensión de células en líquido mediante la realización de un pellet compacto de células que, incluido en parafina, puede ser tratado como un fragmento tisular.

Objetivo: Desarrollar un método de confección de bloques celulares óptimo para el ámbito laboral.

Material y métodos: Se emplean cinco líneas celulares para la realización del estudio comparativo: H3122 (ALK-EML4); H2228 (ALK-EML4); EBC1 (amplificación MET); E98 (sobrexpresión MET) y HCC78 (ROS1-SLC34A2)

Se compararon tres procedimientos de confección de bloques celulares. El método directo (centrifugación y fijación con formol al 10%), el método del Histogel (1 - 5 gotas de histogel) y el método de plasma-trombina (kit Hemosil Thrombin Time y plasma humano).

Se han realizado cortes a 3 micras, una tinción de hematoxilina-eosina, una tinción inmunohistoquímica y una hibridación fluorescente in situ a cada uno de los bloques obtenidos, para su posterior valoración al microscopio.

Resultados: El método directo es un procedimiento rápido, pero solo apto para aquellos pellets celulares con la suficiente cohesión como para no necesitar un medio de compactación celular. Las células se observan bien preservadas y su valoración microscópica es óptima.

El método del Histogel es un procedimiento apto para cualquier pellet celular, los resultados al microscopio muestran células peor preservadas y en menor número, aunque el detalle celular es más preciso.

El método de plasma-trombina sigue un procedimiento más elaborado y con menos disponibilidad, debido a la utilización de plasma humano. Microscópicamente las células están bien preservadas, aunque se observan eosinófilas, limitando su valoración.

Conclusiones: El método directo proporciona mejores resultados tanto en la valoración microscópica de los pellets celulares como en la realización de técnicas complementarias. Permite la optimización de tiempo y costes, aunque solo es apto para pellets celulares cohesivos. Se propone como método de elección para el ámbito laboral.

18:05

7006-12

BENEFICIOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Belén Escribano Martín(1), Marta Escribano Martín(1), Emilia Barrera Antonioli(1), Ana Márquez Lillo(1), Norma Sánchez Freire(1), Edilene Vital Ferraz(1) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Implantar un sistema de trazabilidad de las muestras es imprescindible en la gestión de un Servicio de Anatomía Patológica para garantizar la seguridad del paciente, y analizar y adecuar los flujos de trabajo dentro de cada proceso, con el fin de último de cumplir los estándares de Calidad necesarios.

Objetivo: Demostrar los beneficios que supone el seguimiento de la muestra en cada uno de las fases del proceso en los distintos laboratorios y poder obtener el mayor rendimiento de los recursos disponibles.

Material y métodos: El módulo de trazabilidad utilizado en el Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz es el programa informático SGLAC basado en el registro, en la base de datos, mediante escaneo de códigos de barras y bidimensionales, estableciendo varios puntos de control estratégicos en las distintas fases del proceso, preanalítica, analítica y postanalítica. Se ha realizado una integración con las diferentes plataformas con las que se trabaja, para la obtención del máximo registro de la información. Se ha comparado el número de errores graves y mayores en el periodo 2013-2015 y 2015-2017.

Resultados: De forma previa a la implementación del sistema de trazabilidad, el número de errores graves fue de 0,03 % y mayores de 1,40 %. En el periodo 2015-2017 fue de 0,001% graves y mayores de 0,08 %. Además, el sistema ha permitido detectar los puntos donde el proceso sufría retrasos y demoras, permitiendo así adecuar los recursos del Servicio para la mejora del flujo de trabajo.

Conclusiones: La implantación de un sistema de trazabilidad en las fases preanalítica, analítica y postanalítica dentro de los procesos en el Servicio de Anatomía Patológica ha permitido reducir los errores graves y mayores en un 102 %. Además, aporta información para la adecuación de los recursos dentro del proceso para garantizar la mayor eficiencia en los distintos laboratorios.

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

7007

NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA

ZONA PÓSTER

7007-1 MODERADOR

Alberto Rábano Gutiérrez del Arroyo, Fundación CIEN, Madrid.

17:15 7007-2 ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE LOS PROTEOGLICANOS DE HEPARÁN SULFATO CELULARES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Iván Fernández Vega(1), Laura Lorente Gea(2), Carla Martín(3), Olivia García Suárez(4), Helena Ordiales(3), Ikerne Vicente Etxenausia(5), Iratxe Urteaga Gómez(6), Isabel Guerra Merino(2), Luis M. Quirós(4) y Beatriz García(3) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), (2)Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), (3)Instituto Universitario Fernández-Vega, Oviedo (Asturias), (4)Universidad de Oviedo, Asturias, (5)BioVanco Vasco para la Investigación (O+eUn), Vitoria-Gasteiz (Álava) y (6)Neiker Tecnalia, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Introducción: La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia. Es una proteinopatía causada por la acumulación de proteínas A β y tau hiperfosforilada anormalmente plegadas en el cerebro. TGFBR3, CD44v3, NRP-1, seringlicina, así como la familia de los sindecanos (SDC1-4) y glipicanos (GPC1-6) son proteoglicanos de heparán sulfato celulares (HSPGs) con múltiples funciones biológicas y patológicas. Son moléculas esenciales en procesos de carcinogénesis y neurodegeneración, especialmente en la agregación extracelular del material amiloide.

Material: Se estudiaron 7 áreas diferentes siguiendo la clasificación de Braak & Braak de 24 cerebros (6 controles, 6 con EA leve, 6 con EA moderada y 6 con EA severa). Se analizaron los niveles transcripcionales de las 14 moléculas descritas como HSPGs celulares usando PCR a tiempo real y la localización proteica mediante inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: Hemos observado expresión de todas las moléculas en todos los casos analizados. SDC1, GPC3 y CD44v3 fueron los que menos niveles de expresión mostraron, mientras que el SDC3 y el GPC1 mostraron los mayores niveles de expresión. El análisis de las diferentes moléculas mostró una subexpresión significativa de SDC1, CD44v3 y NRP1 en la EA. Por otra parte, el SDC4 y la seringlicina se sobreexpresaron de manera significativa y constante en la EA. La IHQ puso de manifiesto la expresión de SDC4 en los ovillos neurofibrilares, placas neuríticas y depósito en las paredes de los vasos arteriolares. Además, la IHQ puso de manifiesto la presencia de depósitos de GPC5 y GPC6 exclusivamente en relación con los ovillos neurofibrilares y de GPC4 en los ovillos neurofibrilares y en las paredes de los vasos arteriolares.

Conclusiones: Hemos identificado alteraciones en los niveles de expresión de los HSPGs celulares, relacionadas con la neuropatología típica, tanto extracelular como intracelular, de la EA.

17:20 7007-3 ALTERACIONES EN LA SÍNTESIS DE LA ESTRUCTURA FINA DEL HEPARÁN SULFATO EN EL HIPOCAMPO ANTERIOR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Natalia Pérez López(1), Iván Fernández-Vega(2), María del Pilar Solís Hernández(3), Yolanda García Mesa(1), Víctor Lozano Iturbe(1), Carla Martín Cueto(4), Olivia García Suárez(4), Luis M. Quirós Fernández(4) y Beatriz García Fernández(4) de (1)Universidad de Oviedo, Asturias, (2)Universidad de Oviedo. HUCA, Oviedo (Asturias). Servicio de Anatomía Patológica, (3)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). Servicio de Oncología y (4)Instituto Universitario Fernández-Vega, Oviedo (Asturias). Universidad de Oviedo.

Introducción: El elemento patológico central en la enfermedad de Alzheimer (EA) es la acumulación del péptido citotóxico β -amiloide (A β) en el parénquima cerebral. Tanto en modelos animales como en el cerebro de pacientes con EA los depósitos de A β se han descrito asociados a cadenas de heparán sulfato (HS). Estudios recientes han descrito la existencia de interacciones particulares entre distintos tipos de agregados de A β y cadenas de HS con diferente grado de sulfatación.

Material: Se analizaron muestras de hipocampo anterior de 5 cerebros control y 5 con EA severa. Los estudios de transcripción diferencial se llevaron a cabo por PCR en tiempo real y se analizaron todos los genes responsables de la polimerización y la modificación de las cadenas de HS, incluyendo N-sulfatación, epimerización y las distintas O-sulfataciones. Las cadenas de HS se localizaron en secciones cerebrales mediante inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: La transcripción de dos glicosiltransferasas implicadas en el inicio de la síntesis de las cadenas (EXTL2 y EXTL3), pero no de EXTL1, pudo ser detectada en todas las muestras analizadas; también se detectaron transcritos de las dos polimerasas del HS (EXT1 y EXT2), pero en ningún caso se pudo observar cambios significativos en sus niveles en las muestras patológicas. De las 4 NDSTs responsables de la síntesis de los dominios sulfatados en las cadenas sacarídicas, la isoforma 3 (NDST3) pudo ser detectada en las muestras sanas, pero no en los pacientes. La epimerasa del ácido glucurónico (GLCE) se sobreexpresó, mientras la isoforma 2 de la glucosamina C-6 sulfotransferasa (HS6ST2) se subexpresó en las muestras de EA. Las mayores alteraciones se observaron en los enzimas responsables de la sulfatación en C-3 de la glucosamina, 4 de los cuales (HS3ST3A1, HS3ST3B1, HS3ST5 y HS3ST6) se sobreexpresaron en los pacientes analizados. El análisis por IHQ utilizando anticuerpos frente a epitopos sulfatados de HS (epítipo 10E4) mostró marcaje a nivel extracelular en las placas neuríticas y a nivel intracelular en los ovillos neurofibrilares.

Conclusiones: las cadenas de HS experimentan modificaciones que afectan a la sulfatación y a la epimerización, pero no a la polimerización, en el hipocampo anterior de pacientes con EA, apareciendo asociadas con los de agregados de A β .

17:25

7007-4

ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA PRIMARIA ASOCIADA EN CEREBROS CON ENFERMEDAD DE CREUFT-JAKOB.

José Javier Aguirre Anda(1), Aitzol Miguélez Rodríguez(2), Ikerne Vicente Etxenausia(3), Isabel Guerra Merino(1) y Iván Fernández Vega(4) de (1)Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), (2)Facultad de Medicina Universidad del País Vasco, Vitoria-Gasteiz (Álava), (3)Biobanco Vasco para la Investigación (O+eUn), Vitoria-Gasteiz (Álava) y (4)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Introducción: Modelos establecidos sobre la neurodegeneración afirman que la proteinopatía subyacente en cada caso de enfermedad neurodegenerativa (Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad por cuerpos de Lewy...) se propaga en el cerebro conforme lo hace un prion. Además, en dichos modelos experimentales se describe que la presencia de una proteinopatía facilitaría la agregación de otras proteínas de la neurodegeneración. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es la prionopatía por excelencia, siendo la más frecuente de todas las enfermedades por priones.

Material: Estudio retrospectivo de 30 casos con ECJ confirmado con estudio neuropatológico durante el período 2010-2015 en el Banco de cerebros el País Vasco (nodo de Álava). Se analizaron mediante IHQ las principales proteínas implicadas en la neurodegeneración (Tau AT8, alfa-sinucleína, TDP43, y amiloide beta). Se revisaron también los principales datos clínicos.

Resultados: La base de datos muestra una edad media de 70,5 $\pm$ 8,5 años, un intervalo de duración de la ECJ de 6,9 $\pm$ 6,5 meses, un peso del encéfalo de 1267,9 $\pm$ 121,6 gramos y porcentaje del subtipo MM1 del 43,3%. De los 30 casos, 16 mostraron proteinopatía asociada (53,3%). Además, el 43,8% de los ECJ MM1 han mostrado proteinopatía asociada. Se ha observado una mayor supervivencia estadísticamente significativa para aquellos ECJ con proteinopatía asociada ($p=0,031$) con una supervivencia media de 9,2 $\pm$ 1,9 meses frente grupo sin proteinopatía (4,2 $\pm$ 1,0 meses). Además, se ha observado también una mayor supervivencia estadísticamente significativa para aquellos ECJ MM1 con proteinopatía asociada ($p=0,042$) con una supervivencia media de 8,7 $\pm$ 1,7 meses frente al grupo ECJ MM1 sin proteinopatía (4,5 $\pm$ 1,3 meses).

Conclusiones: La presencia de proteinopatía asociada a la ECJ muestra un incremento significativo de la supervivencia tanto de la ECJ como del subtipo MM1, independientemente del tipo o cantidad de proteína depositada.

17:30

7007-5

COMPLICACIONES INDUCIDAS POR POLÍMEROS TRAS EMBOLIZACIÓN DE UN ANEURISMA CEREBRAL.

Laura Zaldumbide Dueñas(1), Aitziber Marcos Muñoz(1), Marta Atienza Robles(1), Ena Fernández-Lomana Idiondo(1), Gonzalo García De Casasola Rodríguez(1), Alexandre Nogueira Gregorio(1), Emma Camacho Urkaray(1), Alain Luna Rodríguez(2), José María Ontañón(2) y José Ignacio López Fernández de Villaverde(1) de (1)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y (2)Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: Se han descrito efectos adversos relacionados con polímeros frecuentemente empleados para recubrir las superficies de los catéteres y dispositivos endovasculares. Los hallazgos neuroradiológicos y neuropatológicos son variables y pueden localizarse en lugares adyacentes a la inserción o en el trayecto del flujo. En algunos casos las complicaciones requieren incrementar el coste y alargar el cuidado médico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 53 años sometida a embolización con coils de un aneurisma en arteria comunicante cerebral posterior derecha. Dos semanas después acude por episodios limitados y espaciados de parestias y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo. La RMN detecta múltiples lesiones de aspecto tumefacto corticales y subcorticales hemisféricas derechas inespecíficas que sugieren patología inflamatoria o infecciosa.

Resultados: La biopsia cerebral del lóbulo temporal derecho muestra en la transición córtico-subcortical focos variables de infiltrado inflamatorio con astro-microglia, consistentes en manguitos perivasculares linfoplasmáticos en relación a paredes vasculares hialinizadas con formación de luces secundarias, microabscesos con agregados neutrofílicos que engloban ocasionales fibras de material extraño, y reacción gigantocelular a cuerpo extraño.

Conclusiones: Las cubiertas de polímeros han supuesto un importante avance en el desarrollo de tecnología endovascular; sin embargo, se han descrito una variedad de efectos adversos relacionados con su uso. Es importante conocer el espectro de lesiones cerebrales derivadas de complicaciones imprevistas inducidas por polímeros en contextos clínicos post-procedimiento tempranos y tardíos. Los patrones de lesión incluyen reacciones inflamatorias con secuencia temporal aberrante, fenómenos embólicos y patología arterial. Estar alerta de estos patrones facilita la detección precoz y clarifica los riesgos clínicos.

17:35

7007-6

LINFOMA PRIMARIO DE LA DURAMADRE: UN IMITADOR DE MENINGIOMA.

Carolina Areán Cuns(1), María Victoria Zelaya Huerta(1), Tamara Zudaire Fuertes(1), Teresa Cabada Giadas(1), Federico García Bragado(1) y Ángel Panizo Santos(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Los linfomas primarios de la duramadre (LPD) son raros y su patogénesis se desconoce. Su comportamiento biológico difiere del resto de linfomas del sistema nervioso central (SNC) y usualmente son linfomas de células B de bajo grado, sobretudo linfomas de la zona marginal extranodal del tejido linfoido asociado a mucosas (linfomas MALT). Presentamos dos casos de LPD, que se presentaron clínica y radiológicamente imitando un meningioma.

Métodos: Se describen dos casos de LPD, recibidos en el Complejo Hospitalario de Navarra entre los años 1997 y 2016.

Resultados: Caso 1: Varón de 48 años, quien presenta un síncope. La TAC reveló un proceso expansivo extraaxial de convexidad izquierda, compatible con meningioma, que se extirpó, obteniéndose una tumoración de 8cm, que dependía de la duramadre. Microscópicamente se identificaron duramadre y leptomeninges, extensamente infiltradas por una neoplasia de células redondas pequeñas, con un patrón arquitectural difuso y nodular, reconociéndose aislados centros germinales y células plasmáticas. Con inmunohistoquímica las células expresaron CD20 y BCL2, siendo negativas para BCL6, CD10, CICLINA D1, CD23, MUM1, EBER y c-MYC. Las células plasmáticas fueron positivas para CD138 y negativas para IgG4, con ligera restricción de cadenas kappa.

Caso 2: Varón de 45 años, quien presenta una crisis comicial. La TAC reveló una tumoración en lóbulo frontal derecho. Macroscópicamente se trataba de un fragmento de duramadre de 6cm, marcadamente engrosada. Microscópicamente se observó una neoplasia linfocítica de células pequeñas, algunas con rasgos monocitoides, con un patrón de crecimiento difuso, que permeaban las fibras colágenas de la duramadre, inmunorreactivas para CD20 y BCL2. Se identificaban también grupos de células plasmáticas con restricción kappa.

En ambos casos se realizó el diagnóstico de: linfoma MALT y con estudios de extensión se descartó linfoma sistémico.

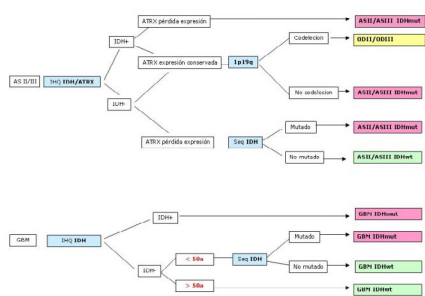
Conclusiones: A pesar de su baja incidencia, los linfomas MALT primarios de la duramadre deben incluirse en el diagnóstico diferencial de meningioma, dadas las similitudes entre ambos en los estudios de imagen. Estos linfomas son muy radiosensibles y tienen excelente pronóstico, en comparación con otros linfomas primarios del SNC o metastásicos. Por lo anterior, es indispensable realizar un adecuado diagnóstico anatomopatológico.

17:40

7007-7

ESTUDIO DEL PERFIL GENÉTICO EN GLIOMAS DEL HGUA SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (OMS 2016).

Cristina Alenda(1), Artemio Payá(1), Araceli García(2), María Fuentes(2), Pedro Moreno(3), Joaquín Herrero(4) y Víctor Juan Barberá(5) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante, ISABIAL-FISABIO, (2)Laboratorio Investigación ISABIAL. Hospital General Universitario de Alicante, (3)Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Alicante, (4)Servicio de Oncología, Hospital General Universitario de Alicante y (5)Laboratorio de Genética, Hospital General Universitario Elche, Alicante.



Algoritmo diagnóstico.

Introducción: Los gliomas constituyen el tipo de tumores primarios cerebrales más frecuente y morfológicamente su nomenclatura se basa en la célula de la glía a la que más se asemejan, agrupándose en astrocitomas (AS), oligodendrogliomas (OD) y ependimomas. La clasificación OMS 2016 incorpora parámetros moleculares a la morfología, obteniendo diagnósticos integrados fenotipo-genotipo, confiriendo una mayor objetividad y contribuyendo a un diagnóstico de precisión para mejorar el manejo de los pacientes. La finalidad del proyecto es establecer un algoritmo diagnóstico, basado preferentemente en marcadores inmunohistoquímicos, para la clasificación de los AS. Asimismo, se han estudiado marcadores con valor pronóstico para identificar diferencias en la supervivencia de los diferentes grupos diagnósticos obtenidos.

Material y métodos: Se ha estudiado, en una serie de 126 AS diagnosticados y tratados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), proporcionados por el Biobanco, la expresión inmunohistoquímica de IDH1, P53, MGMT, ATRX y Ki67, el estudio de metilación de MGMT, el estudio de mutaciones de TERT e IDH1/2 y el

estudio de codeleción 1p19q. Además se ha obtenido la información relativa a supervivencia global y libre de enfermedad.

Resultados: Se ha establecido un algoritmo de diagnóstico basado en técnicas inmunohistoquímicas como método para seleccionar los casos en los que realizar los estudios moleculares (FIGURA). Ha sido suficiente únicamente el empleo de marcadores inmunohistoquímicos para llegar al diagnóstico según la clasificación OMS2016 en el 58,8% de los ASII (10/17), 7,1% de los ASIII (1/14) y en el 73,7% de los GBM (70/95). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los GBM con y sin mutación de TERT.

Conclusiones: Las herramientas inmunohistoquímicas permiten diagnosticar el 64,2% de los AS según la clasificación OMS 2016, sin embargo son imprescindibles las técnicas moleculares para diagnosticar un elevado número de casos. Obtener resultados significativos con los marcadores de valor pronóstico requiere series más grandes que permitan disponer de grupos diagnósticos con mayor número de casos, al tratarse de neoplasias con una elevada mortalidad.

17:45

7007-8

IMMUNONEGATIVIDAD PARA P16 COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA: LA EXPERIENCIA DEL GRUPO GLIOCAT.

Alba Hernández Gallego(1), Raquel López Martos(1), Francesc Alameda Quitlet(2), Teresa Ribalta Farres(3), Noemí Vidal Sarro(4), Anna Estival González(5), Carmen Balañá Quintero(5), José María Velarde(5), María Martínez García(6) y Cristina Carrato Moñino(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona, (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, (4)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (5)Institut Català d'Oncologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y (6)Servicio de Oncología, Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: CDKN2A es un gen supresor tumoral que codifica la proteína p16INK4a, un inhibidor del ciclo celular. La delección de CDKN2A se ha relacionado con un peor pronóstico en los pacientes con glioblastoma (GB). Existe una asociación entre la delección de CDK-

N2A y la pérdida de expresión inmunohistoquímica (IHQ) de p16. Nuestro objetivo ha sido estudiar la expresión IHQ de p16 en una serie de GB para analizar si, a nivel de proteína, p16 constituye un factor pronóstico en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Realizamos determinación IHQ de p16 en 276 casos de GB, utilizando matrices de tejido (TMA), en el contexto de un estudio multicéntrico (GLIOCAT). Valoramos la positividad para p16 semicuantitativamente en una escala de 0 a 5, siendo 0= 0%; 1= <5%; 2= 5-25%; 3= 25-50%; 4= 50-75% y 5= >75% de células tumorales positivas.

Resultados: Según la escala mencionada, de los 276 GB estudiados 114 fueron valorados como 0; 54 como 1; 32 como 2; 3 como 3; 7 como 4; y 66 como 5. Los análisis mediante curvas de Kaplan-Meier mostraron diferencias significativas en supervivencia global (SG) ($p=0,017$) entre los pacientes con tumores con menos del 5% de células tumorales inmunopositivas para p16 (mediana de SG de 15,3 meses) y los que tenían más del 5% (mediana de SG de 17,9 meses).

Conclusión: La inmunonegatividad para p16 definida como menos del 5% de células tumorales positivas constituye, en nuestra serie, un factor de mal pronóstico en pacientes con GB.

17:50 7007-9 EL ESCURRIDIZO DIAGNÓSTICO DE UN MELANOMA MALIGNO CEREBELOSO PRIMARIO.

Laura Zaldumbide Dueñas(1), Aitziber Marcos Muñoz(1), Marta Atienza Robles(1), Ena Fernández-Lomana Idiondo(1), Gonzalo García de Casasola Rodríguez(1) y Alexandre Nogueira Gregorio(1) de (1)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: El melanoma maligno (MM) primario cerebral es una entidad inusual, representa el 0,7% de los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC). Cuando no muestran producción de melanina y se presentan como neoplasias pobremente diferenciadas plantean un diagnóstico diferencial amplio que puede obstaculizar el diagnóstico, máxime si no hay lesión melanocítica conocida a nivel sistémico.

Material y método: Se presenta el caso de un varón de 37 años con inestabilidad en la marcha, cefalea y vómitos. La RMN muestra una lesión en vermis cerebeloso de 4 cm, bien delimitada, con componente hemorrágico, discreto edema perilesional, sin realce tras administración de gadolinio. Se plantea diagnóstico diferencial con meduloblastoma y malformación cavernosa.

Resultados: El examen histológico muestra una proliferación celular densa de patrón difuso, constituida por células discohesivas, monótonas, atípicas, de núcleos redondos, agrandados con nucléolo prominente. Ausencia de rasgos de diferenciación ni producción de melanina. Se contabilizan 8 mitosis por 10 campos de gran aumento. Se realiza un amplio panel inmunohistoquímico secuencial para cubrir el diagnóstico diferencial histológico amplio (tumor embrionario, glío-neuronal, germinal, hematolinfoma, epitelial metastásico) y únicamente se detecta expresión de marcadores melanocíticos.

Conclusiones: Los MM primarios del SNC son infrecuentes y pueden suponer un reto diagnóstico, especialmente en casos pobremente diferenciados. En estos pacientes hay que plantear un amplio abanico de diagnóstico diferencial que tenga en cuenta el contexto clínico y radiológico, descartar siempre un origen metastásico oculto en piel, úvea o mucosas, y completar el estudio molecular para mutación en el gen BRAF (V600E), que permitiría ofertar terapia específica. En nuestro servicio, éste es el único caso primario de los 3 casos de MM registrados en los últimos 10 años.

17:55 7007-10 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE 134 MELANOMAS UVEALES ENUCLEADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID. FACTORES PRONÓSTICO.

Elena García Lagarto(1), María Antonia Saornil(1), Ciro García Álvarez(1) y M. Fé Muñoz Moreno(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Propósito: Estudiar el perfil histopatológico de los ojos enucleados por melanoma uveal (MU) correlacionándolos con la supervivencia del paciente.

Métodos: Estudio prospectivo y consecutivo de pacientes enucleados por MU como primera opción terapéutica y con seguimiento en nuestro centro entre 1993 y 2016. Datos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos se han registrado en una base de datos diseñada específicamente para MU en Microsoft Access. El análisis estadístico se realizó por métodos descriptivos y curvas de Kaplan Meier.

Resultados: De 733 pacientes diagnosticados de MU, 134 se enuclearon como 1ª opción terapéutica, y 122 han sido seguidos en nuestro centro con un seguimiento medio de 5 años.

Un 63% fueron hombres con una edad media de 64,24a (13,68 DS). La mayoría de los pacientes acudieron por sintomatología visual (89,8%). La mayor parte de los tumores fueron grandes (COMS grande 65,7% T3 y 4 75,4%) con un tamaño medio de 12,46mm (4,07 DS) base x 7,5 mm (3,92 DS) altura. El 91% se localizó en coroides alcanzando el cuerpo ciliar el 39,3%. El tipo celular mas frecuente fue el fusiforme, con un 38% de epiteloides. El numero medio de mitosis (x10 CGA) fue de 3,7. El 76,4% mostraron morfología nodular, con rotura de membrana de Bruch en un 78% y desprendimiento de retina asociado en el 80%. Un 14% presentó extensión extraocular, un 12% infiltración linfocitaria y un 12% invasión del nervio óptico.

Las curvas de Kaplan-Meier muestran una supervivencia específica del 63% a los 5 años y del 56% a los 10. Los factores que han mostrado valor pronóstico fueron el tamaño grande, la afectación del cuerpo ciliar, el tipo epitelioide y la presencia de inflamación linfocitaria.

Conclusiones: En nuestra serie fueron más frecuentes los tumores de gran tamaño, nodulares, localizados en coroides sin afectación del cuerpo ciliar, extraocular ni del nervio óptico. El subtipo celular más frecuente fue el fusiforme. En el análisis multivariante los tumores con peor pronóstico fueron los de mayor tamaño que invadían el cuerpo ciliar, de tipo epitelioide y con inflamación asociada. El número de mitosis no fue determinante y el sexo masculino tenía ligeramente peor pronóstico.

18:00 7007-11 TEXTILOMA INTRACRANEAL: APORTACIÓN DE CINCO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Laura Herrero García(1), Iban Aldecoa Anzorregui(1), Teresa Pujol Farre(2), Sonia Río Aige(3), José Luis Villar Fernández(3) y Teresa Ribalta Farres(4) de (1) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona, (2)Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínic, Barcelona, (3)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Catalunya, Barcelona y (4)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Introducción: El término textiloma (en inglés también conocido como gossypiboma) hace referencia a una reacción inflamatoria producida por la presencia intencional o accidental en el lecho quirúrgico de materiales utilizados con fines hemostáticos, siendo más frecuentes tras cirugía abdominal.

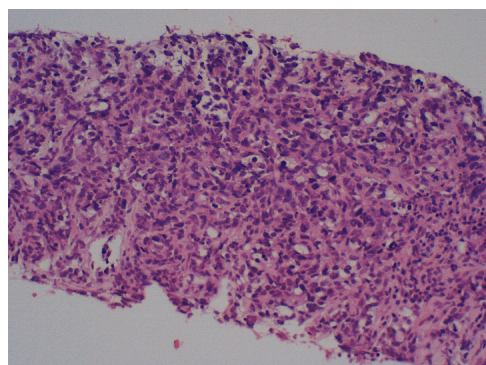
Material y métodos: Cinco textilomas diagnosticados en el periodo de 15 años, tres de ellos en mujeres. Los pacientes tenían entre 19 y 61 años de edad y habían sido intervenidos previamente por un neurinoma (1), meningioma (2) y glioblastoma (2). Revisión clínico-patológica de los casos y revisión de la literatura.

Resultados: Tres pacientes debutaron a los pocos meses de la cirugía con clínica de cefalea, vómitos o crisis epiléptica, siendo el diagnóstico por la imagen radiológica de sospecha de recidiva neoplásica y cambios post-quirúrgicos. En las dos pacientes restantes, la lesión sospechosa de recidiva se halló de forma incidental en una resonancia magnética de control. Los pacientes sintomáticos eran una mujer de 61 años con un meningioma operado 15 años antes, que falleció mientras practicaba natación, y dos hombres intervenidos por glioblastoma. En uno de los casos el material extraño correspondía a malla de celulosa oxidada y la reacción inflamatoria estaba entremezclada con fenómenos de radionecrosis. En los demás casos se observó una lesión inflamatoria de tipo granulomatoso con células gigantes multinucleadas y macrófagos espumosos relacionada con un material extraño a modo de fibras. En ninguno de los 5 casos se observó recidiva neoplásica. En la literatura se describen otros materiales hemostáticos reabsorbibles causantes de textiloma, como esponjas de gelatina y colágeno microfibrilar, asociándose en este último un componente eosinofílico en el infiltrado inflamatorio.

Conclusiones: La presencia de textilomas intracraneales o intraespinales está poco reportada en la literatura y puede tener implicaciones médico-legales de mala praxis. Algunos pacientes están asintomáticos y la lesión tan sólo se demuestra al practicar estudios de imagen de control. El diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio en pacientes con antecedente de cirugía craneal debería incluir el textiloma, además de la recidiva tumoral, radionecrosis, absceso e infarto cerebral.

18:05 7007-12 METÁSTASIS VISCERAL EXTRACRANEAL DE GLIOBLASTOMA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Reguera Arias(1), Jorge Pombo Otero(1), María Vázquez Domínguez(2), Mario San Martín Alonso(1), Felipe Sacristán Lista(1), María Teresa Yebra-Pimentel Vilar(1), Ana Teijo Quintáns(1), Josefa Casas Illobre(1) y Ángel Concha López(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.



Introducción: El glioblastoma es el tumor primario maligno del sistema nervioso central más frecuente (45-50% de los casos), representando el 15% de todas las neoplasias intracerebrales. Afecta con mayor frecuencia a varones entre 55 y 85 años.

Presentamos un caso de glioblastoma con metástasis viscerales extracerebrales.

Historia clínica: Varón de 55 años, sin antecedentes personales, que es intervenido en noviembre de 2012 por un glioblastoma (grado IV de la OMS) localizado en la región temporal izquierda cerebral que se trató con lobectomía y radioterapia. Cuatro meses después presenta múltiples LOES hepáticas, la mayor de 4,6cm, y posteriormente con estudio PET-TAC se observan otras lesiones a nivel de ganglios linfáticos, hueso y SNC. Se decide realizar biopsia guiada por TAC de una de las LOEs hepáticas.

Hallazgos histológicos: En la biopsia hepática se observa una tumoración muy celular, altamente pleomórfica con extensas zonas de necrosis central. Está constituida por células que presentan un patrón de crecimiento difuso con áreas fusocelulares, que

presentan multilobulación, nucleolo prominente y numerosas figuras de mitosis, en gran parte atípicas.

Tras realizar estudio inmunohistoquímico las células tumorales muestran positividad con el marcador Proteína Glial Fibrilar Ácida. Existe una positividad intensa y difusa con Vimentina y CD56 y tenue y focal con AE1/AE3 y Sinaptosina. El resto de marcadores empleados (CK7, CK20, CD31, CD34, HMB-45, S100, CD45, PSA, Factor VIII, Cromogranina, TTF-1, CK19, CK18 y EMA) no se expresa en las células tumorales.

El Ki-67 es del 30%.

Comparando con la biopsia previa los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos son idénticos, estableciéndose así el diagnóstico de metástasis de glioblastoma.

Conclusiones: Las metástasis extracerebrales de los glioblastomas son extremadamente raras, presentando una frecuencia del 0,44%. La hipótesis más aceptada a día de hoy es el acceso directo a través de los vasos duros al tejido extrameningeo durante la intervención quirúrgica.

Los órganos sobre los que con mayor frecuencia asientan las metástasis son pulmón y pleura (60%), ganglios linfáticos regionales (51%), hueso (31%) e hígado (22%).

Los glioblastomas que metastatizan en primer lugar al hígado son extremadamente infrecuentes, habiéndose descrito en la literatura solamente 8 casos en los últimos 30 años.

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

ZONA PÓSTER

7008

TÉCNICOS

7008-1 MODERADORA

María Teresa Hernández Iglesias,

17:15 7008-2 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA ESTUDIO DE LA HEMATURIA.

Victoria Pérez Parra(1), Ángela Rivera Prado(1), María Dolores Bianqui Martínez(1), Esmeralda de la Sovera González(1), Esperanza Sánchez Martínez(1), María del Mar Segura Garrido(1), María Eulalia Pallarés Sánchez(1), Juan Cañavate Sastre(1) y Sebastián Ortiz Reina(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia.



Introducción: tradicionalmente el estudio citológico de la orina, presentaba la dificultad de obtener extensiones con un número de células y estado de conservación adecuado, ya que los métodos tradicionales no resultaron óptimos. El problema queda resuelto con la citología en base líquida que nos proporciona ventajas: elevado número de células y una importante eliminación de moco, células inflamatorias y hematíes.

Objetivos: la limpieza de hematíes con las técnicas de citología líquida, si bien facilita considerablemente el diagnóstico morfológico, dificulta mucho el estudio de la hematuria, por lo que se propone un protocolo que subsane este problema.

Material y métodos: presentamos nuestra experiencia en un total de 1546 orinas hemáticas y proponemos un método para estudio de la hematuria, basado en la observación en fresco de los hematíes tras centrifugar a 1500 rpm, teñir con una gota de eosina el sedimento y mirar inmediatamente al microscopio, identificando la presencia de dismorfias y el porcentaje de ellas.

Resultados: el 59 %, correspondían a varones y el 41 % a mujeres. El 4% (66 casos) presentaron dismorfias, que consistieron en divertículos, hematíes en forma de anillo, vacíos y/o espiculados. Estos cambios se cuantificaron de la siguiente manera:

- Hematuria de vías urinarias altas: si encontramos más ≥ 80 % de hematíes dismórficos y/o la presencia de acantocitos (hematíes con forma de anillo y uno o más divertículos) en una proporción superior o igual al 4 o 5 % del total de los hematíes.
- Hematuria de vías urinarias bajas: si encontramos ≤ 20 % de hematíes dismórficos.
- Hematuria de origen dudoso: el resto. De las hematurias con dismorfias, el 85 % presentaron un probable origen en vías urinarias bajas, mientras que el 2 % (un total de 26) en vías urinarias altas, en las que se sugirió descartar patología renal.

Conclusiones: el estudio de orina en fresco según el protocolo presentado, subsana las dificultades que presenta el manejo de la hematuria en citología líquida, permitiendo diagnosticar con facilidad la presencia de hematíes, la intensidad de la hematuria y la presencia de dismorfias, que nos permite diferenciar si el origen del sangrado se encuentra en las vías urinarias altas o bajas. Presenta algunos problemas como la necesidad de su interpretación inmediata para evitar el artefacto por desecación y la falta de automatización.

17:25 7008-3 VALOR DEL BLOQUE CELULAR CITOLÓGICO EN LOS LAVADOS PLEURALES INTRAQUIRÚRGICOS.

Carmen Beorlegui(1), Laura Alonso(1), Elena Ramírez(1), Irene Amat(1), Laura Arroyo(1), Ángel Panizo(1) y Tania Labiano Miravalles(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: La infrecuente presencia de células tumorales en el lavado intraquirúrgico de la cavidad pleural es un factor pronóstico para los pacientes sometidos a resección de tumores de pulmón. Aporta, por tanto, información complementaria a la estadificación TNM y puede ser relevante para planificar el tratamiento. El objetivo de este estudio es valorar la contribución del bloque celular (BC) a la información aportada por el citocentrifugado (CC) del lavado pleural respecto a la presencia de células atípicas.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluye los pacientes con neoplasia primaria pulmonar operados en el Complejo Hospitalario de Navarra entre junio y diciembre de 2016. En quirófano se procedió al lavado de la cavidad pleural con 100 ml de suero fisiológico antes (pre) y después (post) de la resección. Se recibieron 50 ml de cada lavado en la sección de Citología, de cada uno se realizaron dos CC y un BC, solicitándose inmunohistoquímica (IHQ) para TTF-1 ó p40 a criterio del patólogo. Las variables se describieron con frecuencias o como mediana (rango). Se analizó la concordancia entre CC y BC y se determinó el aporte diagnóstico del BC sobre el CC.

Resultados: Se estudiaron 62 pacientes, edad 65 (42-80), 65% varones. El tipo de tumor más frecuente fue adenocarcinoma (55%), localizado en el lóbulo derecho (52%), PL0 (63%) y pT2aN0 (21%). Se observó PL2-3 en un 25% de los casos. Dos casos (3%) resultaron positivos para células tumorales en BC: Un caso en BC pre con diagnóstico de Ca. Escamoso en lóbulo derecho, PL1, y un caso en BC post, con diagnóstico de Adenocarcinoma en lóbulo derecho, PL2. Se realizó IHQ en el 70% de los BC pre y el 75% de los BC post. Ningún CC resultó positivo, lo que

impide calcular la concordancia entre CC y BC. El BC detectó células tumorales en el 6% de los casos, frente al 0% de los CC.

Conclusiones: A pesar del pequeño tamaño de muestra se concluye que:

- 1 La realización de BC mejora la capacidad de detección de citologías positivas de lavado pleural intraquirúrgico (de 0 a 6%).
- 2 Dado que la positividad en las citologías pre y post-resección modifica la estadificación del tumor y es un factor pronóstico de supervivencia, respectivamente, es efectivo elaborar BC de rutina en lavados pleurales intraquirúrgicos.

17:30

7008-4

ANÁLISIS DE LAS PAAF REALIZADAS POR EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN 5 AÑOS.

Diana González Olmos(1), Ana Isabel Sánchez Pérez(1), Encarnación Sánchez Baeza(1), Mónica Henarejos Flores(1), José Víctor Bolarín Lucas(1), Raimundo Caballero López(1), María Eulalia García Solano(2), Ana Buendía Alcaraz(2), María Torres Vidal(3) y M^a Paloma Rodríguez Elez(4) de (1)TEAP del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (3) Supervisora TEAP del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (4)Admin del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).

Introducción: Se ha realizado un estudio retrospectivo y análisis del trabajo habitual de un técnico de Anatomía Patológica en las PAAF realizadas, que incluyen punciones guiadas por TAC, ecoguiadas y sin control ecográfico, por el Servicio de Anatomía patológica, durante los últimos 5 años (01/01/2012-2017).

Material y métodos: Mediante una búsqueda en la aplicación de software empleada en nuestro servicio, hemos conocido la cantidad total de PAAF. No se han incluido las punciones que recibimos como extensiones, sólo las realizadas con presencia física del Técnico de Anatomía patológica (TEAP) y el Facultativo. A continuación, se describe el trabajo realizado por un TEAP.

Discusión: Durante este periodo de tiempo, un total de 1143 PAAF, distribuidas según las Tablas 1.

Exceptuando las PAAF de masas palpables, cada vez menos frecuentes; el resto se llevan a cabo en el servicio de radiodiagnóstico, donde interviene el radiólogo y el patólogo. El técnico asiste la punción, con la identificación, tinción rápida (diff-quick), fijación para bloque celular y posterior realización de técnicas de inmunohistoquímica.

Conclusión: Es importante el conocimiento de técnicas básicas y rápidas de tinción y fijación, así como la experiencia en aprovechar al máximo la muestra que tenemos. La PAAF sigue siendo un procedimiento rápido y muy efectivo, siempre que el personal que intervenga sea experimentado, para alcanzar con rapidez la actitud clínica más acertada.

17:35

7008-5

DETERMINACIÓN DE MUTACIONES DEL GEN KRAS, NRAS Y BRAF.

María Nuria Morales Suárez(1), África Fernández Valera(1), Carmen López Peña(1), Sara Soto García(1), Ana Ortiz González(1) y Ana Laura Martín Rodríguez(1) de (1)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Introducción: El cáncer colorrectal es el tumor maligno de mayor incidencia en España, en nuestro país la supervivencia se sitúa en este momento por encima de la media de los países europeos, con un 64%. Debiéndose en parte a la aparición de dianas moleculares y sus tratamientos específicos.

Desde la sección de biología molecular, destacamos entre los factores más importantes la mutación del gen KRAS (40%), NRAS (3%), BRAF (15%). Las mutaciones de KRAS se localizan en su gran mayoría en sitios específicos como son los codones 12 y 13 y en menor frecuencia en el 61.

Otros genes como NRAS y BRAF también son parte de esta misma vía metabólica y sus mutaciones tendrían un efecto similar a KRAS mutado. A pesar de que el gen NRAS aparece mutado en el 3% de los casos su estudio resulta de vital importancia para su tratamiento con anticuerpos monoclonales, llevándonos así a la necesidad de realizar de forma secuencial las determinaciones de KRAS, NRAS y BRAF, para así poder indicar el mejor tratamiento con anticuerpos monoclonales por parte del paciente.

Material y metodos: En 2016 recibimos en la sección de Biología Molecular del Hospital General Universitario Santa Lucía Área II de Cartagena, un total de 78 solicitudes de estudios proceden de pacientes con cáncer colorrectal metastásico. Realizaremos la determinación de KRAS mediante una pcr a tiempo real (Kit de PCR KRAS RGQ de Therascreen), a los no mutados se les realiza la determinación del NRAS mediante NRAS Pyro Kit, utilizando la tecnología de pirosecuenciación en el sistema PyroMarkQ24, y a estos últimos se les realiza la determinación de BRAF (The cobas®4800BRAF V600 Mutation Test detects the BRAF V600E mutation in formalinfixed, paraffin-embedded).

Resultados: Nuestros datos sobre los 78 pacientes sometidos a estudio revelan una presencia de mutación del gen KRAS en 53 (67,9%) de los casos, al resto 25 (32,1%) se les realiza la determinacion de NRAS obteniendo 1 (4%) mutado y por último se realizara a los 24 restantes la determinación de BRAF obteniendo a su vez 1 (4,2%) de mutados.

Conclusiones: Dada la alta incidencia y morbi-mortalidad de estos pacientes, la opción de una terapia dirigida supone un avance en el tratamiento de esta enfermedad.

La realización de las determinaciones de las mutaciones de forma secuencial supone un ahorro de tiempo de espera para el tratamiento del paciente.

17:40

7008-6

BLOQUES CELULARES CON HISTOGEL DE MUESTRAS PROCEDENTES DE PAAF CON LA TÉCNICA DE EBUS.

Joaquín Moya Biosca(1), Carmen López Peña(1), M^a José Sánchez de las Matas Garre(1), África Fernández Valera(1), Ana Isabel Coll Martínez(1), Francisca Otón Salvador(1), Irene López Martínez(1), Irene Molina Marín(1), Josefa Alfocea Sánchez(1) y María del Mar Segura Garrido(1) de (1)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Introducción: El cáncer de pulmón es actualmente uno de los más frecuentes a nivel mundial. A esto se le añade, que determinados tipos de tumores poseen características especiales que los hacen susceptibles de un tratamiento individualizado.

Las necesidades diagnósticas especiales hace necesaria la puesta en marcha de técnicas de laboratorio auxiliares que maximicen la rentabilidad de las mismas, como es el caso de la realización de bloques celulares.

Material y métodos: Se plantea un protocolo para la realización de bloques celulares procedentes de PAAF externas y realizadas mediante EBUS. Durante el año 2016 se procesaron 193 bloques celulares con material procedente de PAAF de EBUS.

Consideraciones generales: Histogel Thermo Fisher Scientific referencia HG-4000-012 (HG), Almacenar entre 4-8°C. No calentar en microondas (malos resultados en Biología Molecular por altas temperaturas que desnaturalizan el ADN). Emplear baño de flotación y no sobrepasar los 60°C. Hacer alícuotas al recibirlo.

Protocolo: Centrifugar muestra ya fijada en tubo de fondo cónico (máximo de 12 ml) a 1.500 rpm 10 minutos. Quitar lo máximo posible de sobrenadante. Cuanto menos sobrenadante quede mejor saldrá el BC. Añadir el HG caliente muy despacio, 1,5 ml por cada ml de muestra, haciéndolo resbalar por las paredes del tubo. Volver a centrifugar a 2.500 rpm 1 minuto. Retirar el resto de sobrenadante si aun quedara. Meter el tubo en nevera, 4-8°C, aproximadamente 5 minutos. Cuando el BC sea consistente sacad del frío y tallado, separando la parte del BC con muestra del resto. Meted el BC con muestra en un cassette para su procesamiento histológico convencional.

Resultados: De los 193 bloques realizados en 2016, a 78 de ellos (40,41%) se le pudieron hacer técnicas de IHQ y de Biología Molecular. Al resto de casos no se les pudieron hacer debido al excesivo calentamiento en la preparación del Histogel, ya que fue a mediados de año cuando se modifico el protocolo evitando sobrepasar los 60°C. Con esta modificación se pudieron procesar correctamente el 100% de los casos (23 casos).

Conclusiones: La puesta en marcha de la realización de bloques celulares con histogel en el material procedente de PAAF permite, no solo una mejora en el diagnóstico de las distintas patologías pudiendo realizar técnicas de IHQ, sino también la posibilidad de realizar distintos estudios moleculares adecuados para el correcto tratamiento de los pacientes.

17:45

7008-7

PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA DISECCIÓN MACROSCÓPICA.

Elena Castellón Mollá(1), Estefanía Rojas Calvente(1), Carmen Almela Martínez(1) y María Dolores Durán Morales(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Según el Real Decreto 767/2014, 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico, y se fijan sus enseñanzas mínimas, el técnico adquiere nuevas competencias, entre las cuales, talla y procesa muestras histológicas. En esta comunicación presentamos nuestra experiencia en el Hospital General Universitario de Alicante, donde a partir del 1 de enero del 2015, es el técnico el encargado del tallado de biopsias y piezas quirúrgicas pequeñas.

Método: Bajo la supervisión del patólogo, durante 3 meses se formó semanalmente a cada uno de los técnicos y se les orientó con sesiones clínicas formativas sobre las áreas de especial dificultad. Tras el periodo todos los técnicos realizan la talla diaria de forma rotatoria cada 15 días.

Resultado: El técnico ha realizado el tallado del 55,5% de las 30.576 biopsias registradas en 2016 y el 19% de las 27.969 registradas en 2015. La distribución según áreas ha sido dermatopatología (16,3%), patología digestiva (15,7%), patología ginecológica (6,3%), patología de cabeza y cuello (3,8%), patología mamaria (3,2%), patología pulmonar (2,1%), patología sistema nervioso central (0,5%) y otras localizaciones (5%). La tasa de incidencias resultó del 2,3%, incluyendo consultas entre técnicos (1,4%, 8 consultas/semana), consultas al patólogo (0,7%, 4 consultas/semana) y retallado (0,2%, 6 retallas/mes).

Conclusión: Todos los técnicos del servicio están capacitados para realizar la talla diaria de las biopsias y piezas quirúrgicas pequeñas. Para ello, es necesario un periodo de formación para que el técnico adquiera las habilidades necesarias para la correcta disección de muestras, sin obviar las posibles consultas y biopsias retalladas.

Tras la experiencia lograda, se seguirá formando a los técnicos para la disección de piezas quirúrgicas de mayor complejidad.

17:50

7008-8

DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS MEDIANTE PCR A PARTIR DE ADN OBTENIDO DE SECCIONES HISTOLÓGICAS. ALTA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA.

Violeta Marqués Larraz(1), Sigrid Zalaya Cortés(1), Rebeca Fernández Simón(2), Lucía Ferrando Lamana(1), Jesús Viñuelas Bayón(2) y Ramiro Álvarez Alegret(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y (2)Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Una identificación rápida de bacterias del complejo M. tuberculosis es fundamental para un tratamiento tuberculostático precoz y el control epidemiológico de la enfermedad. La visualización de micobacterias por microscopía partiendo de tejidos incluidos en parafina mediante técnicas histoquímicas resulta, en muchas ocasiones infructuosa, por lo que sólo puede emitirse un diagnóstico sugestivo o compatible. Para confirmarlo, es preciso enviar muestra en fresco a microbiología para baciloscopia y cultivo, lo cual no siempre es posible.

Por ello, hemos intentado determinar la rentabilidad diagnóstica de PCR frente a *M. tuberculosis* a partir de tejido paraafinado.

Material y métodos: Se realizó extracción de ADN en un total de 76 biopsias (26 con inflamación granulomatosa necrotizante sospechosa de tuberculosis (TBC); 25 con inflamación granulomatosa no necrotizante y 25 con otros diagnósticos no sospechosos de TBC). El método utilizado para extracción de ADN fue el kit comercial DNA Sample Preparation Kit Cobas®. En microbiología se realizó la PCR con el método Fluorotype MTB®, basado en la tecnología Hybeacon.

Resultados: Todas las muestras obtenidas mediante el método de extracción de ADN a partir de biopsia han resultado adecuadas para diagnóstico no produciéndose ninguna invalidación con la técnica de PCR *Mycobacterium tuberculosis complex*. 20 resultaron positivas y 56 negativas. Ningún caso de PCR negativa tuvo un diagnóstico final de TBC. 19 de las muestras positivas presentaban inflamación granulomatosa necrotizante y una inflamación granulomatosa no necrotizante.

Conclusiones: El diagnóstico de TBC mediante PRC sobre tejidos paraafinados es eficaz, rápido y sensible. La técnica de extracción con el kit comercial DNA Sample Preparation Kit Cobas® proporciona un material óptimo para diagnóstico molecular.

17:55

7008-9

MEDIDAS ADOPTADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HGUA PARA MINIMIZAR LA EXPOSICIÓN AL FORMALDEHIDO.

Carmen Almela Martínez(1), Estefanía Rojas Calvente(1), Elena Castellón Mollá(1) y María Dolores Durán Morales(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Desde que el 6 de junio de 2014 se modificara la clasificación del formaldehído, y pasara a ser de categoría 2 (se sospecha que provoca cáncer), a cancerígeno de categoría 1B (puede provocar cáncer), los servicios de Anatomía patológica se han visto obligados a eliminar la exposición de los trabajadores a dicha sustancia, implantando las medidas necesarias para tal finalidad.

La adecuación del servicio de Anatomía Patológica para el cumplimiento de las medidas preventivas necesarias, requiere de importantes inversiones económicas que no son realizadas de forma inmediata.

El objetivo de la presente comunicación es presentar las medidas adoptadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) para minimizar al máximo posible la exposición.

Material y métodos: Se ha realizado una evaluación global del servicio a la exposición al formol, y se han implantado cambios en los hábitos de trabajo, con el objetivo de reducir al máximo la exposición al formol sin el requerimiento de inversiones económicas adicionales.

Resultados: Los técnicos del HGUA realizan tareas de tallado desde el 1 de enero de 2015, adoptándose desde la entrada en vigor de la modificación de la clasificación del formaldehído las siguientes medidas: uso adecuado de EPI recomendado; inclusión en la mesa de tallado de bolsa de residuos para papeles empapados y botes desechados que puedan contener restos de formol; manipulación, siempre bajo campana de botes que contengan formol; uso del kit de derrames; y puesta en marcha del protocolo de seguridad.

Conclusiones: Los cambios adoptados en los hábitos de trabajo por parte del personal del HGUA, sin un requerimiento económico adicional ha reducido significativamente la exposición al formol, siendo la información y formación fundamentales para llevar a cabo tal fin.

18:00

7008-10

IMPLEMENTACIÓN DE LOS DIFERENTES CLONES DE PD-L1 EN LA MISMA PLATAFORMA DE INMUNOHISTOQUÍMICA.

Marta Alonso Martín(1), Rebeca Martínez(1), Beatriz Domonte(1), María Plaza(1), Noelia Rodrigo(1), Virginia Álvarez(1), Susana Hernández(1), Raquel Martín(1), Alejandra Caminoa(1) y Esther Conde(1) de (1)Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid,

Introducción: La llegada de la inmunoterapia ha supuesto una renovación del optimismo en el tratamiento oncológico dirigido de los tumores sólidos y, en particular, del cáncer de pulmón.

Entre todos los biomarcadores predictivos estudiados en los pacientes con cáncer de pulmón, la expresión proteica de PD-L1 determinada mediante inmunohistoquímica (IHQ) en muestras tumorales es el biomarcador más empleado en la práctica clínica hasta la fecha. No obstante, existen importantes dificultades en el uso clínico de la IHQ de PD-L1 como biomarcador sobre todo por la existencia de diferentes anticuerpos (clones) de PD-L1 (al menos, cinco) y de diferentes plataformas tecnológicas de determinación.

El objetivo de este trabajo es la implementación en el Laboratorio de Dianas Terapéuticas (LDT) de los cinco clones de PD-L1 en una misma plataforma tecnológica (Ventana).

Materiales y métodos: Se hicieron las determinaciones en la plataforma de IHQ automatizada BenchMark ULTRA (Ventana). Todas las pruebas fueron en secciones completas de carcinomas de pulmón, con controles externos en la preparación (amígdala, placenta y un caso positivo), siguiendo las recomendaciones de implementación del Colegio Americano de Patólogos.

La puesta a punto de los cinco clones: SP142 (Ventana), SP263 (Ventana), E1L3N (Cell Signaling), 28-8 (Dako) y 22C3 (Dako) fue con OptiView DAB IHQ Detection Kit (Ventana) siguiendo inicialmente las recomendaciones del fabricante.

Resultados: Se han conseguido resultados óptimos para todos los clones (en la presentación final aportaremos los protocolos).

Conclusiones: Es posible la puesta a punto de los diferentes anticuerpos (clones) de PD-L1 en una misma plataforma tecnológica.

18:05

7008-11

ANÁLISIS DE LAS PAAF DE ÓRGANOS INTERNOS GUIADAS POR T.A.C. REALIZADAS POR EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN 5 AÑOS.

Ana Isabel Sánchez Pérez(1), Diana González Olmos(2), Encarnación Sánchez Baeza(2), Mónica Henarejos Flores(2), José Víctor Bolarín Lucas(2), Raimundo Caballero López(2), María Eulalia García Solano(1), Ana Buendía Alcaraz(1) y Gloria Garijo López(1) de (1)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (2)TEAP del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).

Introducción: La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es una prueba poco invasiva que permite obtener muestras celulares de órganos y nódulos para determinar su origen o posible malignidad, evitando biopsias.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, con el posterior análisis de los datos, en un laboratorio de anatomía patológica de un hospital comarcal en los últimos 5 años, (2012-2016). Para ello se ha utilizado una aplicación de software (Pat-win) obteniéndose un total de 132 punciones teñidas con la tinción de diff-quick durante este periodo de tiempo. Los datos se pueden ver en la Tabla 1.

Discusión: Como es conocido el objetivo principal de la punción es obtener de forma rápida y económica un diagnóstico entre benignidad y malignidad. Aunque es una técnica invasiva, en el caso de sospechas de neoplasia maligna de órganos profundos podemos obtener, en muy poco tiempo y con un menor gasto económico, un diagnóstico que dé una respuesta más inmediata a un posible tratamiento. Es por ello que un elevadísimo porcentaje de estas punciones sea positivo para malignidad en el control inicial.

No obstante, hay que tener en cuenta que el diagnóstico citológico es un diagnóstico de presunción, pero gracias a las innovaciones en aparatología de los servicios, se nos permite realizar técnicas de histo e inmunohistoquímica consiguiendo así confirmar la estirpe celular.

Como podemos ver en la tabla, hasta un 63,64% de los casos fueron neoplasias malignas.

Conclusión: Por lo tanto podemos concluir diciendo que en un hospital pequeño como el nuestro, donde los recursos son limitados, la aplicación de esta técnica puede resultar muy vital. El uso de la paaf supone que los pacientes añosos y deteriorados no tengan que desplazarse a centro de referencia para la realización de pruebas como EBUS, criobiopsias, etc.

La paaf por tanto permite atender de manera adecuada y rápida a estos pacientes, obteniéndose resultados de calidad a un bajo costo. No hay que olvidar que, a pesar de estas ventajas, la paaf supone una actividad laboriosa tanto para el patólogo como para el TEAP, con muchos más cristales y técnicas de tinción a mano

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

ZONA PÓSTER

7009

DERMATOPATOLOGÍA

7009-1 MODERADOR

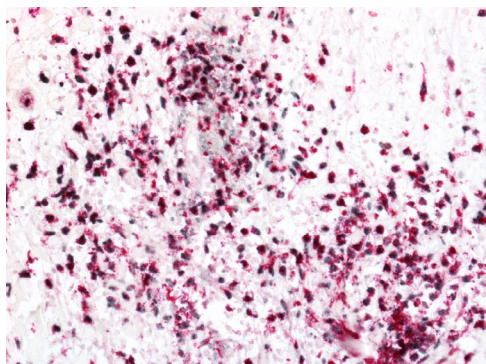
Ángel Santos Briz Terrón, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

17:15

7009-2

SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE: NUEVAS EVIDENCIAS INMUNOHISTOQUÍMICAS DE LA NATURALEZA MIELOIDE DE INFIETRADO.

Victoria Alegría Landa(1), Socorro María Rodríguez Pinilla(2), Ángel Santos Briz Terrón(3), José Luis Rodríguez Peralto(4) y Luis Requena Caballero(2) de (1) Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España, (2) Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (3) Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca y (4) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.



Doble Inmunotinción mieloperoxidasa (rojo)/MNCDA(negro).

El síndrome de Sweet histiocitoide es una variante histopatológica poco frecuente de la dermatosis neutrofílica febril aguda o síndrome de Sweet. La verdadera estirpe de las células de aspecto histiocitoide del infiltrado dérmico ha generado controversia en la literatura.

En este estudio se presentan los resultados de un amplio estudio inmunohistoquímico, con doble inmunotinción en la misma preparación de varios marcadores mieloides e histiocitarios en 33 casos de síndrome de Sweet histiocitoide. Se realizó también estudio citogenético del infiltrado en algunos de los casos. Se prestó especial atención en determinar si esta variante histopatológica de síndrome de Sweet se asocia con mayor frecuencia a procesos hematológicos malignos que el síndrome de Sweet clásico.

En nuestros casos, el infiltrado estaba mayoritariamente constituido por células que expresaban mieloperoxidasa, confirmando su naturaleza mieloides. No se detectaron anomalías citogenéticas en el infiltrado, excepto en uno de los casos, en el que las células del síndrome de Sweet histiocitoide se entremezclaban con células neoplásicas de

una leucemia mieloides crónica infiltrando la piel. En la mayoría de las lesiones existían también verdaderos histiocitos, con un inmunofenotipo de histiocito maduro, pero en escasa cuantía y en ningún caso eran las células predominantes en el infiltrado. En nuestra serie de casos de síndrome de Sweet histiocitoide se encontró una asociación con procesos hematológicos malignos con una frecuencia similar a la del síndrome de Sweet clásico.

En conclusión, el infiltrado de las lesiones cutáneas en el síndrome de Sweet histiocitoide está mayoritariamente constituido por células de estirpe mieloides y no por histiocitos.

17:20

7009-3

ENDOTRIX Y FOLICULITIS PUSTULAR EOSINOFÍLICA ASOCIADA A INMUNOSUPRESIÓN: ASOCIACIÓN INUSUAL.

Hernán Darío Quiceno Arias(1), Yosmar Carolina Pérez González(1), Úrsula Pielasinski Rodríguez(2), Elena Aguirregoicoa García(1), José Luis Díaz Recuero(2) y Mar Llamas Velasco(3) de (1) Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (2) Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid y (3) Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

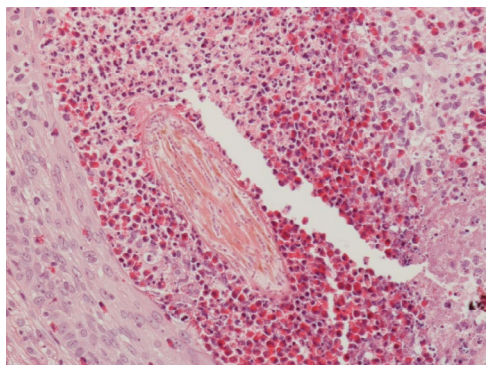


Foto 1: Se identifican hifas septadas dentro del tallo folicular.

La foliculitis eosinofílica es una rara dermatosis que ocurre con mayor frecuencia en asiáticos y HIV. Es más frecuente en varones entre la tercera y cuarta década de la vida y se caracteriza por la presencia de pápulas-pústulas foliculares estériles de entre 1 y 2 mm que se agrupan y forman placas con crecimiento centrifugo de aspecto anular o serpiginoso. Las infecciones por endotrix ocurren con mayor frecuencia en el cuero cabelludo y son causa de alopecias con escasa inflamación. Los agentes causales más frecuentes son Trichophyton tonsurans y trichophyton violaceum y representan en 22% de todas las tinas capitis. La asociación entre foliculitis eosinofílica y endotrix no ha sido publicada hasta la fecha.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años VIH positivo de 5 años de evolución en tratamiento con ATRIPLA quien consulta por un cuadro de dos meses de evolución de una lesión en cara posterior de pierna derecha con prurito asociado sin contacto con plantas o animales, al examen físico se evidenció la presencia de una placa rosada bien delimitada en cuya superficie presentaba papulo pústulas de predominio folicular sin un componente descamativo.

Se realizó biopsia de la lesión identificándose folículos pilosos con abundante infiltrado inflamatorio constituido casi en su totalidad por eosí-

nófilos que permeaban el epitelio folicular y la presencia de hifas tabicadas en el tallo del pelo. Se realizó el diagnóstico de Folliculitis pustular eosinofílica asociada a inmunosupresión - Endotrix. El paciente se aplicó terbinafina durante dos semanas y presentaba solo maculas de hiperpigmentación postinflamatoria y a los cuatro meses en una revisión posterior no presentó lesiones.

La folliculitis pustular eosinofílica asociada a inmunosupresión es un cuadro que por definición es estéril. Nuestro caso se trata de un paciente HIV con cuadro clínico de folliculitis eosinofílica asociado a endotrix y con buena respuesta a antifúngicos tópicos siendo este un tratamiento de segunda línea en las folliculitis postulares eosinofílicas asociadas a inmunosupresión. Presentamos el primer caso de folliculitis eosinofílica en un paciente inmunodeprimido asociado a infección por hongos.

17:25

7009-4

IMPORTANCIA DE LA AFECTACIÓN DEL EPITELIO FOLICULAR EN EL DESARROLLO DE CARCINOMA ESCAMOSO INFILTRANTE A PARTIR DE QUERATOSIS ACTÍNICA.

Johanna del Pilar Vargas Ramos(1), Xavier Saenz Sardà(1), Cristina Carrato Moñino(1), Laia Pérez Roca(1), María Ángeles Serrano Muñoz(1) y María Teresa Fernández Figueras(1) de (1)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Introducción: La queratosis actínica (QA) es el precursor más frecuente del carcinoma escamoso cutáneo infiltrante (CEI). Esta transformación se puede realizar por dos vías: clásica y diferenciada. Habitualmente, la QA respeta la zona perifolicular pero, ocasionalmente, la atipia afecta al folículo y origina un CEI en su pared (CEIF).

El objetivo de nuestro estudio es investigar la incidencia de CEIF, la correlación con la profundidad de afectación por QA y la afectación de la glándula ecrina, comprobando si existen diferencias entre ambas vías.

Métodos: De 509 casos consecutivos de CEI, 50 mostraban áreas evaluables de QA con extensión folicular / glándula ecrina en la superficie o la periferia. Se valoró la profundidad de infiltración: infundibular (1), ístmica (2) o sub-ístmica (3) y la presencia de CEIF y QA en la glándula ecrina.

Resultados: De los 50 casos de CEI, 36 seguían la vía diferenciada y 14 la clásica. El 58% mostraban CEIF con correlación significativa ($p: 0,0090$) con la profundidad de afectación (Nivel / % CEIF = 1/25%, 2/63,6%, 3/100%). No se observaron diferencias significativas Nivel / CEIF entre las dos vías. De 39 casos con glándulas ecrinas evaluables, el 31% mostraban QA, sin correlación con la profundidad de QA o CEIF.

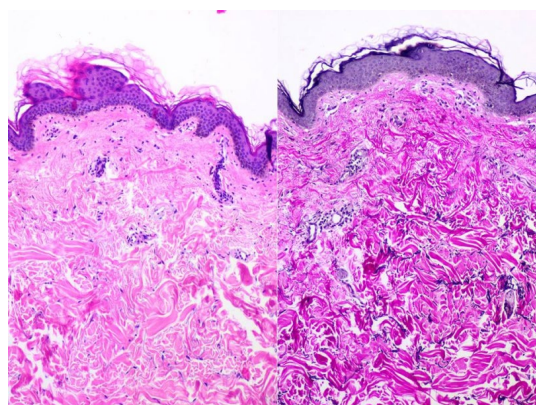
Conclusión: La profundidad a la que llega la atipia en el folículo se correlaciona con el riesgo de desarrollar un CEIF. A pesar de que la afectación folicular es más frecuente en la vía diferenciada, una vez el folículo está afectado no existen diferencias significativas en cuanto a profundidad o riesgo de CEIF. El epitelio de las glándulas ecrinas se afecta en un número menor de casos, siempre asociado a afectación folicular, y no tiene valor pronóstico.

17:30

7009-5

ELASTÓLISIS DE LA DERMIS PAPILAR SIMILAR A PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO.

Carlos Humberto Gordillo Vélez(1), Andrés Urquía Renke(1), Constanza Martínez Mera(1), Patricia Muñoz Hernández(1) y Javier Fraga Fernández(1) de (1)Hospital Universitario La Princesa, Madrid.



Elastólisis de la dermis papilar similar a pseudoxantoma elástico.

La Elastólisis de la dermis papilar (EDP) similar a el pseudoxantoma elástico (PXE) es un raro trastorno adquirido, caracterizado por pápulas y placas amarillentas localizadas principalmente en cuello y región supraclavicular. Sus hallazgos histológicos y la ausencia de afectación sistémica lo diferencian del PXE. Describimos nuestra experiencia con 12 casos diagnosticados en el Hospital Universitario de La Princesa. Todos los pacientes eran del sexo femenino y se encontraban en el momento del diagnóstico entre la 6ª y 8ª década de vida.

El diagnóstico de presunción más frecuente fue el de PXE; su localización más frecuente fue la de la región cervical, aunque también se observó en región antecubital, axilar, brazos y tórax. Histológicamente la mayoría de los casos mostraba tan solo cambios mínimos con infiltrados perivascuales superficiales focales linfocitarios. Con la técnica histoquímica de elásticas de Van Gieson se reconocía una evidente disminución de las fibras elásticas de la dermis papilar.

La EDP es un desorden adquirido del tejido conectivo poco frecuente, descrito por primera vez en 1992 por Rongioletti y Rebora. Clínicamente caracterizado por la presencia de pápulas no foliculares blanco-amarillentas que se disponen simétricamente aisladas o formando placas con aspecto en empedrado en la región

supraclavicular, cara posterior y lateral del cuello, caras flexoras de antebrazos, axilas y abdomen. Las lesiones son generalmente asintomáticas aunque pueden ser pruriginosas.

El hallazgo histológico más importante es la disminución de las fibras elásticas de la dermis papilar en una piel de apariencia normal o con cambios mínimos. El mecanismo etiopatogénico de esta entidad es aún desconocido aunque se han sugerido varias hipótesis como la radiación ultravioleta, el envejecimiento endógeno o una elastólisis anormal.

Presentamos nuestra experiencia con una entidad poco frecuente y a nuestro parecer poco conocida por el patólogo general, enfatizando en la necesidad de plantear un diagnóstico diferencial principalmente con el PXE y la de realizar técnicas de elásticas a biopsias de piel con características clínicas similares y con una histología normal o con cambios mínimos. Creemos que se debe añadir la EDP al listado de entidades comúnmente denominadas como dermatosis invisibles.

Elastólisis de la dermis papilar similar a pseudoxantoma elástico.

Caso	Sexo	Edad	Dx clínico	Localización
1	Fem	79	PXE	Brazo izquierdo
2	Fem	69	PXE o elastólisis de la dermis papilar	Cervical izquierdo
3	Fem	66	PXE o quistes vellosos eruptivos	Cervical derecho
4	Fem	69	Elastólisis de la dermis media o PXE	Cervical posterior
5	Fem	74	Elastosis solar	Cervical derecho
6	Fem	74	PXE	Antecubital y cervical posterior
7	Fem	69	PXE o Elastólisis de la dermis papilar	Cervical
8	Fem	70	Elastólisis de la dermis papilar o mucinosis o liquen mixedematoso	Axilar derecho y cervical
9	Fem	89	PXE o Elastólisis de la dermis papilar	Tórax anterior
10	Fem	74	PXE	Antecubital y cervical posterior
11	Fem	69	Elastólisis de la dermis media o PXE	Cervical posterior
12	Fem	67	PXE o elastólisis de la dermis media	Cervical derecho

Abreviaturas: Dx: Diagnóstico; Fem: Femenino; PXE: Pseudoxantoma elástico.

17:35

7009-6

DETECCIÓN DE MUTACIONES EN EL PROMOTOR DEL GEN TRANSCRIPTASA REVERSA DE LA TELOMERASA EN TUMORES SEBÁCEOS.

María Teresa Muñoz Jiménez(1), Leyla Blanco(1), Yolanda Ruano(1), Jacqueline Gutiérrez(1), Rocío Cubo(1), Ángel Santos-Briz(2), Rosario Carrillo(3), Heinz Kutzner(4), Erica Riveiro-Falkenbach(1) y José Luis Rodríguez Peralto(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, (2)IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca, (3)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y (4)Dermatopathologie Friedrichshafen.

Antecedentes y objetivos: El sebaceoma y carcinoma sebáceo son neoplasias cutáneas localizadas frecuentemente en áreas ricas en glándulas sebáceas. Mientras que la primera entidad tiene un comportamiento benigno, el carcinoma sebáceo tiene un comportamiento agresivo local con recidivas frecuentes. Se han realizado estudios moleculares en estos tumores, pero hasta la fecha no se ha estudiado la mutación en el promotor del gen transcriptasa reversa de la telomerasa (TERT). Dicha mutación se ha observado en otros tumores cutáneos como melanomas, carcinoma de células escamosas y carcinoma basocelular, así como en otros tumores malignos no cutáneos. El presente estudio pretende determinar la presencia de mutaciones en el promotor del gen TERT en tumores sebáceos, de manera que pueda constituir un criterio diagnóstico adicional a los criterios morfológicos.

Métodos: Hasta la fecha actual se han estudiado mediante secuenciación del promotor del gen pTERT con la técnica de Sanger y pirosecuenciación 35 tumores sebáceos (16 carcinomas sebáceos y 19 sebaceomas), diagnosticados entre 2006 y 2016.

Resultados: De los 16 casos de carcinoma sebáceos estudiados se ha detectado mutación en 5 de ellos (31%). En los sebaceomas se detectó solo un caso con mutación de los 19 estudiados (5%). Las mutaciones identificadas se localizaron en las regiones descritas en la literatura (C250T y C228T): tres carcinomas sebáceos con mutación C250T, dos carcinomas sebáceos con mutación C228T y un sebaceoma con mutación C228T.

Conclusiones: Se ha detectado una mayor prevalencia de mutaciones del promotor del gen TERT en tumores sebáceos malignos (31%), comparados con tumores sebáceos benignos (5%).

17:40

7009-7

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FOTOPROTECTORA DE LA ASTAXANTINA VÍA ORAL MEDIANTE EL MARCAJE INMUNOHISTOQUÍMICO DE PCNA, MMP-9 Y TIMM-9 EN MUESTRAS CUTÁNEAS DE RATONES SKH1/CRL TRAS EXPOSICIÓN A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA.

María Ángeles Paniza Mendoza(1), Beatriz Ocaña Castillo(1), Ana Isabel Gil Liñan(1), María Isabel Arcas Martínez Salas(1), Alejandro Martínez Torrano(1), Francisco Martínez Díaz(1), Enrique Poblet Martínez(1), Vicente Vicente Ortega(2), Francisco J. Gómez García(2) y Francisco Antonio Pastor Quirante(1) de (1)Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia y (2)Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Objetivo: La RUV(radiación ultravioleta) sobre la piel, ha demostrado ser un carcinógeno completo con capacidad de inducción, promoción y progresión tumoral.

Los polifenoles y carotenoides como la astaxantina han demostrado tener efecto antioxidante. En este trabajo valoramos su eficacia como fotopreventivo via oral mediante la cuantificación microscópica de la expresión inmunohistoquímica de moléculas participantes en la patología asociada al fotoenvejecimiento y fotocarcinogénesis como. PCNA, TIMM 1, metaloproteinasas 9, cd20y cd 3.

Material y métodos: Se utilizaron 60 animales de experimentación divididos en dos grupos, uno de ellos tratado previamente con astaxantina via oral y expuestos a RUV. Se procedió a la eutanasia de todos los animales del estudio y se tomaron muestras de la piel del lomo que fueron procesadas para su análisis mediante microscopia optica valorando las lesiones con hematoxilina –eosina y la expresión de los marcadores inmunohistoquímicos PCNA, TIMM 1, metaloproteinasas 9, cd20y cd 3

Resultados: En el grupo control se observaron en el 100% de los casos tanto lesiones epiteliales (displasia, carcinoma in situ, carcinoma espinocelular infiltrante) como dérmicas (elastosis, fibrosis, proliferación vascular e infiltrado linfocítico), existiendo un porcentaje de disminución de las lesiones llamativo en el grupo tratado con astaxantina (60% displasia, 25% carcinoma in situ y 6.5% carcinoma espinocelular infiltrante). En la valoración de los marcadores inmunohistoquímicos observamos los siguientes resultados Tabla 1

Conclusiones: El marcador PCNA es útil en la predicción de agresividad en algunos tumores con una tasa de proliferación alta. La disminución de expresión en lesiones tumorales tras tratamiento con astaxantina demuestra un efecto protector frente a la progresión tumoral.

En la expresión de metaloproteinasas 9 no existían diferencias significativas tras el análisis estadístico por lo que ha resultado de poca utilidad en este estudio.

Respecto a la Proteína tisular inhibidora de metaloproteinasas, su intensa expresión en las muestras de piel de los "casos" manifiesta un incremento de la actividad protectora frente a la invasión neoplásica del estroma, asociado a la capacidad fotoprotectora de la astaxantina.

Tabla 1 : Analisis estadístico de los resultados

	CONTROL UV	UV + ASTAXANTINA	P-VALOR
PCNA	3,23±0,29	0,84±0,33	p<0,001
MMP-9	0,71±0,15	0,8±0,3	p>0,5
TIMP-1	0,51±0,5	2,96±0,47	p<0,001

17:45

7009-8

MECANISMOS PATOGENÉTICOS COMUNES Y DIVERGENTES ENTRE CARCINOMAS DE MERKEL ASOCIADOS O NO A POLIOMAVIRUS DE CÉLULA DE MERKEL.

M. Carmen González Vela(1), Roxana Sánchez Pacheco(2), Soraya Curiel Olmo(3), Sophia Derdak(4), Miguel Santibáñez Margüello(3), Beatriz Llombart Cussac(5), Lorenzo Cerroni(6), Manuela Mollejo Villanueva(7), Miguel Ángel Piris Pinilla(8) y José Pedro Vaqué(3) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), (2)Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, (3)IFIMAV, Santander (Cantabria), (4)Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, (5) Instituto Valenciano de Oncología (IVO), GEICO, Valencia, (6)University of Graz, Viena, (7)Hospital Virgen de la Salud, Toledo y (8)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (MCC) es un tumor maligno de la piel poco frecuente pero con alta mortalidad. El CCM ocurre en ancianos y pacientes inmunosuprimidos y se localiza predominantemente en zonas expuestas al sol. La detección del poliomavirus de célula de Merkel (MCPyV) entre el 50-80 % de casos, han supuesto un avance en el conocimiento de esta neoplasia. Aunque los principales mecanismos biológicos todavía se desconocen.

Nuestro objetivo fue estudiar, en una serie de 48 CCM, un grupo de biomarcadores elegidos, incluido MCPyV, en base a estudios mutacionales previos.

Material y métodos: Secuenciación NGS (Whole Exome Sequencing) de una cohorte de 15 pacientes clínicamente caracterizados. Análisis de los genes y las rutas de señalización alteradas.

Estudio Inmunohistoquímico. Se realizó a partir de los cortes obtenidos del TMA, utilizando el método Avidin-Biotin-Immunoperoxidase. Anticuerpos estudiados: MCPyV: CM2B4 (Clon cm2b4), Phospho-CREB, Anti-phospho-STAT3, β-CATENIN, NF-ATc1, YAP/TAZ, Anti-LEF1 antibody, RB, TP53 and p63.

MCPyV PCR ampliación: fue realizada en 24 casos de acuerdo a los métodos estandarizados utilizando los primers específicos.

Estadística: El estudio estadístico fue realizado usando IBM SPSS Statistic versión 22.0.

Resultados: Hemos detectamos dos grupos genómicamente distintos: 1) MCC-MCPyV-positivos: con presencia de virus del polio y baja carga mutacional (0.2-1 mutaciones/Mb) y 2) MCC-MCPyV-negativos: que no presentan virus del polio y con una carga mutacional alta (10-25 mutaciones/Mb). Hemos detectado que a pesar de las diferencias genómicas, los MCC MCPyV-positivos y MCPyV-negativos desarrollaban mecanismos compartidos de las rutas NFAT, P-CREB y P-STAT, mientras que los MCPyV-negativos desarrollaban además de éstas, otras rutas de forma casi exclusiva, asociadas a: YAP, MYC y LEF1. En un análisis multivariante, P-CREB es un marcador independiente de supervivencia.

Conclusión: A pesar de notables diferencias genómicas, los tumores MCPyV-positivos y -negativos de MCC, pueden desarrollar mecanismos

patológicos compartidos en esta enfermedad. De entre ellos, la ruta de activación de P-CREB, puede constituir un mecanismo patológico cuya actividad podría asociarse a un peor pronóstico.

17:50 7009-9 ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE CD34 EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO.

Liria Terrádez(1), Lara Milian(2), Manuel Mata(2), Rosario Gil(2) y Carlos Monteagudo(2) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia y (2)Departamento de Patología, Universidad de Valencia.

El antígeno CD34 se expresa en la superficie de la células madre hematopoyéticas en la médula ósea. También se encuentra en tumores vasculares y de células fusiformes, así como en tumores de origen neural y diferenciación fibroblástica, incluyendo el dermatofibrosarcoma protuberans, el tumor fibroso solitario y los fibromas pleomórficos. Los tumores melanocíticos son clásicamente CD34 negativos, independientemente de su benignidad o malignidad. No obstante se han descrito algunos casos en la literatura de melanomas, primarios y metastásicos, con inmunofenotipo CD34 positivo, definido como aberrante, sin que se haya establecido un valor pronóstico al respecto.

Presentamos el estudio de expresión inmunohistoquímica y de RNAm de CD34 en una serie de 132 muestras de melanoma humano, de las cuales: 70 melanomas primarios y 62 metástasis de melanoma (18 en tránsito, 27 en ganglios linfáticos, y 17 metástasis a distancia).

La inmunotinción nuclear para CD34 se expresó más frecuentemente en metástasis que en melanomas primarios. Además, la positividad nuclear en melanomas primarios se asoció a la fase de crecimiento vertical, a un mayor índice mitótico y a un mayor índice de Breslow. Un hallazgo particularmente llamativo, fue que la inmunotinción nuclear para CD34 en melanomas primarios se correlacionó con el desarrollo de metástasis a distancia.

Por el contrario, la expresión de ARNm fue mayor en melanomas primarios, y se correlacionó con la ausencia de fase de crecimiento vertical, un menor índice de Breslow, la ausencia de ulceración, y la falta de desarrollo de metástasis a distancia.

El hallazgo de esta inmunotinción en el núcleo había sido descrito previamente, únicamente como aberrante, y no existen estudios previos sobre su posible significado o valor clínico.

En este estudio demostramos además la presencia de expresión nuclear de CD34 en diferentes líneas celulares bien caracterizadas de melanoma cutáneo humano (SKMEL28, MELRC08, WM-115, WM-266-4), tanto mediante estudio inmunocitoquímico como de los extractos proteicos nucleares por western blot (inmuno-blot), poniendo de relieve que no se trata de un hallazgo artefactual, sino de una proteína de localización nuclear, y posiblemente de una translocación al núcleo de CD34, y que, dado su valor pronóstico, debemos profundizar en su significado patogénico en relación con la agresividad del melanoma.

17:55 7009-10 EXPRESIÓN DE PD1 EN MICOSIS FUNGOIDES.

Celina Paola Vasquez Gámez(1), Caterina Fumagalli(1), María del Valle Rodríguez Santas(1), Justyna Szafranska(1), Pilar García Muret(2), Josefina Muñoz Beatove(1), Cristina Pons Pérez(1), Adriana García Herrera(3), Silvana Novelli Canales(4) y Ana Mozos Rocafort(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, (2)Servicio de Dermatología Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, (3)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínic, Barcelona y (4)Servicio de Hematología Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La proteína de superficie celular de la muerte programada (PD-1) se expresa en linfocitos T activados incluyendo células T helper de los centros germinales. Las interacciones entre PD-1 y sus ligandos controlan la inducción y el mantenimiento de la tolerancia periférica de las células T durante la respuesta inmune normal. Estas interacciones pueden jugar un papel también en la evasión inmune de los tumores en los que el PD1 se sobreexpresa.

Material y métodos: Se evaluaron las preparaciones histológicas de 85 pacientes con diagnóstico clínico de micosis fungoides diagnosticados entre 1983 y 2011 en el Hospital de Sant Pau. Se evaluó la intensidad del infiltrado inflamatorio, el epidermotropismo, la atipia celular, la densidad tumoral, la presencia de foliculotropismo y las alteraciones fenotípicas.

Mediante PD1 se evaluó proporción e intensidad de células tumorales que expresaban este anticuerpo, así como la presencia de linfocitos PD1 positivos en epidermis. Se realizó correlación entre variables clínicas e histológicas mediante análisis univariado de Pearson y análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Se estudió la correlación entre las distintas variables histológicas e inmunohistoquímicas y los datos clínicos de los pacientes. Únicamente se observó una correlación entre la atipia de las células neoplásicas y la proporción de células positivas para PD1 ($r > 0$), así como con la intensidad de expresión ($r > 0$). Sin embargo, la intensidad de la correlación fue débil ($r < 0.5$).

Se estudió el efecto de estas variables en la supervivencia libre de enfermedad de los pacientes. Se observó un peor pronóstico en los pacientes con tumores con mayor atipia ($p < 0,05$) pero no se observó valor pronóstico de la proporción o intensidad de expresión de PD1.

Conclusiones: En la serie estudiada en nuestro centro no hemos podido demostrar una correlación directa entre la supervivencia global y la expresión de PD1, pero si con la atipia. Existen en la literatura pocos estudios sobre el pronóstico de la expresión de PD1 en micosis fungoides.

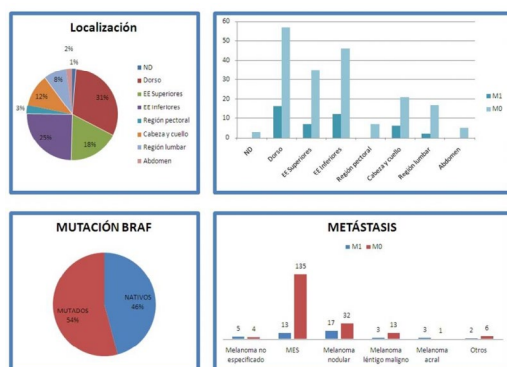
En contraste, hay varios estudios publicados que han mostrado que una alta expresión de PD1 y PD1L en las células tumorales de linfomas B se asocian a un peor pronóstico.

Se encuentran en curso estudios con nuevos marcadores inmunohistoquímicos del microambiente para determinar su relación con el pronóstico de los pacientes.

18:00 7009-11

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS CON VALOR PRONÓSTICO Y PREDICTIVO, DEL MELANOMA CUTÁNEO EN ESTADIOS INICIALES EN LA COMARCA DEL CAMPO DE CARTAGENA.

Ana Ortiz González(1), Ana Laura Martín Rodríguez(1), Sara Soto García(1), Ana Buendía Alcaraz(2), Manuela Selma Ruiz(1), Victoria Pérez Parra(1), Irene López Martínez(1), Sebastián Ortiz Reina(1) y Pablo Cerezueta Fuentes(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia y (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).



Gráficos de distribución del melanoma.

Introducción: El melanoma es un tumor cutáneo poco frecuente de gran agresividad biológica, responsable de la mayor parte de los fallecimientos por cáncer cutáneo. Su manejo multidisciplinario obliga al patólogo no sólo a aportar el diagnóstico del mismo, sino a proporcionar una serie de parámetros histopatológicos que permitan pronosticar su evolución y predecir el grado de respuesta a un tratamiento específico.

Objetivos: Conocer la prevalencia de este tumor, su distribución por edad, sexo y territorio anatómico y evaluar los distintos aspectos histopatológicos que le confieren un valor pronóstico y predictivo (índice de Breslow, mitosis, ulceración, presencia de metástasis y mutación BRAF).

Material y métodos: Se recogen 235 casos de melanoma cutáneo registrados en nuestra área de Salud, que atiende a una población de 394.000 habitantes y se revisan las laminillas histológicas. El estudio mutacional se le practicó a aquellos melanomas metastásicos, mediante THxID para BRAF de BioMérieux y/o Cobas 4800 (PCR), estudiando la distribución entre BRAF nativos y mutados.

Resultados: Se presenta con mayor frecuencia en mujeres en todos los tipos histopatológicos, a excepción del melanoma lentigo maligno cuya prevalencia es el doble en varones. El territorio más afectado es el dorso y la prevalencia se incrementa con la edad. El melanoma de extensión superficial se diagnosticó en el 63%, el nodular en el 21%, el melanoma lentigo maligno en el 7% y el acral en el 2%. El 18.37% de los pacientes desarrolló metástasis, con más frecuencia en los casos de melanoma nodular y en los localizados en región dorsal. El melanoma de extensión superficial, presentaba estadios bajos en la mayoría de los casos, mientras que el nodular estadios más avanzados. En nuestra serie, la mayoría de las metástasis (39%) se produjeron en melanomas nodulares; y de entre los melanomas metastásicos, el 54% resultó BRAF mutado.

Conclusiones: En la serie, el tipo histológico más diagnosticado fue el melanoma de extensión superficial, preferentemente en mujeres y cuya principal localización principal fue la región dorsal. El tipo histopatológico más agresivo fue el melanoma nodular, ya que fue el que presentó con más frecuencia metástasis sistémica, linfática, ulceración y estadiaje más avanzado. Respecto a la expresión del BRAF mutado, se mostró con más frecuencia en los melanomas nodulares (61.5%).

Estadiaje melanoma post-biopsia selectiva del ganglio centinela.

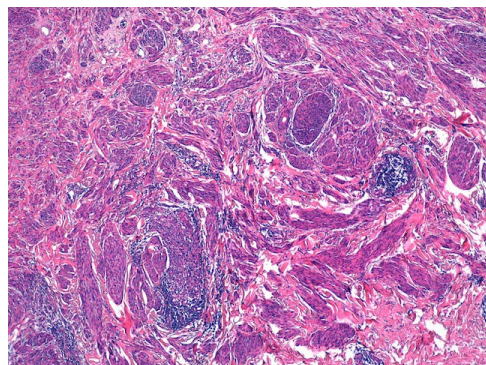
DIAGNÓSTICO	0 o Tis	IA	IB	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB	IIIC
Melanoma no especificado	0	1	3	0	4	0	0	0	1
MES	0	61	44	15	8	4	8	5	3
Melanoma nodular	0	2	7	7	7	12	4	6	4
Melanoma lentigo maligno	0	10	5	0	0	0	1	0	0
Melanoma acral	1	0	1	1	1	0	0	0	0
Otros	0	2	3	1	1	0	0	1	0

18:05 7009-12

LEIOMIOSARCOMA CUTÁNEO PRIMARIO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LI-FRAUMENI. UNA NEOPLASIA CON CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS INUSUALES Y PÉRDIDA DE HETEROZIGOSIDAD DE TP53.

Vicente Sabater Marco(1), Sandra Barbera Bosch(1), Francisco Ferrando Roca(2), Arturo Morera Faet(3), José Antonio López Guerrero(4) y Vicente Javier Sabater Abad(5) de (1)Servicio de Patología del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, (2)Servicio de Dermatología, Hospital Casa Salud, Valencia, (3)Servicio de Patología, Hospital Casa Salud, Valencia, (4)Laboratorio de Biología Molecular, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia y (5) Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Introducción: En los sarcomas de pacientes con síndrome de Li-Fraumeni (LFS) existe una relación entre el tipo de mutación y la edad de comienzo y tipo de sarcoma. Presentamos aquí el primer leiomioma sarcoma (LMS) cutáneo primario en un paciente con LFS clásico.



Leiomyosarcoma cutáneo con patrón de crecimiento plexiforme.

Material y métodos: Mujer de 32 años que presenta una lesión nodular rojiza de 15 mm en el brazo derecho. Ella pertenece a una familia con LFS y es portadora de una mutación en línea germinal de TP53. La lesión cutánea se extirpó con márgenes libres y el estudio histológico y molecular se hizo sobre tejido fijado en formol e incluido en parafina. Para identificar mutaciones somáticas se realizó secuenciación masiva (Next-Generation Sequencing) de una muestra con una pureza del 90% de células tumorales, usando un panel de 26 genes.

Resultados: El tumor dérmico estaba formado por nódulos de células fusiformes con patrón de crecimiento plexiforme (Fig. 1), áreas pleomórficas y zonas similares a un leiomioma pilar simplástico. Las células neoplásicas expresaban SMA, desmina y h-caldesmon mientras que eran negativas para CKAE1/3, S-100, HMB-45, EGFR, c-kit y p53, confirmando el diagnóstico de LMS pilar. La expresión de Ki-67 era superior al 90%. En la tabla 1 se muestran los genes evaluados y los polimorfismos genéticos del tumor. En el caso de TP53, se identificó la mutación c.365_366delTG (V122fs*26) en el 88% de las secuencias analizadas y rs1042522 G/C en el 10% y C/C en el 90% de las células tumorales.

Conclusiones: El LMS pilar debe incluirse en el diagnóstico diferencial histopatológico de las lesiones cutáneas plexiformes y las áreas de leiomioma pilar simplástico observadas en este tumor son realmente áreas de leiomyosarcoma imitando a un leiomioma pilar simplástico.

La mutación somática TP53 c.365_366delTG (cDNA) es patogénica, causa pérdida de la función normal de la proteína p53 y es indicativa de LFS. El mecanismo genético que explica la aparición del tumor es la pérdida de heterocigosidad de TP53.

En este LMS, la mutación produce una delección de toda la proteína p53 lo que explica la aparición del tumor a los 32 años.

Tabla 1. Genes evaluados y polimorfismos genéticos del leiomyosarcoma pilar.

Panel de secuenciación génica	Polimorfismos genéticos
AKT1 ALK APC BRAF CDH1 CTNNB1 EGFR ERBB2 FBXW7 FGFR2 FOXL2 GNAQ GNAS KIT KRAS MAP2K1 MET MSH6 NRAS PDGFRA PIK3CA PTEN SMAD4 SRC STK11 TP53	rs41115 (A/A) en APC
	rs1050171 (G/A) en EGFR
	rs55789615 (C/T) en KIT
	rs1873778 (G/G) en PDGFRA
	rs2228230 (C/T) en PDGFRA
	rs1042522 (G/C) y (C/C) en TP53

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

ZONA PÓSTER

7010

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

7010-1 MODERADORA

Carolina Ibarrola de Andrés, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

17:15 7010-2 UN CASO DE HEPATITIS E EN TRASPLANTE CON HISTOPATOLOGIA INUSUAL.

Alba Esparrago de Mingo(1), Mario Martínez López(1), Inmaculada Fernández Vázquez(1) y Carolina Ibarrola de Andrés(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El virus de la hepatitis E (VHE) es un RNA virus y se considera una zoonosis en países occidentales. Es una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda mundial. Recientemente se ha demostrado una seroprevalencia mayor del 20% en países occidentales. Generalmente cursa como hepatitis aguda autolimitada, se ha descrito también como causa de hepatitis fulminante (embarazadas), de agravamiento de otras hepatitis crónicas y como causa de hepatitis crónica con evolución rápida a cirrosis en enfermos inmunocomprometidos y trasplantados.

Caso clínico: Varón de 45 años asintomático portador de doble trasplante renal-pancreático desde hace 6 años (DM1 con afectación multi-visceral). En una analítica de control, se observa un aumento de las transaminasas y la bilirrubina. Se descartan otros virus hepatotropos y marcadores de autoinmunidad, resultando únicamente positividad para IgM de VHE. Se realiza biopsia hepática.

Histopatología: La biopsia hepática mostró una hepatitis periportal de predominio linfocitario con hepatitis de interfase y lobulillar moderadas que asociaba endotelitis y colangitis linfocitaria, lo que planteaba histológicamente dudas con un cuadro de hepatitis por mecanismo inmune de tipo hepatitis autoinmune o tóxica.

Discusión: La hepatitis por VHE está poco caracterizada histológicamente en la literatura. los patrones más frecuentemente descritos son el de hepatitis aguda clásica similar a la del virus de la hepatitis A y una hepatitis colestásica con reacción ductulillar intensa. Sólo en algún caso aislado se describe una hepatitis de interfase moderada linfoplasmocitaria como el que presentamos. El caso es también inusual por la presencia de endotelitis simulando un cuadro autoinmune. El paciente se trató con rivabirina normalizándose a los 4 meses el perfil hepático, demostrándose carga viral indetectable, persistencia de IgM e IgG del VHE y continuando la autoinmunidad negativa.

Conclusión: La hepatitis E debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de hepatotoxicidad, de patología autoinmune de tipo hepatitis o colangiopatía y de rechazo agudo en el caso del trasplante hepático. También debe considerarse en casos de hepatitis crónica en el contexto de inmunodepresión y trasplante.

17:20 7010-3 ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE CPEB4 Y EL PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA COLORRECTAL EN ESTADIO IV.

Guillermo García Diego(1), M^a Jesús Fernández Aceñero(1), Delia Cortés Guiral(2), Cristina Díaz del Arco(1), Jorge Palomar Ramos(1), M. de los Ángeles Cerón Nieto(1), Mónica Negueruela López(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Ana Caso Viesca(1) y Carlos Pastor Idoate(2) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid y (2)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La proteína de unión al elemento de poliadenilación citoplasmático 4 (CPEB4) es una proteína de unión a ARN y reguladora de la traducción, que se ha asociado con el crecimiento tumoral, la vascularización y la progresión tumoral en carcinomas de mama, páncreas y pulmón. Hasta donde tenemos constancia, solo en un estudio previo se ha analizado el valor pronóstico de la CPEB4 usando un modelo experimental de carcinoma colorrectal.

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva constituida por 50 pacientes con carcinoma colorrectal metastásico a hígado, tratados con quimioterapia con posterior resección de las metástasis hepáticas (abordaje liver first). Se ha reunido información demográfica, analítica y morfológica de los tumores primarios y las metástasis y determinación inmunohistoquímica de expresión de CPEB4. Se ha valorado el pronóstico en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Resultados: La localización más frecuente del tumor primario fue recto-sigma (66%) y la mayor parte eran estadios locales T3 (80%). La edad media de la serie fue 62,3 años y encontramos un ligero predominio masculino (54%). La expresión de CPEB4 es citoplasmática y se gradó como intensa en el 46% de los pacientes. El análisis de supervivencia mostró una asociación significativa entre la SLP y la SG y la expresión inmunohistoquímica de CPEB4. Los pacientes con alta expresión de CPEB4 en el tumor primario mostraron un pronóstico significativamente peor. Con un riesgo mayor de muerte (x 3,3) y progresión (x 2,1) de la enfermedad. En el análisis multivariable, CPEB4 fue un factor pronóstico independiente para la SLP (junto con la reacción inflamatoria) y para la SG (junto con el estadio T y la diferenciación mucinosa).

Conclusiones: CPEB4 se comporta como un importante predictor pronóstico en el carcinoma colorrectal. La existencia de inhibidores específicos de CPEB4 puede abrir una nueva vía terapéutica dirigida a esta diana. Se necesitan estudios prospectivos más amplios que confirmen nuestros prometedores resultados.

Características de los casos respecto a la expresión de CPEB4.

	Baja expresión de CPEB4	Alta expresión de CPEB4	valor p para la comparación
Género	Masculino 17 (63%) Femenino 10 (37%)	Masculino 10 (43.5%) Femenino 13 (66.5%)	0.16
Diferenciación	Bajo grado 19 (70.4%) Alto grado 8 (29.6%)	Bajo grado 14 (60.9%) Alto grado 9 (39.1%)	0.58
Localización	Colon 7 (36%) Recto-sigma 20 (64%)	Colon 10 (43.5%) Recto-sigma 13 (56.5%)	0.19
Invasión de vasos linfáticos	Presente 7 (28%) Ausente 18 (72%)	Presente 2 (9.1%) Ausente 20 (90.9%)	0.14
Reacción inflamatoria linfocitocítica	Ausente 13 (52%) Escasa 7 (28%) Intensa 5 (20%)	Ausente 13 (59%) Escasa 3 (13.6%) Intensa 6 (27.4%)	0.6
Frente de avance	Empuja 10 (40%) Infiltrativo 15 (60%)	Empuja 4 (18.2%) Infiltrativo 18 (81.8%)	0.1
Desmoplasia	Ausente 24 (96%) Presente 1 (4%)	Ausente 16 (72.7%) Presente 6 (27.3%)	0.15
Producción de Mucina	Ausente 22 (88%) Presente 3 (12%)	Ausente 19 (86.4%) Presente 3 (13.6%)	0.5
Estadio pT	T1 1 (3.7%) T2 2 (7.4%) T3 23 (85.2%) T4 1 (3.7%)	T1 0 (0%) T2 3 (13%) T3 17 (73.9%) T4 3 (13%)	0.4
Estadio pN	N0 15 (63%) N1 5 (18.5%) N2 5 (18.5%)	N0 8 (34.8%) N1 10 (43.5%) N2 5 (21.7%)	0.12

17:25

7010-4

HEPATITIS AGUDA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATITIS C: REACCIÓN DUCTULAR Y BALONIZACIÓN HEPATOCITARIA SON CLAVES PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON HEPATITIS COLESTÁSICA FIBROSANTE.

Carla Montironi(1), Laura Patricia Llovet(2), Salvatore Sciarbone(3), Claudia Mescoli(3), Massimo Rugge(3), Martina Gambato(3), Patrizia Burra(3), Gonzalo Crespo(2), Xavier Forns(2) y Alba Díaz(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínic, Barcelona, (2)Servicio de Gastroenterología Hospital Clínic, Barcelona y (3)Hospital Universitario de Padua (Veneto).

Resumen: El estadio final de la enfermedad hepática por virus C (VHC) es aún indicación de trasplante hepático (TH). La hepatitis colestásica fibrosante (HCF) es una forma rara y severa de recurrencia temprana después de TH, que lleva rápidamente a la pérdida del injerto. Su diagnóstico clínico puede ser complicado y en algunos casos se realiza en base a los hallazgos histopatológicos si bien existen escasos estudios de correlación clínico-patológica.

Objetivo: Evaluar la correlación diagnóstica entre los parámetros analíticos y los hallazgos histológicos en el diagnóstico de la HCF.

Métodos: Análisis retrospectivo de los datos analíticos e histológicos de pacientes con recidiva grave precoz del VHC tras TH (2000-2014) en el Hospital Clínic y el Hospital de Padua. Las biopsias hepáticas se revisaron evaluando: balonización, desorganización lobular, reacción ductular, bilirrubinoestasis, fibrosis perisinusoidal y focos necroinflamatorios.

Resultados: Los pacientes (N=132) se dividieron según datos clínicos y de laboratorio en 3 categorías: Hepatitis aguda (HA), Hepatitis aguda colestásica (HAC) y HCF. Las biopsias de 73 pacientes (14 HA, 25 HAC y 34 HCF) se revisaron. Globalmente, la balonización, la desorganización lobular y los focos necroinflamatorios estaban presentes en la mayoría de los casos (89%, 94% y 91% respectivamente). Sin embargo, mientras que la balonización era moderada o marcada en 19 de 34 casos de HCF, ésta era ausente o leve en 10 de 14 casos de HA y en 15 de 25 casos de HAC (p=0.05). También encontramos diferencias significativas respecto la reacción ductular, la cual afectaba toda la circunferencia de más del 50% de los espacios porta en 17 de 34 HCF, 3 de 17 HA y 3 de 25 HAC (p=0.017). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a bilirrubinoestasis o fibrosis perisinusoidal, consideradas también por algunos autores marcadores histológicos de HCF.

Conclusión: La presencia de reacción ductular y la balonización de los hepatocitos permiten diferenciar los pacientes con HCF de los pacientes con otras formas de recidiva precoz definidas por criterios analíticos.

17:30

7010-5

ESTUDIO DE MARCADORES DEL ADENOCARCINOMA SERRADO EN ADENOMAS COLORRECTALES; EN BÚSQUEDA DE LA LESIÓN PRECURSORA DEL SAC

M^a José Sánchez de las Matas Garre(1), Sara Soto García(1), José García Solano(1), María Eulalia García Solano(2), Josefa Alfocea Sánchez(1), M^a Ángeles Ros Roca(1), María del Carmen Marín Serrano(1), Irene Pérez Saura(1), Miguel Pérez-Guillermo García(1) y Pablo Conesa Zamora(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Cartagena (Murcia) y (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).

A diferencia de los carcinomas colorrectales convencionales (CC), que se desarrollan a través de una llamada inestabilidad cromosómica o vía fenotipo supresor, la secuencia de eventos que conducen al adenocarcinoma serrado (SAC) a partir de pólipos/adenomas precursores no está claramente definida. Este hecho es relevante dado que el SAC tiene peor pronóstico que el CC y el seguimiento clínico de los pacientes con pólipos precursores del SAC debería ser más estrecho.

El objetivo fue estudiar marcadores moleculares característicos del SAC en una serie de pólipos colorrectales para identificar cuál tiene más similitud con el SAC

En total, se incluyeron 303 pólipos colorrectales: 121 pólipos con morfología serrada (33 pólipos hiperplásicos, 37 adenomas sésiles serrados (SSA), 51 adenomas serrados tradicionales (TSA), 143 pólipos convencionales (72 pólipos tubulares, 34 pólipos tubulo-villosos, 37 adenomas villosos, y 39 pólipos bi-fenotípicos). Los biomarcadores proteicos del SAC evaluado en el estudio se identificaron en trabajos publicados anteriormente sobre perfiles moleculares en cáncer colorrectal. Un subconjunto representativo de 106 pólipos fue seleccionado para el estudio de biomarcadores de ADN, esto es, mutaciones en los oncogenes KRAS, BRAF y EGFR y el estado de inestabilidad de microsatélites (MSI). Con el fin de conferir peso adecuado a cada biomarcador, se empleó un modelo de regresión logística multivariante.

Se encontró que los pólipos serrados y convencionales diferían en la mayoría de los biomarcadores del SAC. De estos marcadores, la fascina (FSCN1) mostró la mayor diferencia en la expresión ($p = 0,0001$). A pesar de compartir una morfología serrada, se encontró que los SSA y los TSA difieren considerablemente con respecto a la ubicación anatómica, la expresión de los marcadores efrina B2 (EPHB2) y Patched (PTCH1), la presencia de la mutación V600E BRAF y el estado de MSI. El análisis de regresión logística reveló que la SSA fue el tipo de pólipo que comparte la mayoría de los biomarcadores con SAC.

Basándose en la presencia común con el SAC de biomarcadores proteicos (especialmente FSCN1) y de ADN, el SSA podría ser una lesión precursora de este tipo de cáncer colorrectal. La evaluación de biomarcadores de cáncer invasivo puede servir para la definición de secuencias de lesiones oncogénicas con implicaciones pronósticas distintas.

17:35

7010-6

LA EXPRESIÓN DE HIF-1 α Y LA ELEVADA DENSIDAD MICROVASCULAR SON CARACTERÍSTICAS DEL ADENOCARCINOMA SERRADO COLORRECTAL QUE PUEDEN CONDICIONAR SU TRATAMIENTO.

Carmen López Peña(1), José García Solano(1), Ana Laura Martín Rodríguez(1), María del Carmen Marín Serrano(1), María Inmaculada Navarrete Lendínez(1), María Nuria Morales Suárez(1), Manuela Selma Ruiz(1), Anne Tuomisto(2), Markus J. Mäkinen(3) y Pablo Conesa Zamora(1) de (1)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), (2)Universidad de Oulu y (3)Universidad de Oulu, Finlandia.

Introducción: El adenocarcinoma serrado (SAC) es un subtipo morfológico de cáncer colorrectal (CRC) en el cual la expresión elevada del gen HIF-1 α y la estabilización de la proteína codificada por este gen son características típicas.

Material y métodos: En este trabajo tratamos de evaluar la expresión de la proteína HIF-1 α en carcinomas serrados y no serrados y en lesiones precursoras y su relación con la expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y con la densidad microvascular (MVD).

La expresión de HIF-1 α y VEGF se analizó por inmunohistoquímica en 134 pólipos serrados (PSs), 104 adenomas no serrados (ANSs), 81 SACs, y 74 carcinomas convencionales (CCs) emparejados y dicha expresión se correlacionó con morfología, características clinicopatológicas y con MVD. Resultados:

En lesiones premalignas tanto HIF-1 α como VEGF se expresaron en la gran mayoría de PSs y ANSs. En CRCs, la tinción de HIF-1 α resultó positiva en 77.8 % de los SACs, mientras que solo en 20.3 % de los CCs. La MVD fue significativamente mayor en los SACs, pero la morfología serrada fue el único predictor significativo de MVD en CRC en el análisis multivariante. La proteína HIF-1 α se encuentra frecuentemente estabilizada en SACs bien vascularizados, lo que sugiere que esta estabilización es independiente de la hipoxia. Más aún, la estabilización de HIF-1 α no se asoció ni con mutaciones activantes de BRAF o KRAS ni con la mutación desactivante de Von Hippel-Lindau (VHL).

Conclusiones: La expresión prevalente de HIF-1 α en SAC y en lesiones precursoras apoya la importancia de las señales celulares mediadas por HIF-1 α en la ruta serrada de carcinogénesis colorrectal.

17:40

7010-7

OSIFICACIÓN MESENTÉRICA HETEROTÓPICA (MIOSITIS OSIFICANTE INTRAABDOMINAL).

José Rolando Ortega Ramírez(1), Javier Doña Girón(1) y María Teresa Cantón Yebra(1) de (1)Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Presentamos un caso de Osificación Mesentérica Intraabdominal en paciente con antecedente de trauma abdominal y cirugía previa. Paciente de 52 años, antecedente de esplenectomía hace 16 años por accidente de tráfico, se interviene por presencia de tumoración sólida intraperitoneal sospechosa de tumor neuroendocrino, se extirpó y remitió al servicio de patología descartando la sospecha clínica inicial al informar el

diagnóstico de esplenosis, 18 días mas tarde es reintervenido por evolución tórpida de post operatorio, identificando plastrón inflamatorio sobre intestino medio y colon transverso relacionado con dehiscencia de anastomosis y hematoma en mesenterio, se realizó resección de colon, desde ciego hasta colon ascendente, transverso y descendente hasta sigma, resecando un segmento de intestino delgado. En Anatomía Patológica se recibe pieza que incluye 64 cm de intestino grueso, apéndice de 6 cm e íleon terminal de 4 cm.

En relación a la pared de colon transverso se identifica un conglomerado de asas de intestino delgado con un cuadro adherencial inter-asas que engloba la grasa mesentérica marcadamente indurada con unas dimensiones de 24x16x9 cm con compromiso obliterativo extrínseco de asas intestinales y cambios isquémicos parietales. A los cortes secuenciales se reconoce en relación a mesenterio amplias áreas de hemorragia organizada encinturada por tejido graso fibrótico con focos de aspecto necrótico indurado, y una zona de mayor condensación de 8 cm. En los cortes histológicos se identificó hematoma mesentérico organizado con OSIFICACIÓN MESENTÉRICA HETEROTÓPICA (miositis osificante intraabdominal) (8cm), extensa fibrosis mesentérica y de la subserosa-serosa intestinal englobando focalmente musculatura esquelética abdominal de naturaleza reactiva.

Conclusión: se trata de un evento patológico extremadamente raro (en torno a 40 casos descritos en la literatura) en la que se forma hueso en tejido que normalmente no se osifica como el mesenterio, vinculado usualmente a cirugía previa o a traumas (semanas anteriores o años atrás). La hipótesis más aceptada es que células mesenquimales inmaduras multipotenciales se diferencian a osteoblastos como respuesta a un trauma local. En ocasiones se ha asociado a restos óseos atrapados en el tejido. A pesar de ser una pseudoneoplasia benigna no invasiva, su manejo quirúrgico no esta exento de recurrencias y complicaciones.

17:45 7010-8 CARCINOMA SERRADO DE COLON: ENTIDAD POCO FRECUENTE QUE DEBEMOS RECONOCER.

Rafael Sánchez Sánchez⁽¹⁾, Alicia Sanz Zorrilla⁽¹⁾, Antonio Martínez Peinado⁽¹⁾ y Carlos Villar Pastor⁽¹⁾ de ⁽¹⁾Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: El carcinoma serrado (CS) es un tipo de carcinoma colorrectal (CCR) poco frecuente, reconocido por la OMS en 2010 (4ª edición) con una frecuencia de entre 7,5 y 9,2% de los CCRs. Es reconocido que tiene peor pronóstico que el resto de los CCRs y existe poca biografía en la que se reflejan estudio de inestabilidad de microsatélites en los CSs.

Método: Presentamos un caso de un adenocarcinoma serrado con estudio inmunohistoquímico de inestabilidad de microsatélites en el que se presenta las características histológicas del mismo y expresión inmunohistoquímica de proteínas reparadoras del ADN MLH 1, MSH2, MSH6 y PMS 2. Se realizó así mismo estudio de expresión de e-cadherina.

Resultado: Histológicamente se trata de un tumor constituido por glándulas de tipo serrado con borde luminal irregular con proyecciones hacia la luz de células epiteliales sin observarse eje conectivo-vascular, las células presentan un citoplasma amplio eosinófilo con un núcleo grande y vesicular y con nucleolo frecuente, sin necrosis sucia, relación N/C baja y la polaridad nuclear está más o menos conservada. Suele acompañarse de áreas mucinosas que suelen representar menos del 50% del tumor. No presenta pérdida de expresión de proteínas reparadoras del ADN ni de e-cadherina.

Conclusiones: En nuestro hospital se diagnosticaron en los últimos 5 años 1091 CCRs, de los cuales 1 fueron CSs, cifra que supone un 0,05 %; porcentaje más bajo del esperado. Esta baja incidencia en el diagnóstico puede ser debido en parte tanto por su poca frecuencia como por el desconocimiento de sus características histológicas. Así mismo, la pérdida de expresión de las proteínas reparadoras del ADN o la pérdida de expresión de E-cadherina le aportan un peor pronóstico por lo que es importante su realización.

17:50 7010-9 MELANOMA PRIMARIO EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

Ana Caso Viesca⁽¹⁾, Mª Jesús Fernández Aceñero⁽¹⁾, Luis Ortega Medina⁽¹⁾, Estela Aguilar Navarro⁽¹⁾, Lourdes Estrada Muñoz⁽¹⁾, Mª Luisa González Morales⁽¹⁾ y Isabel Casado Fariñas⁽¹⁾ de ⁽¹⁾Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los melanomas primarios de tracto gastrointestinal son entidades muy poco frecuentes. Cuando estos tumores aparecen en el aparato digestivo, suelen tener un origen metastático, generalmente un melanoma ocular o cutáneo. No se conocen factores de riesgo ni la relación del melanoma gastrointestinal con el melanoma cutáneo. Se cree que la melanosis es un factor predisponente y las lesiones atípicas juncturales aparecen en un 25% de los casos de melanoma gastrointestinal primario. Solo el 50% son pigmentados.

Serie de casos: Se ha revisado la casuística entre 2000 y 2016. Se han encontrado 6 casos de melanoma gastrointestinal primario: 3 en recto, 1 en esófago, 1 en yeyuno y 1 anal (sobre hemorroides). Los pacientes tienen entre 53-88 años y son 50% mujeres. Todos los casos han evolucionado mal y de forma rápida, con desarrollo de metástasis. Dos de los pacientes (ambos de diagnóstico reciente) siguen en tratamiento y los otros 4 han fallecido entre 1-2 años tras el diagnóstico.

Discusión: Los melanomas primarios de origen gastrointestinal son raros. Se ha discutido mucho su patogenia; una de las teorías se basa en el posible origen de estos tumores en las células neuroblásticas asociadas a la inervación autónoma del intestino. El pronóstico es peor que el del melanoma cutáneo, pero mejor que el de los melanomas metastásicos viscerales. Se cree que la incidencia de melanomas primarios de tracto gastrointestinal disminuirá por el aumento de melanomas cutáneos asociados a exposición solar.

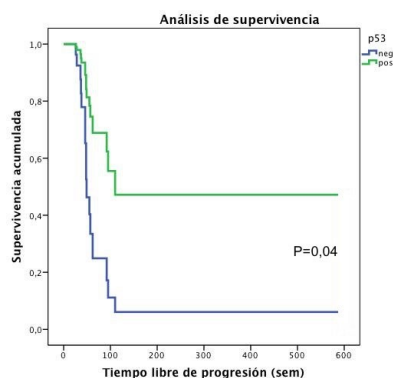
El melanoma constituye solamente el 0,1-0,2 % de los tumores malignos esofágicos; son más frecuentes en el tercio distal del esófago. Los melanomas anales suponen un 22% de los melanomas mucosos. Las demás localizaciones son excepcionales.

Antes de considerar un caso como primario se debe descartar a largo plazo un origen cutáneo u ocular.

Conclusión: Los melanomas primarios de tracto gastrointestinal son muy poco frecuentes. Tienen mal pronóstico como confirman los casos estudiados.

17:55 7010-10 ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA P53 EN EL ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA SUPERVIVENCIA Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Lidia Maestro Gómez(1), Laura Lorente Gea(1), Irene Azagra de Miguel(2) y José Javier Aguirre Anda(1) de (1)Servicio Anatomía Patológica y (2)Servicio Digestivo. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).



Análisis de supervivencia libre de progresión p53.

67±10 años. 12 fallecieron en el postoperatorio inmediato. De los tumores incluidos, el 61% fueron p53 positivos, el 31% mostraron grado histológico G1, el 50% G2 y el 19% G3. El margen quirúrgico se alcanzó en 17 pacientes. 33 pacientes presentaron ganglios positivos y 5 metástasis a distancia. La asociación positiva entre la p53 y la respuesta al tratamiento fue significativa ($p=0,038$). La p53 ($HR=3,73$; $IC95\% 1,03-13,50$; $p=0,04$) y el grado G1 histológico ($HR=0,24$; $IC95\% 0,06-0,939$; $p=0,049$) fueron los únicos factores de riesgo independientes de supervivencia libre de progresión.

Conclusiones: A falta de más estudios, la expresión de la p53 puede ayudar a discriminar aquellos pacientes que respondan al tratamiento.

Introducción: El carcinoma de páncreas es la cuarta causa de muerte por cáncer en occidente con una probabilidad de supervivencia a 5 años $< 10\%$. Aunque diferentes trabajos muestran relación entre la p53 y las tasas de supervivencia, está en discusión su uso como marcador predictivo de respuesta a tratamiento.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la expresión IHQ de la p53 en el adenocarcinoma ductal de páncreas, y correlacionar ésta con la respuesta al tratamiento y la supervivencia de los pacientes.

Métodos: Se realizó un tissue microarray con 54 casos de carcinoma ductal de páncreas y sus controles negativos correspondientes. Se realizó IHQ contra p53. Los factores de riesgo asociados al tiempo libre de progresión se estudiaron mediante regresión de Cox. Las covariables incluidas fueron edad, sexo, grado histológico, ganglios afectos, metástasis y margen afecto. El grado de significación fue 0,05.

Resultados: Se estudiaron 54 adenocarcinomas ductales intervenidos en nuestro centro entre los años 2002-2016 en 54 pacientes (26 hombres-28 mujeres) con edad media

18:00 7010-11 ESTUDIO MOLECULAR DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PANCREÁTICA Y EL ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS: UNA PROPUESTA DE MODELO DE PROGRESIÓN.

Nikaoly Ciriaco Cortés(1), Adriana Zucchiatti Llanos(1), Armando Reques Llanos(1), Javier Hernández Losa(2), Teresa Moliné Marimón(2), Xavier Merino Casabiel(3), Jorge Zeron-Medina(4), Santiago Ramón y Cajal(1) y María Teresa Salcedo Allende(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2) Departamento de Biología Molecular. Servicio de Anatomía Patológica, (3)Servicio de Radiología y (4)Servicio de Oncología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona.

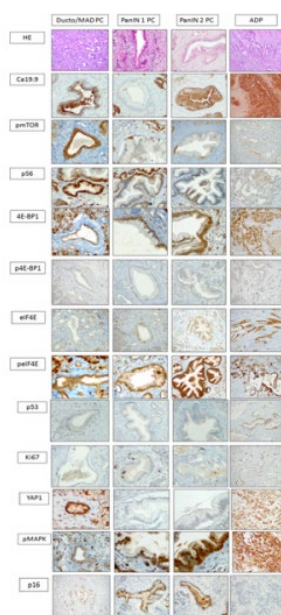


Figura 1. Diferentes niveles de expresión de las proteínas estudiadas en ducto/MAD de PC, PanIN asociados a PC y ADP

Introducción: El adenocarcinoma ductal pancreático (ADP) es uno de los cánceres más letales, con pronóstico desfavorable. Las lesiones precursoras están asumiendo importancia en su estudio. Se ha propuesto, sobre las bases de análisis morfológicos y genéticos, un modelo de progresión desde lesiones preinvasivas hasta el ADP infiltrante. El objetivo es definir un modelo de progresión desde la Neoplasia Intraepitelial pancreática (PanIN) a ADP en base al estudio de factores implicados en vías de señalización celular implicadas en la regulación del ciclo celular y crecimiento del tumor.

Material y métodos: Se comparó la expresión de diversas proteínas implicadas en las rutas que intervienen en la proliferación celular y apoptosis, en 64 ADP y en lesiones de PanIN en 15 casos de pancreatitis crónica (PC). Se estudió pMAPK (vía MEK-ERK), 4EBP1 t/p, eIF4e t/p, pmTor, pS6 (vía PI3 quinasa-AKT-mTOR), p53 y p16 (genes supresores tumorales), YAP1 (Vía Hippo) y Ki67. La expresión proteica se determinó por inmunohistoquímica (IHQ). La valoración IHQ se realizó mediante método semicuantitativo empleando un H-score.

Resultados: Los resultados demuestran un incremento en la expresión de la mayoría de las proteínas estudiadas a medida que progresan los PanIN en casos de PC. Observamos una diferencia de expresión significativa de diversas proteínas entre ADP y su expresión en PC, con sobreexpresión en los casos de 4E-BP1 citoplásmico (c) y nuclear (n), p4E-BP1c, eIF4Ec, pelf4Ec y n, pMAPKc y n, p16c, TP53/p53, Ki67 y YAP1 n; en pmTOR y pS6 observamos una disminución en los niveles de expresión entre ADP y PC. (Tabla 1, Figura 1)

Conclusiones: 1) La mayor parte de las proteínas implicadas en vías de señalización activadas en el ADP muestran un aumento de sus niveles de expresión en la progresión desde PanIN a ADP, confirmando la activación de la vía PI-3K, MEK-ERK e Hippo; 2) la disminución en los niveles de expresión de pmTOR y pS6, pero con sobreexpresión de 4E-BP1 y eIF4E, sugiere que los efectores de la cascada 4E-BP1 y eIF4E se activarían por la interacción de otras vías/quinasas; 3) el avance en el estudio para la caracterización de dichas lesiones y del proceso de progresión

tumoral permitiría en un futuro un diagnóstico precoz, la mejora en el resultado de las terapias convencionales y el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas y preventivas.

Tabla 1. Proteínas con diferencias significativas de expresión entre PC y ADP

Marcador	PC (N=15)		ADP (N=64)		p-valor Mann-Whitney
	Nº casos	Media	Nº casos	Media	
4E-BP1 c	12	16'58	64	95'08	0.000
4E-BP1 n	12	8.75	64	66.64	0.000
p4E-BP1 c	14	0.00	62	15.56	0.008
eIF4E c	13	30.15	64	110.39	0.000
peIF4E c	14	46.43	64	148.20	0.000
peIF4E n	14	23.93	64	69.77	0.000
pMAPK c	13	12.46	64	50.78	0.018
pMAPK n	13	19.15	64	70.86	0.002
pS6 c	14	114.29	64	36.16	0.028
p16 c	14	2.71	63	22.60	0.010
YAP1 n	14	7.14	64	51.44	0.000
Ki67	13	1.23	61	66.54	0.000
p53	14	0.00	64	35.44	0.000
N-Cadh estr	15	4.53	64	117'96	0.000

c: citoplasma; n: núcleo; estr: estroma

18:05 7010-12 CARCINOMA GÁSTRICO CON ESTROMA RICO EN LINFOCITOS: ESTUDIO DE TRES CASOS.

Isabel González Villa(1), Leynis Isabel Martínez Blanco(1), Cipriano Manzano Sanz(1), Beatriz Castro Hernández(1), Emilio González Arnay(1), Ángel José Nazco Deroy(1), Yamilet Quintero Quintero(1) y Idaira Jael Expósito Afonso(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: El carcinoma gástrico con estroma linfoide (OMS) es una entidad poco frecuente. Dentro de ella, existen dos variantes: el carcinoma medular y el carcinoma tipo linfoepitelioma.

Objetivo: Definir las dos variantes de carcinoma gástrico con estroma rico en linfocitos a partir de características morfológicas, inmunofenotípicas y moleculares.

Material y métodos: Se describen tres casos de neoformación gástrica acompañada de infiltración linfoide. Se analiza la expresión del virus Epstein-Barr (VEB), la expresión de las proteínas reparadoras del ADN y el tipo y la distribución de las poblaciones linfoides.

Resultados: Uno de los casos se presenta como un patrón glandular con distribución periférica de la población linfoide, inestabilidad de microsatélites y expresión de VEB negativa. Mientras que los otros dos, están formados por pequeños grupos de células tumorales con una distribución intratumoral de la población linfoide, expresa las proteínas de reparación y es positivo para VEB.

Conclusiones: Existen dos variantes de carcinoma gástrico con estroma linfoide. El carcinoma medular se asocia a inestabilidad de microsatélites mientras que el linfoepitelioma expresa positividad para VEB. Ambos carcinomas tienen criterios morfológicos ligeramente diferentes y están respaldados por vías moleculares distintas. El diagnóstico diferencial de estas dos neoplasias es relevante tanto para la clínica como para el pronóstico y abre expectativas para el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas.

MIÉRCOLES 24 de mayo
17:15 - 18:15 h.

ZONA PÓSTER

7011

AUTOPSIAS E INFECCIOSAS

7011-1 MODERADORES

Rita María Regojo Zapata, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Emilio Mayayo Artal, Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

17:15

7011-2

FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA DE EVOLUCIÓN FATAL: DETECCIÓN DE ADN DE RICKETTSIA SPP MEDIANTE AMPLIFICACIÓN-PCR EN MUESTRAS DE HÍGADO, BAZO Y PIEL (POST-MORTEM).

Juan M^a García-Hirschfeld G.(1), Juan Jesús Jiménez Martín(1), Jesús Villar Jiménez(1) y Purificación Gallardo Flores(1) de (1)Hospital de Antequera, Málaga y (2)Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Caso clínico: Varón de 55 años, sin antecedentes de interés.

Ingresa con signos de shock séptico y fracaso multiorgánico con síndrome de coagulación intravascular diseminada. Como probable foco se sugiere una lesión cutánea de aspecto necrótico negruzco, de unos 5 mm, en cara tibial anterior del miembro inferior izquierdo, relacionada con una picadura de artrópodo 6-7 días antes.

Exitus: Se realiza examen post mortem.

El cuadro clínico-patológico es muy sugestivo de una infección por rickettsias, si consideramos sobre todo el marco rural, el antecedente de picadura con presencia de la escara de inoculación (pápula negra) en la pierna, en un contexto séptico de rápida evolución sin un foco claro aparte del cutáneo descrito.

Diagnóstico y comentarios: El examen histológico de la autopsia puso de manifiesto alteraciones clásicas compatibles con un cuadro infeccioso de rickettsiosis: presencia de un infiltrado inflamatorio crónico de predominio linfomonocitario alrededor de pequeños vasos de diferentes órganos, con signos de venulitis y formación de microtrombos, en ocasiones con formación de granulomas histiocitarios (sin necrosis clara), con signos de hemorragia intersticial y pequeños infartos multisistémicos (pulmón, hígado, bazo, piel, músculo esquelético).

El diagnóstico se confirmó por la detección de ADN de Rickettsia spp mediante técnicas de amplificación y reamplificación por PCR en diferentes muestras de tejido post mortem (bazo, hígado y piel). Además está apoyado por la ausencia de cualquier otro crecimiento bacteriano, en hemocultivos y en cultivos convencionales, tanto pre como post mortem.

Una evolución clínica fulminante y tan desfavorable es poco frecuente en este tipo de infecciones, si bien están descritas en alrededor de 3% de las "fiebres manchadas por Rickettsias" en el área mediterránea.

17:20

7011-3

DIFTERIA, UNA ENFERMEDAD OLVIDADA. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN EL ESTUDIO AUTÓPSICO DE UN NIÑO NO INMUNIZADO, INFECTADO POR CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE.

Douglas Sánchez Guzmán(1), Elena Martínez Sáez(1), Alexandra Navarro Jiménez(1), Jessica Camacho Soriano(1), Noemí Carmona Manzaneda(1), Joan Balcells Ramírez(1), Ferran Gran Ipiña(1), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Marta Garrido Pontnou(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

La difteria es una enfermedad mediada por toxinas producidas por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*. Su vía de entrada habitual es orofaríngea, produciendo desde inflamación a necrosis de la mucosa. En los casos más graves, su toxina puede afectar órganos vitales, con una mortalidad del 5-10%. Desde mediados del siglo XX, la incidencia de la enfermedad se ha reducido gracias a las campañas de vacunación, apareciendo sólo casos aislados en población no vacunada. En España, desde 1986, no se había reportado ningún caso de difteria.

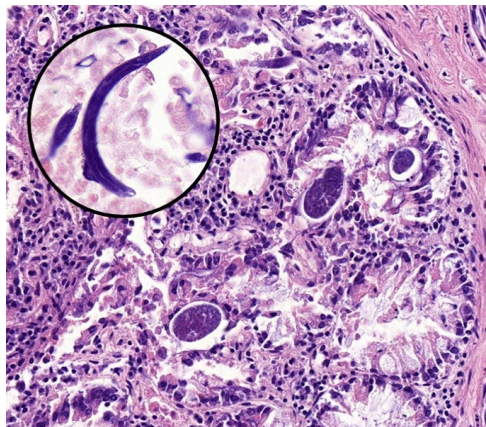
Presentamos la autopsia de un niño de 6 años, no vacunado, que inició un cuadro de amigdalitis bacteriana que no cedió tras tratamiento antibiótico empírico. Tras la sospecha clínica de amigdalitis diftérica, se confirmó por PCR y se trató con antitoxina. A pesar del tratamiento se sumó una disfunción sistólica grave e insuficiencia renal. El paciente requirió oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Tras 23 días se decidió salida de ECMO, pero en las 24 horas posteriores presentó shock refractario y finalmente fue exitus.

En la autopsia se evidenció cardiomegalia con hipertrofia biventricular; miocarditis activa difusa, con necrosis de fibras miocárdicas, infiltrado inflamatorio con predominio de macrófagos, abundantes linfocitos T y extensas áreas de fibrosis; encefalitis con nódulos microgliales, lesiones isquémicas cerebrales subagudas y crónicas multifocales, edema cerebral sin signos de herniación; nefropatía tubular aguda con degeneración hidrópica microvacuolar difusa; miositis activa cervical y múltiples adenopatías cervicales reactivas; tromboembolismo pulmonar (TEP) con microinfartos pulmonares y hematoma intraparenquimatoso de 8 cm. Los cultivos microbiológicos postmortem resultaron negativos.

Las consecuencias letales de la difteria derivan de la destrucción celular producida por su toxina, cuando se extiende más allá de su vía de entrada y se alcanzan órganos vitales produciendo lesiones irreversibles, como las observadas en esta autopsia en el corazón y el riñón. En nuestro caso, además, se han sumado otras complicaciones derivadas de la ECMO (TEP, microinfartos y hematoma pulmonar). En esta autopsia se describen los hallazgos histopatológicos causados por la difteria y las complicaciones derivadas por el tratamiento de soporte, en un niño no vacunado.

17:25 7011-4 ESTRONGILOIDIASIS DIAGNOSTICADA EN AUTOPSIA POR PUNCIONES.

Íñigo Gorostiaga Altuna(1), Ester Sáez de Adana Arróniz(2), Ana San Sebastián Hurtado(3), Ana Villagrà García(3) y Isabel Guerra Merino(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), (2)Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) y (3)Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).



Objetivos: Demostrar la utilidad de la autopsia mínimamente invasiva en pacientes inmunodeprimidos procedentes de áreas endémicas.

Métodos: Se realiza una autopsia por punciones con aguja gruesa a un varón guineano con SIDA que ingresa con disnea. Entre sus antecedentes destacan Toxoplasmosis cerebral, paludismo y neumonía por Pneumocystis entre otros. Durante su ingreso se le realizaron múltiples test diagnósticos para parásitos, siendo negativos. Se recogen, a ciegas, múltiples cilindros del encéfalo, tórax y abdomen y se estudian microscópicamente.

Resultados: Se hallan abundantes larvas y huevos de Strongyloides stercoralis en estado rabdoide y larvariforme en mucosa de intestino delgado y en muestras de pulmón. Se diagnostica una hiperinfección por Strongyloides que provoca un daño alveolar difuso con membrana hialina en paciente inmunodeprimido como causa de muerte.

Conclusiones: (i) A pesar de que las punciones postmortem plantean limitaciones por el tamaño reducido de muestra y la ausencia de observación macroscópica de los órganos, la autopsia mínimamente invasiva, por punciones a ciegas, resulta altamente

eficaz en pacientes por enfermedades diseminadas como el SIDA. En este caso demostró ser muy útil y rentable para identificar la causa de muerte. (ii) En pacientes con inmunodepresión, la tasa de falsos negativos en los test serológicos aumenta. Para evitar un final fatal por una infección que tiene fácil tratamiento, sería recomendable valorar el tratamiento profiláctico a pacientes procedentes de regiones endémicas.

17:30 7011-5 INTUSUSCEPCIÓN INTIMAL, UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA DISECCIÓN DE AORTA TORÁCICA.

Manuel López Alcaraz(1), Pedro Manuel Garamendi González(1), Cinta Moro(2) y Manuel Salguero Villadiego(2) de (1)Instituto de Medicina Legal de Huelva y (2)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Sevilla.



Intususcepción de aorta.

Rara vez se produce un desgarró circunferencial en la disección de aorta, siendo aún más infrecuente que se complique con la intususcepción de la íntima vascular, agravando si cabe una patología ya grave de por sí. La intususcepción consiste en una invaginación del tubo íntimo aórtico.

Es importante conocerla para poder sospecharla y saber cómo diagnosticarla, con el fin de poder desarrollar métodos terapéuticos efectivos, para lo cual se pretenden exponer los hallazgos observados en el curso de una autopsia médico-legal.

Los médicos e histopatólogos forenses no deben ser ajenos a la responsabilidad que supone, tanto hacia la población general como a la comunidad científica, la creciente afluencia de casos de muerte natural que llega a los Servicios de Patología Forense. Es por ello que, casos de relevancia como el propuesto, deben ser expuestos en aras del conocimiento.

17:35 7011-6 SÉPSIS FÚNGICA POR ZIGOMICETOS.

María Teresa Ramírez Gasca(1), Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), M^a José Morandeira García Lacruz(1), Begoña Fuertes Negro(1) y Hristo Iliev Iliev(1) de (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: Las Zigomicosis son infecciones fúngicas poco frecuentes, muy graves, causadas por hongos de la clase Zigomicetos que se dividen en dos órdenes Mucorales y Entomofthorales. Las infecciones causadas por Mucorales presentan una evolución rápida y habitualmente fatal con necrobiosis tisular e invasión vascular con trombos sépticos

Material y métodos: Se realiza un estudio necrópsico a un varón de 76 años con diagnóstico de Leucemia Linfóide Crónica de fenotipo B desde hace 15 años en progresión desde hace un año y en tratamiento

Presenta 25 días antes, febrículas mantenidas, dolor abdominal en cinturón, sin megalias. Durante el ingreso presenta sintomatología neurológica con desorientación temporoespacial. Se le realizan pruebas de imagen diagnosticándose en un TC afectación de ganglios de la base por un proceso isquémico de causa embólica o trombótica de causa isquémica o infecciosa. Se detecta en esputo Haemophilus influenzae.

Resultados: En el estudio necrópsico se evidencia en el examen externo en cavidad craneal áreas difusas necrohemorrágicas en ambos hemisferios cerebrales con afectación ganglios de la base y en cavidad abdominal, área peripancreática de aspecto hemorrágico y conglomerados adenopáticos mesentéricos

Al exámen microscópico, en cerebro, amplias zonas de necrosis y hemorragia con angioinvasión y abundantes estructuras fúngicas. Esta imagen se repite en pulmones, medula ósea, tiroides, páncreas, hígado, bazo, riñones. Así mismo se identifica una afectación sistémica por la leucemia linfóide crónica de inmunofenotipo B que padecía el paciente.

Conclusiones: El proceso fundamental que presenta el paciente era una LLC fenotipo B en inmunosupresión, pero la causa de la muerte fue Sepsis fúngica por *Zigomicetos* de la orden *Mucorales*.

El *Zigomiceto* es un hongo filamentosos de hifas anchas no tabicadas, con unas estructuras a modo de bolsas que contienen esporas (esporangios). No tiñe como otros hongos con PAS o Gomori y es difícil de cultivar, con bajo rendimiento de los hemocultivos, siendo de elección la biopsia. Son pacientes de riesgo los inmunodeprimidos, pacientes con acidosis metabólica/diabéticos o los que presentan aumento del hierro sérico. El mecanismo más frecuente de infección es el respiratorio. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con *Aspergillus* spp.

17:40

7011-7

LA AUTOPSIA CLÍNICA EN LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL. TENDENCIA Y DISCREPANCIAS DIAGNÓSTICAS. UNA REVISIÓN DE 11 AÑOS.

José Luis Sanz Trenado(1), Rocío Juárez Tosina(2), Isabel María de Lara Simón(1), Pedro Montero Pavón(1), Lucía María González López(1), María Fernanda Relea Calatayud(1), Enzo Perera Gordo(3), Natalia María Villasanti Rivas(1), Francisco Martín Dávila(1) y Rafael López Pérez(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real, (2)Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real) y (3)Facultad de Medicina, Ciudad Real.

La red hospitalaria de la provincia se compone de 6 hospitales. De ellos, sólo dos cuentan con sala de autopsias acreditada. La tendencia a la baja del número de autopsias clínicas es un hecho global, más acentuado en el Hospital de referencia. El centro cuenta recientemente con la acreditación para la formación MIR de Anatomía Patológica, dándose la circunstancia de ser necesaria una rotación por autopsias en otro Hospital para cumplir los objetivos de formación. A pesar de la disminución del número de autopsias, el 20 % aproximadamente de las autopsias en nuestra serie son discordantes.

Metodología: Se realizó una revisión de la casuística de la provincia, observando la tendencia y se revisaron las autopsias comprendidas entre los años 2006 a 2016. Al igual que en otros hospitales, las autopsias fetales suponen aproximadamente 2/3 de las totales. Se seleccionaron y analizaron sólo las autopsias realizadas en adultos. Ante la dramática caída, se realizó una encuesta a los clínicos con los motivos más frecuentes reflejados en la literatura para la infrapetición de autopsia clínica en pacientes adultos, y otros motivos. También se ha estudiado la calidad de los formularios de petición para determinar la correlación y discrepancias diagnósticas e implementarlos para mejorar el proceso.

Resultados: El número de peticiones de autopsia disminuyó considerablemente en el hospital de referencia, mientras que se mantuvo constante en el periférico.

Los principales motivos de disminución de autopsias han sido: la eliminación de las guardias de autopsia (60% menos de estudios desde el año 2012 hasta el 2015), el desconocimiento del circuito, y la burocracia asociada.

Se observó que un porcentaje importante de las autopsias eran discordantes de Grado I (alrededor del 10%) en el Hospital de referencia y ligeramente mayor (un 22%) en el Hospital periférico.

Conclusión: La autopsia clínica, a pesar de tendencia a la baja, sigue siendo uno de los indicadores más importantes de la calidad de los procesos terapéuticos, diagnósticos y asistenciales. Es una herramienta de gran valor diagnóstica y de enseñanza médica, absolutamente vigente y de gran utilidad en la valoración de los circuitos del manejo del paciente.

17:45

7011-8

COEXISTENCIA INUSUAL DE AMILOIDOSIS PRIMARIA Y REACTIVA EN PACIENTE CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: PRIMERA ASOCIACIÓN DESCRITA TRAS ESTUDIO DE NECROPSIA.

Laura López Brasal(1), María Antonia Cabezas Quintario(1), Ana Lucía Valencia Mesa(1), María Trujillo Coronado(1) y María del Carmen Guerrero Márquez(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: La amiloidosis primaria (AL) se debe al depósito de proteína AL, habitualmente asociada a discrasias inmunitarias, aunque algunos casos no se relacionan con neoplasias de células B. En la amiloidosis reactiva (AA) la proteína es sintetizada por el hígado en respuesta a un estado de inflamación crónica.

La asociación entre cirrosis biliar primaria (CBP) y amiloidosis ha sido excepcionalmente descrita. En nuestro conocimiento este es el primer caso descrito de coexistencia de ambos tipos de amiloide en un paciente con CBP.

Presentación del caso: Mujer, 74 años, con antecedentes de obesidad, HTA, FA, EPOC y signos de IAM. Tras cateterismo para extracción de trombo, fallece.

Hallazgos macroscópicos: Signos de infarto evolucionado y hepatomegalia multinodular.

Hallazgos microscópicos:

- Microtrombos en ramas intramiocárdicas de la descendente anterior.
- Amiloide AA en paredes de vasos de corazón, pulmón, hígado y riñón, parénquima cardíaco y mesangio de glomerulos.
- Amiloide AL en mesangio glomerular y vasos renales, en IFD.
- Tractos fibrosos porto-centrales y porto-portales incompletos, infiltrado linfoplasmocitario periportal (CD4 y CD8+), disrupción epitelial y daño en la membrana de los ductos con proliferación ductular.

- Granulomas no necrotizantes en miocardio y parénquima pulmonar.

Discusión: La CBP es una enfermedad crónica autoinmune con destrucción de conductos biliares intrahepáticos. Su asociación con amiloidosis AA fue descrita en 2004 por Rodríguez-Luna y solo se ha descrito un caso más asociado a amiloidosis cutánea.

En la amiloidosis AL, la afectación suele ser sistémica, con depósito cardíaco y renal. En la forma AA suele ser renal. En nuestro caso, el depósito AA es vascular y parenquimatoso cardíaco y renal. Se demuestra coexistencia de ambos tipos de amiloide en las mismas áreas renales con IFD.

La trombosis asociada a amiloidosis cardíaca ha sido descrita como causa de muerte súbita poco frecuente en estos pacientes.

La patogenia de la amiloidosis AL en este caso no está clara, la paciente no tenía aumento de células plasmáticas en médula ósea, ni datos de pico monoclonal. Una hipótesis sería que la síntesis de amiloidosis AA y AL puede relacionarse con la producción de citoquinas, especialmente IL6.

Tras la revisión realizada no hemos encontrado ningún caso donde se describa en CBP el depósito de ambos tipos de amiloide.

17:50 7011-9 TRANSPLANTE CARDÍACO EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA COMPACTADA.

Ana Belén Roche Latasa(1), Alberto Valero Torres(1), Teresa Martínez Boyero(2), Sandra Vicente Arregui(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), María Jesús Viso Soriano(1), José Ignacio Franco Rubio(1), Helen Patricia Almánzar Comas(1), Samira Bakali Badesa(1) y Laura Hombria Laviña(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y (2)Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra).



Sección transversal a nivel de tercio medio.

Introducción: La miocardiopatía compactada o espongiiforme es una anomalía congénita del desarrollo del músculo cardíaco en la que la disposición laxa de los haces musculares hace que adopten una conformación trabecular con múltiples cavidades anastomosadas. Esto se traduce en un aumento marcado de la trama trabecular ventricular, principalmente izquierda. El criterio diagnóstico utilizado actualmente es una relación superior a 2 entre la porción de miocardio trabecular subendocárdico y miocardio compactado con flujo entre las trabéculas, observado en telesístole mediante ecocardiografía.

Presentación del caso: Paciente varón de 37 años, con diabetes mellitus insulínica dependiente desde los 15, que debuta con un episodio de insuficiencia cardíaca tras cuadro de infección respiratoria. Es diagnosticado de miocardiopatía compactada mediante ecocardiografía y RMN, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) entre 30 y 35%. Presenta deterioro progresivo en sus actividades cotidianas, objetivándose una FEVI de 20% seis años tras el diagnóstico. Es incluido en lista de espera para trasplante cardíaco, el cual se realiza tras 21 días.

Anatomía patológica: En nuestro servicio se recibe pieza de explante cardíaco de 446g. El espesor máximo del ventrículo derecho es 0.5cm; del ventrículo izquierdo (área compactada), 0.9cm; y del tabique interventricular, 1.1cm. Se observaba un notable adelgazamiento de la porción compactada del ventrículo izquierdo hacia tercios medio e inferior, con aumento de la trama trabecular y mala delimitación de músculos papilares.

Asimismo, se observaban placas de aterosclerosis en coronaria derecha y circunfleja izquierda; con presencia de una cicatriz fibrosa en el tabique. A nivel histológico se observaba el aumento de la trama trabecular en forma de proyecciones polipoides y fibrosis subendocárdica.

Conclusiones: La miocardiopatía no compactada o espongiiforme es una alteración congénita poco frecuente, con una prevalencia estimada de entre 0.05 y 0.26% (2% del total de trasplantes cardíacos). Se proponen el fallo en la maduración de los miocitos, un proceso reparativo, anomalías en las proteínas de unión intercelular o una forma de neuropatía cardíaca como posibles causas del trastorno. Las manifestaciones clínicas presentan un amplio espectro, con aparición de insuficiencia cardíaca a diferentes edades y posibilidad de muerte súbita.

17:55 7011-10 CAUSAS INFRECUENTES DE MUERTE EN LA EMBARAZADA.

José Luis Sanz Trenado(1), Mario Alejandro Parra Cubillos(1), Isabel María de Lara Simón(1), Pedro Montero Pavón(1), Francisco Martín Dávila(1), Lucía María González López(1), Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Natalia María Villasantí Rivas(1), María Fernanda Relea Calatayud(1) y Rafael Andrés López Pérez(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real.

La mortalidad materna en nuestro medio ha disminuido considerablemente en las últimas décadas. Las causas más frecuentes de muerte en la embarazada en Europa son derivadas de complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo, sangrado, infecciones y tromboembolismo. Entre las causas menores al 1%, de elevada morbilidad, se encuentran la embolia de líquido amniótico y las hemorragias cerebrales.

Métodos: Se revisaron las autopsias de los últimos 12 años en nuestra provincia entre los distintos hospitales y se seleccionaron las ocurridas en las embarazadas.

Resultados: Se hallaron dos resultados ocurridos en el Hospital de referencia.

El primer caso, una mujer de 28 años que en las 48 horas postcesárea fue encontrada en parada cardiorespiratoria en su habitación. Tras realizarle autopsia se evidenció una hemorragia difusa predominantemente en cerebelo junto con hígado con características de hígado graso.

Posteriormente el diagnóstico fue de hemorragia subaracnoidea difusa de predominio en base cerebral e hígado graso agudo.

El segundo caso corresponde a una gestante de 40 semanas que acude a urgencias por sensación de dinámica de parto. Durante su estancia en urgencias cursa con empeoramiento de su estado general, evolucionando a disnea, posteriormente signos de edema pulmonar y finalmente parada cardiorespiratoria. Se sometió a cesárea urgente con histerectomía y a soporte de terapia intensiva, no siendo posible la resucitación. Por la agudeza de la clínica se sospechó de un tromboembolismo o de una embolia de líquido amniótico que fue puesta en evidencia posteriormente en los hallazgos autopsicos. No se hallaron trombos sanguíneos en vasos pulmonares.

Conclusiones: Presentamos dos casos de causa de muerte infrecuente en la embarazada. La embolia de líquido amniótico tiene una incidencia que oscila entre el 0,2 y el 1%, según las series. Los hallazgos histológicos son claves para su diagnóstico, siendo la presencia de escamas de queratina, meconio y lanugo, tres de sus características principales. La hemorragia subaracnoidea tiene una incidencia más variable, siendo la segunda causa de muerte en Japón entre las embarazadas y entre el 5% y el 12% en EEUU. La macroscopía y el examen cuidadoso posterior diferenciarán entre malformación o aneurisma.

18:00

7011-11

HOLOPROSENCEFALIA: DESCRIPCIÓN ANATOMOPATOLÓGICA Y CAUSAS DE DESARROLLO A PROPÓSITO DE UN CASO DE AUTOPSIA.

Laura López Solache(1) y Pilar Troncoso Martínez(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

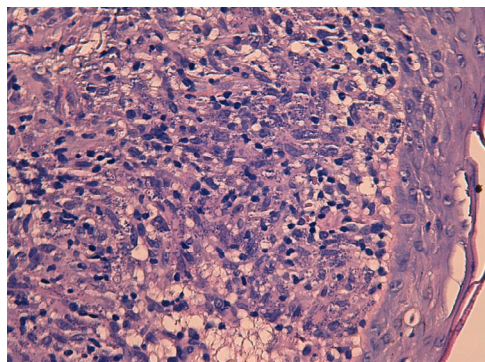
La holoprosencefalia es una de las más graves y la más común (1:10000 recién nacidos y 1:250 gestaciones) de las malformaciones cerebrales y faciales. Consiste en la división incompleta del prosencéfalo embrionario hacia los hemisferios cerebrales y ventrículos laterales; afectando tanto al cerebro con la formación de un único ventrículo medio ampliado, como a las estructuras faciales. Se produce por un error en un conjunto de moléculas claves en el desarrollo normal del prosencéfalo y de las estructuras craneofaciales de la línea media. También se ha asociado con alteraciones en los cromosomas 13, 3, 7 y 18. Actualmente, el diagnóstico y clasificación es anatomopatológico, habiendo cuatro categorías de holoprosencefalia: alobar, semilobar, lobar y sintelencefálica. Se describe un caso de variante alobar diagnosticado por ecografía y, posteriormente, por necropsia. El objetivo es exponer el caso y hacer una breve descripción del mecanismo fisiopatológico implicado.

18:05

7011-12

LEISHMANIASIS CUTÁNEA. REVISIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE 4 CASOS.

Gema Ruiz García(1), Laura Barona García(1), Belén Ferri Níguez(1), M^a Amparo Torroba Caron(1), Inmaculada Vidal Abarca Gutiérrez(1), Eduardo Ortiz Ruiz(1), Francisco García Molina(2) y Enrique Martínez Barba(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y (2)Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.



Introducción: La Región de Murcia, situada en la cuenca del Mediterráneo, es una de las zonas de nuestro país con mayores tasas de infección por Leishmania, tanto por ser zona endémica como por la población inmigrante procedente de países en los que la infección también es frecuente. La afectación cutánea como presentación clínica de la enfermedad, puede tener en ocasiones un diagnóstico complicado si la entidad no es sospechada.

Material y métodos: Se han revisado las biopsias de piel del año 2016 de nuestro hospital, obteniendo un total de 4 casos de leishmaniasis cutánea. En ellos se ha comparado la sospecha clínica hecha por el equipo de dermatología, según antecedentes de interés de los pacientes, localización y aspecto macroscópico de las lesiones, junto a la presentación histológica. Posteriormente a todos los casos se les realizó PCR para diagnóstico molecular del organismo.

Resultados: La primera lesión consistía en un nódulo rojizo en pabellón auricular de un paciente inmunocomprometido. El segundo caso se localizaba en mejilla y clínicamente se identificó como un carcinoma basocelular, El tercer caso se recibió orientado como masa de partes blandas en codo. El cuarto caso consistía en múltiples pápulas en espalda, con sospecha de linfoma cutáneo, Histológicamente las lesiones variaron desde la lesión aguda, con predominio de histiocitos hasta la presentación crónica con granulomas no necrotizantes. Además, la identificación y el número de amastigotes varió según el tipo de lesión.

Conclusiones: La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria causada por un protozoo intracelular. Las primeras referencias a esta enfermedad como "grano del Nilo" en el Papiro de Ebers, datan del 1600 a.C. aunque no se describe al agente causal hasta el año 1903. Desde entonces se han descrito hasta 21 especies de Leishmania, cada una de ellas con una distribución geográfica concreta.

Es importante conocer, dentro de la afectación cutánea las formas de presentación atípica, teniéndolas en cuenta para formular un diagnóstico tanto clínico como histopatológico correcto. Además, el uso de técnicas como la PCR nos permite un diagnóstico definitivo.

JUEVES 25 de mayo**08:30 - 10:30 h.****3004****SESIÓN SEPAF****SALA 5****3004-1 MODERADORES**

Ana I. Hernández Guerra, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Delegación Canarias, La Laguna (Tenerife).

08:30 3004-2 MORTALIDAD EN ACCIDENTES DE BUCEO EN ESPAÑA: OBSERVATORIO SOBRE CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE, DE 2014 A 2015.

Josep Maria Casadesús Valbí(1), Fernando Aguirre Lirón(2), Anna Carrera Burgaya(3), Joan San Molina(3) y Francisco Reina de la Torre(3) de (1)Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (Divisió de Girona), (2)Grupo de Especialistas en Actividades Subacuáticas (GEAS), Guardia Civil, Girona y (3)Departament de Ciències Mèdiques. Grup de Recerca NEOMA. Universitat de Girona.

Antecedentes y objetivos: No existen datos epidemiológicos sobre la mortalidad en el buceo en España. Objetivo: recoger los datos referentes a los casos de muerte por buceo y realizar estudios prospectivos.

Metodología: En 2014 se propuso la creación del Observatorio de Mortalidad de Accidentes de Buceo (OMAB), por convenio entre la Universidad de Girona y la Secretaría de Estado de Seguridad (Dirección General de la Guardia Civil). Se edita un cuaderno de recogida prospectiva de datos técnico-policiales, que se ubica en las 23 sedes estatales de los GEAS. Para los datos médico-forenses, se accederá a los expedientes judiciales de cada caso según Reglamento 1/2005 de aspectos accesorios de las actuaciones judiciales y/o bases de datos de los Servicios de Patología Forense.

Analizamos datos en el periodo 01-01-2014 a 31-01-2016 para evaluar la eficacia del observatorio y posibles cambios. Realizamos un análisis estadístico multivariante (tabla de frecuencias, paquete estadístico IBM-SPSS).

Resultados: Mediante el OMAB se han documentado un total de 35 casos. Resultados preliminares: 13 casos de buceo en apnea y 22 con escafandra autónoma; sexo: 31 hombres (88,5%) y 4 mujeres (11,5%); 57% de los casos entre la 4ª-6ª década de la vida, siendo el rango de edad más prevalente entre 60-69 años (26%). Conocemos de la causa de la muerte en 11 casos, destacando por su frecuencia el ahogamiento (73%), embolias gaseosas (9%) y patología natural (18%).

Conclusiones: Mediante la creación del OMAB se gestiona de una forma regulada y estandarizada la recogida de datos técnico-policiales y médico-forenses para la elaboración de estudios descriptivos y prospectivos de víctimas mortales de buceo en España.

Consideramos necesaria la elaboración de protocolos que permitan conocer factores de riesgo y conductas evitables tanto en el buceo recreativo como profesional.

08:38 3004-3 MUERTE EN EL MAR: ESTUDIO DE LA SUMERSIÓN EN AGUA SALADA EN LAS PALMAS.

M. Díaz Padilla(1) y E. Zaragoza Pérez(1) de (1)Instituto de Medicina Legal, Las Palmas / Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

En el presente estudio hemos centrado nuestra investigación en el análisis de los hallazgos clásicamente descritos en sumersión y recogida de datos de los fallecidos con el fin de establecer el perfil más frecuentemente entre los ahogados en Las Palmas, a efectos de implementar posibles medidas preventivas.

Material y métodos: Se trata de un estudio de corte transversal y retrospectivo que estudia todas las defunciones clasificadas como sumersión en agua salada acontecidas en la provincia de Las Palmas desde 2013 a 2015, resultando, tras las exclusiones, una muestra de 87 cadáveres.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nacionalidad, fecha y contexto de la defunción, estación del año, presencia de hongo de espuma, espuma en las vías aéreas y pulmones, peso pulmonar y cantidad de agua presente en tubo digestivo.

En cuanto a la estadística, para las variables categóricas empleamos porcentajes y frecuencias. Para las variables continuas, media y desviación estándar si la distribución era normal, mediana y rango intercuartílico si no lo era. Usamos también el test Chi-cuadrado y test Wilcoxon y análisis logístico multivariante, estableciendo como nivel de significancia una $p < .05$.

Resultados y discusión: No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pesos pulmonares de los distintos tipos de ahogado (descritos como típico y atípico), sin embargo, debemos considerar que la muestra de ahogados atípicos era considerablemente pequeña (8 de 87). Hemos comparado la media del peso pulmonar en nuestra muestra con el peso pulmonar normal, resultando una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, no es posible calcular un valor a partir del cual podamos asegurar que la muerte se ha debido a una sumersión.

La mayoría de los ahogados eran hombres, con un ratio 5:1. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre edad y género, siendo la media de edad para los varones 55.39 (DS:13.79) y 58.92 (DS: 13.9) en mujeres. Los ahogamientos entre extranjeros fueron más frecuentes, correspondiendo aproximadamente con un 60% (Ratio 1.5:1). El 67% de los ahogados se encuentran en el grupo de más de 50 años, con una media total de 55.95 (15.48).

El hallazgo macroscópico más frecuentemente encontrado fue espuma en las vías respiratorias, presente en más de un 88% de las autopsias. Existe una diferencia significativa entre la presencia de espuma en la vía aérea y pulmones y el concepto de ahogado típico. El OR (Odds Ratio) de la presencia de espuma en pulmones en relación con el ahogado típico es de 24, teniendo como hallazgo una especificidad del 93.5%.

Conclusiones: Nuestro estudio prueba que no hay relación entre el peso pulmonar y el tipo de ahogado (típico y atípico), pero se evidencia un aumento estadísticamente significativo del peso pulmonar entre los ahogados en agua salada y el peso pulmonar normal ($p < 0.0001$), no siendo posible establecer un valor a partir del cual se asegure que se trata de un ahogado.

De todos los hallazgos clásicos de sumersión, el único que está relacionado de manera estadísticamente significativa con el ahogamiento típico es la espuma en vía aérea y pulmones (OR 24). Es un buen marcador de este tipo de muertes, con una especificidad de aproximadamente 94%.

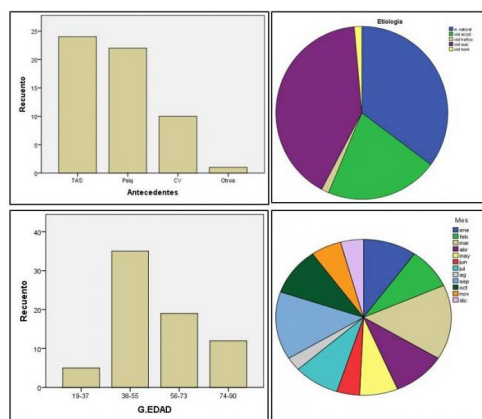
Por último, hemos descrito el perfil del ahogado que más frecuentemente encontramos en Las Palmas, con el fin de establecer medidas preventivas y evitar este tipo de muertes. Siendo dicho perfil el coincidente con un ahogamiento típico de un varón de más de 50 años, de nacionalidad extranjera, que muere en el contexto de un baño en el mar.

08:46

3004-4

HALLAZGOS RELEVANTES OBSERVADOS EN EL ESTUDIO DE BENZODIACEPINAS POSTMORTEM. SERIE DE 71 AUTOPSIAS MÉDICO-LEGALES.

Ana Laura Martín Rodríguez(1), Juan Pedro Hernández del Rincón(2), José Javier Martín Fernández(3), Sara Soto García(4), Ana Ortiz González(4), María Inmaculada Navarrete Lendínez(4), María Nuria Morales Suárez(4), Irene Pérez Saura(4), África Fernández Valera(4) y Victoria Pérez Parra(4) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia), (2)Instituto de Medicina Legal, Murcia, (3)Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y (4)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).



Tablas y gráficos de distribución por grupos de edad, mes de defunción, antecedentes personales y causa de muerte.

Introducción: el análisis toxicológico constituye una herramienta de rutina en la realización de las autopsias forenses, debiendo hacerse su interpretación en el contexto de la historia clínica y hallazgos del estudio postmortem.

El consumo de benzodiazepinas (BZD) es un hallazgo muy frecuente en las autopsias, pero la muerte por sobredosis es muy rara a menos que se combine con otros sedantes como el alcohol. No sorprende su implicación en suicidios, empleadas junto con otras drogas o métodos de suicidio como la asfixia mecánica por ahorcamiento.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo y encontrar diferencias entre variables de la detección de BZD postmortem.

Material y métodos: Fueron revisadas las autopsias médico-legales realizadas en Murcia durante el 2016 (444) y se escogieron aquellas con BZD en orina, sangre y/o hígado. Se anotaron la edad, sexo, data, lugar y causa de muerte, análisis toxicológico, antecedentes y hallazgos macroscópicos relevantes, que fueron estudiados mediante el programa informático SPSS versión 22.0.

Resultados: De los 71 casos recogidos, 53 fueron hombres (74'6%) y 18 mujeres (25'3%). 25 constituyeron muertes naturales (35'2%), 15 violentas por accidente (21'1%), 1 de tráfico (1'4%), 29 suicidas (40'8%) y 1 homicida (1'4%). El grupo de edad más frecuente fue el situado entre los 38 y 55 años, con 35 casos (49'3%). Alprazolam, clonazepam y lorazepam fueron las BZD más observadas.

De las muertes no naturales (46, 64'8%), 38 fueron hombres (82'6%) y sólo 8 mujeres (17'4%), con $p=0,037$. La edad media fue de 52'74, y de 58'2 años en el grupo de muertes naturales, con $p=0,03$. En el grupo de muertes suicidas sólo 5 (17'24%) presentaron más de una BZD. En el resto, 16 (38'1%) de 42 casos, con $p=0'049$ y OR de 0'34. 3 casos (16'7%) con trastorno por abuso de sustancias en el grupo de muertes suicidas, frente a los 21 del resto (53'8%). La patología más frecuente de las primeras fue la psiquiátrica no asociada a drogas (12 casos, 66'7%), con $p=0'02$.

Conclusiones: Un 16% de las autopsias estudiadas presentaron consumo de al menos una BZD, y la causa de muerte más frecuente fue la suicida, con valores similares a los encontrados en la literatura.

A pesar de haberse encontrado algunas diferencias significativas, se plantea la ampliación del trabajo con la inclusión de las 373 autopsias restantes para establecer nuevas conclusiones.

08:54

3004-5

APROXIMACIÓN DEMOGRÁFICA AL HOMICIDIO EN LA PROVINCIA DE HUELVA. PERIODO 2012 A 2016.

Pedro Manuel Garamendi González(1), María del Rosario Gómez Tejeda(1) y Manuel López Alcaraz(1) de (1)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva.

Un reciente estudio de autopsias médico legales a nivel nacional en los años 2013 y 2014 indica que la tasa de autopsias forenses fue en España es de 5,6% de todos los fallecidos. Entre estas los casos de homicidio tuvo una incidencia promedio de 311 casos nuevos casos anuales. Este valor corregido por población indica una tasa de homicidios en España de 7,90 homicidios por 100.000 fallecidos o 0,70 homicidios por 100.000 habitantes. Según datos de Naciones Unidas en 2013 la tasa de homicidios por 100.000 habitantes en Europa fue de 3,00 homicidios

y en el mundo de 6,2. La proporción de hombres víctimas de homicidio fue del 79%, con valores mayores de mujeres en América. En Europa el 13% de los homicidios fueron producidos por arma de fuego, el 33% por arma blanca y el restante 54% por otras causas.

Durante el año 2014, la tasa de autopsias por 100 fallecidos fue de 4,2% en la provincia de Huelva, pero la tasa de homicidios por 100.000 habitantes fue de 1,53 por 100.000 habitantes, la primera entre las provincias andaluzas y la tercera entre las provincias en España. Este estudio pretende profundizar en las características de este fenómeno, analizando su incidencia a lo largo de un periodo de 5 años (2012 a 2016). Se ha analizado su distribución por sexos de víctima y agresor, nacionalidad de ambos, circunstancias del fallecimiento, lugar físico donde se producen los hechos, mecanismo de producción e incidencia corregida según el partido judicial donde sucede y el municipio. Se analizan un total de 30 casos en este quinquenio. La tasa anual promedio fue de 1,2 homicidios por 100.000 habitantes, con máximos de hasta 18,7 en algunos municipios, cifras solo comparables con las medias de África o América y una mayoría de municipios con valores en la media y por debajo de la media europea. La edad media de los fallecidos fue de 45,5 años, la distribución por sexos de las víctimas fue de 20% de mujeres víctimas de homicidio y la distribución por sexos de los agresores conocidos es de 17 hombres y 3 mujeres (10 casos desconocidos). Por su nacionalidad, las víctimas fueron 19 españolas y 11 no españolas y los agresores conocidos fueron 9 españoles y 11 no españoles. Los mecanismos de muerte fueron un 13% producidos por arma de fuego, 33% por arma blanca y 54% por otros mecanismos, entre ellos contusiones en un 37%.

09:02

3004-6

PROPUESTA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL ABORDAJE INTEGRAL DE LA LARINGE Y DEL CUELLO EN LOS CASOS DE SOSPECHA DE COMPRESIÓN CERVICAL.

César Andrés Cortes Castro(1) y Angélica María Losada Suárez(1) de (1)Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá D.C. (Cundinamarca).

Los casos de necropsia médico legal por muertes asociadas a maniobras de compresión cervical (estrangulamiento y suspensión del cuello), pueden representar un reto para el forense que las aborda, ya que la técnica de disección del cuello y de la laringe que se emplea no ha cambiado a lo largo de los años y la experiencia personal de los investigadores, así como lo que propone la literatura científica reciente, indican que los hallazgos que se pueden encontrar han variado y por tanto su interpretación debe modificarse a la luz del avance de las ciencias forenses.

La presente investigación busca profundizar tanto teórica como prácticamente todo lo relacionado con la disección del cuello y de la laringe en los casos asociados a compresión cervical, con el fin de caracterizar los hallazgos más frecuentes en nuestro medio y proponer la técnica de abordaje adecuada para la documentación efectiva y exhaustiva de las lesiones. La importancia de lo anterior resulta de la documentación de hallazgos en mayor cantidad y con mayor calidad, lo cual permite diagnosticar con mayor precisión tanto la causa como la manera de muerte.

Se realizó una revisión de la literatura relacionada con las técnicas hasta ahora descritas por diferentes autores acerca del abordaje del cuello y la laringe en casos de sospecha de compresión cervical, con el fin de establecer cuál es la técnica de abordaje que permita analizar de forma amplia y detallada la anatomía normal, la anatomía patológica y los hallazgos morfológicos sugestivos de compresión cervical, así como los hallazgos atípicos en otros segmentos corporales.

En la primera etapa se diseñó una técnica de disección de laringe que permite el análisis macroscópico de los cartílagos laríngeos en conjunto y por separado y de los tejidos blandos adyacentes.

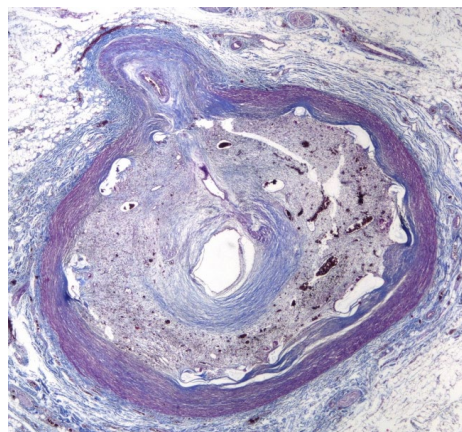
En esta segunda etapa del estudio se realizó una comparación de la técnica presentada con los diferentes abordajes encontrados en la literatura forense y quirúrgica, que permitieron ajustar y perfeccionar la técnica en miras de obtener un abordaje integral de todas las estructuras cervicales tendientes a no dejar pasar por alto ningún hallazgo anormal, lo cual repercutió de forma positiva en el establecimiento de la causa y la manera de muerte de forma ágil, sencilla y optimizando el uso del tiempo.

09:10

3004-7

RENTABILIDAD DE LA TÉCNICA DE ELECTROLISIS EN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE STENTS CORONARIOS EN CORAZONES PROCEDENTES DE AUTOPSIAS FORENSES.

María Paz Suárez Mier(1), María Soledad Castillejo Castellano(1), María Soledad Sánchez de León Robles(1), Sara Chaves Portela(1), Patricia López García(1), Rosario María Mosquera Blázquez(1) y Beatriz Aguilera Tapia(1) de (1)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Las Rozas de Madrid (Madrid).



Reestenosis en coronaria con stent.

Antecedentes y objetivos: Estudios previos de coronarias con stents procedentes de autopsias y estudiadas con la técnica de electrolisis ponen en duda la rentabilidad de la técnica para uso rutinario al encontrar solamente hallazgos patológicos incidentales. El objetivo de este estudio es valorar la utilidad de la técnica en el estudio de corazones procedentes de autopsias forenses.

Material y método: Seleccionamos corazones estudiados en 2015 y 2016 portadores de stents coronarios. Las coronarias con stent fueron decalcificadas y sometidas a técnica de electrolisis para la disolución de los elementos metálicos antes de su inclusión en parafina. Los cortes fueron teñidos con hematoxilina-eosina y tricómico de Masson.

Resultados: Estudiamos 64 corazones pertenecientes a 55 varones y 9 mujeres; de 33-92 años ($65,9 \pm 13$ años). 50 (78%) eran muertes súbitas (MS); 8 muertes accidentales; 3 sumersiones y 3 otros. Encontramos 95 stents: únicos en 42 corazones (65,6%) y múltiples en 22 (34,3%); 39 en la coronaria derecha; 32 en la descendente anterior; 17 en la circunfleja; y 7 en otras. La longitud de los stents fue de 0,5-9,5 cm ($2,82 \pm 1,5$ cm). El año de colocación era conocido en 39 stents de 24 fallecidos (37,5%) (1998-2015) y el tipo solo

en 14 (12 farmacoactivos y 2 convencionales); 7 llevaban implantados menos de 18 meses; 5 de 2-5 años; 29 más de 6 años. El 75,7% estaban colocados sobre placas con estenosis <50% de la luz; el 21% sobre placas con 50-75% de estenosis; y el 3% asentaban sobre coronarias con estenosis severa (>75%). En 57 se observó neoangiogénesis y en 30 tejido de granulación asociado al stent, la mayoría en reestenosis severas.

En 30 stents (31,5%) correspondientes a 20 fallecidos (31,24%) encontramos reestenosis con compromiso >75% de la luz: en 17 (34%) de las MS y 4 (50%) de los investigados por concausa en muerte accidental. En 3 de los casos de MS (6%) se encontró trombosis aguda oclusiva asociada al stent que explicaba la muerte.

Conclusiones: El estudio histopatológico de los stents coronarios con técnica de electrolisis permite: 1) establecer la causa de la muerte, bien de forma concluyente en caso de trombosis aguda, o como coadyuvante en reestenosis crónicas significativas; 2) contribuir al conocimiento de la respuesta coronaria frente a las sucesivas generaciones de stents.

09:18

3004-8

PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN LOS DONANTES DE ÓRGANOS POR MUERTE EN ASISTOLIA NO CONTROLADA.

José Luis Laborda Gálvez(1), Joaquín Lucena Romero(1), Luis Martín Villen(2), Elena Correa Chamorro(2), Ana Isabel Gallego Corpa(2), Paloma Ruiz del Portal Ruiz-Granados(2) y Juan José Egea Guerrero(2) de (1)Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal, Sevilla y (2)Unidad Coordinadora de Trasplantes. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En el año 2012 se inició en Sevilla el protocolo, denominado "código 41", orientado a la obtención de órganos y tejidos destinados al trasplante de aquellos individuos en situación de asistolia no controlada sucedida fuera del ámbito hospitalario. En estos casos, además del consentimiento de los familiares, la legislación española obliga a la obtención de la autorización judicial. Tras la extracción de los órganos, la autopsia judicial tiene por objeto conocer la causa y mecanismo de la muerte.

Métodos: Este protocolo implica la participación de un equipo multidisciplinario. La intervención del Servicio de Patología Forense se concreta en el examen del paciente en el hospital, la entrevista con los familiares y la investigación médico-legal de la muerte.

Resultados: Durante el periodo 2012-2015 se realizaron 113 alarmas de "código 41" quedando como potenciales donantes 55 (48%) de los que 27 (24%) fueron donantes reales. La autopsia fue practicada en 26 casos (88,5% varones, edad 41 +/- 11 años; intervalo 18-55; 8 casos (31%) menores de 35 años) y en el caso restante no se pudo realizar por un malentendido entre el Juzgado y el Hospital. En 17 (65,3%) casos la situación de asistolia no controlada sucedió en reposo o durante la realización de actividad física leve; sólo en 5 (19%) casos se asoció a la práctica de deporte recreacional. Exceptuando un caso (muerte súbita en epilepsia), la muerte fue de origen cardiovascular en la totalidad de los casos:

En < 35 años miocardiopatía arritmogénica (37%) y miocarditis (26%) y en > 35 años enfermedad coronaria aterosclerótica (ECA) (78%). El peso del corazón se encontraba por encima de los valores esperados (media 436 +/- 91 g; intervalo 280-680 g). La aplicación del protocolo permitió la obtención de 63 órganos de los que 40 (63%) fueron válidos para trasplante (38 riñones y 2 hígados). En el 66% de los casos se pudieron obtener, además, diversos tejidos (corneas, huesos, piel y segmentos vasculares).

Conclusiones: El protocolo de donación en asistolia ha demostrado su utilidad en la obtención de órganos y tejidos para trasplante. La muerte súbita fue de origen cardiovascular en la mayoría de los casos y estuvo relacionada con miocardiopatías en < 35 años y con ECA en > 35 años. La autopsia completa el proceso de donación y es un instrumento importante en las estrategias de prevención de futuras muertes.

09:26

3004-9

MUERTE SÚBITA POR DISECCIÓN DE AORTA TORÁCICA EN JÓVENES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO FORENSE.

Benito Morentín Campillo(1), Ana Monzó Blasco(2), Joaquín Lucena Romero(3), Jennifer Sancho Jiménez(2), Jon Arrieta Pérez(1), Julia Lamas Ruiz(1), José Luis Laborda Gálvez(2) y Pilar Molina Aguilar(2) de (1)Instituto Vasco de Medicina Legal, Bilbao (Vizcaya), (2)Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia y (3)Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal, Sevilla.

La muerte súbita (MS) por disección de aorta torácica (DAT) es muy infrecuente en menores de 35 años. El objetivo de este estudio es efectuar un análisis multicéntrico de las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de la MS por DAT.

Material y métodos: Estudio poblacional de las autopsias practicadas en los Servicios de Patología Forense de Bizkaia (periodo 1991-2016), Valencia (1998-2016) y Sevilla (2004-2016). Se analizaron las variables demográficas, clínicas, patológicas y toxicológicas de los casos de MS en sujetos menores de 35 años que habían fallecido por una DAT.

Resultados: Se diagnosticaron 30 casos de DAT (12 en Bizkaia [0.5 casos/año], 11 en Valencia [0.6 casos/año] y 7 en Sevilla [0.5 casos/año]); 87% varones, edad media 29 ± DE 4 años, intervalo 19-35 años. En varones la incidencia fue de 0.3 casos/100.000 habitantes/año.

En 5 casos se detectaron factores clínicos predisponentes en vida (cirugía por estenosis congénita de la válvula aórtica, cirugía por coartación de aorta, Síndrome de Turner con válvula aórtica bicúspide, hipertensión arterial y patología renal tratada mediante diálisis). Además, cinco jóvenes eran consumidores de cocaína, en dos de ellos se detectó esta droga en sangre. Los días anteriores al fallecimiento 19 sujetos (63%) habían tenido sintomatología prodrómica, principalmente dolor torácico (n=13); 9 (47%) jóvenes habían realizado consulta médica, pero en ningún caso hubo sospecha de DAT.

Conclusiones: La DAT es una causa excepcional de MS en personas jóvenes. Los factores predisponentes difieren de los de los adultos; y en ocasiones, la DAT se asocia al consumo reciente de cocaína. El diagnóstico de esta patología requiere un alto grado de sospecha en pacientes con dolor torácico no isquémico asociado con algún factor predisponente a la disección. El estudio postmortem puede definir mejor las características de los casos más graves, tratando de mejorar su difícil diagnóstico, antes y después de la disección.

09:34

3004-10

ESTUDIO AUTÓPSICO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE OBESIDAD Y MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CORONARIA ATROSCLERÓTICA EN HOMBRES ESPAÑOLES.

Joaquín Lucena Romero(1), Pablo Navarro Cáceres(2) y Ángel Vilches Arenas(3) de (1)Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal, Sevilla, (2)Centro de Investigación CICO. Facultad de Odontología. Universidad de La Frontera, Temuco (Chile) y (3)Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Introducción: Diferentes medidas antropométricas de obesidad como el índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA) y el índice cintura-talla (ICT) se han utilizado para predecir el riesgo cardiovascular y la mortalidad en hombres y mujeres de distintas poblaciones. El objetivo principal de este estudio es analizar la asociación entre estos índices de obesidad y la mortalidad por enfermedad coronaria aterosclerótica (ECA) en una serie de varones Españoles. De forma secundaria se trata de valorar cual de estos índices es más predictor de la mortalidad por ECA en este grupo poblacional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado sobre una serie de autopsias forenses practicadas en el Servicio de Patología Forense del IMLCF de Sevilla. La muestra está compuesta por 215 varones (edad media $49,6 \pm 7,5$ años, intervalo 20-60 años) fallecidos súbitamente en los que la autopsia puso de manifiesto una ECA y 215 varones (edad media $35,7 \pm 10,7$ años, intervalo 20-60 años) fallecidos de forma rápida por un mecanismo violento sin factores de riesgo cardiovascular y en los que la autopsia descartó una ECA. En todos los casos se recogió el peso del cadáver desnudo, la talla y el PA calculándose el IMC y el ICT. Se analizó el valor de cada índice antropométrico en relación con la mortalidad por ECA calculando el área bajo la curva ROC (Receiving Operating Characteristic) y el odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% y su significación estadística.

Resultados: Las áreas bajo la curva ROC de cada índice antropométrico fueron: IMC 0,855 (0,819-0,891), PA 0,871 (0,838-0,904) y ICT 0,866 (0,831-0,900). El OR para las áreas bajo la curva ROC de cada índice fueron: IMC 1,179 (0,615-2,261; $p > 0,05$), PA 4,142 (2,026-8,467; $p < 0,05$), ICT 2,713 (1,391-5,289; $p < 0,05$).

Conclusiones: Las tres medidas de obesidad descritas se comportan adecuadamente para predecir la mortalidad por ECA en varones Españoles. No obstante, el PA y el ICT presentan una mayor capacidad predictiva en el área bajo la curva ROC y el PA es el que mejor predice el OR de mortalidad.

09:42

3004-11

IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LA MUERTE SÚBITA CARDÍACA EN LA PROVINCIA DE ALICANTE.

María Begoña Cardona Valencia(1), Salvador Giner Alberola(1), Pilar Molina Aguilar(2), Amaya García Fernández(3), Vicente Climent Paya(3), Vicente Jara Fernández(1), Noemí Prado Fernández(1), Juan José Payo Barroso(1), Enrique Mira García(1) y José Manuel Muñoz Quirós Caballero(1) de (1)Servicio de Patología IMLyCF, Alicante, (2)Sección de Histopatología del Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia y (3)Servicio de Cardiología Hospital General Universitario de Alicante.

El estudio de la muerte súbita es una actividad esencial dentro de la patología forense. Se calcula que el 12% de las defunciones naturales son súbitas y, de éstas, el 88% son de origen cardíaco. En personas mayores de 35 años, la causa más frecuente es la cardiopatía isquémica. En las personas jóvenes suele estar relacionada con miocardiopatías o con alteraciones de la actividad eléctrica cardíaca (CEN-canalopatías) con un alto índice de afectación genética. En los últimos años, la colaboración con las Unidades de Cardiopatías Familiares, ha permitido la identificación del mecanismo implicado gracias al estudio genético en un porcentaje elevado de las muertes, con identificación de los familiares en riesgo.

Método: En la Unidad de Valoración del Riesgo de Muerte Súbita Familiar de Alicante (UVRMSF-A) se estudiaron desde 2007 hasta enero 2016 un total de 40 casos de MS tras la autopsia judicial con estudio histológico, toxicológico y biología molecular, excluyendo los casos de cardiopatía isquémica, y con un rango de edad inferior a los 50 años. Además se ha realizado un estudio cardiológico a familiares de primer grado ($n=117$) con el fin de detectar individuos de riesgo y prevenir futuros eventos.

Resultados: Del total de los 40 casos reportados en nuestra serie, se ha identificado el mecanismo responsable de la MS en 25 casos (62,5%) identificando alteraciones genéticas en 8 casos de 16 estudios genéticos realizados. El 50% ($n=20$) de las MS son secundarias a cardiopatías estructurales, hallándose mutaciones en el 37,5% ($n=6$) de los que se realizó estudio genético. El otro 50% de MS son pacientes con autopsia blanca (canalopatías), hallándose mutaciones en el 20% ($n=2$) de los estudios realizados. Se estudiaron 117 familiares de primer grado, solicitando estudio genético en 77 sujetos. Encontramos 22 estudios positivos: 16 de los 41 solicitados en familiares de casos con cardiopatía estructural y 6 de los 36 solicitados a familiares de casos con autopsia blanca (16,7%).

Conclusiones: La colaboración de patólogos forenses y cardiólogos en la muerte súbita cardíaca, con la realización de un protocolo de autopsia completo (estudios histopatológicos, toxicológicos y de autopsia molecular) es una herramienta clave para conocer la etiología de la MS y alcanzar un diagnóstico familiar de las causas de MS.

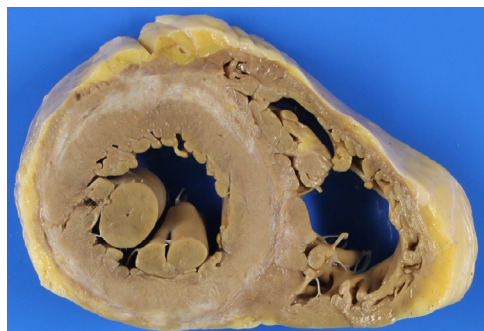
09:50

3004-12

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA.

María Paz Suárez Mier(1), Francisco Antonio Pastor Quirante(2), Beatriz Aguilera Tapia(1), Pilar Molina Aguilar(3), Juan Pedro Hernández Rincón(4) y Esther Zorio Grima(5) de (1)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Las Rozas de Madrid (Madrid), (2)Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, (3)Instituto de Medicina Legal, Valencia, (4)Instituto de Medicina Legal, Murcia y (5)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Antecedentes y objetivos: La miocardiopatía arritmogénica (MCA) se caracteriza por la sustitución del miocardio por tejido fibroadiposo con coronarias permeables. Con frecuencia debuta con muerte súbita (MS) atribuida a inestabilidad eléctrica por focos inflamatorios. Aunque la



Miocardopatía Arritmogénica de VI.

afectación del ventrículo izquierdo (VI) se describió inicialmente en fases avanzadas biventriculares, más tarde se ha reconocido en etapas precoces y de forma exclusiva, con ventrículo derecho (VD) respetado. Nos proponemos analizar las características anatomopatológicas de las MCA causantes de MS.

Material y método: Revisión retrospectiva multicéntrica de las MS por MCA con antecedentes, circunstancias de la muerte y datos de la autopsia (estudio macroscópico e histológico).

Resultados: Reunimos 103 casos, 83 hombres-H (80,5%) y 20 mujeres-M (19,4%), de 12 a 67 años (H $33,54 \pm 12$ años y M $38,8 \pm 13,46$). El 42,7% fallecieron durante la actividad cotidiana, el 34,9% con el ejercicio y el 14,5% en el sueño. Ninguno tenía el diagnóstico en vida. En el 19,4% hubo afectación familiar (13,5% MS). El peso cardíaco estuvo incrementado en la mayoría (H 462 ± 78 g y M 361 ± 87 g).

El 43,6% fueron MCA izquierdas puras o predominantes, el 32% derechas o predominantes y el 24,2% biventriculares. La región subepicárdica de las paredes posterior y lateral del VI fueron las más afectadas (73,7% y 70,0%) seguidas del tabique (62,1%) y la pared libre del VD (60,0%). La sustitución por tejido fibroadiposo fue el hallazgo más frecuente en el VI (55,4%) y en el VD (49,3%), pudiendo ser sólo tejido fibroso en el VI (36%). Se identificaron focos inflamatorios, generalmente aislados, en el VI (64%) y en el VD (56,3%), a veces muy extensos (13 casos) y de difícil diagnóstico diferencial con la miocarditis.

Conclusiones: La MCA es de predominio masculino y produce MS a partir de los 30 años, con mucha frecuencia desencadenada por el ejercicio físico (34,9%). Existe presentación familiar en casi un quinto de los casos. A diferencia de muchas series clínicas publicadas, en ésta predomina la afectación del VI sobre la del VD, generalmente a expensas de tejido fibroadiposo en ambos, aunque el VI puede presentar sólo tejido fibroso.

El hallazgo de focos inflamatorios aislados es común, y ocasionalmente pueden ser extensos. Instituto de Salud Carlos III, FEDER, «Una manera de hacer Europa», (PI14/01676;PI14/01477).

09:58 3004-13 MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA: CORRELACIÓN FENOTIPO-GENOTIPO POSTMORTEM.

Pilar Molina Aguilar(1), María Paz Suárez Mier(2), Beatriz Aguilera Tapia(2), Jorge Sanz Sánchez(3), Josep Mari-Alexandre(4), Juan Giner Blasco(1), Jerónimo Forteza Vila(5), Juan Ramón Gimeno Blanes(6) y Esther Zorio Grima(3) de (1)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valencia, (2)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Las Rozas de Madrid (Madrid), (3)Hospital Universitario La Fe, Valencia, (4)Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, (5)Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia y (6)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Los avances en cardiogenética han permitido mejorar el diagnóstico en el campo de la patología cardiovascular. Un ejemplo de esto es la autopsia molecular en los casos de muerte súbita cardíaca (MSC), incluyendo la miocardopatía arritmogénica (MCA). Objetivo: correlacionar las mutaciones patogénicas o posiblemente patogénicas identificadas con los hallazgos anatomopatológicos cardíacos de MCA en casos de MSC.

Material y método: estudio retrospectivo de 26 casos de MSC por MCA con estudio genético concluyente, incluidos en la base de datos de dos centros expertos en patología cardiovascular.

Resultados: ver tabla.

Gen	N	Edad media	Sexo	Tipo de MCA	Variedad VI	Variedad VD	Genética compleja	Truncamiento	Parte de la proteína
FLNC	9	28	8H 1M	9 izquierda 6 Fibroadiposa 3 fibrosa			1 RYR2 1 DSP 1 PKP2	9	7 dominio rod 1 N-terminal
DSP	7	36	5H 2M	5 biV pred izq 2 izquierda	6 Fibroadiposa 1 adiposa	2 Fibroadiposa 1 adiposa	1 DSP	4	4 dominio rod 2 N-terminal
PKP2	6	26	5H 1M	3 derechas 2 biV/biVpred D	2 Fibrosa	2 Fibroadiposa 2 adiposa	2 DSG2 1 DMD	5	3 central 2 N-terminal 1 C-terminal
DES	2	31	2H	2 izquierda	1 Fibroadiposa 1 fibrosa		1 DSP	1	2 C-terminal
TMEM43	1	52	H	Biventricular	Fibroadiposa	Fibroadiposa	1 DSP		
LMNA	1	33	H	Biventricular pred D			1 RYR2		Dominio rod

Discusión: Las mutaciones radicales en el gen de filamina C (FLNC) se asocian a afectación exclusiva del VI con predominio de la variante fibroadiposa; todas las mutaciones afectan al dominio rod de la proteína, siendo muy raro que haya dobles mutaciones. Todos los casos de mutación en desmoplaquina (DSP) tienen afectación del VI, y en la mitad de ellas coexiste afectación del VD (biventriculares-biV). Al igual que en la FLNC, predomina la variante fibroadiposa y no son frecuentes las dobles mutaciones; aproximadamente el 50% tienen mutaciones radicales produciendo truncamientos en el dominio rod y ocasionalmente en el extremo N-terminal.

Los casos de mutaciones en placofilina (PKP2) se escoran al revés que los de DSP son biventriculares o derechas puras casi al 50%, la carga genética de mutaciones es más importante que en DSP (casi todos los casos son mutaciones radicales y el 50% son dobles mutaciones, posiblemente responsables de la afectación izquierda añadida en estos casos) y las mutaciones se distribuyen a lo largo de toda la proteína. Hay sólo dos casos de mutaciones en desmina (DES), uno en TMEM43 y uno en lamina (LMNA), no pudiendo concluir en ellos su fenotipo característico.

Conclusiones: un análisis rápido atendiendo a la frecuencia de las mutaciones en cada gen nos ayuda a sugerir que ante una MCA izquierda exclusiva pensemos en mutación de FLNC>DSP>DES; si es biventricular, en DSP y PKP2 y si es derecha en PKP2. Aisladamente, parece que las mutaciones en PKP2 tienen que ser más graves (truncamientos y/o presentarse con otra mutación adicional) para acabar ocasionando una MSC por MCA, mientras que en FLNC y DSP, un único insulto genético es más frecuentemente suficiente para causar un evento letal. (PI14/01676; PI14/01477).

10:06

3004-14

CARACTERIZACIÓN POSTMORTEM DE LOS CASOS DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA POR MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.

Miquel Almudever Soler(1), Pilar Molina Aguilar(1), Diana Domingo Valero(2), Yolanda Abellán Pinar(1), Alfonso Colorado Casado de Amezúa(1), Jennifer Sancho Jiménez(1), Mercedes Bermejo Pérez(3), Juan Giner Blasco(1), Luis Martínez-Dolz(2) y Esther Zorio Grima(2) de (1)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valencia, (2)Hospital Universitario La Fe, Valencia y (3)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Castellón de la Plana (Castellón).

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una de las causas más frecuentes de muerte súbita cardíaca (MSC) en adultos jóvenes. Su base genética hace imprescindible que su estudio y prevención se realice mediante un abordaje multidisciplinar de cardiólogos y patólogos forenses.

Objetivo: caracterización de los casos de MSC por MCH en un intento de identificar posibles factores pronóstico asociados a eventos letales.

Material y método: estudio retrospectivo de las autopsias forenses con diagnóstico de MSC por MCH incluidos prospectivamente en estudio multidisciplinar en nuestro entorno de 2008 a 2016.

Resultados: ver tabla.

Discusión: predominio masculino con edad mayor de 35 años (64%) y así como obesidad/sobrepeso. Un 50% presentó tanto peso cardíaco como grosor aumentado, un 38% no tuvo aumento de peso y en un 18% los grosores fueron normales. Las cicatrices fibrosas se limitan al tabique, no son frecuentes ni se relacionan con la edad ni la arterioesclerosis coronaria (AE). La lesión de pequeño vaso está en prácticamente todos los casos, pero el tipo displásico se relaciona más con la extensión del disarroy miocárdico y la severidad de su fibrosis asociada.

La presencia de falsos tendones (43%) es más frecuente que en la población general y la válvula mitral está afectada en la mitad de los casos. La presencia de AE es frecuente a partir de los 40 años, siendo severa en un 20%. En los casos asociados al deporte no hay un aumento significativo del peso ni del grosor del ventrículo izquierdo. El estudio genético fue concluyente en 7/8 casos, 5 con mutaciones en MYBPC3 (todos asociados al deporte y cicatrices fibrosas extensas), 1 en MYH7 y 1 en ACTN2. Existe afectación familiar en la mitad de los casos estudiados.

Conclusiones: es necesario seguir avanzando en el conocimiento del comportamiento de la MCH y para ello se necesitan grupos multidisciplinarios, no limitar los casos índices por la edad y conseguir mayor apoyo institucional en los estudios genéticos, ya que siguen siendo la asignatura pendiente y son imprescindibles para filiar correctamente los casos. Instituto de Salud Carlos III, FEDER, «Una manera de hacer Europa» (PI14/01477).

10:14

3004-15

AUTOPSIA MOLECULAR TRAS MUERTE SÚBITA JUVENIL.

Óscar Campuzano Larrea(1), Anna Fernández-Falgueres(1), Georgia Sarquella-Brugada(2), Sergi César(2), Esther Carro(2), Elena Arbelo(2), Josep Brugada(2), Josep Castella(3), Jordi Medallo(3) y Ramón Brugada(1) de (1)Universidad de Girona, (2)Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) y (3)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Catalunya, Barcelona.

Una gran parte de los casos juveniles fallecidos de manera repentina quedan sin resolver. La arritmia cardíaca se sospecha como la principal causa de la muerte, especialmente cuando el corazón es estructuralmente normal a nivel macroscópico. Estas arritmias suelen ser de base genética, por lo tanto, familiares. Hoy en día se conocen varios genes causantes de patologías familiares asociadas a muerte súbita cardíaca. Pese a que la autopsia molecular se recomienda en los protocolos forenses actuales todavía no se realiza de una forma rutinaria en casos que quedan sin causa concluyente de la muerte.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar si las alteraciones genéticas podrían proporcionar una explicación para el fallecimiento repentino en una cohorte juvenil sin causa determinada de muerte tras autopsia.

Se analizaron 29 casos menores de 15 años que no mostraban causa concluyente de muerte tras autopsia exhaustiva. En casos con ADN de baja calidad se realizó un análisis genético de los 7 genes principales asociados con muerte súbita cardíaca mediante tecnología Sanger. En los casos donde el ADN extraído fue de buena calidad, se realizó un análisis genético de 55 genes asociados con la muerte súbita cardíaca utilizando tecnología de ultra-secuenciación.

Se identificaron 35 variantes genéticas potencialmente patogénicas en 12 casos (41,37%). En 8 de estos casos se identificaron 10 variantes genéticas (27,58%) localizadas en genes que codifican para canales iónicos cardíacos. También se identificaron 9 casos portadores de 25 va-

riantes genéticas (31,03%) en genes que codifican proteínas cardíacas estructurales. En 9 casos se observó más de una variación genética, 5 de ellos combinando tanto genes de canales iónicos como estructurales.

Nuestro estudio apoya el uso de la autopsia molecular en protocolos forenses cuando no se identifica causa concluyente de la muerte. En casos de muerte súbita en jóvenes, alrededor del 40% son portadores de al menos una variante genética que podría proporcionar una explicación de la causa del fallecimiento. Debido a que los familiares podrían estar en riesgo de muerte súbita, nuestros datos refuerzan la necesidad de combinar la autopsia molecular con la evaluación clínica y análisis genético en los familiares del fallecido.

10:22 3004-16 PANNUS: A HIDDEN CAUSE OF SUDDEN CARDIAC DEATH.

Rosa Henriques de Gouveia(1), Beatriz Simões Silva(2) y Francisco Corte Real(2) de (1)Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Coimbra, Portugal / Pathology Department, CHLO – H. Santa Cruz, Lisboa, Portugal / Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal y (2) Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Coimbra, Portugal / Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

Background & Objective: Valvular Heart Disease is esteemed to cause 1-5% of Sudden Cardiac Deaths. Valve replacement introduced a new pathology – “Prosthetic Valve Disease” – which, in view of the high number of artificial valves implanted every year worldwide, is a major problem. The authors present two cases of sudden and unexpected prosthetic valvular deaths.

Material & Methods: In a retrospective study, the reports with anatomic-pathology examination of 5394 forensic autopsies (performed in a time-span=5years 6 months, territorial area=29.206Km², inhabitants=2.595.540) were reviewed, searching for sudden death due to valve prosthesis complications. Results: Two cases of “Pannus” (0.04%) were found on monoleaflet mechanical valves, on aortic position. Both on females. One was 44 years-old, with ‘congenital aortic valve stenosis’ as the native valve pathology and the replacement occurred 15 years prior. The other was 48 years-old, had ‘bicuspid aortic valve’ as the native valve lesion and the surgery took place 3 years and 8 months before. Both “Pannus” were incidentally discovered during autopsy and had typical macro/microscopic features.

Discussion & Conclusion: Among the prosthetic valve complications, “Pannus” is rare, with an incidence of 1.6-2%, said to appear predominantly in females and in mechanical valves. Its pathophysiology is not yet completely understood, but its formation stands on a fibro-inflammatory process. “Pannus” may cause severe valve dysfunction (as in our cases), leading to multiple symptoms – from dyspnea to sudden death. In vivo, diagnosis may be difficult, with medical and legal consequences, namely malpractice suspicion.

Key-Words: Prosthetic Heart Valves, Pannus, Sudden Death

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7012

TÉCNICOS

7012-1 MODERADOR

Jose M^a Corominas Torres, Hospital del Mar-UAB, Barcelona.

10:30 7012-2 AUTOMATIZACIÓN, ESTANDARIZACIÓN Y SEGURIDAD EN EL MANEJO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

María Luisa López Vega(1), María Sagrario Rodríguez Meiriño(1) y María del Carmen Penín Corderi(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción: La anatomía patológica es una especialidad dedicada al diagnóstico morfológico en cuyo laboratorio se procesan muestras biológicas mediante técnicas especiales que serán la base del estudio anatomopatológico. El fijador "Gold Standar" sigue siendo el formol.

La agencia Internacional para la Investigación del Cáncer lo ha clasificado como Cancerígeno de categoría 1B con la indicación de peligro H350 y mutágeno de categoría 2 con la indicación de peligro H341 según el reglamento UE 605/ 2014 CLP.

Esta nueva clasificación y la entrada en Vigor definitiva en enero 2016 lleva a las autoridades sanitarias, ha hallar el modo de eliminar esta sustancia del entorno de trabajo.

Objetivos:

- Erradicar o reducir al mínimo la presencia de formol.
- Fijación estandarizada y resultados histológicos optimizados.
- Muestra ideal para Biobanco.
- Mejora fase pre-analítica.
- Reducir la exposición del personal.
- Archivar prácticamente sin formol.
- Reducir el coste de la eliminación.

Material y métodos: En la unidad quirúrgica inmediatamente después de la escisión, las muestras se transfieren a una sala adyacente en la que está instalado el TissueSAFE. La muestra se coloca en la funda de preservación seleccionada según su tamaño y se sella al vacío con la presión adecuada.

La muestra debe almacenarse identificada en nevera a +4º hasta su traslado al Servicio de Anatomía Patológica sin perder la cadena de frío. Garantizando su preservación hasta 72h.

A su llegada al Servicio de Anatomía Patológica tras la verificación de los datos, se procede a la apertura de la bolsa por el lugar indicado. La muestra llega en condiciones originales lo que permite una mejor visualización para su apertura y posterior fijación inyectando la cantidad justa en función del peso con el sistema de sellado al vacío SaelSAFE.

Resultados: En el periodo de un año de trabajo con la nueva tecnología se eliminó el uso de formol en quirófano y se redujo en el laboratorio de anatomía patológica.

El proceso de fijación es controlado en el laboratorio por el personal, facilitando la creación de un banco de tejidos.

Obtención de un archivo reducido, incluso sin formol y ahorro en eliminación de residuos

Conclusiones: La reducción del uso de formol y de los costes de reciclaje supone un avance en nuestro medio de trabajo y en problemas relacionados con el medio ambiente.

10:35 7012-3 FORMACIÓN CONTINUADA PARA CITOTÉCNICOS: MANEJO IN SITU DE MUESTRAS CITOLÓGICAS POR PUNCIÓN. EXPERIENCIA PILOTO DE SIMULACIÓN.

Inmaculada Tortosa Martínez(1), Francisco García Molina(1), Gema Ruiz García(2), Nuria Abad Navarro(1), Virginia Navas Cortés(1), Úrsula Soler Vicente(1), Ahmed Abdelraheem(3), Ángeles Abellán Palazón(1), Fuensanta Caballero Alemán(1) y Eduardo Alcaraz Mateos(1) de (1)Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, (2)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y (3)Facultad de Medicina, Universidad de Assiut.

Introducción: El control in situ de las muestras obtenidas mediante la técnica de Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF), bien por palpación directa o guiada con ecografía, tomografía o técnicas endoscópicas, se considera crucial para un manejo apropiado de los pacientes sometidos a dicho procedimiento. Tradicionalmente, se recomienda que sea el patólogo o el técnico en anatomía patológica (citotécnico) el encargado de dicha valoración.



Formación continuada en PAAF - TEAPs.

Material y métodos: Se han realizado sesiones de PAAF en nuestro centro, en entorno simulado, empleando los simuladores de tareas para punción (ES1140059 y ES1149563), con cargas de material de naturaleza vegetal (pulpa de plátano). Las características de dicho material, tras su extensión en portaobjetos y técnicas tintoriales (hematoxilina-eosina, Diff Quick y Giemsa) lo hacen apto para una valoración microscópica. Se evalúa la utilidad de simuladores PAAF para su formación.

Resultados: Un total de 20 PAAFs fueron realizadas por un patólogo, y 5 citotécnicos, de manera randomizada y en turnos rotatorios, llevando a cabo el procesamiento del material, su tinción y visualización microscópica. En todos los casos, se objetivó celularidad valorable y, por tanto, muestra suficiente. El tiempo medio en el procesamiento de la muestra hasta su visualización en el microscopio fue de 4'01'' (rango 3'42'' - 4'26''), con unos tiempos medios por tipo de tinción de: 3'42'' (Giemsa), 3'51'' (Hematoxilina-Eosina + Diff Quick), 4'00'' (Hematoxilina-Eosina) y 4'26'' (Diff Quick).

Discusión:

- Los simuladores de tareas son adaptables a escenarios para la formación de citotécnicos para valoración in situ de muestras obtenidas por punción.

- Esto permitiría al citotécnico certificar la calidad de la muestra obtenida, optimizando recursos y evitando procedimientos o PAAFs adicionales, innecesarias.
- La adecuada formación de citotécnicos permite un menor tiempo de exposición del paciente a la prueba diagnóstica y a sus posibles complicaciones.

10:40 7012-4 NUEVO MÉTODO PARA LA ELIMINACIÓN DEL FORMOL EN EL AMBIENTE LABORAL.

María Rodríguez Ballabriga(1), Emma Olmedo Arbizu(1), Carolina Valero Torres(1), M^a Carmen Marcellán Muruzábal(1), Milagros Chico Rodríguez(1), Hristo Iliev Iliev(1), Begoña Fuertes Negro(1) y María Teresa Ramírez Gasca(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: Recientemente, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha clasificado el formaldehído como carcinógeno clase 1. Esta nueva clasificación está promoviendo que las autoridades sanitarias y los profesionales que trabajan en los quirófanos y en los servicios de Anatomía Patológica (AP), busquen maneras de eliminarlo del ambiente de trabajo. En nuestro servicio de AP encontramos algunos inconvenientes derivados fundamentalmente de los efectos que produce el formol en el personal de quirófano y AP, siendo un punto crítico la transferencia de las muestras desde el quirófano al laboratorio. Además, pueden aparecer problemas ergonómicos como consecuencia del uso de envases pesados. Otro problema añadido es que no hay constancia del tiempo transcurrido desde que se introduce la pieza en formol hasta que se recibe en el laboratorio, y si éste es insuficiente o excesivo, puede alterar su posterior estudio.

Material y métodos: Por todo ello, se ha implementado un sistema de envasado al vacío de las piezas. Así, inmediatamente después de la excisión, las piezas se introducen en bolsas estériles, se sellan al vacío, se transportan en una nevera hasta el laboratorio y allí son revisadas por el personal técnico (TEAP) para comprobar que llegan correctamente, controlando además todo el proceso y tiempo de fijación.

Resultados: Con este sistema las piezas conservan el aspecto original, evitando la desecación de los tejidos y ralentizando el proceso de autólisis, lo cual facilita además la posibilidad de coger muestras para el banco de tejidos. Otra ventaja es que cualquier tipo de tejido se preserva en buen estado hasta 64 horas y se mantiene en condiciones óptimas para posteriores estudios inmunohistoquímicos y/o moleculares.

Conclusiones: En conclusión, pensamos que este nuevo sistema proporciona ventajas en el proceso de transferencia de las piezas quirúrgicas desde el quirófano al servicio de AP.

Por otro lado, se cumple la normativa vigente en cuanto a la seguridad laboral y se reducen los problemas ambientales en el medio de trabajo.

10:45 7012-5 PRUEBAS PARA ENCONTRAR MAYOR CELULARIDAD EN CITOLOGÍAS DE ORINA.

M^a del Carmen Delgado Navarro(1), Yolanda de la Torre Ordóñez(1), Ana Rabaneda González(1), Luis Robles Cabeza(1), Francisca López Cabrera(1) y Teresa Pereda Salguero(1) de (1)Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

El diagnóstico citológico de orina constituye una evidencia patológica en enfermedades urológicas. La citología de orina obtenida por micción espontánea es el método de referencia, pero la escasa celularidad nos presenta un problema en su extensión para el diagnóstico, para obtener los mejores resultados, en nuestro laboratorio realizamos tres pruebas de diferente centrifugación y extensión.

Las muestras obtenidas por micción espontánea son seis orinas de diferentes pacientes que vendrán prefijadas con alcohol de 50° a partes iguales y hacemos el mismo tratamiento en cada una de ellas. En la primera prueba usamos citospin para introducirlo en la citocentrífuga a 1500 rpm durante 5 min, obtenemos un extendido circular en el centro del portaobjetos, este es el método convencional para las orinas. En la segunda prueba usamos la centrifugadora, introducimos dos ml de cada muestra en tubos rotulados, centrifugamos 10 min a 2500 rpm, quitamos sobrenadante del tubo una vez centrifugado y homogenizamos el resto, depositaremos dos gotas en el portaobjetos y extendemos. En la tercera prueba uniremos las anteriores, primero centrifugamos dos ml de cada muestra a 2500 rpm durante 10 min, decantaremos el sobrenadante, homogenizamos el resto de la muestra e introducimos dos o tres gotas en un citospin para ponerlo en la citocentrífuga durante 5 min a 5000 rpm.

En la primera, la extensión presenta una celularidad moderada en un punto localizado del portaobjetos. En la segunda, la extensión presenta una celularidad moderada pero no localizada como en la anterior, haciendo que se tenga que examinar todo el portaobjeto, lo que supone un incremento de tiempo. En la tercera, la extensión presenta mayor celularidad que en la primera prueba y en una zona localizada no causando un incremento del tiempo en el screening.

Utilizábamos el método convencional pero la escasa celularidad presentaba un problema para el diagnóstico, actualmente utilizamos el doble centrifugado de las muestras y no tenemos el problema de la escasa celularidad, aunque quizás deberíamos de estudiar si este método daña las células con las centrifugaciones.

10:50

7012-6

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO ULTRARÁPIDO DE CÁNCER DE MAMA: TRAZABILIDAD Y ALGORITMOS DIGITALES.

Marta Alonso Martín(1), Rebeca Martínez(1), Silvia Blázquez(1), Virginia Álvarez(1), Johana Velasco(1), Mario Prieto(1) y Ana Suárez-Gauthier(1) de (1) Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid.

Introducción: Actualmente, los pacientes con cáncer de mama obtienen su diagnóstico anatomopatológico junto con el análisis de los biomarcadores en un tiempo medio superior a una semana. Esto es un hecho que provoca inquietud y sufrimiento para el paciente. El servicio de Anatomía Patológica-Laboratorio de Dianas Terapéuticas del Hospital Universitario HM Sanchinarro se propuso elaborar un circuito ultrarrápido en el que en menos de 48 horas, un paciente con cáncer de mama consiguiera su diagnóstico anatomopatológico junto con el análisis automatizado de los biomarcadores predictivos.

Materiales y métodos: Se estableció un circuito para identificar las biopsias de mama sospechosas desde el servicio de radiología (BI-RADS 4C en adelante) y controlar, además, el tiempo de fijación de la muestra. Se utilizaron herramientas de trazabilidad (Vantage) y algoritmos digitales (iScan coreo y Virtuoso) para el diagnóstico integrado de estas pacientes.

Resultados: Se identificaron 40 pacientes que reunían los requisitos para entrar en el protocolo. En el 100% de las situaciones se consiguió el objetivo de aportar en 48 horas toda la información necesaria para el tratamiento del paciente.

Conclusiones: Hemos conseguido establecer un protocolo ultrarrápido, completamente trazado y digitalizado, para el diagnóstico integrado de biomarcadores predictivos en carcinoma de mama.

10:55

7012-7

COORDINADORES TÉCNICOS. DEPENDENCIA DEL JEFE DE UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Blanca Palomeque Castro de Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid).

Justificación y objetivos: La normativa de la doble dependencia de los TEAP (funcional de los Jefes de Unidad de AP y orgánica de la Dirección de Enfermería) es una circular del antiguo Insalud (7/85). Esta situación dificulta la gestión de las Unidades de AP por depender el personal técnico, al menos en parte, de estamentos ajenos a la Unidad.

La creación de la figura del Coordinador Técnico (CT) depende de cada CCAA. Actualmente varía la regulación de esta categoría; desde algunas que la han creado, otras que lo permiten sin regulación oficial y otras que no lo contemplan.

El objetivo del siguiente trabajo es analizar la pertinencia de creación de esta figura en todos los Servicios de Anatomía Patológica.

Material y métodos: Se presenta la situación en las distintas CCAA de la categoría de Coordinador Técnico, analizando las funciones a desarrollar según el tipo de CT que se implante. Se expone la necesidad del respaldo por parte tanto del Jefe de Unidad como de los TEAP en la implantación de esta figura. También se valora la posibilidad de que el CT mantenga funciones de Técnico en la Unidad.

Resultados: La simple sustitución de un Supervisor de Enfermería por un Técnico con las mismas funciones, no mejora la gestión del Laboratorio de AP. Es conveniente la creación de un CT que ejerza sus funciones por delegación del Jefe de la Unidad, que mantenga actividades técnicas cuando sea posible, siguiendo el día a día del Laboratorio para poder tomar decisiones de forma inmediata cuando sea necesario.

Conclusiones: La figura de un CT que dependa del Jefe de Unidad de AP, unido a eliminar la dependencia orgánica de los TEAP de Dirección de Enfermería, mejoraría la eficacia, eficiencia y calidad de los procesos del Laboratorio de AP, independientemente de su tamaño y número de TEAP con que cuente.

11:00

7012-8

VALORACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL DNA EN IMPRONTAS CELULARES CONGELADAS Y ALMACENADAS DURANTE LARGOS PERIODOS.

Ana Mª Muñoz Mármol(1), Sonia Roca Terricabris(1), Carolina Sanz Monte(2), Maite López Peña(1), Laura Hernández León(1), Ruth Marginet Flinch(1), Montserrat Tierno García(1), José Luis Mate Sanz(1) y Aurelio Ariza Fernández(1) de (1)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y (2)Fundació Institut en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Antecedentes: La obtención de improntas a partir de muestras recibidas en fresco para la realización a corto plazo de diferentes determinaciones es una práctica muy recomendable en los servicios de Anatomía Patológica. El objetivo de este trabajo es comprobar si las improntas almacenadas a -20°C durante largos periodos de tiempo siguen siendo válidas para la realización de estudios moleculares.

Material y métodos: Entre los años 2007 y 2016 se recogieron improntas de ganglios linfáticos recibidos en fresco y, tras evaluar su representatividad, se almacenaron a -20°C. Para valorar su utilidad para la realización de técnicas de hibridación in situ fluorescente (FISH), tres muestras

de cada año elegidas al azar se hibridaron con una sonda ciclina D1/IGH de doble fusión. Para explorar la posibilidad de realizar técnicas de PCR se extrajo DNA de dos muestras por año. Se analizó la integridad del DNA extraído mediante electroforesis en gel de agarosa y una PCR-multiplex que amplificaba fragmentos de 100 a 400 pares de bases.

Resultados: De las 30 muestras analizadas por FISH, todas excepto dos (recogidas en 2007 y 2008) fueron valorables, aunque las intensidades de las señales de hibridación fueron variables y no guardaron relación aparente con el tiempo de almacenamiento. La integridad del DNA extraído fue alta, permitiendo la amplificación de fragmentos de hasta 400 pb en el 90% de las muestras. En el 10% restante la cantidad de DNA extraído fue insuficiente para la realización de técnicas de PCR debido a la baja celularidad de las mismas.

Conclusiones: La conservación de las improntas celulares en congelación es útil como complemento al tejido paraafinado para la realización de técnicas moleculares. La integridad de su DNA se mantiene tras periodos de hasta diez años, permitiendo el estudio de nuevos marcadores moleculares en muestras de archivo. En aquellos casos en los que la muestra es escasa, las improntas congeladas pueden constituir una reserva de gran valor para la realización de técnicas moleculares.

11:05

7012-9

MODELO DE ÓRGANOS DE ORIGEN PORCINO EX-VIVO EN CONGELACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL DE LA PRÓSTATA CON TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS.

Alejandra Usón Gracia(1), María Borrega Hernández(1), Helena Martín Rosado(1) y Francisco M. Sánchez-Margallo(1) de (1)CCMI "Jesús Usón", Cáceres.



Esófago cortado a la derecha. Vejiga preparada para la anastomosis en Simulap.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue la creación de un modelo de origen animal destinado a la práctica quirúrgica por laparoscopia de la anastomosis de la próstata necesaria por la presencia de una patología. Utilizando vejigas y esófagos de cerdo para simular la próstata, ya que la longitud del esófago nos permite extraer un número mayor de muestra.

Métodos: Para este trabajo se utilizaron 200 vejigas de cerdo de raza Large-White y 150 esófagos de la misma raza. Tras la extracción y la disección del órgano, los esófagos se dividieron en cinco partes de 6 centímetros aproximadamente. Se congelan a -30°C.

Los órganos fueron descongelados en agua templada. Se colocaron fijados en un corcho enfrentados para facilitar la anastomosis y se introdujeron en el Simulap®. Una vez colocados se introdujo una sonda de Foley acorde al tamaño del esófago.

Resultados: Anatómicamente ambos órganos, tanto la uretra como el esófago, tienen un número de capas semejantes y en concreto, la capa muscular. La sutura realizada es similar en ambos casos. El tamaño del esófago permite crear cinco partes de un mismo órgano debido a su longitud por lo que se incrementa la cantidad de muestra.

Conclusiones: Podemos concluir que el esófago de cerdo es un órgano óptimo para la práctica quirúrgica de la anastomosis término terminal realizada en pacientes humanos con patologías de la próstata. De esta manera se puede multiplicar la cantidad de muestra que se puede almacenar y debido a esto, se abaratan los costes derivados de la creación de un banco de órganos destinados a este fin.

11:10

7012-10

COMPARACIÓN DEL SISTEMA PRESTOCHILL™ FRENTE AL DE CONGELACIÓN EN CRIOSTATO, EN EL ESTUDIO DE LA BIOPSIA RENAL.

María Manasé Royo(1), Beatriz Mundo Bachero(1), Marta Sanza Porcar(1), David Balaguer Llorens(1) y M^a Jesús Nicolau Ribera(1) de (1)Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana.

Introducción: La técnica de inmunofluorescencia directa, que se realiza sobre tejido congelado, es fundamental en el estudio de la biopsia renal. Para su correcta evaluación es necesario un buen corte, con el máximo número de glomérulos íntegros. Recientemente se ha introducido un nuevo método basado en la congelación rápida de la muestra mediante un motor tipo Stirling refrigerado con gas helio que reduce la formación de cristales de hielo en el tejido. Además, el posicionamiento invertido de la técnica permite un mayor control del primer nivel de corte.

Objetivos: Valorar la calidad de la imagen en biopsias mediante esta nueva técnica de congelación directa con posicionamiento invertido en comparación con el método tradicional de congelación en criostato.

Material y métodos: Se comparan 19 biopsias renales congeladas mediante técnica rápida a -40° C y 19 congeladas en criostato a -55° C. En cada muestra se determina número de glomérulos, tamaño de cilindros, conservación de la estructura glomerular, artefacto intersticial y valoración de la tinción de hematoxilina eosina (detalle nuclear, detalle citoplasmático y distorsión).

Resultados: Con la técnica de la congelación rápida se observaron una media de 9,95 glomérulos por cilindro (vs. 6 con criostato), una conservación de la estructura glomerular buena o muy buena en 16/19 (vs 8/19), con artefacto intersticial en 5/19 (vs. 16/19) y una valoración de la tinción de hematoxilina eosina buena o muy buena en 16/19 (vs. 6 /19).

Conclusiones: La técnica de la congelación rápida descrita ofrece un mayor número de glomérulos a estudio e imágenes de mejor calidad en comparación con las muestras congeladas mediante el método tradicional con criostato, lo que puede facilitar la precisión diagnóstica en técnicas de inmunofluorescencia directa.

11:15 7012-11 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI: REPERCUSIÓN Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

María Montes Valles(1), Silvia Cantero González(1), Rocío Guijarro Pérez(1), Miguel Ángel Posada Posada(1), Erika Barrio Cañas(1), Martina Argañán Moralejo(1), Elvira González Obeso(1), María Álvarez Quiñones Sanz(1) y Juan José Mateos Otero(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: El *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), se desarrolla en la mucosa gástrica humana originando diferentes patologías: es el principal factor causante de gastritis crónicas con o sin displasia, úlceras gástrica y/o duodenales, linfomas tipo malt y adenocarcinomas gástricos.

Objetivos: Demostrar, teniendo en cuenta la creciente expansión y prevalencia de *H.pylori*, la intervención fundamental del servicio de anatomía patológica para diagnosticar esta infección, y especialmente, determinar las lesiones histopatológicas que la acompañan.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes: artículos (revisiones bibliográficas en PubMed, Elsevier, Scielo, Medline), libros, webs, bases de datos clínicos con el fin de aportar una información contrastada, veraz y concluyente, acerca de los distintos **Métodos** de diagnóstico de infección por *H.pylori*.

Los métodos de diagnóstico pueden ser invasivos (histológicos, cultivos, reacción en cadena de la polimerasa [pcr] realizada sobre muestras obtenidas por endoscopia) y no invasivos (serología, análisis de sangre y heces) menos fiables que los primeros.

El estudio histológico de las muestras se realiza mediante técnicas de histoquímica hematoxilina-eosina (h-e), giemsa y warthin-starry, que permiten un diagnóstico de certeza si el paciente presenta o no infección por *H.pylori*; también se pueden realizar técnicas de inmunohistoquímica (ihq) y de biología molecular.

Resultados: La biopsia es el método, que aunque invasivo, es más efectivo, rápido y exacto a la hora de confirmar la infección y establecer un diagnóstico de las lesiones que ésta produce.

Permite definir con precisión el patrón de gastritis.

Se ha comprobado que la técnica utilizada, que mejores resultados aporta, es la h-e más giemsa, si bien la ihq podría considerarse más precisa, su elevado precio la convierte en desaconsejable en términos de coste/efectividad.

Conclusiones: El *H.pylori* es la bacteria con mayor potencial patógeno que puede colonizar el estómago humano con una creciente prevalencia.

Es importante el seguimiento tanto de la infección como de las lesiones que produce.

Las evidencias científicas en la literatura y la experiencia en nuestro centro nos permiten proponer la biopsia gástrica teñida con h-e y giemsa como el método más eficiente y efectivo para el diagnóstico de infección gástrica por *H.pylori* y las lesiones que se acompañan.

11:20 7012-12 REEVALUACION DE LOS RESULTADOS DE BIOLOGÍA MOLECULAR TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE MATERIAL: EN EL SERVICIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR DEL ÁREA II DE CARTAGENA.

María Nuria Morales Suárez(1), África Fernández Valera(1), Carmen López Peña(1), Sara Soto García(1), Ana Ortiz González(1) y Ana Laura Martín Rodríguez(1) de (1)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Introducción: El cáncer de pulmón es actualmente uno de los más frecuentes a nivel mundial, incrementándose su incidencia con el paso de los años. La mayor parte de los pacientes, en el momento del diagnóstico se encuentran en estadios avanzados y por tanto inoperables. Determinados tipos de tumores poseen características especiales que los hacen susceptibles de un tratamiento individualizado, lo que hace que sea necesario la realización de pruebas moleculares en el momento del diagnóstico. El escaso tamaño de las muestras, la necesidad de estudios mutacionales, cada vez en mayor número hacen necesaria la implantación de protocolos de optimización del material para la realización de los mismos en los laboratorios de Anatomía Patológica, en los que tiene que estar implicado tanto el equipo técnico como el facultativo.

Material y métodos: Tras la realización y puesta en marcha de un protocolo de optimización de material: procedente de pacientes con diagnóstico de Carcinoma de pulmón, así como de detección de errores que hacían imposible la realización de estudios mutacionales en los mismos durante el año 2014, se reevalúan los resultados de la Sección de Biología Molecular del Hospital General Universitario Santa Lucía, en los años 2015 y 2016.

En el año 2015 se solicitaron 98 determinaciones de EGFR, de las cuales 97.8% fueron aptas para la determinación (con una tasa de mutación del 9.2%, acorde con los datos publicados en las guías), y solo un 2.2% de casos no adecuados (1/3 por escasez de material, y 2/3 por alteración preanalítica en el procesamiento de la muestra)

Tras solucionar problemas en fase preanalítica (sustitución bloques histogel por bloques parafina...etc) en el año 2016 se solicitaron 95 estudios, con una adecuación de muestra del 97.8% (mutación en el 12.6%), ninguna muestra no adecuada para la determinación, y tan solo un 2.1% de resultados inválidos por escasez de material.

Conclusión: La puesta en marcha de un protocolo de toma, procesamiento y optimización del material procedente de estos pacientes, así como la correcta cooperación e integración con el laboratorio de Biología Molecular ha favorecido la obtención de una mejora en los resultados analíticos de estas muestras, manteniendo los valores acordes con lo establecido en las guías, mejorando de esta forma la calidad asistencial del paciente, y optimización de recursos.

11:25 7012-13 REVISIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL NODO BIOBANCO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA EN 2016.

Juana Correa Serrano(1), María Dolores Nepomuceno Sánchez(1), María José Ríos Moreno(2), Sofía Pereira Gallardo(1), Sonia López Overa(1), María Isabel García Sánchez(2), Myriam Adorna Martínez(2), Sara Adorna Martínez(2), Guillermo Izquierdo Ayuso(2) y Juan José Ríos Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (2)Nodo Biobanco Hospitalario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BB-SPPA) es una entidad pública, sin ánimo de lucro, dependiente de la Consejería de Salud/Servicio Andaluz de Salud, que acoge colecciones de muestras biológicas concebidas con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizadas como una unidad técnica con criterios de calidad, orden y destino, donde son conservadas. Las muestras sólo pueden ser utilizadas en proyectos de investigación científicamente avalados, que cumplan las exigencias legales y los principios éticos que rigen la investigación en salud y que sean autorizados por los órganos competentes, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.

Los objetivos del trabajo son: revisar la captación, nueva entrada y transformación de muestras, distribución de biorrecursos y analizar las solicitudes de 2016 en el Nodo Biobanco Hospitalario Virgen Macarena (BBHVM)

Material y métodos: Revisión de datos obtenidos desde el sistema de gestión y datos del BB-SPPA (SIBAI), y desde Excel de distribución y cuadro de mandos integral del Nodo BBHVM correspondiente al 2016

Resultados: En el año 2016 el Nodo BBHVM registro un total de 457 nuevos donantes con un total de 3395 muestras. Se transformaron 8744 biorrecursos de distintos grados de complejidad. Se cedieron 24608 biorrecursos a distintos proyectos de investigación. Respecto a la gestión de solicitudes se recibieron 50 nuevas solicitudes locales, permanecieron activas 56 recibidas con anterioridad al 2016 y se cerraron 34 solicitudes recibidas también en años anteriores. El Nodo BBHVM participa en tres solicitudes estratégicas del BBSSPA y participa de forma regular en las solicitudes derivadas de la Plataforma Nacional de Biobancos.

Conclusiones: La actividad en los últimos años y en especial en 2016 concluye la especial significación de esta infraestructura común de apoyo a la investigación del centro hospitalario.

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7013

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

7013-1 MODERADORA

Elvira González Obeso, Valladolid.

10:35 7013-2 SARCOMA EMBRIONARIO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UNA PACIENTE DE 28 AÑOS.

Gloria Muñoz Arias(1), María José Añón Requena(1), María Isabel Moreno García(1), Ángela Hens Pérez(1) y Beatriz Pérez Ballesteros(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El Sarcoma Embrionario Hepático fue descrito por Stocker e Ishak en 1978 y se trata de una neoplasia mesenquimal maligna que supone el 13% de los tumores hepáticos malignos infantiles, mientras que en adultos supone sólo un 1% de los mismos. Clínicamente se presenta como una masa abdominal dolorosa que en los estudios de imagen se traduce en grandes tumoraciones sólidas con áreas quísticas, necrosis y hemorragia.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 28 años que debutó con dolor abdominal, mostrando en el TAC una gran masa en lóbulo hepático izquierdo de 16 cm de diámetro con zonas de hemorragia que sugería un tumor vascular o un adenoma hepático. Se realizó embolización para reducción de masa tumoral, y se resecó posteriormente.

Resultados: La pieza de hepatectomía mostró una tumoración bien circunscrita de 17 cm de diámetro, muy heterogénea, que incluía áreas blanquecinas periféricas y hemorragia en su porción central. Microscópicamente el tumor estaba compuesto por una proliferación de células fusiformes en un estroma mixoide que se mezclan con células pleomórficas atípicas con glóbulos hialinos citoplasmáticos. Se observaban numerosas mitosis, así como hemorragia y necrosis tumoral. Las células tumorales mostraban expresión inmunohistoquímica de vimentina y desmina y los glóbulos hialinos eran PAS positivos Diastasa resistentes.

Estos hallazgos junto con la negatividad con Pan-CK, HepPar2, miogenina y CD31 apoyaban el diagnóstico de Sarcoma Embrionario y descartaban el Hepatocarcinoma sarcomatoide, Rabdomiosarcoma y Angiosarcoma. Se observó así mismo inmunotinción en gota paranuclear con CAM 5.2 y WT1 y positividad de membrana con CD56 lo que confirmó el diagnóstico de Sarcoma Embrionario o Sarcoma Indiferenciado Hepático. Se realizó quimioterapia complementaria a la cirugía y la paciente se encuentra bien ocho meses después de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: El Sarcoma Embrionario Hepático es un tumor muy infrecuente y excepcional en adultos, lo que hace que el diagnóstico sea un verdadero reto. Sin embargo este tumor presenta unas características morfológicas e inmunohistoquímicas distintivas que permiten su diagnóstico. Tiene un pronóstico agresivo con una supervivencia global del 20% a largo plazo en las series más grandes estudiadas.

10:40 7013-3 CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DE LAS NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS DE INTESTINO GRUESO: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA.

M. Jesús Fernández-Aceñero(1), Cristina Díaz del Arco(1), Luis Ortega Medina(1), Javier Sastre Valera(1), J. Ángel Díaz Pérez(1), Jorge Palomar Ramos(1), Ana Caso Viesca(1) y Lourdes Estrada Muñoz(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas de tubo digestivo suelen afectar al estómago, siendo más rara la localización en intestino grueso. Los factores pronósticos de este tipo de neoplasias son iguales a los descritos en otras localizaciones. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra serie de neoplasias neuroendocrinas de intestino grueso y definir su comportamiento.

Material y métodos: Revisión de los datos sociodemográficos e histopatológicos de los pacientes con neoplasias neuroendocrinas de intestino grueso en un período de 16 años entre 2000 y 2016.

Resultados: En total se han identificado 49 casos. La incidencia fue similar en ambos sexos, con un ligero predominio en varones (55%). La media de edad de los pacientes fue 55,45 (DE, 17,5). La localización más frecuente fue el recto (64,6%), seguida del colon derecho. Se realizó una intervención quirúrgica para resecar la lesión en 36,7% de los casos, mientras que en 45% la intervención terapéutica se limitó a una polipectomía. Un 34,7% de los pacientes mostraron progresión o muerte por enfermedad.

La mayor parte de los casos fueron de bajo grado (56,8%). Entre los marcadores utilizados en el diagnóstico, nuestro estudio no confirma la falta de utilidad de cromogranina en las lesiones rectales planteada por otros autores, dado que se observó positividad en un 97% de los casos analizados (30 en total). Un 61,2% debutaron con una enfermedad estadio I, pero un 22,4% de la serie tuvieron metástasis. La resección fue completa en un 87,2% de los pacientes. En cuanto al comportamiento biológico un 77,5% de las lesiones rectales se mantuvieron estables, frente a un 50% de las de colon derecho. El grado medido con Ki67 según los puntos de corte habituales es un factor predictor de comportamiento biológico, aunque el más importante fue el estadio TNM tanto el empleado para los tumores colónicos epiteliales como el específico de tumores neuroendocrinos.

Conclusiones: Se presentan los resultados de revisión de nuestra serie de neoplasias neuroendocrinas de intestino grueso. La localización y los criterios clásicos (TNM y grado) parecen los principales definidores del pronóstico.

10:45 **7013-4 TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

María Jesús Viso Soriano(1), Sandra Vicente Arregui(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Sara Simón Portero(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), José Ignacio Franco Rubio(1), Helen Patricia Almánzar Comas(1), Samira Bakali Badesa(1), Nerea Torrecilla Idoipe(1) y Carlos Hörndler Argarate(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (TSPP) es un tumor solidoquístico, epitelial, extremadamente raro. Supone menos del 1-2% de todos los tumores pancreáticos exocrinos. Afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, con una media de edad de 30 años.

Material y métodos: Mujer de 29 años con dolor en hipocondrio izquierdo a la que se le descubre una masa en cola de páncreas de 7,5 x 7 cm de diámetro.

Resultados: Macroscópicamente se trata de una tumoración bien delimitada, con áreas sólidas y quísticas de distintos tamaños con contenido hemático. Al estudio microscópico, se observa una neoplasia muy celular de aspecto discohesivo, que forma pseudopapilas cubiertas por varias capas de células epiteliales, monomorfas, de talla pequeña, con citoplasma eosinófilo, en ocasiones vacuolado y núcleos en periferia. Los núcleos son redondos u ovales, monomorfos, con cromatina finamente granular, nucleolos poco prominentes y sin apenas mitosis.

El estroma acompañante muestra extensas áreas hialinizadas con gran componente vascular y focos de hemorragia. Muestra otros cambios regresivos como cristales de colesterol, microcalcificaciones y células xánticas.

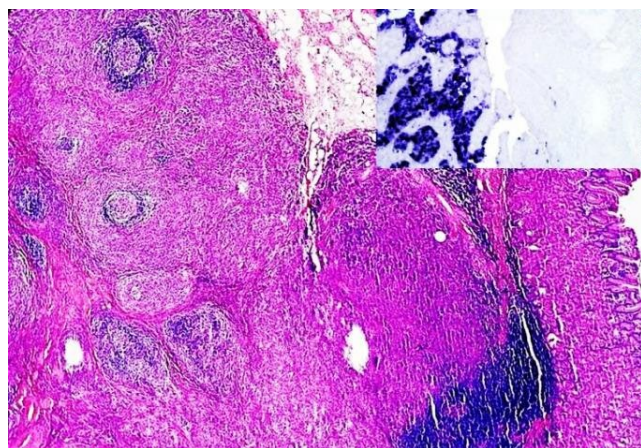
El diagnóstico diferencial principal debe realizarse con los tumores neuroendocrinos que expresan cromogranina y PAX 8. El TSPP, en cambio, no expresa estos marcadores y muestra positividad nuclear característica para beta-catenina.

Conclusiones:

- Ante el hallazgo incidental de una masa en páncreas en mujer joven, hay que pensar en un TSPP.
- Tumor con bajo potencial de malignidad, con curso indolente y pronóstico excelente.

10:50 **7013-5 CARCINOMA GÁSTRICO LINFOEPITELIOMA-LIKE, UN TUMOR POCO FRECUENTE. CASUÍSTICA EN 26 AÑOS (1990-2016).**

Diego González González(1), Daniel Colinas Reyero(1), Beatriz Madrigal Rubiales(1), Pilar Isabel González Márquez(1), Tomás Zamora Martínez(1), Patricia Callejo Pérez(1), María Elena Pérez Martín(1), Juan Manuel Oñate Cuchet(1), Jesús Martín Castillo(1) y María Ángeles Torres Nieto(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.



Carcinoma gástrico linfopitelioma-like HE10x+EBER20x.

Introducción: El carcinoma gástrico linfopitelioma-like es un tumor raro, que supone entre el 1-4% de todos los cánceres gástricos, estrechamente relacionado con la infección por virus de Epstein-Barr (VEB).

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica entre 1990-2016, hallándose 6 casos.

Resultados: De los 6 casos, 5 son varones, de entre 68 y 86 años, el 66,7% son fumadores. Todos sometidos a gastrectomía total. Localización fundus-cuerpo gástrico, tamaño entre 2,5 y 10cm.

Patrón histológico predominante, el sólido. El 83% de los casos tenían expresión de EBER. 2 casos tenían metástasis ganglionares. 3 de ellos, los estadios más avanzados, recibieron quimioterapia. La supervivencia media ha sido de 56 meses. Ver tabla 1.

Conclusiones: El carcinoma gástrico linfopitelioma-like es un tumor poco frecuente que afecta principalmente a hombres (en nuestra serie frecuencia de 5:1) siendo el tabaco un factor de riesgo reconocido

en este tipo de tumor (4 pacientes eran fumadores) y la localización más frecuente es la región del cardias y el cuerpo gástrico (todos nuestros casos se localizaban en cuerpo/fundus).

Macroscópicamente aparece como una lesión bien delimitada y ulcerada. Histológicamente está compuesto por trabéculas, túbulos mal definidos o nidos de células poligonales rodeados por un infiltrado linfocitario, con ocasionales folículos linfoides.

El componente que predomina, son linfocitos T CD8+ y ocasionales linfocitos B, células plasmáticas, neutrófilos y eosinófilos.

El 80% de los casos presentan infección por VEB (en nuestra serie 5 positivos 1 negativo) y recientemente se ha propuesto la siguiente secuencia de eventos: infección por VEB de células madre; expresión de genes latentes víricos; anomalía de las vías de señal causadas por productos génicos virales; represión mediada por metilación del ADN de genes supresores (isla CpG (CIMP)) y el crecimiento monoclonal de células infectadas con VEB a través de la interacción con otros factores etiológicos (tabaco).

Este tumor tiene mejor pronóstico que el adenocarcinoma gástrico convencional.

Estudios recientes han mostrado la relación entre la reacción inmune que acompaña a este tumor y el pronóstico favorable, incluso varía en función del patrón y la intensidad de la misma, siendo esto motivo de investigación para posibles dianas terapéuticas.

Resultados.

Año diagnóstico	Edad	Sexo	Fumador	Tamaño	Localización	Tratamiento	Patrón Histológico	EBER	TNM	Supervivencia
2008	68	Varón	Sí	2,5 cm	Subcardial	Gastrectomía total	Sólido	Positivo	pT2aNx	Vivo. 8 años y 2 meses
2008	68	Mujer	No	10,5 cm	Cuerpo-antro	Gastrectomía total más radio-quimioterapia	Sólido	Negativo	pT4pN0pMx	Viva. 8 años y 10 meses
2009	68	Varón	Sí	6,5 cm	Cuerpo-antro	Gastrectomía total más radio-quimioterapia	Glandular	Positivo	pT3pN1pMx	Fallecido. 2 años
2010	78	Varón	Sí	3 cm	Cuerpo-fundus (gastrectomía previa Billroth II por úlcera)	Gastrectomía total	Sólido	Positivo	pT2apN0pMx	Vivo. 6 años y 11 meses
2010	76	Varón	Sí	9 cm	Fundus	Gastrectomía total más radio-quimioterapia	Sólido		pT3pN3a	Fallecido. 1 año y 2 meses.
2016	86	Varón	No	2,5 cm	Fundus	Gastrectomía total	Sólido	Positivo	pT1bN0	Vivo. 11 meses

Tabla 1.

10:55

7013-6

CARCINOMA MIXTO ADENOENDOCRINO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL (MANEC): REPORTE DE 3 CASOS.

Helen Patricia Almánzar Comas(1), Carlos Hörndler Argarate(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), Ana Belén Roche Latasa(1), José Ignacio Franco Rubio(1), María Jesús Viso Soriano(1), Samira Bakali Badesa(1), Sandra Vicente Arregui(1) y Nerea Torrecilla Idoipe(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La mayoría de los carcinomas del tracto digestivo son adenocarcinomas, sin embargo en raras ocasiones encontramos un componente mixto, de estirpe epitelial junto a otro neuroendocrino (NEC). Cuando cada uno representa al menos el 30%, los conocemos como MANEC. En nuestro servicio hemos diagnosticado 3 casos y de cara a estudiar su carcinogénesis les hemos realizado estudio IHQ para la inestabilidad de microsatélites (IMS).

Material y métodos:

Caso 1: Mujer de 73 años. Hemicolectomía derecha con íleon y apéndice cecal. Tumoración excrecente de 4 x 3 cm.

Caso 2: Mujer de 46 años. Resección parcial del recto. Tumoración excrecente de 2,5 x 1,5 x 1 cm.

Caso 3: Varón de 85 años. Biopsia endoscópica gástrica (antro y cuerpo). Gran neoplasia maligna vegetante y ulcerada (Borrmann II).

Resultados:

Caso 1: Neoplasia expansiva compuesta por carcinoma mucinoso con células en anillo de sello en mas del 60% de la lesión y tumor neuroendocrino moderadamente diferenciado, que infiltra hasta el tejido adiposo subseroso con expresión IHQ para NEC (Sinaptofisina +). El estudio IHQ para IMS mostró alteración de PMS2 Y MLH1 en ambos componentes. El Ki67 fue de 25% en el componente NEC.

Caso 2: Neoplasia expansiva compuesta por adenocarcinoma con áreas mucinosas y diferenciación focal a células en anillo de sello y carcinoma neuroendocrino de alto grado que atraviesa capa muscular e infiltra focalmente el tejido adiposo perirrectal. El componente neuroendocrino representa el 40% con un ki67 del 90%. El resto es componente epitelial, diferenciándose un 5 % a células en anillo de sello. Ninguno de los componentes mostró alteración para el estudio IHQ de IMS.

Caso 3: Fragmentos de mucosa gástrica con adenocarcinoma superficial que muestra una desdiferenciación a carcinoma de células grandes con rasgos IHQ para NEC (sinaptofisina + y cromogranina +). El componente NEC presentó un ki67 del 90%. El estudio IHQ para IMS y HER2 resultó negativo en ambos componentes.

Conclusiones: Los MANEC son lesiones infrecuentes, que en la casuística de nuestro servicio representan menos del 2% de los tumores gastrointestinales que recibimos. La positividad presente, en uno de nuestros casos, para el estudio de IMS, podría sugerir una posible vía de carcinogénesis en estos tumores.

11:00 7013-7 TUMOR FIBROSO CALCIFICANTE EN PARED INTESTINAL.

Clara González Núñez(1), Nicolás López López(1), María Narváez Simón(1), José Javier López Caballero(1) y Raimundo García del Moral Garrido(1) de (1) Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

El tumor fibroso calcificante es una neoplasia infrecuente cuya etiología tumoral se ha puesto en entredicho. Su patogénesis es incierta habiéndose postulado (Van Dorpe, et al 1999) su relación con el tumor miofibroblástico inflamatorio.

Caso clínico: Mujer de 31 años intervenida por un cuadro de colelitiasis sintomática, encontrándose incidentalmente una tumoración de 0.5 x 0.4 cm dependiente de asa intestinal que es extirpada.

Material y métodos:

Hallazgos macroscópicos: Tumoración lisa, blanquecina, bien delimitada y aparentemente encapsulada de consistencia firme y elástica que al corte muestra superficie lisa, coloración blanquecina y sensación "arenosa" en el movimiento de la hoja del bisturí.

Hallazgos microscópicos: Neoformación no encapsulada y bien delimitada en relación con pared intestinal sin ejercer efecto compresivo sobre las estructuras colindantes. Presenta escasa celularidad con patrón fibroso en haces entrecruzados en el seno de los cuales se objetivan microcalcificaciones distróficas. Muestra una estructura vascular con vasos poco ramificados y escaso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario.

Inmunohistoquímica: El perfil inmunohistoquímico se caracteriza por: positividad para FXIIIa y vimentina y negatividad para CD117, ALK, CD31, actina de músculo liso, desmina, proteína S100 y citoqueratinas.

Diagnóstico: Tumor fibroso calcificante.

Discusión: Su patogénesis es incierta habiéndose postulado (Van Dorpe, et al 1999) su relación con el tumor miofibroblástico inflamatorio y habiéndose planteado más tarde (Sigel et al 2001) la diferencia entre ambas entidades debido a la discordancia de positividad para ALK y anomalías cromosómicas en 2p22-24 del tumor miofibroblástico inflamatorio ausentes en el tumor fibroso calcificante.

De comportamiento biológico benigno, muestra tendencia a la recidiva local en caso de extirpación incompleta, sin haberse notificado hasta la fecha la transformación maligna. El diagnóstico diferencial de estos tumores incluye procesos tan variados como: tumor miofibroblástico inflamatorio, fibromatosis desmoide, tumor estromal gastrointestinal en su variante mesentérica esclerosante, mesotelima desmoplásico, pseudotumor fibroso nodular reactivo del tracto gastrointestinal y mesenteritis esclerosante.

11:05 7013-8 NEOPLASIA QUÍSTICA MUCINOSA CON CARCINOMA INVASIVO HEPÁTICO.

Lidia Pérez Villa(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Virginia González Zafra(1), Isabel García Muñoz(1), M^a Victoria Ortega Jiménez(1), Elena Gallego Domínguez(1), Ana Isabel García Salguero(1), Isabel M^a Arranz Salas(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)UGC Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Las neoplasias quísticas mucinosas (MCN) previamente denominadas cistoadenomas son neoplasias benignas de vía biliar, son raras, representan menos del 5% de los tumores quísticos hepáticos, aparecen casi exclusivamente en mujeres con edades comprendidas entre los 45 y los 55 años.

En la clasificación de la OMS 2010 las neoplasias quísticas mucinosas se dividen según el grado de displasia en: MCN con bajo o intermedio grado de neoplasia intraepitelial, MCM con alto grado de neoplasia intraepitelial y MCN asociado a carcinoma invasivo que es lo que antes se denominaba cistoadenocarcinoma.

Presentamos el caso de un varón de 60 años intervenido previamente en dos ocasiones por quistes hepáticos simples, multiloculares, que comienza con fiebre y dolor en hipocondrio derecho. En TAC abdominal se evidenció la presencia de lesiones quísticas septadas, que ocupan la mayoría del lóbulo hepático derecho y la parte más medial del izquierdo, con compresión de la rama derecha de la porta, decidiéndose realizar una hepatectomía parcial. El MCN asociado a carcinoma infiltrante, es una neoplasia quística maligna, su presentación clínica y hallazgos analíticos suelen ser indistinguible de otras lesiones hepáticas, algunas de estas lesiones permanecen sin diagnóstico hasta el estudio necrópsico. Las pruebas de imagen no son concluyentes para un diagnóstico definitivo debido a las características radiológicas que comparten las MCN, siendo indispensable la confirmación histológica. El diagnóstico diferencial engloba fundamentalmente a la neoplasia papilar intraductal (IPN) de vía biliar, endometriosis, cistoadenoma seroso microquístico hepático de tipo pancreático, adenofibroma biliar, quistes simples, carcinomas quísticos intrahepáticos, este último se asocia IPN y no presenta un estroma de tipo "ovarian-like".

Las neoplasias quísticas mucinosas hepática suponen un reto diagnóstico debido al solapamiento de criterios clínicos, analíticos y radiológico. Dado el potencial maligno y la dificultad para diferenciarlo sin histología de su forma maligna (MCN asociado a carcinoma infiltrante o cistoadenocarcinoma), está indicada la resección quirúrgica con bajas tasas de recidivas.

11:10 7013-9 AMILOPECTINOSIS. POSIBLE DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA HEPÁTICA.

Katherine María Gallardo Rodríguez(1), Álvaro Gutiérrez Domingo(2), Adrián Pablo Rodríguez Caulo(3), Ignacio Gutiérrez Domingo(4), Fernando Antonio García Machado(1), Raquel Mullor Nogales(1), M^a Carmen Maeso Fortuny(1) y Antonio José Perera Molinero(1) de (1)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (3)Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, Badajoz y (4)Hospital de San Juan de Dios, Bormujos (Sevilla).

Objetivo: describir los hallazgos clínicos-patológicos de esta rara entidad diagnosticada en un paciente en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

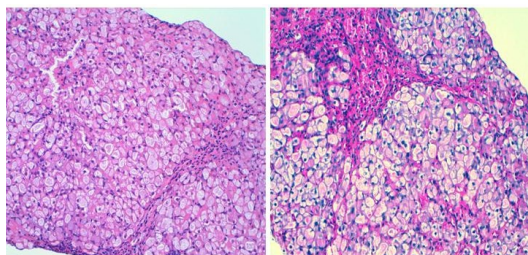


Figura 1.

La amilopectinosis o enfermedad de almacenamiento del Glucógeno tipo IV, es un trastorno autosómico recesivo, causado por el déficit de la enzima 1,4 glucan-6-glicosiltransferasa, que da lugar a la acumulación de glucógeno de cadenas largas no ramificadas en el hígado y otros órganos. En el siguiente trabajo se presenta un caso de posible amilopectinosis diagnosticado por biopsia hepática. Se analizan los hallazgos histopatológicos y orientativos, se comenta el cuadro clínico y se realiza una actualización de la bibliografía.

Materiales y métodos: presentamos el caso de un paciente de 4 años, con antecedentes familiares importantes (hermano fallecido por supuesta hepatopatía autoinmune no filiada y una hermana actualmente viva y en seguimiento por la unidad de digestivo de nuestro centro por sintomatología similar). Clínicamente

nuestro paciente presentó hepatomegalia y elevación de enzimas hepática, se realizó biopsia hepática en la que se advierte depósitos de material eosinófilo fuertemente PAS + y ligera fibrosis periportal; debido a éstos hallazgos clínicos-patológicos se sugiere el diagnóstico probable de enfermedad por depósito de glucógeno y se decide realizar estudio con microscopía electrónica donde se advierte un material fibrilar que asemeja la amilopectina; entre otros hallazgos. Actualmente estamos a la espera de los resultados del estudio genético para poder confirmar el diagnóstico de amilopectinosis.

11:15 7013-10 PREVALENCIA DE ADENOCARCINOMA Y LESIONES PRECURSORAS EN LAS COLONOSCOPIAS.

Ramón Bosch Príncipe(1), Natalia Navas García(1), Joaquín Miguel Jaén Martínez(1), Lluís Pons Ferré(1), Tomás Álvaro Naranjo(1), Bárbara Tomás Arasa(1), María del Mar Barberá Marro(1), Narvin Essouri(1), Josep Giné Gala(1) y Carlos López Pablo(1) de (1)Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa (Tarragona).

Introducción: El adenocarcinoma colorrectal (ADC) es el cáncer más común en Europa y la segunda causa de muerte por cáncer. Generalmente aparece a partir de lesiones precursoras de bajo grado (adenomas convencionales [AC] o lesiones serradas [LS]) y se ha comprobado que esta secuencia adenoma-adenocarcinoma infiltrante tarda aproximadamente de 10 a 15 años, pasando por estadios intermedios de alto grado (displasia severa [DS] y adenocarcinoma in situ [ADCis]).

Objetivo: Evaluar la prevalencia de ADC, de ADCis/DS y de AC/LS en las biopsias endoscópicas remitidas al servicio de anatomía patológica durante todo el 2016.

Material y métodos: De las 3559 colonoscopias realizadas en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta durante el 2016, en 2501 (70,3%) se remitieron biopsias endoscópicas. Se revisaron los registros informáticos para identificar a los pacientes y obtener los datos sociodemográficos y anatomopatológicos. El análisis estadístico se realizó sobre las 2501 muestras biopsicas correspondientes a 2394 pacientes y con SPSS. Las variables cualitativas se describen mediante la frecuencia y el porcentaje y las cuantitativas con la media y la desviación estándar.

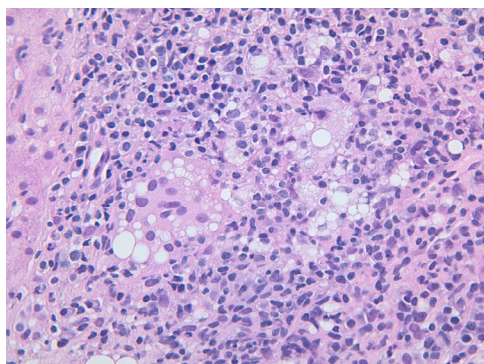
Resultados: De los 2394 pacientes, 2293 (95,8%) fueron sometidos a 1 colonoscopia durante el 2016, 95 (4%) a dos y 6 (0,3%) a tres. La edad media de los pacientes fue de 61,22 años (DE: 12,73 a.), 1 372 (57,3%) eran hombres y 1022 (42,7%) eran mujeres, no habiendo diferencias significativas en su edad media (hombres: 61,61 $\pm$ 11,79; mujeres: 60,70 $\pm$ 13,81; p: 0,084).

En las 2.501 colonoscopias se detectaron 107 (4,3%) ADC, 59 (2,4%) ADCis/DS, 1961 (78,4%) AC/LS y sólo 374 (14,9%) no contenían ninguna de estas lesiones. De los 107 ADC identificados, sólo en 7 (6,5%) se observaron lesiones precursoras (AC) junto con el carcinoma infiltrante mientras que en el resto no se evidenciaron. En 51,4% (55/107) se remitieron biopsias de otras lesiones (AC i/o LS). Respecto a los 59 ADCis/DS, 38 (64,9%) eran DS, 20 (33,9%) eran ADCis sobre AC y 1 (1,7%) era un ADCis sin AC/LS acompañante. Respecto a las 1961 endoscopias con AC/LS, 810 (41,3%) eran AC, 594 (30,3%) LS y 557 (28,4%) contenían al menos un lesión de cada tipo.

Conclusiones: La prevalencia de ADC en las colonoscopias es del 4,3%, la de las lesiones precursoras de alto grado es del 2,4% y la de lesiones precursoras de bajo grado del 78,4%.

11:20 7013-11 ETIOLOGÍA INUSUAL DE HEPATITIS GRANULOMATOSA.

Ana Isabel de Hita Santabaya(1), Javier Ibarra de la Rosa(1) y Francisca Salva Ramonell(1) de (1)Hospital Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears).



Granulomas epitelioides hepáticos por reacción a sílica.

Presentación: Mujer de 36 años, natural de Colombia, que vive con dos hijos, un perro y dos conejos, adquiridos en el último mes. Antecedentes personales de infección por VIH estadio A-1 y hepatitis crónica por virus C. Antecedentes quirúrgicos de colecistectomía en 2010 e implantación de prótesis mamarias en 2006, que presentó absceso mamario en 2007 con retirada de la prótesis y colocación de una nueva.

Curso clínico: Acude a urgencias por un cuadro de 10 días de diarrea acuosa, escalofríos, dolor abdominal difuso y fiebre. No presenta artralgias ni rash cutáneo. Se le realiza analítica y se observa insuficiencia renal aguda, hipopotasemia moderada y alteración del perfil hepático con GPT de 309U/L y GOT de 115U/L. Se inicia tratamiento antibiótico con mejoría del cuadro diarreico aunque sin mejoría analítica ni de la fiebre.

Ante la sospecha de un cuadro infeccioso se realiza su estudio serológico y urocultivo que resultaron negativos.

Se decide continuar el estudio con una ecografía abdominopélvica en la que se observa esteatosis hepática moderada difusa, radiografía de tórax y TAC toracoabdominal con adenopatías axilares aumentadas de tamaño y rotura unilateral de prótesis mamaria.

Catorce días después continua con fiebre de origen desconocido sin mejoría del perfil hepático aunque sí de la función renal.

Se decide realizar biopsia hepática por aumento de tamaño hepático y PAAF de adenopatía axilar.

Diagnóstico: El diagnóstico de la PAAF fue de linfadenitis reactiva a cuerpo extraño (silicona) y el de la biopsia hepática de parénquima hepático con intenso infiltrado inflamatorio crónico a nivel de los espacios porta con hepatitis de interfase. Se identifican abundantes granulomas epitelioides, sin necrosis central, fundamentalmente en los espacios porta aunque también a nivel lobulillar. En los granulomas se observa un material acelular en forma de gotas de distintos tamaños compatible con material exógeno (silicona).

Conclusiones: Por todos es conocido la presencia de silicona en ganglios axilares tras la rotura de prótesis mamarias, pero lo llamativo de este caso radica en tener en cuenta que puede existir diseminación a distancia de sustancias exógenas, provocando cuadros de fiebre de origen desconocido, que no mejoran con tratamiento antibiótico, y las complicaciones que ello implica. Por ello es importante una historia clínica detallada, sin pasar por alto ningún detalle.

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7014

INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR

7014-1 MODERADOR

Javier Freire Salinas, Santander (Cantabria).

10:30

7014-2

COMPARACIÓN CUALITATIVA ENTRE MUESTRAS DE TEJIDO FRESCO CRIOGENIZADO (FF) Y MUESTRAS DE TEJIDO FIJADO EN FORMOL Y PROCESADO EN PARAFINA (FFPE): IMPACTO EN LA ENTIDAD TISULAR, EN LA PRESERVACIÓN Y EN EL TIEMPO DE ALMACENAMIENTO.

Carlota Lucena Porcel(1), Peter Schirmacher(1) y Esther Herpel(1) de (1)Institute of Pathology, Heidelberg (Baden-Wuerttemberg Bayern).

Introducción: El biomaterial humano es una fuente ideal para la investigación en el campo de la genómica y proteómica, de gran importancia en el campo de la medicina personalizada. Por ello, los biobancos se encuentran actualmente en una situación de demanda. Para poder proveer biomaterial de alta calidad, preservación y procesamiento adecuados de las muestras es crucial desde el punto de vista clínico e investigador. El objetivo de este estudio es analizar factores (órgano, tipo de preservación y tiempo de almacenado) que afectan a la calidad del tejido midiendo el nivel de fragmentación de sus ácidos nucleicos (RIN/DIN).

Material y métodos: Desarrollamos distintos métodos de extracción de RNA/DNA para analizar de forma comparativa en distintas entidades (tejido sano y tejido tumoral de colon, próstata, riñón, ganglios y partes blandas) procesadas en FF y FFPE desde 2005 hasta 2015. RNA/DNA fue extraído mediante dos métodos (automatizado-Siemens TPS Hamilton, y semi-automatizado -QIAcube, QIAGEN) en un buffer de extracción de 80 µl. Su concentración medida mediante fluorescencia con Qubit (Agilent Technologies). La integridad y calidad de los ácidos nucleicos fue validada mediante electroforesis (2200 TapeStation, Agilent). Para comprobar su usabilidad en posibles estudios moleculares realizamos PCR y RT-PCR con un set definido de genes de referencia (GAPDH, β-actina, B2M).

Resultados: Como otros estudios confirman, muestras en FF son de mejor calidad que en FFPE. Luego, las muestras archivadas entre 2010-2015 son de mejor calidad (DIN=8,3) que las archivadas entre 2005-2009 (DIN=7). Actualmente estamos realizando una serie de PCR para poder analizar la usabilidad de las muestras en los distintos periodos de almacenado y en los distintos métodos de preservación.

10:35

7014-3

ESTADO MUTACIONAL DE RAS EN CARCINOMA COLORRECTAL (CCR) METASTÁSICO. ¿ES LA BIOPSIA LÍQUIDA UNA ALTERNATIVA A LA MUESTRA DE TEJIDO FIJADO EN FORMOL E INCLUIDO EN PARAFINA (FFPE)?

Martina Álvarez Pérez(1), Rosario Chica Parrado(1), Vanesa de Luque Ibáñez(1), Isabel Mª Arranz Salas(2), María del Pino Flórez Rial(3), José Miguel Peláez Angulo(3), Lidia Pérez Villa(2), Luis Vicioso Recio(2), Emilio Alba Conejo(2) y Manuel Benavides Orgaz(3) de (1)Centro de Investigaciones Médico Sanitarias/UMA, Málaga, (2)Hospital Universitario «Virgen de la Victoria», Málaga y (3)Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La identificación de mutaciones en los genes KRAS y NRAS, como biomarcadores predictivos de respuesta a tratamiento con fármacos inhibidores de EGFR es necesaria en pacientes con CCR, y se realiza en muestras de tejido tumoral FFPE, tanto del tumor primario como de las metástasis. Actualmente, hay estudios que avalan la identificación de estas mutaciones, en biopsia líquida, concretamente, en DNA tumoral circulante (ctDNA). Esta determinación, siendo la toma de muestra mínimamente invasiva, proporciona información molecular tanto del tumor primario como de las metástasis eliminando el sesgo relacionado con la heterogeneidad inter/intra-tumoral del tejido.

Objetivos: 1) Definir la utilidad de la determinación del perfil mutacional de KRAS y NRAS en ctDNA como alternativa al tejido. 2) Valorar en muestras de pacientes con mutaciones de RAS, si existen diferencias en la fracción alélica mutada (MAF) en aquellos con tumores primarios resecados comparada con los no operados.

Material y métodos: Se determinó el estado mutacional de RAS en plasma de 65 pacientes con CCR, estadios IV procedentes de los Hospitales Universitario Regional y Virgen de la Victoria de Málaga, con tecnología BEAMing, basada en PCR digital. En las muestras con mutaciones de RAS en plasma se valoró el % de MAF en pacientes con tumores primarios resecados y se comparó con los no operados.

El resultado de RAS en tejido fue el obtenido, de la biopsia del tumor primario o de las metástasis en el momento del diagnóstico del CCR. En el estudio de correlación tejido/plasma, sólo se incluyeron pacientes con determinación del perfil mutacional de RAS en plasma y en tejido y que no hubiesen recibido ningún tipo de tratamiento previo.

Resultados: De los 65 pacientes, en 41 (63,08%) no identificamos mutaciones en KRAS ni NRAS. En los 24 pacientes mutados en plasma, el porcentaje de MAF fue del 7,24% en pacientes con tumor primario resecado (n=14) y 11,6% en aquellos con tumores no resecados (n=10). El estado mutacional de KRAS y NRAS fue concordante en plasma y tejido en 25 de los 28 pacientes seleccionados (89,2%), siendo 9 nativos y 16 mutados; la mutación más frecuente fue exon 2, codón 12 de KRAS. En las 3 muestras discordantes, se identificaron mutaciones en plasma ausentes en el tejido.

Conclusión: El análisis de ctDNA proporciona, al menos, tanta información como la obtenida en el tejido tumoral

10:40

7014-4

REORDENAMIENTOS DE ROS1 EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA E HIBRIDACIÓN IN SITU CON FLUORESCENCIA.

María Sánchez Ares(1), Silvia Margarita García Acuña(1), Ángel Vázquez Boquete(1), Trinidad Yolanda Rico Rodríguez(1), Dora Cristina Insua Santamaría(1), María Elena Couso Folgueira(1), Raquel Pérez-Becerra Ferreiro(1), José Ramón Antúnez López(1), José Manuel Cameselle Teijeiro(1) y Ihab Abdulkader Nallib(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

La detección de reordenamientos en el proto-oncogen Ros1 (ROS1) es fundamental para determinar el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), ya que dicha fusión se asocia a respuesta con inhibidores de tirosin quinasa como el crizotinib. En este estudio se pretende determinar la correlación entre la presencia de reordenamientos de ROS1 por hibridación in situ con fluorescencia (FISH) y su detección por inmunohistoquímica (IHQ).

Se estudiaron bloques citológicos o de tejido en parafina de 500 pacientes con CPNM en estadio avanzado. El análisis inmunohistoquímico fue realizado usando el clon D4D6 (Cell Signaling Technology). Para el estudio de FISH se usó la sonda 6q22 ROS1 Break Apart FISH Probe RUO Kit (Abbott Molecular). El resultado del análisis inmunohistoquímico fue valorado por dos patólogos por medio del H-score, que da un valor de 0 a 300 según la intensidad de la tinción citoplasmática y el porcentaje de células tumorales teñidas. La intensidad fue considerada como: 0, ausencia de expresión; 1, intensidad débil; 2, intensidad moderada; 3, tinción granular citoplasmática intensa. El H-score se calculó según la ecuación: $H\text{-score} = \sum [intensidad (0,1,2,3) \times \% \text{ de células tumorales teñidas}]$. Se ha tomado como punto de corte positivo para el H-score 150. Se considera que existe reordenamiento por FISH cuando el porcentaje de células con señal de separación es superior al 15%.

En 13 (2.6%) de los 500 casos se evidenció inmunoreactividad citoplasmática, con un H-score comprendido entre 30 y 300. Sólo 7 (1.4%) casos mostraron un H-score superior a 150. El patrón de tinción fue granular fino difuso citoplasmático en 11 casos y sólo 2 casos mostraron acentuación de membrana. Por FISH se detectó reordenamiento en 5 (1%) casos, pero sólo en 2 de ellos el H-score fue superior a 150.

Aunque a priori la IHQ podría considerarse un método de screening previo al estudio de FISH, existen casos con fusión de ROS1 sin alteración en la expresión de la proteína. Por ello, el uso de la IHQ como método exclusivo para la evaluación de ROS1 puede dar lugar a falsos negativos.

10:45

7014-5

OPTIMIZACIÓN DEL GENOTIPADO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CITOLOGÍAS ANALES EN FASE LÍQUIDA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Nuria Pérez González(1), Virginia de Lucas López(1), Federico Rojo Todo(1) y Alicia Cazorla Jiménez(1) de (1)Departamento de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La patogenia del Carcinoma epidermoide anal y la Neoplasia intraepitelial anal está relacionada con la infección por VPH. Además más del 90% de los condilomas anales se atribuye a genotipos de VPH de bajo riesgo. La citología anal es el método de elección de cribado para el diagnóstico precoz de estas lesiones, siendo la detección simultánea de la presencia del VPH y sus subtipos recomendable.

Objetivos: Realización del genotipado de los tipos de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (AR) y bajo riesgo (BR) en citología anal en medio líquido (Thinprep).

Métodos: Se revisan 266 citologías anales en fase líquida (ThinPrep) de 223 pacientes (203 hombres y 20 mujeres) de entre 22 y 70 años (media de 38 años), donde se determinaron 35 genotipos de HPV, de AR y BR por amplificación e hibridación mediante sondas específicas para HPV (CLART HPV-4 basado en microarrays de baja densidad) e interpretación mediante el software SAICLART.

Resultados: De las 266 muestras, 264 (99.2%) fueron informativas. Se detectó HPV en 236 muestras (88.7%) de las cuales, 140 (83.3%) eran negativas para malignidad, 45 (97.8%) ASCUS/ASC-H, 49 L-SIL (98%), y 2 casos de H-SIL (100%). Sólo en un caso con diagnóstico de L-SIL no se detectó HPV. En 157 casos se objetivó la presencia de 3 o más genotipos de HPV, la mayoría de ellos de AR y BR de forma simultánea (155 casos). Los genotipos frecuentes fueron el 16 (AR) en 67 casos (28.4%) seguido del 6 (BR) en 58 casos (24.6%).

Conclusiones: La presencia del VPH se determina con fiabilidad sobre citología exfoliativa anal en fase líquida con el uso de microarrays de baja densidad. El virus es detectado en 236 casos independientemente del diagnóstico citológico, incluso en citologías negativas para malignidad. Es frecuente encontrar coinfecciones por 3 ó más genotipos del virus en las muestras analizadas. Dados los resultados sería recomendable la realización del co-test (Citología y detección de VPH) para el cribado y seguimiento de estos pacientes.

10:50

7014-6

INCORPORACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE MUTACIONES DE RAS EN ADN TUMORAL CIRCULANTE MEDIANTE EL KIT ONCOBEAM RAS CRC EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Mari Carmen Vela Ortiz(1), Mercè Muset Viarnes(1), Alba Dalmases Massegú(1), Gabriel Piquer Velasco(1), Arnau Zafra(1), Ester Moragón Massey(1), Mar Iglesias Coma(1), Clara Montagut Viladot(1), Francesc Alameda Quillet(1) y Beatriz Bellosillo Paricio(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La determinación de mutaciones en RAS es necesaria para seleccionar los pacientes con cáncer de colon metastásico que van a recibir tratamiento anti-EGFR. El análisis de estas mutaciones en ADN tumoral circulante (ctDNA) ofrece claras ventajas al ser un método mínimamente invasivo y representativo de la heterogeneidad tumoral. El kit OncoBEAM RAS CRC ha sido validado para realizar estas determinaciones, pero la incorporación en un servicio de anatomía patológica es compleja y requiere personal cualificado. En nuestro centro hemos adecuado las áreas de trabajo y hemos adaptado el protocolo para reducir las tasas de error y el tiempo de respuesta.

Metodología: Para evitar el elevado riesgo de contaminación de las muestras, hemos delimitado las áreas de trabajo en áreas de no retorno para cada etapa del proceso: 1) Área de extracción del ctDNA, 2) Campana de flujo laminar para la PCR multiplex, 3) Campana de flujo laminar para realizar diluciones y preparar la PCR de emulsión y 4) Área específica para realizar la hibridación de las sondas y el análisis en el citómetro

de flujo. Por otro lado, la empresa Sysmex ha realizado una formación al personal encargado de la técnica que consistía en 3 fases: formación, ejecución y evaluación.

Resultados: Las primeras determinaciones objetivaban una tasa de error del 7,9% con un tiempo de ejecución de 5-6 días. La mayoría de errores se debían a un exceso o defecto de la cantidad de ctDNA analizado, hecho que nos ha llevado a cuantificar la concentración de ctDNA después de la extracción y ajustarla en un rango entre 2 y 0,3ng/ul. Actualmente, la tasa de error media es 1,87% y el tiempo de ejecución son 3,5 días. Hemos analizado 38 muestras de plasma de pacientes con mCRC con una concordancia global entre tejido y plasma del 94,5 %. Todos los casos mutados en tejido también han sido detectados en ctDNA. En dos casos se ha detectado una mutación en plasma pero no en tejido.

Conclusión: La puesta punto en un servicio de anatomía patológica de la determinación de mutaciones de RAS en ctDNA circulante mediante el kit OncoBEAM RAS CRC requiere un tiempo de formación y afianzamiento. La elevada concordancia de resultados entre tejido y plasma y la rapidez en la obtención de resultados hacen que las determinaciones en ctDNA sea una buena opción para seleccionar que pacientes pueden recibir tratamiento anti-EGFR.

10:55

7014-7

LA RESPUESTA A RITUXIMAB EN EL LINFOMA FOLICULAR SE ASOCIA CON EL POLIMORFISMO RS20575 EN EL GEN DEL INDUCTOR DE LA APOPTOSIS POR VÍA EXTRÍNSECA, TRAILR1.

Pablo Conesa Zamora(1), Ana Ortiz González(1), Rocío Gutiérrez-Cívicos(1), Josefa Alfocea Sánchez(1), María del Carmen Marín Serrano(1), María Inmaculada Navarrete Lendínez(1), Daniel Torres Moreno(1), M^a Ángeles Ros Roca(1), Luciano Consuegra Sánchez(1) y Andrés Jerez(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia.

El rituximab combinado con quimioterapia ha demostrado un incremento en la supervivencia global y libre de enfermedad en el linfoma folicular (LF); pero existe una considerable variabilidad interindividual en la respuesta. La ruta de la apoptosis por la vía extrínseca es activada por los receptores de muerte que parecen estar implicados en el mecanismo de acción de los anticuerpos monoclonales como el rituximab.

Este trabajo trata de ver la relación entre ciertos polimorfismos del sistema TRAILR1/TRAIL (rs20575, rs20576, rs2230229, rs12488654) y la respuesta a rituximab en LF así como su relación con el polimorfismo rs763110 en otro gen de la apoptosis extrínseca, FASL, por haberse asociado recientemente a la respuesta a rituximab.

Métodos: Los polimorfismos se determinaron en una cohorte de 125 pacientes LF tratados con rituximab en primera línea y la respuesta se evaluó como respuesta completa, parcial, enfermedad estable y progresiva, de acuerdo con el "International Working Group Consensus Revised" resultados No se encontraron diferencias significativas con la respuesta para los polimorfismos rs20576, rs2230229, y rs12488654. Sin embargo, los portadores GC/GG para el rs20575 demostraron ser más frecuentemente respondedores parciales/no respondedores (88.2%) que respondedores completos (72.5%) mostraron una tendencia hacia la asociación ($p=0.064$). En un análisis multivariante encontramos que el sexo femenino [odds ratio=0.355, IC 95%: 0.137-0.922, $P=0.033$] y el genotipo CC en rs20575 de TRAILR1 (odds ratio=0.162, 95% IC: 0.035-0.757, $P=0.021$) fueron factores predictivos independientes de respuesta clínica completa al rituximab.

Conclusión: Después de estudiar el papel farmacogenético de los polimorfismos en TRAILR1/TRAIL en pacientes con LF tratados con rituximab encontramos que el genotipo CC de rs20575 es un factor predictivo independiente de mejor respuesta al rituximab reforzando la posible implicación de los receptores de muerte en el mecanismo de acción de los anti-CD20.

11:00

7014-8

PREVALENCIA DE MUTACIONES DE BRAF EN MELANOMA CUTÁNEO Y ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS.

Francisco Javier Sánchez García(1), Virginia de Lucas López(1), Socorro María Rodríguez Pinilla(1), Nuria Pérez González(1), Carmen Laura Auz Alexandre(1) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Realizamos una revisión de los casos diagnosticados de melanoma en los últimos 10 años (2007-2016) en nuestro centro, comparando nuestros resultados en la determinación de mutaciones en BRAF con los de series descritas en la literatura. Se agruparon los casos en función de la localización, el patrón histológico, el índice de Breslow y el nivel de Clark.

Material y métodos: Se realiza la determinación de la mutación V600 en BRAF de 71 casos diagnosticados de melanoma por medio de PCR en tiempo real a partir de DNA obtenido de tejidos fijados en formol y embebidos en parafina.

Resultados: De los 71 casos (39 hombres y 32 mujeres), la localización más frecuente fue el pie (26,76%), seguido de la espalda (23,94%), tronco y piernas (ambos 11,26%). El patrón histológico más frecuente fue el nodular (61,97%), seguido del de extensión superficial (21,12%) y el lentiginoso acral (14,08%). El número de casos con mutación en BRAF en el tumor primario fue de 27 (38,89%).

El 33,33% de las lesiones en hombres y el 43,75% de las encontradas en mujeres presentaban mutación en el BRAF, siendo más frecuente en cara y cuello (66,67%), seguida de la espalda (47,06%). El patrón histológico con mayor tasa de mutaciones en BRAF ha sido el de extensión superficial, con un 46,66%. El 12,68 % de los pacientes presentaba un índice de Breslow < 1 mm, de ellos, el 33,33% presentaban mutación en BRAF; el 23,94 % tenían un Breslow entre 1-2 mm, presentando BRAF mutado el 41,17%; el 16,9 % entre 2-3 mm, de los cuales el 25% tenían la mutación; el 9,86% entre 3-4 mm, de ellos, en el 42,85% se encontraba mutación en BRAF; el resto de los pacientes (36,61%) se clasificó como > 4 mm de índice de Breslow, de ellos, el 38,46% tenían mutación en el BRAF.

Conclusiones: El porcentaje de mutación de BRAF en el tumor primario en nuestro estudio ha sido 38,89%, estando en el límite inferior respecto a las series de casos revisadas en la literatura, donde este valor alcanza el 40-60%. En lo que se refiere al tipo histológico donde más aparece la mutación, nuestro estudio es equiparable al resto de los estudios realizados, siendo el melanoma de extensión superficial el más frecuente. La mayoría de los melanomas de nuestro estudio se desarrollaron en áreas de la piel con exposición solar intermitente, es decir que correspondieron a melanomas en los que la mutación V600E es más frecuente.

11:05 7014-9 DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN TEJIDO PARAFINADO CON MICROARRAYS DE BAJA DENSIDAD.

Virginia de Lucas López(1), Nuria Pérez González(1), Carmen Laura Auz Alexandre(1), Jenifer Plaza Sánchez(1), Jorge Muñoz Rodríguez(1), José Ignacio Cornejo Ladrero(1), Federico Rojo Todo(1) y Alicia Cazorla Jiménez(1) de (1)Departamento de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Los virus del papiloma humano (VPH) son una familia de más de 200 subtipos, algunos de los cuales se asocian con la patogenia de distintos tipos de Carcinomas, especialmente de localización anogenital, orofaríngea y cutánea. Su detección es importante para el correcto manejo, seguimiento y tratamiento de los pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de VPH en biopsias realizadas en nuestro centro durante el año 2016, correlacionándolos con la localización y diagnóstico de las mismas y establecer la eficiencia de su uso en material FFPE.

Métodos: Se realiza genotipado del VPH mediante la plataforma tecnológica basada en microarrays de baja densidad en DNA obtenido de 185 muestras fijadas en formol y embebidas en parafina de distintas patologías y localizaciones. Corresponden a 167 pacientes, 66 mujeres y 101 hombres con edades entre 11 y 90 años (media de 44 años).

Resultados: El VPH se detectó en un 64.9% de las muestras testadas, siendo muy infrecuentes las coinfecciones por más de 3 subtipos. Son positivas el 85% de las muestras con displasia intraepitelial de alto riesgo (AR), el 91% de bajo riesgo (BR) y más del 40% de las lesiones benignas. Se observa baja prevalencia (33%) en los carcinomas invasivos. En las biopsias anales, se detectó el virus en el 60% de casos sin displasia, 91.4% en NIA1/condiloma y 100% en Carcinomas invasivos y NIA 2-3. Los subtipos más frecuentes son el genotipo 6 (55.1%) y 16 (15.9%). En las biopsias exocervicales, se detectó el virus en el 100% de los L-SIL y H-SIL y el 80% de los carcinomas invasivos, siendo más frecuentes los genotipos de AR (94%), especialmente el 16. En las biopsias cutáneas su presencia es muy variable, siendo los genotipos de BR (6, 11 y 40) más frecuentes. En mucosa genital se detecta en el 100% de las displasias de BR. De las biopsias de cabeza y cuello, el 50% de los lesiones benignas presentan VPH de BR; el 21.7% de los Carcinomas invasivos muestran VPH de AR (el más frecuente 16) y las displasias intraepiteliales son negativas. En otras localizaciones la presencia del virus es más inconstante.

Conclusiones: La tecnología de Microarrays de baja densidad permite el genotipado del VPH a partir de DNA de tejidos fijados en formol y parafinados con buena rentabilidad. Muestran positividad y correlación con el diagnóstico histológico especialmente en mucosa anogenital.

11:10 7014-10 EXPRESIÓN DE PD-L1 EN LINFOMAS T PERIFÉRICOS.

Ana Isabel Fernández Díaz(1), Sandra Pérez Buira(1) y Raquel Pajares Martínez(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El linfoma T periférico (LTP) es una neoplasia poco frecuente de debut primario ganglionar, mal pronóstico y ausencia de tratamiento específico. Existen tres grandes subgrupos, el linfoma T angioinmunoblastico (LTA), el linfoma anaplásico de células grandes ALK-positivo y negativo y el linfoma T periférico no especificado (LTNE). Uno de los marcadores más característicos de este subgrupo de tumores es la presencia de PD. Su ligando, PD-L1 (B7-H1 or CD274), es expresado en condiciones normales por células presentadoras de antígenos si bien, se ha visto también sobreexpresado en tumores sólidos. Este estudio pretende identificar el patrón de expresión de PDL1 en LTP e identificar su posible relevancia biológica, para un futuro uso como diana terapéutica.

Material y métodos: Se han recopilado una serie de 150 LTE, (98 LTA, 52 LTPNOS y 26 LACG (10 ALK-negativos y 16 ALK-positivos)). Se ha analizado la expresión de PDL1 con dos clones diferentes; DAKO (28.8) y ROCHE VENTANA SP142 y la expresión de PD1 (CNIO). Se cuantifico la expresión de PDL1 en microambiente y/o células tumorales teniendo en cuenta % de células tumorales e intensidad de tinción. Se establecieron diferentes grupos según estos criterios. Cualquier positivo se considero positivo.

Resultados: PDL1-Roche se expresó en 114 LTE en el microambiente, y en el componente tumoral de 4.38 (5/114) LTE, 18.7% (3/16) LACG ALK-negativos y 70% (7/10) LACG ALK-positivo. La expresión en células tumorales fue superior al 10% en 4 casos y en dos de ellos fue intensa. PDL1-DAKO se considero positivo en 107 LTE en el microambiente, y en el componente tumoral de 3.5% (4/114) LTE, 60% (6/10) LACG ALK-negativo y 100% (10/10) LACG ALK-positivos. La intensidad de las células tumorales fue marcada en 8 casos y en 13 presentaban positividad en más del 10% del componente tumoral. Todos los casos identificados con PDL1-ROCHE fueron identificados con el anticuerpo PDL1-DAKO. La expresión de PDL1-ROCHE y no PDL-DAKO en el microambiente se correlacionó de forma directa con la expresión de PD1 en el componente tumoral.

Conclusión: En LTE es fundamental el uso combinado de varios marcadores para determinar la expresión de PDL1, debido a su diferente patrón de expresión. Es necesaria la realización de estudios adicionales para establecer el significado biológico e implicación clínica.

11:15 7014-11 ESTUDIO POR PIROSECUENCIACIÓN DEL ESTADO MUTACIONAL DEL GEN BRAF EN MELANOMAS AVANZADOS Y SU VALOR COMO FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA A FÁRMACOS INHIBIDORES DEL RECEPTOR BRAF.

Paula Serret Miralles(1), Rubén Carrera Salas(1), Rosa Ballester Victoria(1), Francisco Javier Pozo Ariza(1), José Antonio Vázquez Luque(1), Mari Carmen Ramos Guijo(1), Carmen Blázquez Maña(1), Amparo Sáez Artacho(1), Joan Carles Ferreres Piñas(1) y Francisco Javier Andreu Navarro(1) de (1)Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

Introducción y objetivo: El melanoma maligno representa el 4% de los cánceres de piel, diagnosticándose el 15% en fase avanzada, y siendo para estos casos la supervivencia estimada no superior a los 12 meses. El 50% de los melanomas presentan mutaciones en el gen BRAF, localizándose el 90 % en el codon 600 (p.V600E), con papel conocido como factor patogénico.

La proteína BRAF anómala aparece como diana terapéutica de los fármacos inhibidores selectivos que asocian una reducción del riesgo de progresión del tumor de hasta el 74%, así como una reducción relativa del riesgo de muerte de hasta el 63%.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de mutación del gen BRAF en pacientes con melanoma en estadio IV y pacientes en estadio III con indicación de inclusión en ensayo clínico, utilizando la plataforma de pirosecuenciación, así como el análisis de la media de supervivencia en pacientes estadio IV.

Material y métodos: Estudio mutacional de BRAF en 53 pacientes afectados de melanoma en fase avanzada (estadios III y IV) diagnosticados en nuestro Hospital, entre los años 2012 y 2016. Se determinan mutaciones en exones 11 y 15 de BRAF mediante pirosecuenciación (therascreen BRAF Pyro kit), con análisis exhaustivo de codones 600 y 464-469. Los pirogramas resultantes se analizan con software PyroMark 2.0.7.

Se realiza análisis de la media de supervivencia en los pacientes portadores de la mutación tratados con inhibidores BRAF (estadio IV).

Resultados: De los 53 pacientes, 25 (47.2%) presentan mutación BRAF, de los cuales 23 (43.4 %) corresponden a la mutación p.V600E; 1 (1.8 %) a p.V600K y 1 (1.8 %) a p.V600E compleja (c.1799_1800TG>AA). En los 28 pacientes restantes (52.8 %) no se detectó la mutación de BRAF.

De los 25 pacientes con mutación BRAF, 15 se encuentran en estadio IV, siendo tratados 13 de ellos con fármacos específicos, obteniéndose una media de supervivencia de 26,2 meses.

Conclusiones: Se detectó, mediante la técnica de pirosecuenciación, una prevalencia mutacional de BRAF del 47.1%, siendo la más frecuente pero no exclusiva, la p.V600E. Los pacientes en estadio IV tratados con fármacos inhibidores específicos, presentan una media de supervivencia de 26.2 meses, claramente superior a la descrita en la literatura para estos pacientes.

11:20

7014-12

SECUENCIACIÓN MASIVA VS ESTUDIOS MOLECULARES GEN A GEN. RESULTADOS DE UNA SERIE DE VALIDACIÓN EN 263 GENES DE 51 PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS.

Natalia Rodón Font(1), Olga Díaz Castello(1), Ruth Román Lladó(1), Montse Verdú Artufel(2), Yessica No Garbarino(1), Isabel Trias Puig Sureda(2), Melina Lozano Vigil(1) y Xavier Puig Torrus(3) de (1)BIOPAT. Biopatología Molecular S. L. Grup Assistència. Barcelona, (2)BIOPAT. Biopatología Molecular S. L., Grup Assistència. HISTOPAT Laboratoris SL., Barcelona y (3)BIOPAT. Biopatología Molecular. HISTOPAT Laboratoris. Hospital de Barcelona, SCIAS, Grup Assistència.

Presentamos los resultados del estudio comparativo realizado en BIOPAT para valorar la implementación de una plataforma de secuenciación masiva en sustitución de los estudios convencionales, gen a gen, para la caracterización del perfil molecular en una serie que incluye 19 carcinomas colorrectales, 26 de pulmón, 5 de páncreas y 1 melanoma, correspondientes a 51 pacientes. Se compararon los resultados de 263 genes estudiados previamente mediante técnicas convencionales con los obtenidos por secuenciación masiva (NGS). Los genes KRAS exón 2 y BRAF exón 15 se estudiaron mediante PCR alelo específica e hibridación reversa (StripAssay KRAS/BRAF), las mutaciones en los exones 3 y 4 de KRAS y 2, 3 y 4 de NRAS mediante pirosecuenciación (RasExtension PyroKit), las mutaciones de EGFR mediante real-time PCR (Therascreen EGFR RGQ), las mutaciones de PIK3CA y TP53 por secuenciación directa y los reordenamientos de los genes ALK, ROS1 y RET mediante hibridación in-situ fluorescente (FISH). El estudio de DNA mediante NGS se realizó con la plataforma Ion PGM (ThermoFisher) con un kit para detectar mutaciones en 22 genes relacionados con cáncer, en una única reacción (OST DNA kit). El estudio de RNA por NGS para los reordenamientos en los genes ALK, ROS1, RET y NTRK1, se realizó únicamente en los carcinomas de pulmón (OST Fusion Kit). Cuatro de los 51 (7,8%) estudios de DNA y 4 de los 26 (15,4%) de RNA fueron no valorables mediante NGS debido a problemas técnicos que se resolvieron posteriormente.

La concordancia entre los dos estudios fue del 100% para todos los genes excepto para ROS1 (91%) debido a que en un caso se detectó una translocación de ROS1 mediante NGS que no fue detectada por FISH y, de manera inversa, en otro caso la NGS no detectó una translocación de ROS1 positiva por FISH (Tabla 1). La concordancia global entre los resultados de la serie fue del 99,2% y supone una pérdida de información del 0.4% atribuible únicamente al gen ROS1. En el 53% de los casos el estudio mediante NGS detectó mutaciones en genes no analizados anteriormente, además del caso con un reordenamiento de ROS1 no detectado por FISH, ya comentado. Con los resultados obtenidos consideramos válida la técnica de NGS en nuestro laboratorio, aunque requiere un seguimiento prospectivo con mayor volumen de casos.

Tabla 1. Concordancia entre resultados del estudio gen a gen y NGS.

GEN	N	CONCORDANCIA ENTRE LAS DOS TÉCNICAS (%)
KRAS	50	100
BRAF	51	100
NRAS	20	100
EGFR	26	100
TP53	19	100
PIK3CA	19	100
ALK	26	100
ROS1	26	91
RET	26	100

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7015

DIGESTIVO, HEPATOBILIAR, UROLOGÍA, NEFROLOGÍA Y ENDOCRINO

7015-1 MODERADORES

Carolina Ibarrola de Andrés, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

José M. Cameselle Teijeiro, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

10:30

7015-2

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO EN MESENTERIO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE TUMORES MESENQUIMALES DIAGNOSTICADOS EN REGIÓN ABDOMINAL EN UN PERÍODO DE 17 AÑOS.

Anna Domingo Amela(1), Antonio Urban Ramón(1), Eva María Bailon Fernández(1), Xavier Sanmartín Cabrera(1), Mireia Recaj Gutiérrez(2) y Marta Gómez Pallarès(3) de (1)Anatomía Patológica, (2)Servicio de Cirugía y (3)Servicio de Cirugía. Hospital Sant Jaume. Consorci Hospitalari del Maresme i la Selva. Calella (Barcelona).

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es un tumor mesenquimal poco frecuente de potencial maligno incierto, que tienden a ocurrir en niños y adultos jóvenes. Omento y mesenterio son las localizaciones más frecuentes extra-pulmonares.

Caso: Mujer de 29 años que consulta a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución en cuadrante inferior derecho, acompañado de náuseas y vómitos. La ecografía abdominal mostró una estructura tubular en fosa ilíaca derecha sugestiva de apendicitis aguda. Hallazgo de tumoración pediculada de 3 cm en el mesenterio de ileon distal, con normalidad del apéndice.

Histológicamente se observa proliferación de células fusocelulares en un estroma mixoide con abundantes linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. Perfil inmunohistoquímico: vimentina(+), actina(+), CK AE1/AE3(-), CK7(-), CD117(-), p54(-) y ALK(-). Índice Ki-67 <5%.

Se revisan los casos de tumores mesenquimales de la región abdominal diagnosticados entre los años 2000-2017 en nuestro hospital, con un total de 11 casos de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), 1 caso de leiomioma, 3 casos de liposarcomas, 1 caso de leiomioma y 1 caso de TMI, confirmando la escasa frecuencia en general de estos tumores.

Discusión: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una entidad de aspecto microscópico heterogéneo con áreas de celularidad variable de tipo fusocelular y un infiltrado inflamatorio característico, a menudo rico en células plasmáticas. El 60% de los tumores expresan ALK por inmunohistoquímica y aproximadamente el 50% presentan reordenamiento o translocación del gen ALK. Existe discusión sobre el comportamiento biológico de estos tumores. Se han descrito recurrencias en un 25% de los casos e incluso transformación maligna. El estudio del gen ALK es necesario como tratamiento diana para casos avanzados. El diagnóstico diferencial incluye otros tumores mesenquimales como GIST, leiomiomas, tumores desmoides, pólipo fibroide inflamatorio, sarcoma sinovial y sarcoma de células claras y tumores no mesenquimales como linfomas.

El caso actual está libre de enfermedad tras un seguimiento de 3 años.

10:30

7015-3

MESENTERITIS ESCLEROSANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniel Corrales Cruz(1), Isabel Viqueira Rodríguez(1), Estíbaliz Obregón Martínez(1) y Mª Henar Borrego Pintado(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La mesenteritis esclerosante es una condición patológica rara caracterizada por una inflamación benigna, no específica, del tejido adiposo del mesenterio con predominio en el intestino delgado.

Materiales y métodos: Paciente varón de 60 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución asociado a vómitos. Se diagnostica de oclusión intestinal y se procede a intervención quirúrgica.

Resultados: Pared de intestino delgado que muestra a nivel del mesenterio, una marcada necrosis grasa con macrófagos de citoplasmas amplios en el tejido fibroadiposo, algunos multinucleados. Éstos alternan focalmente con una proliferación escasamente celular, constituida por haces de fibras fusiformes, de núcleos sin atipias ni incremento en la actividad mitótica.

Con técnicas de IHQ, dichas células fueron positivas para Actina y negativas para CD117, CD34, S100, CK AE1/AE3, CK7, CK20, Beta Catenina y Desmina. CD68 positivo en los macrófagos.

Conclusión: La mesenteritis esclerosante es un trastorno idiopático que implica predominantemente el mesenterio del intestino delgado con grados variables de fibrosis, inflamación y necrosis grasa. Se desconoce su etiología, pero se cree que puede ser el resultado de una respuesta inflamatoria inespecífica del mesenterio a una agresión alérgica, química, térmica, infecciosa, autoinmune o quirúrgica.

Aparece a partir de la quinta década de la vida y es más frecuente en el sexo masculino. La presentación clínica es variable y su diagnóstico es un reto multidisciplinar.

10:30

7015-4

PARAGANGLIOMA MESENTÉRICO. NEOPLASIA POCO FRECUENTE EN LA PATOLOGÍA TUMORAL MESENTÉRICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Daniel Riaño Alarcón(1), Francisco Giner Segura(1) y David Ramos Soler(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes derivados de la cresta neural. Aunque estas neoplasias tienen preferencia por las proximidades de los grandes vasos, pueden aparecer en cualquier parte del organismo. Son raros fuera de la glándula suprarrenal, no suelen dar sintomatología ya que frecuentemente son no funcionantes, siendo detectados como hallazgos casuales en necropsias y cirugías por otras causas.

El diagnóstico definitivo de estas tumoraciones se establece con el estudio inmunohistoquímico, ya que la histología convencional no permite diferenciar los paragangliomas de otros tumores neuroendocrinos.

Presentamos dos casos.

Materiales y métodos: **Caso 1:** Paciente de 71 años con deterioro progresivo de la función renal, en tomografía computarizada (TC) se detecta una masa intraperitoneal no filiada de 6cm. Se realiza hemicolectomía derecha.

Caso 2: Mujer de 80 años de edad que ingresa para intervención quirúrgica de adenocarcinoma intestinal. En TC abdominal se encuentran dos adenopatías sugestivas de tumoración sincrónica de estirpe neuroendocrina sin relación con el tumor anterior. Se realiza hemicolectomía derecha y resección mesoileal.

Resultados: **Caso 1:** Al examen macroscópico de la pieza se observa en raíz mesentérica una tumoración bien delimitada de 6.7cm. En estudio histológico presencia de células de citoplasma amplio y claro junto con otras células granulares difusas, con positividad difusa para cromogranina, sinaptofisina, S100, y negatividad para CD117, DOG1, desmina, citoqueratinas, EMA, HMB45 y MELAN A, e índice de Ki67 menor del 3%.

Caso 2: Al examen macroscópico se identifican múltiples fragmentos ganglionares que en conjunto miden 3cm. En estudio microscópico se observa presencia de células de citoplasma amplio y claro invadiendo el estroma ganglionar normal, que tienen positividad para cromogranina, sinaptofisina, CD56, S100, y negatividad para citoqueratinas AE1/AE3, MELAN A, CD117 y DOG1.

Con el examen histológico e inmunohistoquímico de los dos casos se estableció el diagnóstico de paraganglioma.

Conclusión: Los paragangliomas mesentéricos son neoplasias que se presentan como un hallazgo casual en muchas ocasiones, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otros tumores peritoneales. La inmunohistoquímica es por tanto una herramienta fundamental en el diagnóstico de esta entidad.

10:45

7015-5

NEFROPATÍA MEMBRANOSA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA COMO VASCULITIS INDUCIDA POR LEVAMISOL.

Olivia Cambero Moratalla(1), Laura Alegre Zahonero(1), Luz Lozano Maneiro(1), Adriana Puente García(1) y Carmen Ruiz de Valbuena Bueno(1) de (1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

El Levamisol es un agente usado como adulterante de la cocaína, que se ha asociado a vasculitis asociada a anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilo (ANCA) con glomerulonefritis necrotizante pauciinmune.

Presentamos el caso de un varón de 50 años sin DM ni HTA. Fumador y consumidor de cocaína. Entre los antecedentes, destaca vasculopatía obliterante cutánea con lesiones isquémicas de repetición en pabellones auriculares e inducción de autoanticuerpos (ACAS, AL, ANCAS MPO y PR3), atribuida a consumo de cocaína adulterada con levamisol. La analítica muestra función renal normal, microhematuria persistente y proteinuria de medio gramo en 24h.

Tras meses de abstinencia, negativiza autoanticuerpos, permaneciendo proteinuria, alteraciones del sedimento y ANCA PR3 positivos a títulos altos. Con la sospecha clínica de vasculitis ANCA con afectación renal se realiza biopsia renal percutánea.

Histológicamente, se observó un aumento de la lobularidad normal glomerular, rigidez de las asas capilares y proliferación de la matriz y la celularidad mesangial focal y segmentaria y ocasionales neutrófilos en las luces capilares. Con la tinción de Plata, se identificaron proyecciones espiculares de la membrana de las asas capilares. La zona túbulo-intersticial presentaba cilindros hemáticos y granulares tubulares y los vasos arteriales mostraron una moderada proliferación fibrosa de la íntima, disminución de las luces vasculares y duplicación de la lámina elástica interna.

No se identificaron áreas de proliferación extracapilar, necrosis fibrinoide, picnosis, cariorrexis ni alteraciones significativas en los vasos arteriolares. La IF mostró depósitos difusos, globales y granulares de IgG, IgM, C3, C1q (más débil), Kappa y Lambda en las membranas de las asas capilares. Con microscopía electrónica se evidenció un engrosamiento de la membrana basal a expensas de depósitos electrodensos no estructurados con reacción espiculada de la lámina densa.

El diagnóstico anatomopatológico fue de glomerulonefritis membranosa (NM) estadio II.

Existen escasos casos descritos de NM asociados a la exposición a levamisol, pudiendo estar en relación con el depósito subepitelial de productos MPO-levamisol, que se comportarían como antígenos, induciendo la NM. Ante pacientes consumidores de cocaína con clínica de vasculitis-ANCA y afectación renal también debe plantearse la posibilidad de una NM.

10:50

7015-6

COMPARACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE TOPOISOMERASA2, P16, SURVIVINA Y CADERINA E EN CARCINOMA VESICAL INFILTRANTE NO MÚSCULO INVASIVO DE TIPO UROTELIAL Y CON HISTOLOGÍA VARIANTE.

Rafael J. Luque Barona(1), María Rosaria Raspollini(2), Rocío Solorzano Mariscal(1), Carmen Luz Menéndez(3), Enrico Bollito(4), Matteo Brunelli(5), Guido Martignoni(5) y Antonio López Beltrán(6) de (1)UGC Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, (2)Hospital Universitario Careggi, Florencia, (3) Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), (4)San Luigi Gonzaga Hospital, Orbassano, Turin, Italy, Turin, (5)Universidad de Verona y (6)Dpto. de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina Universidad de Córdoba, Córdoba.

Introducción: El carcinoma urotelial de alto grado con invasión limitada a lámina propia (T1AG) es una enfermedad agresiva con alto riesgo de progresión después del tratamiento habitual. Recientemente nuestro grupo ha mostrado el valor pronóstico de la expresión de topoisomerasa 2 (TOPO), survivina (SURV), p16 y caderina E (CAD) en este contexto. Por otro lado, se reconocen tumores con histología variante, con peor pronóstico que el carcinoma urotelial convencional, entre ellos el carcinoma "en nidos" y el micropapilar. El objetivo del presente trabajo es comparar la expresión de los marcadores referidos en estas variantes respecto al carcinoma urotelial convencional.

Material y métodos: En el contexto de un estudio multicéntrico de biomarcadores en carcinoma vesical T1AG menores de 3 cm se ha seleccionado un total de 58 carcinomas uroteliales puros, 8 carcinomas en nidos y 7 carcinomas micropapilares. Se ha realizado inmunotinción para TOPO2, SURV, P16 y CAD y se ha calculado el índice de marcaje para cada uno de los biomarcadores.

Resultados: Tanto los casos de carcinoma micropapilar como en nidos mostraron una menor supervivencia libre de recidiva, progresión y global que el carcinoma urotelial puro si bien el escaso número de casos no permitió detectar significación estadística en el análisis. Respecto a la expresión de marcadores, los índices de marcaje (media $\pm$ desviación típica) de carcinoma urotelial vs micropapilar vs en nidos fueron

P16: 33.27 $\pm$ 38.98% vs 60.71 $\pm$ 42.85% vs 41.87 $\pm$ 34.84%

TOPO 35.55 $\pm$ 22.33% vs 22.14 $\pm$ 15.51% vs 30 $\pm$ 15.35%

SURV: 35.94 $\pm$ 22.09% vs 37.85 $\pm$ 20.79% vs 26.87 $\pm$ 22.35

CAD: 77.71 $\pm$ 22.83% vs 69.17 $\pm$ 33.82% vs 89.37 $\pm$ 7.76%

Sólo se detectaron diferencias significativas en la expresión de caderina-E entre carcinoma urotelial y en nidos (p=0.023).

Conclusión: Las diferencias en el perfil de expresión de los biomarcadores utilizados entre los casos de histología variante y carcinoma urotelial convencional sugieren un papel de los mismos en la mayor agresividad de estos tumores. Son precisos estudios con mayor número de casos para obtener conclusiones más robustas.

10:55

7015-7

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE LA URETRA. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO CASO SINCRÓNICO CON UN ADENOCARCINOMA DE COLON.

Judit Pallares Quixal(1), M^a Pilar Gallel Vicente(1), Virginia Adamoli(1), Jordi Tarragona(1), Meritxell Palomera(1), Jaume Pelegrí(1) y Xavier Matías-Guiu(1) de (1)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

El adenocarcinoma de células claras de la uretra es una entidad rara que afecta a los dos sexos, aunque ha sido más comúnmente descrita en mujeres, con una media de edad de 58 años (35-80 años). Se presenta como una hematuria y se asocia a la presencia de un divertículo uretral hasta en el 56% de los casos. Es una neoplasia agresiva con una baja supervivencia a los 5 años. Se presenta el caso de un varón de 62 años con antecedentes de hematuria desde hace tres años con lesiones papilares en uretra membranosa y prostática, que en pocos meses evolucionó a un carcinoma infiltrante con metástasis ganglionares y fue exitus a los 18 meses del diagnóstico de la neoplasia. El paciente mostraba un adenocarcinoma sincrónico de colon. La pieza de cistoprostatectomía radical mostró una neoplasia exofítica en uretra prostática, blanquecina con extensión a lóbulo prostático izquierdo y a la grasa vesical izquierda.

Microscópicamente, se observó una neoplasia infiltrante muy hemorrágica en uretra y próstata, con zonas de patrón papilar y otras más sólidas tubulopapilares. Las células neoplásicas se distribuían alrededor de ejes de tejido conjuntivo hialinizado con citoplasmas claros, y núcleos atípicos característicos en "tachuela". La neoplasia infiltraba parénquima prostático, mucosa y pared vesical con múltiples imágenes de invasión vascular y linfática. Se realizó estudio inmunohistoquímico mostró positividad para la citoqueratina 7, y negatividad para la p63, citoqueratina 20 y p53. La linfadenectomía iliaco-obturatriz bilateral mostró metástasis ganglionar en 4 ganglios linfáticos de 29 aislados.

Diagnóstico de la neoplasia colónica fue de adenocarcinoma de bajo grado pT3c N0, con infiltración rectal por el adenocarcinoma de células claras uretral.

Conclusión: El adenocarcinoma de células claras de la uretra es un tumor raro de comportamiento muy agresivo. Conviene su reconocimiento histológico para realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores de células claras primarios o metastáticos del tracto genitourinario inferior.

11:00

7015-8

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES QUÍSTICO MULTILOCULAR. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

María José Añón Requena(1), Gloria Muñoz Arias(1), María Isabel Moreno García(1), Ángela Hens Pérez(1) y Beatriz Pérez Ballesteros(1) de (1)Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

El Carcinoma de Células Renales Quístico Multilocular es una neoplasia muy infrecuente, con una incidencia entre 1% y 2,9%. Representa un subtipo de carcinoma renal con un pronóstico excelente, por lo que es importante identificar esta entidad. Presentamos 2 casos diagnosti



Imagen macroscópica del Carcinoma Renal Quístico Multilocular

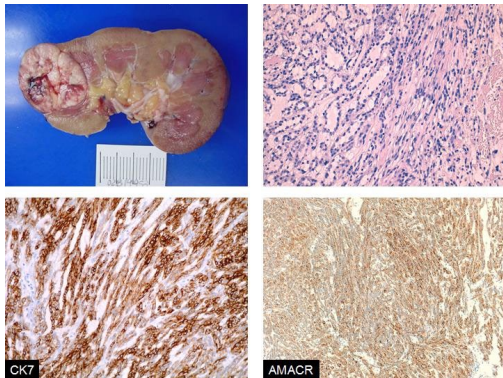
cados en nuestro hospital en el último año, tras presentar un Bosniak IV en el estudio de TAC, e intervenidos mediante nefrectomía parcial laparoscópica.

Presentamos 2 casos con características semejantes. Ambos pacientes varones de 48 y 59 años, con lesión renal quística compleja y tabicada en riñón derecho (los dos), y clasificadas en el TAC como Bosniak IV (lesión quística maligna, con necesidad de abordaje quirúrgico). En ambos casos se realizó nefrectomía parcial por vía laparoscópica y estudio histopatológico e inmunohistoquímico. Macroscópicamente se observaban sendas tumoraciones multiquísticas de 4 cm y 2,1 cm, con cavidades de tamaños variables y septos amarillentos, que histológicamente correspondían a una neoplasia multilocular con espacios tapizados por células claras, con escasas zonas sólidas compuestas igualmente por células claras, con grado nuclear 1 de Furhman, sin mitosis, necrosis ni invasión vascular. Inmunohistoquímicamente mostraban positividad para CD10, EMA y PAX8, con un KI67 menor del 5%. Con estos hallazgos se emitió el diagnóstico de Carcinoma de Células Renales Quístico Multilocular.

El Carcinoma de Células Renales Quístico Multilocular es una variante muy infrecuente del carcinoma renal que se relaciona con un excelente pronóstico, como se recoge en la serie de Suzigan (45 casos) donde se observa un 100% de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años. De tal manera que en la Clasificación de los Tumores Renales (WHO 2004) se propuso el cambio de su denominación por otros sinónimos como el de Neoplasia de Células Renales Quística Multilocular de Bajo Potencial Maligno o el de Tumor Renal Multiquístico de Células Claras, que se corresponderían mejor con su buen comportamiento biológico. Dentro del diagnóstico diferencial habría que considerar el nefroma multiquístico (infantil) y con quistes tapizados por células "en tachuela", sin células claras) y el carcinoma renal con extensa degeneración quística (cistadenocarcinoma).

11:05 7015-9 CARCINOMA MUCINOSO TUBULAR Y DE CÉLULAS FUSIFORMES RENAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Álvaro Gutiérrez Domingo(1), Katherine María Gallardo Rodríguez(2), Adrián Pablo Rodríguez Caulo(3), Juan Luis Gutiérrez Cierco(1), Carolina Manzotti(1), María Merchante Ruiz-Mateos(1) y Antonio García Escudero(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife y (3)Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, Llerena (Badajoz).



Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de esta rara entidad, recogidos en nuestro hospital y exponer de forma clara y concisa las principales características clínico-patológicas.

Material y métodos: Se han recogido 2 casos de este tumor en el período comprendido entre 2010-2016 en el hospital universitario Virgen Macarena. Los casos corresponden a dos mujeres de 51 y 60 años. Realizamos un estudio macroscópico, analizamos las preparaciones histológicas y utilizamos los anticuerpos prediluidos: CK7 (citoqueratina 7), AME (antígeno de membrana epitelial), vimentina, S-100, CK 34βE12, CK8, CK19, CEA (antígeno carcinoembrionario), CD10, CD34, desmina, actina y HMB45.

Resultados: Macroscópicamente, observamos que ambos tumores presentaban una forma vagamente ovoide, de coloración amarillenta-pardusca con áreas de necrosis y hemorragia. El mayor medía 12 cm y el menor 6 cm de dimensión máxima.

Histológicamente, se observó una neoplasia epitelial con una morfología muy característica: estroma mixoide, disposición de las células formando estructuras tubulares y cordones, áreas fusocelulares, citología de bajo grado y bordes poco infiltrativos. Inmunohistoquímicamente, ambos casos presentaron positividad intensa para CK7, variable para AME, vimentina, S-100, CK 34βE12, CK8 y CK19 y negativos para CEA, CD10, CD34, desmina, actina y HMB45. En ambos casos se empleó cirugía con seguimiento y en la actualidad no han presentado recurrencia ni metástasis.

Conclusión: Hemos presentado dos casos de esta entidad tan poco frecuente en los que las características histológicas e inmunohistoquímicas concuerdan con lo revisado en la literatura. Es un tumor que tiene predilección por el sexo femenino, en un rango de edad de 17 a 82 años. Suelen presentar un curso indolente y se consideran neoplasias de bajo grado. Como en nuestros casos, tienen un pronóstico favorable siendo las recurrencias y metástasis un hecho poco frecuente, por lo que la indicación es la cirugía y seguimiento.

11:10 7015-10 VARÓN DE 39 AÑOS CON ADENOMA OXIFÍLICO DE PARATIROIDES FUNCIONANTE (PRODUCTOR DE PTH), HIPERCALCEMIA, LITIASIS RENAL Y LESIONES OSTEOLÍTICAS ÓSEAS.

Isabel Valencia Ramírez(1), María Cabezas Macian(1), Matías Prieto Vita(1), Encarnación Andrada Becerra(1), Laura Heredia Oliva(1), Albina Orduña Domingo(1), Tania Muci A?azco(1) y Yolanda Ramos Casado(1) de (1)Hospital General Universitario Elche (Alicante).

El adenoma de paratiroides oncocítico puero es una neoplasia benigna poco frecuente siendo considerado en el pasado como no funcionante, sin embargo, cuando éste es secretor de PTH puede imitar al carcinoma de paratiroides, en términos de hallazgos clínicos y tamaño tumoral, por lo que nos obliga a hacer diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso de un hombre de 39 años con cólico nefrítico, hipercalcemia y elevación de la PTH. En el estudio por imagen se observa un nódulo heterogéneo de 3 cm en lóbulo tiroideo derecho, así como lesiones óseas osteolíticas.

Se realiza hemitiroidectomía derecha en la que se identifica macroscópicamente una formación nodular, encapsulada, que en el estudio histológico está constituida por células oncocíticas con patrón de crecimiento sólido y presencia de pleomorfismo e hiperplasia nuclear con escasas mitosis. En la cápsula se identifican remanentes de tejido paratiroideo normal. No se evidencia invasión linfovascular ni invasión linfática. El diagnóstico anatomo-patológico definitivo fue adenoma paratiroideo oncocítico/oxifílico puro.

El pronóstico del adenoma es excelente cuando la resección es completa, siendo el mejor criterio la ausencia de hipercalcemia durante 5 años después de la extirpación.

11:15

7015-11

NEOPLASIAS ADRENOCORTICALES EN EDAD PEDIÁTRICA. REVISIÓN DE LOS CRITERIOS DE MALIGNIDAD A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS.

Ana María Martínez de Mandojana Pérez(1), Francisco José Farfán López(1), Rosa María López Irizo(1), Carmen del Prado Alba(1), Gema Civantos Jubera(1), María Serrano Jiménez(1), José Alberto García Bolaños(1), Gema Narciso Repilado(1), José Luis Domínguez Miranda(1) y David Chinchón Espino(1) de (1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Las neoplasias adrenocorticales en la edad pediátrica son infrecuentes, siendo más frecuentes los adenomas con una prevalencia del 4%. El carcinoma adrenocortical es una entidad infrecuente, con una incidencia de 0,7-2 casos por millón de habitantes. El valor predictivo de malignidad de las escalas utilizadas habitualmente en las neoplasias adrenocorticales (sistema de Weiss y sistema revisado de Aubert) es inferior en la población pediátrica del que tienen en adultos. Wieneke y cols propusieron unos criterios adaptados al comportamiento de estos tumores en los niños.

Se presentan cuatro casos (tres adenomas y un carcinoma) diagnosticados en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla entre los años 2010 y 2016, con edades comprendidas entre 1 y 8 años, dos de ellos diagnosticados en base a los criterios de Weiss (un carcinoma y un adenoma corticoadrenal) y dos adenomas corticoadrenales atendiendo a los criterios que proponen Wieneke y cols para la población infantil.

Tras la revisión de los cuatro casos descritos, la utilización de una escala u otra para la clasificación de estas neoplasias variaría el diagnóstico final de las mismas. Los dos adenomas corticoadrenales diagnosticados en base a los criterios adaptados por Wieneke, cumplían criterios de malignidad según la escala de Weiss. Así mismo, el diagnóstico de carcinoma corticoadrenal atendiendo a la escala de Weiss, según Wieneke, cumpliría criterios de benignidad.

Los criterios histopatológicos en los tumores pediátricos difieren de los del adulto. Para el diagnóstico de un carcinoma corticoadrenal en la edad pediátrica deben considerarse también criterios clínicos, bioquímicos y radiológicos. El pronóstico en los niños es claramente más favorable en comparación con los adultos. Los niños menores de 5 años, con tumores corticales suprarrenales malignos, tienen mejor pronóstico que niños mayores y adolescentes. Un tamaño tumoral mayor de 10,5 cm, un peso superior a 400 g, la invasión de tejidos blandos periadrenales y/o de la vena cava inferior, son indicadores de mal pronóstico en los niños.

11:20

7015-12

DEBUT DE SEMINOMA CLÁSICO COMO MASA SUPRACLAVICULAR TdT Y CD10+.

Nicolás López López(1), Rosa María Ríos Pelegrina(1), María Narváez Simón(1), Beatriz Rueda Villafranca(1), Mercedes Caba Molina(1), Mercedes Gómez Morales(1), Juan Antonio Retamero Díaz(1) y Mª Teresa Medina Cano(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Antecedentes y objetivos: Varón de 39 años que debuta con una tumoración de 9 cm de 4 meses de evolución ocupante de fosa supraclavicular izquierda sospechosa de linfoma, en paciente con síndrome psicótico.

A los 6 meses y ante la falta de respuesta a tratamiento, se identifica una masa testicular de 9,5 cm de DM, no filiada por la situación del paciente, concluyente de seminoma clásico.

Métodos: Recibimos en un primer momento ganglio linfático y posteriormente pieza testicular, que tras su procesamiento en parafina, corte y tinción con Hematoxilina-eosina, pone de manifiesto: en ganglio linfático, una neoplasia de células indiferenciadas de tamaño intermedio y en testículo una neoplasia de probable origen seminomatoso. Tras esto, en ambos casos se deciden realizar técnicas de IHQ para determinar la naturaleza de cada uno.

Resultados: En un primer momento, tras la técnicas de IHQ, se concluye que la masa supraclavicular izquierda corresponde con una neoplasia indiferenciada de alto grado con expresión de TdT y CD10 probablemente LINFOMA LINFOBLÁSTICO, no pudiendo demostrar su estirpe ni monoclonalidad B y T.

Ante estos hallazgos y la falta de respuesta al tratamiento como neoplasia linfoide, se detecta dicha masa testicular, que tras las técnicas, principalmente de células germinales pluripotenciales SALL 4 y OCT 3/4, concluimos con el diagnóstico de Seminoma clásico, por lo que decidimos realizar marcadores de células germinales pluripotenciales(SALL 4 y OCT 3/4) a la masa supraclavicular, dando resultado claramente positivo, y marcadores de probable origen linfoblástico(TdT y CD10) a la masa testicular, siendo también claramente positivas, concluyendo por tanto con: DEBUT COMO MASA SUPRACLAVICULAR METASTÁSICA DE SEMINOMA CLÁSICO TdT Y CD10+.

Conclusiones: La demostración de Tdt es crítica en el diagnóstico de linfoma linfoblástico, siendo excepcionales los casos con TdT negativo, echo que nos llevó al diagnóstico inicial de linfoma linfoblástico.

Posteriormente y tras los nuevos hallazgos, como hemos mencionado concluimos que se correspondía de debut como masa supraclavicular metastásica de seminoma clásico TdT y CD10 +, SALL 4 y OCT 3/4 +, por lo que creemos que sería imprescindible y de gran interés la revisión de casos que estamos realizando de la posible positividad de los seminomas a TdT y CD10.

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7016

**OSTEO Y PARTES BLANDAS Y
DERMATOPAGOLOGÍA**

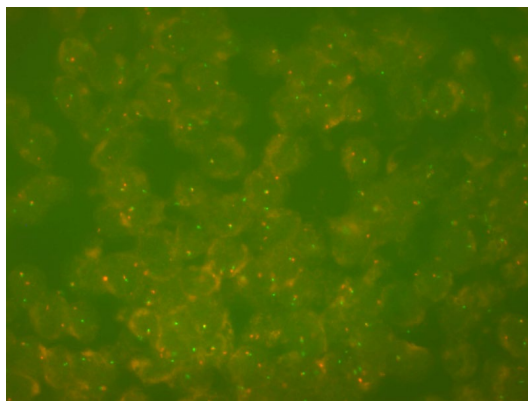
7016-1 MODERADORES

María del Carmen Gómez Mateo, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Juan José Ríos Martín, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

10:30 7016-2 SARCOMA DE EWING VERTEBRAL EN LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA: UNA DOBLE RAREZA.

Begoña Fuertes Negro(1), Guillermo Muñoz González(1), Hristo Iliev Iliev(1), Patricia Sota Ochoa(1), Elaine Mejía Urbáez(1), Carlo Bruno Marta Casanova(1), Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), M^a José Cardiel García(1) y M^a Teresa Ramírez Gasca(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.



Presentamos el caso de un Sarcoma de Ewing (SE) a nivel de vertebral T11, con afectación de partes blandas en un paciente de 62 años que presentaba dorsalgia de un mes de evolución, y al que se le realizó vertebrectomía completa.

La pieza que recibimos en nuestro laboratorio se corresponde con un cuerpo vertebral con partes blandas adyacentes. A su sección, éste está completamente desestructurado, observándose una lesión sólida con áreas hemorrágicas de color violáceo oscuro de aproximadamente 5,5 cm de diámetro.

Al estudio histológico, se trata de un tumor sólido compuesto por una proliferación de células pequeñas, redondas y azules, de bordes mal definidos, con citoplasma escaso y núcleo redondeado con cromatina finamente granular, las cuales se disponen en sábana, cordones o regueros con presencia de abundantes canales vasculares. Se observan algunas mitosis, aunque son escasas. El tumor infiltra además las partes blandas adyacentes.

Realizamos un panel inmunohistoquímico, en el cual la vimentina fue intensamente positiva, al igual que el CD-99. El resto de técnicas fueron negativas, destacando entre ellos los marcadores linfoides, epiteliales y neuroendocrinos. Realizamos un estudio molecular, empleándose sondas de break-apart, en el que se detectó la presencia de traslocación.

El sarcoma de Ewing / PNET es un tumor que en el 90% se debe a la traslocación (11;22) (q24;q12) que tiene como resultado la oncoproteína de fusión EWS-FLI que funciona como un factor de transcripción aberrante capaz de unirse al ADN lo que produce la transformación maligna. Es uno de los tumores óseos más agresivos por su alto potencial proliferativo e invasivo. Centrándonos en nuestro caso, además de lo poco habitual que es diagnosticar un SE en un paciente de 62 años, pues casi el 80% de los casos se da en jóvenes menores de 20 años, también es raro que se origine en la columna vertebral y extremadamente raro si se excluye el sacro.

Para el correcto diagnóstico creemos imprescindible una correlación entre los hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

En la actualidad el paciente se encuentra en remisión de su enfermedad tras el tratamiento, aunque en una situación de dependencia.

10:35 7016-3 METÁSTASIS CRANEAL DE LEIOMIOSARCOMA UTERINO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

María Teresa Cantón Yebra(1), José Rolando Ortega Ramírez(1), Félix Gallo Pineda(1), Javier Doña Girón(1) y Francisco Javier Velasco Albendea(1) de (1) Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

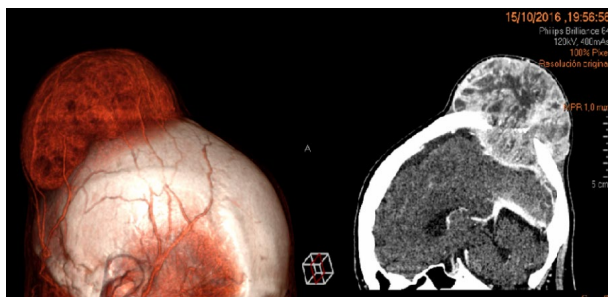


Imagen radiológica metástasis craneal.

Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de leiomioma que acude a el servicio de urgencias de nuestro hospital por una tumoración de crecimiento rápido en región occipital, que se confirma como metástasis craneal de dicha neoplasia, osteolítica, muy vascularizada y sin invasión aparente de tejido encefálico.

Caso clínico: Paciente de 76 años de edad intervenida en 2011 de un leiomioma uterino (pT1N0), que consulta por una tumoración occipital de un mes de evolución, con aumento de tamaño progresivo hasta producir gran deformidad, elástica e indolora, sin sintomatología neurológica.

Se realizan estudios complementarios, RM y TC, donde se evidencia una masa de 10 x 10 x 8 cm en vértex, con crecimiento intra y extracranial,

bien delimitada, con amplia osteólisis, zonas centrales anfractuadas, sugerentes de necrosis y múltiples vasos neoformados en periferia. Ejercía efecto masa en ambos lóbulos parietales sin infiltrar tejido cerebral. En tórax se reconocía una segunda masa osteolítica en arco posterior de 6º costilla, y múltiples nódulos pulmonares, sugerentes de metástasis.

Se biopsia la lesión costal, por ser la de mejor acceso, con diagnóstico de metástasis de leiomioma concordante con origen primario miometrial uterino.

Discusión: El leiomioma uterino representa el 1-2% de la patología tumoral uterina. Usualmente son de gran tamaño, alcanzando incluso más de 10 cm con bordes infiltrativos, zonas de necrosis y hemorragia. Se caracteriza por una gran densidad celular fusiforme, áreas de necrosis coagulativa, atipia citológica moderada a intensa y variable índice mitótico, muchas de ellas mitosis atípicas.

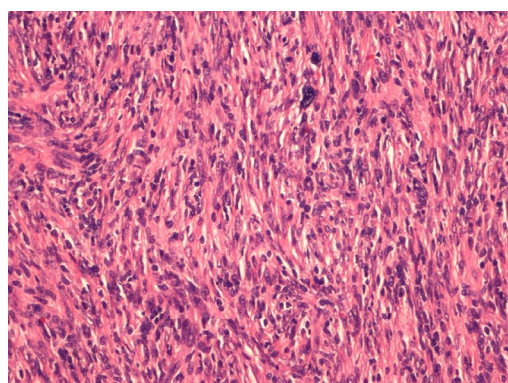
Es un tumor muy agresivo, con mal pronóstico y alto porcentaje de recurrencia, siendo pulmón, hígado y cavidad peritoneal las topografías más frecuentes. Las metástasis en hueso son poco habituales y en cráneo, extraordinariamente raras, desarrollándose principalmente en estadios avanzados de la enfermedad y generando importante clínica neurológica.

10:40

7016-4

RABDOMIOSARCOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES RETROPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN UN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS.

Lidia Atienza Cuevas(1), Ana M^a Vallejo Benítez(2), Irene Millán Ortega(1), Karla Tello Collantes(1), José Pérez Requena(1) y Ricardo González Cámpora(2) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz y (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



Introducción: Los rhabdomyosarcomas (RMS) son los tumores de partes blandas con diferenciación de músculo esquelético más frecuentes, y usualmente ocurren en la infancia y en la adolescencia. El RMS de células fusiformes, el esclerosante y el pseudovasculoso son variantes raras que se han descrito en los últimos años. Presentamos un caso de RMS de células fusiformes retroperitoneal.

Material y métodos: Varón de 37 años paciente diagnosticado de neurofibromatosis tipo I (NF-I) y que presenta una masa retroperitoneal de 10.5 cm de diámetro máximo.

Resultados: Macroscópicamente la tumoración es nodular, de coloración parduzco-amarillenta y consistencia pétrea. Histológicamente consiste en un tumor mesenquimal bien circunscrito constituido mayoritariamente por células fusiformes con atipia leve-moderada que se disponen en fascículos y remolinos, sobre un estroma escasamente colagenizado y con abundantes focos de calcificación distrófica. Se identifican algunas células con núcleos excéntricos grandes y nucleolo evidente,

células de morfología poligonal con núcleos pleomórficos y citoplasma amplio eosinófilo, y focos de patrón alveolar.

Las mitosis son escasas (2-3/10CGA). Se aprecian necrosis, hemorragia, reacción granulomatosa gigantomitótica de tipo cuerpo extraño (cristales de colesterol) y acúmulos de macrófagos espumosos. Con técnicas de inmunohistoquímica las células tumorales muestran inmunotinción positiva difusa para desmina y AML, y focal para PGFA, WT1, MyoD1, p16 y p53; resultando negativos miogenina, S100, sinaptofisina, cromogranina, neurofilamentos, CD57, calponina, CD34, CK7 y EMA.

Discusión: Para el diagnóstico diferencial de esta entidad con otros tumores debe tenerse en cuenta la edad del paciente y la localización, debiendo incluir las neoplasias de células fusiformes, principalmente las de origen miofibroblástico, de músculo liso y neural. Los sarcomas de retroperitoneo más frecuentes son el liposarcoma, el sarcoma pleomórfico, el leiomioma y el tumor maligno de vainas nerviosas periféricas. El RMS de células fusiformes retroperitoneal es una variante muy rara y, aún más en adultos.

Su pronóstico es mejor cuando aparece en la infancia y el tratamiento es principalmente quirúrgico.

La NF-I constituye un factor de riesgo para el desarrollo de sarcomas y tumores de origen neural. No se ha descrito la asociación de esta variante de RMS con la NF.

10:45

7016-5

MUJER DE 16 AÑOS CON TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS A NIVEL DIGITAL IZQUIERDA DE RÁPIDO CRECIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS POR IMAGEN AGRESIVAS.

Isabel Valencia Ramírez(1), Encarnación Andrada Becerra(1), Matías Prieto Vita(1), Laura Heredia Oliva(1), María Cabezas Macian(1), Albina Orduña Domingo(1), Tania Muci Azañón(1) y Yolanda Ramos Casado(1) de (1)Hospital General Universitario Elche (Alicante).

El pseudotumor fibroso-óseo es una lesión poco frecuente, tanto su rápido crecimiento como la abundante celularidad hace plantearse, tanto clínica como histológicamente, el diagnóstico diferencial con el osteosarcoma.

Presentamos el caso de una mujer de 16 años que consulta por dolor en el primer metacarpo de la mano izquierda de un mes de evolución. En el estudio por imagen se observa una masa sólida nodular de partes blandas de 2,5 cm con calcificación marginal y reacción periostica, ante la sospecha de osteosarcoma se realiza biopsia de la lesión. Morfológicamente se corresponde con una tumoración heterogénea muy celular con presencia de células gigantes multinucleadas, que alterna áreas mixoides nodulares y formación de osteoide con ribetes osteoblásticos.

No existe atipia nuclear ni figuras de mitosis. Las células tumorales muestran expresión IHQ para vimentina y actina músculo liso. Se realizó excisión completa de la lesión con diagnóstico definitivo anatómo-patológico de pseudotumor fibro-óseo digital.

Para concluir resaltamos la necesidad de establecer un diagnóstico histológico de certeza ante una lesión de tales características ya que las pruebas de imagen son poco específicas. El pronóstico del pseudotumor fibro-óseo digital es excelente, las recurrencias son excepcionales y la transformación a osteosarcoma es muy rara.

10:50 **7016-6** UTILIDAD EN LA DETERMINACIÓN DE CAMTA1 Y WWTR1 EN EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS VASCULARES EPITELIOIDES.

María Serrano Jiménez(1), Gema Civantos Jubera(1), David Marcilla Plaza(1), Michele Biscuola(1), Ana Mª Vallejo Benítez(2), Ricardo González Cámpora(2) y Enrique de Álava Casado(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Las neoplasias vasculares epitelioides, comprenden un amplio espectro de lesiones en las que frecuentemente se solapan características histológicas, por lo que su diagnóstico, especialmente en biopsias trucut, depende de técnicas especiales inmunohistoquímicas y moleculares. En concreto, el hemangioendotelioma epiteloide (HEE), se caracteriza por presentar en el 90% de los casos una fusión génica WWTR1-CAMTA1, y hasta en un 5% de los casos una fusión YAP1-TFE3.

Valoración retrospectiva de reordenamientos WWTR1-CAMTA1 y YAP1-TFE3 y de la sobreexpresión de CAMTA1 en una serie de quince casos de tumores vasculares epitelioides.

Se seleccionan un hemangioma epiteloide, 8 hemangioendoteliomas epitelioides, y 6 angiosarcomas epitelioides. Se ha realizado un TMA con todos los casos, que se han estudiado mediante FISH para WWTR1 (WWTR1-CAMTA1 Break apart probe de la casa Agilent, diseñada en el servicio de Patología Molecular de nuestro centro, aún en periodo de validación), para TFE3 (Zytolight SPEC TFE3 DUAL COLOR Break apart probe de la casa Zytovision), así como con inmunohistoquímica para CAMTA1.

Aunque existe una discordancia entre los resultados de la morfología y de las técnicas complementarias, debido en parte a la fase de validación de la sonda de FISH, creemos que el uso combinado de estas herramientas diagnósticas puede resultar de utilidad en casos de morfología dudosa o muestras poco representativas.

Resultados

	Localización	Dio. Histológico inicial	IHQ (CAMTA1)	WWTR1-CAMTA1 FISH (WWTR1)	YAP1-TFE3	FISH (TFE3)
CASO 1	PPBB	HEE	POS	NV	Pte.	
CASO 2	Pleura	ASE	POS	POS	Pte.	
CASO 3	PPBB	ASE	POS	NEG	Pte.	
CASO 4	PPBB	ASE	POS	NEG	Pte.	
CASO 5	PPBB	ASE	POS	NEG	Pte.	
CASO 6	Hueso	HEE Atípico	POS	NV	Pte.	
CASO 7	PPBB	ASE	POS	NEG	Pte.	
CASO 8	Hueso	HEE	POS	NEG	Pte.	
CASO 9	PPBB	HEE	POS	NEG	Pte.	
CASO 10	Hueso	HEE	POS	NV	Pte.	
CASO 11	Hueso	HEE	POS	NV	Pte.	
CASO 12	Hueso	HE	NEG	NV	Pte.	
CASO 13	Bazo	HEE	POS	NV	Pte.	
CASO 14	Hueso	HEE	POS	NEG	Pte.	
CASO 15	Cerebelo	ASE	POS	POS	Pte.	

PPBB: Partes blandas; HEE: Hemangioendotelioma epiteloide; ASE: Angiosarcoma epiteloide; HE: Hemangioma epiteloide; POS: Positivo; NEG: Negativo; NV: No valorable; Pte: Pendiente.

10:55 **7016-7** SARCOMA BIFENOTÍPICO CON DIFERENCIACIÓN MIOGÉNICA Y NEURAL Y FUSIÓN EWS-FLI1

Clara Alfaro Cervelló(1), Verónica Andrade Gamarra(1), Luisa Morell Quadreny(2), Antonio Cremades Mira(2) y Samuel Navarro Fos(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia y (2)Hospital Universitario de la Ribera, Alciria (Valencia).

Los sarcomas de células pequeñas redondas presentan células indiferenciadas, por lo que resulta imprescindible el estudio inmunohistoquímico y el análisis molecular para detectar translocaciones cromosómicas específicas. El diagnóstico diferencial en el adulto incluye principalmente el sarcoma de Ewing, los sarcomas Ewing-like, el rabdomiosarcoma sólido alveolar, el sarcoma sinovial y los linfomas no Hodgkin.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años que acudió por aumento de partes blandas en la región deltoidea izquierda, con extensión progresiva a la región mamaria-pectoral ipsilateral. En el estudio de imagen se observó una masa polilobulada en deltoides y tríceps acompañada de cutáneas y de un mazacote adenopático axilar y retropectoral izquierdo, así como de otras adenopatías aisladas axilares y supraclaviculares izquierdas. Se realizó biopsia ganglionar completa de una adenopatía supraclavicular.

El estudio histológico mostró una neoplasia de patrón difuso constituida por células de núcleo pequeño hipercromático y escaso citoplasma, junto con células de núcleo más grande de contorno irregular con nucleolo evidente y citoplasma más amplio. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad parcheada para vimentina, desmina y CD99, positividad en células dispersas para miogenina y MyoD1, y negatividad para CKAE1-AE3, EMA y S100. El análisis molecular demostró la expresión del transcrito EWSR1 exón 10/FLI1 exón 8, indicativo de la translocación t(11;22)(q24;q12). La lesión se diagnosticó de sarcoma de células redondas bifenotípico con diferenciación neural y miogénica.

La diferenciación miogénica en los tumores de la familia del sarcoma de Ewing es muy infrecuente y se ha reportado en estudios aislados. Sorensen y colaboradores describieron en 1995 una serie de "sarcomas bifenotípicos" con fenotipo de rhabdomyosarcoma y expresión del gen de fusión EWS/FLI1, en los que el estudio ultraestructural demostró diferenciación neural y miogénica. También se han descrito tumores híbridos con características del tumor desmoplásico de células redondas y del sarcoma de Ewing y la translocación EWS. Destacamos por tanto la importancia de la caracterización molecular de los sarcomas de células pequeñas redondas, especialmente en los casos con morfología e inmunofenotipo atípicos.

11:00

7016-8

SIGNIFICADO DE LOS PATRONES MORFOLÓGICOS EN TEJIDOS PERIPROTÉSICOS DE MOVILIZACIONES DE ARTROPLASTIAS, CON CORRELACIÓN CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA.

Margarita Gimeno Aranguet(1), Teresa Aramendi(1), Federico Álvarez Rodríguez(1), Ana Burdaspal(1), M^a Ángeles Martínez Izquierdo(1), Teresa Rivera García(1) y Liliam El Bouayadi Mohamed(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Las movilizaciónes de las artroplastias pueden ocurrir por causas asépticas y sépticas apareciendo un espectro de cambios en tejidos periprotésicos. Es importante establecer la relación con el origen del fracaso de la prótesis y por tanto, darle un significado clínico.

Material y métodos: Hemos estudiado tejidos periprotésicos procedentes de revisiones de 45 artroplastias. Los patrones morfológicos evaluados están basados en la clasificación histopatológica de Krenn V. Se realiza biopsia intraoperatoria y posterior estudio completo en diferido de todo el material remitido

Resultados: Se observa reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño (GCE) a material protésico en 16 casos (35,6%); 8 mostraban infiltrado linfocitario (LFH) (17,7 %), 10 casos infiltrado inflamatorio agudo (IIA) (22%) y 11 casos tenían infiltrado mixto GCE y LFH (25%). Los casos con inflamación aguda tenían sospecha clínica de infección y/o cultivos positivos. Los casos con GCE con cultivo (12) 3 tienen cultivo indeterminado (25%). Los casos con GCE e infiltrados LFH con cultivos (8) 5 de ellos tenían cultivo indeterminado (62,5%). Los casos de LFH (8), solo 4 tenían cultivo, dos de ellos indeterminado y uno positivo (75%). Un 31% de los casos tienen cultivos indeterminados con patrón morfológico LFH solos o combinados con GCE. Todos los casos con GCE se identifica el tipo de partículas: Metal, polietileno o metacrilato. En ausencia de inflamación aguda, la presencia de infiltrados LFH solos o combinados con GCE guardan relación con cultivos indeterminados, con la presencia de gérmenes de baja virulencia.

Conclusiones: En el estudio histopatológico de los tejidos periprotésicos aparecen patrones de reacción inflamatoria aguda, LH o tipo GCE, y combinada. La presencia de infiltrados LFH en los tejidos periprotésicos se relacionan con presencia de cultivos con un solo germen o germen de baja virulencia, lo que explicaría las infecciones larvadas o lentas como causa de movilizaciónes asépticas. Por tanto, es relevante valorar la presencia de infiltrados inflamatorios agudo, crónico o mixto para orientar al probable origen infeccioso de movilizaciónes de prótesis articulares y evitar subdiagnosticar esta importante patología. Algunos casos de infiltrados LFH con cultivos negativos también pueden considerarse las reacciones adversas de tipo inmunológico.

11:05

7016-9

LINFOMA DE HODGKIN CUTÁNEO PRIMARIO SEGUIDO DE PITIRIASIS LIQUENOIDE Y MICOSIS FUNGOIDE. UN CASO MUY INUSUAL.

Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Francisco Martín Davila(1), Margarita Delgado Portela(1), Lucía González López(1), Isabel María de Lara Simón(1), José Luis Sanz Trenado(1), Natalia María Villasanti Rivas(1), Pamela Esther Zamberk Majlis(2), María Prado Sánchez Caminero(2) y Miguel Ángel Piris Pinilla(3) de (1)Hospital General de Ciudad Real, (2)Servicio de Dermatología, Hospital General de Ciudad Real y (3)Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.



Imagen clínica del LHpc en cuero cabelludo.

Introducción: El LH cutáneo (LHpc) es una entidad muy infrecuente e indolente si bien existen reportes de asociación a LH ganglionar y otros LNH, en particular a MF y trastornos linfoproliferativos T CD30+ (TLPCD30). Presentamos un ejemplo de asociación.

Metodología: Análisis retrospectivo de la clínica y hallazgos histológicos del caso.

Presentación del Caso: Varón de 37 años, sin antecedentes relevantes, que acude (hace 4 años) con un tiempo de enfermedad de meses. Presentaba un nódulo bilobulado, doloroso de 2,5 cm en la zona fronto parietal de cuero cabelludo con superficie alopecica lisa y placas descamativas en muslos de aspecto eccematoso.

En la biopsia se observa un nódulo que ocupa dermis y TCSC, constituido por células grandes de nucléolo evidente y citoplasma amplio, y otras de aspecto Stemmergoide, rodeadas de abundante infiltrado inflamatorio reactivo, principalmente linfocitario y con presencia

de eosinófilos e histiocitos. Las células tumorales eran positivas para CD 30 y CD15, compatibles con LHpc. No se detectaron otras lesiones por TAC, PET-TAC, ni biopsia de Medula. Recibió tratamiento con radioterapia con respuesta completa.

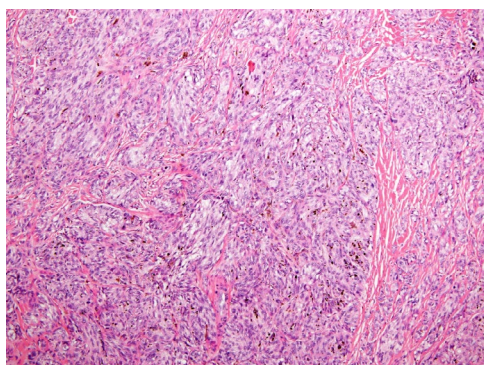
Cuatro meses después de la primera consulta aparecen pápulas decamativas en brotes en tronco y zonas proximales de miembros, que acompañan a las placas eritematosas, estables, en ingles, axilas y muslos, que ya tenía desde el inicio. Desaparecen luego de tratamiento con corticoides tópicos y reaparecen tres años más tarde, siendo la biopsia compatible con pitiriasis liquenoide crónica. Las placas se vuelven más infiltradas y se biopsian siendo esta vez el diagnóstico de MF.

Discusión y conclusiones: Los linfomas T cutáneos primarios (LCCT), se asocian a un mayor riesgo de cáncer secundario, principalmente en el primer año del diagnóstico. Se piensa que esto se relacionaría a que las alteraciones clonales de linfocitos T conducirían a mayor riesgo de oncogenia, e infección. Es así que la MF se ha asociado a LH ganglionar y TLPCD30 y a la inversa. El LHpc sin embargo es extremadamente raro y para diagnosticarlo debe hacerse un diagnóstico diferencial con MF fase tumoral, TLPCD30 y linfoma T periférico, que si bien, son usualmente CD15-y CD45RO+, se han visto casos CD15+ y CD45-.

Por la rareza y la importancia del diagnóstico diferencial presentamos el caso.

11:10 7016-10 MELANOMA DÉRMICO PRIMARIO SIMULANDO ENFERMEDAD DE PEYRONIE.

María Concepción Garrido Ruiz(1), María Blanco Bellas(1), Mario Martínez López(1) y José Luis Rodríguez-Peralto(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.



Melanoma primario dérmico (x10).

La Enfermedad de Peyronie (EP) es un trastorno del tejido conectivo del pene de etiología desconocida en el que un tejido fibroso sustituye progresivamente la túnica albugínea peneana causando deformidad en el cuerpo del pene. Por lo general el diagnóstico es clínico no recomendándose de forma rutinaria pruebas de imagen complementarias.

Presentamos el caso de un varón de 36 años de edad sin antecedentes personales de interés valorado por urología por deformidad progresiva y angulación del cuerpo del pene de 4 años de evolución. Se interviene quirúrgicamente hallándose una placa pardo-negrucza infiltrada y adherida a planos profundos del pene. El estudio histológico reveló una neoplasia localizada en dermis profunda y tejido subcutáneo formada por nidos de células de hábito fusiforme y nucléolo evidente con focos ocasionales de pigmento melánico que infiltran y disecan un tejido conectivo fibroso, no hallándose conexión con la epidermis ni con el epitelio folicular. El perfil de inmunohistoquímica demostró positividad para Melan-A, HMB-45 y SOX-10.

Se diagnostica de melanoma dérmico primario tras la exploración clínica de toda la superficie cutánea y dermatoscópico de lesiones pigmentadas, endoscopia y cistoscopia; además de fondo de ojo y RNM que no hallaron lesiones sospechosas. El estudio de ganglio centinela fue negativo y tras 2 años de seguimiento permanece libre de enfermedad.

El melanoma dérmico primario (MDP) es un subtipo raro de melanoma, constituye menos del 1% de melanomas primarios. La supervivencia global es de casi el 100% a los 5 años. El diagnóstico diferencial histológico incluye fundamentalmente el melanoma metastásico, melanoma de las aponeurosis, sarcoma de células claras y tumor maligno de las vainas de nervios periféricos. Es necesario un exhaustivo estudio de extensión y despistaje de melanoma primario clásico antes del diagnóstico definitivo.

11:15 7016-11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES MIXOIDES DE PARTES BLANDAS. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.

Clara Alfaro Cervelló(1), Verónica Andrade Gamarra(1) y Samuel Navarro Fos(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Los tumores de partes blandas con componente mixoide son con frecuencia un reto diagnóstico para el patólogo. Aunque algunas lesiones presentan un aspecto histológico característico, en la mayor parte de los casos es necesario realizar un adecuado panel inmunohistoquímico, complementado con el estudio de alteraciones moleculares específicas.

En este trabajo revisamos de manera retrospectiva un total de 41 casos de tumores mixoides diagnosticados en nuestro centro en los últimos cinco años, incluyendo los siguientes diagnósticos: mixofibrosarcoma (12), liposarcoma mixoide (10), sarcoma fibromixioide de bajo grado (3), tumor fibromixioide de bajo grado (3), neurofibroma mixoide (3), condrosarcoma mixoide extraesquelético (2), sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio (2), mixoliposarcoma de bajo grado (1), miofibrosarcoma (1), fibromatosis (1), tumor fibroso solitario (1), tumor fibromixioide osificante de bajo grado variante no osificante (1) y neurinoma antiguo con degeneración mixoide (1).

Encontramos que los estudios inmunohistoquímico y de biología molecular contribuyeron considerablemente al diagnóstico. En las lesiones de bajo grado, destacamos la importancia de la detección inmunohistoquímica de MUC4, que ha demostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del sarcoma fibromixioide de bajo grado. Por otra parte, algunas neoplasias mixoides presentan translocaciones cromosómicas específicas, por lo que el estudio de biología molecular para detectar los genes de fusión es esencial para el diagnóstico. Es el caso del sarcoma fibromixioide de bajo grado (FUS-CREB3L2 o FUS-CREB3L1), el liposarcoma mixoide (FUS-DDIT3) y el condrosarcoma mixoide extraesquelético (EWSR1-NR4A3).

Sin embargo, cuando las características de la muestra no son adecuadas para realizar estudios moleculares, o no se encuentran alteraciones

específicas descritas, sigue siendo necesario un conocimiento profundo de la histología de estas lesiones para decidir el diagnóstico más apropiado.

11:20

7016-12

MICOSIS FUNGOIDE CON TRANSFORMACIÓN A CÉLULA GRANDE Y AFECTACIÓN EXTRACUTÁNEA (GANGLIONAR).

Laura López Brasal(1), María Antonia Cabezas Quintario(1), Ana Lucía Valencia Mesa(1), María Trujillo Coronado(1), Grevelyn Sosa Rotundo(1) y Fernando Pinedo Moraleda(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

La micosis fungoide (MF) es el subtipo más común de los linfomas cutáneos de células T. Se caracteriza por una proliferación neoplásica de linfocitos de pequeño o mediano tamaño, habitualmente de curso indolente. La transformación a célula grande se produce en el 5-55% de los casos, se define generalmente como >25% de linfocitos grandes atípicos en el infiltrado e implica peor pronóstico, con una supervivencia entre 19-37 meses.

Caso clínico: Mujer de 64 años, diagnosticada en 2000 de MF en placas, sin adenopatías, con reordenamiento monoclonal de TCR gamma. La biopsia inicial mostraba una MF liquenoide con inmunofenotipo característico. Se observaban ya ocasionales linfocitos intraepidérmicos CD30+ y aisladas células grandes en la dermis CD30+.

A pesar del tratamiento evolucionó a MF en placas/tumoral realizándose nueva biopsia, observándose un denso infiltrado dérmico de células grandes, con núcleos grandes con nucleolo prominente y frecuentes mitosis, entremezcladas con linfocitos pequeños o intermedios, con escaso epidermotropismo. Las células grandes eran CD3+, con pérdida de CD7, predominio de CD4 sobre CD8 y CD30+ en aproximadamente el 50% de las mismas, siendo diagnosticada de MF con transformación a célula grande. El TAC demostró adenopatías axilares patológicas. El estudio histológico de uno de los ganglios mostró infiltración neoplásica interfolicular a expensas de células linfoides grandes de similares características a las descritas en la biopsia cutánea e inmunofenotipo CD45+, CD3+, pérdida de CD7, CD4+, CD8+/-, PAX-5-, CD30+, ALK-, CD15- e índice de proliferación (Ki-67) del 55-65%.

Discusión: Ante un paciente con MF, la presencia en una biopsia cutánea de un infiltrado linfoide de células grandes plantea el diagnóstico diferencial entre una transformación a célula grande o la coexistencia con un linfoma anaplásico de célula grande cutáneo primario, una papulosis linfomatoide, un linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) o un linfoma de Hodgkin (LH). El inmunofenotipo descrito descarta un LBDCG y un LH. La presentación clínica, la persistencia de epidermotropismo y el perfil inmunofenotípico, así como el porcentaje de células CD30+ (<75%) orientan a una MF transformada. La presencia de ocasionales células CD30+ intraepidérmicas en la primera biopsia implicaría un posible peor pronóstico, acorde con la evolución de este caso.

JUEVES 25 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA PÓSTER

7017

**PULMÓN Y NEUROATOLOGÍA
Y OFTÁLMICA**

7016-1 MODERADORES

Clara Salas Antón, Madrid.

Miguel Ángel Idoate Gastearena, Clínica Universidad de Navarra. Facultad de Medicina, Pamplona (Navarra).

10:30

7017-2

**TERATOMA QUÍSTICO MADURO PULMONAR CON COMPONENTE MALIGNO TIPO-SOMÁTICO EN
PACIENTE CON TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES DE TESTÍCULO.**

Ana Vallejo Benítez(1), Sara Pabón Carrasco(1), Enrique Rodríguez Zarco(1), Sofía Pereira Gallardo(1), Sebastián Umbría Jiménez(1) y Antonio García Escudero(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

El diagnóstico de teratoma con componente maligno tipo-somático hace referencia al desarrollo de una neoplasia maligna en el seno de un teratoma genital o, más frecuentemente, en una metástasis. La neoplasia de tipo somático más frecuentemente desarrollada en tumores de células germinales es el rhabdomyosarcoma, siendo extremadamente infrecuente la ocurrencia del carcinoma neuroendocrino.

Presentamos el caso de un hombre de 40 años, intervenido hace siete años de un tumor germinal mixto maligno de testículo derecho, con metástasis. El estudio histopatológico puso de manifiesto una lesión multiquística con áreas sólidas. El componente quístico estaba tapizado por diversos tipos de epitelio (escamoso, respiratorio e intestinal) propios de un teratoma maduro. El componente sólido estaba constituido por nidos de células tumorales con empalizada periférica, dispuestas en un patrón organoide, con formación de rosetas, focos de necrosis y elevado índice de mitosis. El estudio inmunohistoquímico reveló inmunorreacción positiva focal a CK7, CK20, CDX2 y SOX2. En el componente sólido, las células presentaron inmunotinción positiva a la citoqueratina, cromogranina-A, sinaptosina, OCT4 (citoplásmico) y negativa al CD56. La inmunorreacción con factores de transcripción del desarrollo neural (TTF1, ASCL1 y POU3F2) mostró positividad exclusivamente al POU3F2 (nuclear). A pesar del amplio espectro de anticuerpos usados para averiguar el tejido de origen del componente neuroendocrino, tales como CDX2, TTF1, CK7 y CK20, no fue posible determinarlo, ya que todos ellos fueron negativos. El diagnóstico anatómico fue de tumor carcinoide atípico sobre un teratoma quístico maduro metastásico. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de células tumorales y el paciente tuvo una buena recuperación postoperatoria sin complicaciones.

El resumen, les presentamos un caso infrecuente de paciente que, tras presentar una neoplasia mixta de células germinales testicular con diseminación metastásica y tratada con quimioterapia desarrolló, al cabo de los siete años, un tumor carcinoide atípico, como transformación neoplásica maligna somática, en una de las metástasis pulmonares de un teratoma quístico maduro. Se hace hincapié en la importancia de un exhaustivo estudio anatomopatológico para el reconocimiento de las neoplasias somáticas en el seno de las metástasis de los tumores germinales.

10:35

7017-3

**DETERMINACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PD-L1 EN CARCINOMA PULMONAR NO MICROCÍTICO:
DATOS INICIALES.**

Atilio Navarro Gonzáles(1), José Ángel García García(1), Lara Navarro Cerveró(1), Sandra Barbera Bosch(1), Elena Álvarez Manso(1), Eva Aguilera Redondo(1) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Valencia.

Antecedentes y objetivos: La expresión inmunohistoquímica (IHQ) de la proteína de membrana Ligando de Muerte Programada (PD-L1) en células tumorales se ha correlacionado con la respuesta y el beneficio de supervivencia con terapias que usan inhibidores del Receptor de Muerte Programada (PD-1) en Carcinoma pulmonar no microcítico (CPNM). Desde hace tres meses hemos iniciado la determinación de este Biomarcador (PD-L1) en nuestro Servicio como parte del protocolo en CPNM.

Métodos utilizados: Hemos evaluado 50 casos de CPNM diagnosticados en nuestro hospital desde 1/11/2016 al 31/1/2017: 12 biopsias endoscópicas de pulmón, 34 piezas quirúrgicas de pulmón, y 4 biopsias de metástasis. Se utilizó el clon 22C3 para la determinación IHQ de PD-L1.

Para la valoración de este Biomarcador se considera la Positividad la tinción de membrana de las células tumorales utilizando los siguientes puntos de corte: 1% al 49% (POSITIVO BAJO) y $\geq 50\%$ (POSITIVO ALTO); y Negatividad la tinción de membrana de las células tumorales en $< 1\%$ (NEGATIVO). Todas las determinaciones se realizan con controles de Positividad y Negatividad.

Las biopsias fueron revisadas por dos patólogos previamente entrenados para la lectura IHQ de PD-L1.

Resultados: La valoración IHQ de PD-L1 fue 4 POSITIVO ALTO, 1 POSITIVO BAJO y 45 NEGATIVO (10% Positividad).

En función del tipo histológico: Adenocarcinomas (37 casos con 3 casos POSITIVO ALTO), 8 Carcinomas de células escamosas (8 casos con 1 caso POSITIVO ALTO y 1 caso POSITIVO BAJO), 3 Carcinomas indiferenciados (todos NEGATIVO) y 2 Carcinomas Neuroendocrinos (todos NEGATIVO).

Conclusiones: La Positividad obtenida del 10% es inferior a los datos iniciales publicados en el ensayo clínico KEYNOTE-001 (Positividad del 60.8%). Se requieren más estudios de prevalencia para conocer la expresión IHQ real de PD-L1 en el CPNM.

10:40

7017-4

EXPRESIÓN DE ALDH1 Y CD133 EN CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULA NO PEQUEÑA EN ESTADIOS INICIALES.

Paula Toro Soto(1), Carlos Gálvez Muñoz(2), Concepción Martín Serrano(2), Estefanía Rojas Calvente(2) y F. Ignacio Aranda López(2) de (1)Instituto de Patología de Alicante y (2)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: El estudio de biomarcadores en carcinoma pulmonar de célula no pequeña (CPCNP) en la última década se ha centrado en la identificación de moléculas con capacidad pronóstica y predictiva que permitan estratificar mejor los pacientes y sirvan como guía en las decisiones terapéuticas. Por esto, el estudio de marcadores de células madre (CM) ha constituido un importante foco de atención. ALDH1 y CD133 han demostrado en estudios previos valor predictivo en tumores sólidos, sin que su papel en CPCNP sea del todo conocido.

Material y métodos: Se seleccionaron 140 casos de CPCNP en estadios I y II sin afectación ganglionar, intervenidos quirúrgicamente. Se realizó estudio inmunohistoquímico sobre matrices de tejido (TMAs) con anticuerpos frente a CD133 y ALDH1 y se analizó su expresión en relación con variables clínicas y patológicas (ji cuadrado). Se realizó análisis de supervivencia libre de enfermedad (SLE) y global (SG) mediante curvas de Kaplan Meyer y test de log rank.

Resultados: 60% de casos correspondieron a adenocarcinomas (ACA), 34% a carcinomas de células escamosas (CCE) y 6% a carcinomas de célula grande (CCG). El 38% de casos fueron positivos para CD133 (punto de corte 10%) y 64% para ALDH1 (punto de corte 5%). Se observó asociación entre positividad para CD133 y género femenino, no tabaquismo, tipo histológico (ACA), mayor actividad mitótica y mayor expresión de Ki67 ($p < 0,05$).

La positividad para ALDH se asoció con tipo histológico (CCE), mayor actividad mitótica y mayor Ki67 ($p < 0,05$). La mediana de seguimiento fue de 73 meses. Los pacientes ALDH1 positivos presentaron mayor SLE (117 vs 97 meses) (HR 0,55; IV 95% 0,313-0,995; $p = 0,044$) y tendencia a mayor SG (104 vs 91 meses) (HT 0,67; IC 95% 0,411-1,102; $p = 0,11$). Los pacientes CD133 positivos mostraron tendencia a menor SLE (100 vs 117 meses) (HR 1,68; IC 95% 0,937-3,020; $p = 0,07$), sin diferencias en la SG ($p = n.s$).

Conclusiones: Si la hipótesis de las CM demuestra ser correcta, la valoración de su expresión en CPCNP en estadios tempranos podría predecir el riesgo de recaída tras tratamiento quirúrgico. En este contexto, tumores positivos para ALDH1 presentan mayor SLE; en oposición, la positividad para CD133 se relaciona con tendencia a peor pronóstico. La posibilidad de valorar marcadores de CM mediante IHQ es una fortaleza que añade valor a los estudios en este campo.

10:45

7017-5

OSIFICACIÓN PULMONAR: UNA RARA LESIÓN INTERSTICIAL. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES ENTRE LOS AÑOS 1996 Y 2016.

Mónica Saiz Camín(1), Marta Atienza Robles(1), Ena Fernández Lomana(1), Alexandre Nogueira Gregorio(1), Gonzalo García de Casasola Rodríguez(1) y Aitziber Marcos Muñoz(1) de (1)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La osificación pulmonar es una entidad rara, que se caracteriza por la formación de hueso maduro en el intersticio, con o sin elementos hematopoyéticos en la médula ósea, que se puede asociar a patología pulmonar crónica pre-existente, cardíaca o extrapulmonar. Es inusual su diagnóstico en un paciente vivo, ya que habitualmente no da lugar a síntomas, y los hallazgos radiológicos (placa tórax e incluso TC) pueden ser inespecíficos. Por ello, la mayoría de las veces constituye un hallazgo incidental en autopsias o biopsias pulmonares por otros motivos.

Objetivo: Estudiar la distribución por edad, sexo y factores asociados.

Método: Se realiza una revisión clínico-patológica de los casos de osificación pulmonar diagnosticados en el Hospital Universitario de Cruces entre los años 1996 y 2016. Se revisan muestras teñidas con H-E y la historia clínica asociada.

Resultados: Se encontraron 12 casos de osificación pulmonar en este periodo de tiempo, la mayoría de ellos (11, 91,66%) en hombres, con una edad media de 58,25 años.

Dos muestras (16,66%) correspondieron a hallazgos autopsícos incidentales, en pulmones de shock (SDRA) con edema agudo y bronconeumonía.

En cuanto a los factores asociados, 4 casos (33,33%) se relacionaron con tumores metastásicos, otros 4 con neoplasias primarias pulmonares y 1 caso (8,33%) mostró granulomas necrotizantes en el mismo lóbulo pulmonar.

Conclusiones: Muchos de los factores asociados a nuestra serie de casos (SDRA, tumores pulmonares primarios o metastásicos, granulomas) coinciden con los descritos en la bibliografía consultada, así como la edad media de diagnóstico y la predilección por el sexo masculino.

10:50

7017-6

DEGENERACIÓN HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA EN DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: DIAGNÓSTICO DE AUTOPSIA EN CASOS CON SOSPECHA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB.

María Antonia Cabezas Quintario(1), Laura López Brasal(1), Ana Lucía Valencia Mesa(1), María Trujillo Coronado(1) y María del Carmen Guerrero Márquez(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: La degeneración hepatocerebral adquirida (DHCA) es un trastorno infrecuente asociado a enfermedad hepática crónica. La clínica cursa con alteraciones cognitivas, movimientos anormales, parkinsonismo, síndrome cerebeloso y mielopatía. El diagnóstico es difícil, y cuando la instauración es rápida se confunde con una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), tanto clínica como radiológicamente. Los ha-

Ilazgos neuropatológicos incluyen pérdida neuronal laminar cortical parcheada, pérdida neuronal en cerebelo y núcleos basales, proliferación de los astrocitos Alzheimer tipo II y presencia de gránulos citoplasmáticos de glucógeno en los núcleos basales, así como mielínolisis central pontina y presencia de células de Opalski.

Descripción de los casos: Pacientes de 69 y 72 años, uno con cirrosis por VHC y otro con ICC y citolisis hepática. Debutaron con demencia rápidamente progresiva, asociándose parkinsonismo en el segundo. La RMN mostró hiperintensidad en ganglios basales y el LCR 14.3.3 positiva. La autopsia se limitó al estudio del SNC según recomendaciones de bioseguridad, ante la sospecha de ECJ. En el primer caso se observó necrosis laminar cortical parcheada y mielínolisis central pontina; en el segundo, pérdida neuronal y cavitación en el putamen y células de Opalski, y en ambos presencia de glía de Alzheimer tipo II difusa.

Discusión: El 40% de los casos sospechosos de encefalopatías espongiiformes humanas (EEH) recibidos en nuestro centro, tienen un diagnóstico diferente. La DHCA es un cuadro poco frecuente como causa de demencia rápidamente progresiva y probablemente infradiagnosticada.

Lo primero a descartar es una enfermedad de Wilson, que cursa con antecedentes familiares, debut antes de los 30 años y presencia del anillo de Kayser-Flischer. La fisiopatología no está claramente definida, probablemente es multifactorial, por falta de depuración hepática de sustancias como amonio, aminoácidos aromáticos y manganeso, que actuarían como neurotoxinas, debido al fallo hepatocelular, o por shunts porto-sistémicos. Se han descrito casos sin un daño hepático de base. La mayoría de las veces es irreversible, pero algunos pacientes pueden responder a tratamiento con lactulosa o aminoácidos de cadena ramificados, además de levodopa para los síntomas parkinsonianos. El trasplante hepático ha sido curativo en casos seleccionados.

10:50

7017-7

GLIOBLASTOMA CON COMPONENTE NEURONAL PRIMITIVO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Melchor Saiz-Pardo Sanz(1), Cristina Díaz del Arco(1), Isabel Casado Fariñas(1), María Carmen Polidura Arruga(1), Osman Salazar Ascencio(1), Estela Aguilar Navarro(1) y Issa Subhi Issa Ahmad(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El glioblastoma es el tumor cerebral primario maligno más frecuente en el adulto y es bien conocido por su amplio espectro histológico y heterogenicidad. El glioblastoma con componente neuronal primitivo, está considerado actualmente como variante de glioblastoma. Es una forma rara, cuya frecuencia exacta no se conoce debido a que ha sido descrito previamente con diferentes nombres. Su diagnóstico es laborioso, la histogénesis incierta y el pronóstico y tratamiento debatidos.

Presentación del caso: Paciente de 76 años que acude a urgencias por cefalea de un mes y medio de evolución, asociada a descoordinación, temblor de brazo izquierdo, inestabilidad y desviación de la marcha hacia la izquierda, con caídas frecuentes, desorientación y mareo. En el TC de cráneo basal y tras la administración de contraste yodado intravenoso, se identifica una lesión intraaxial temporal derecha, con realce en anillo de unos 4,2 cm de diámetro mayor, importante edema vasogénico que condiciona herniación subfalcial izquierda y transtentorial descendente. Se remite a neurocirugía con sospecha clínica de glioblastoma. Se practica resección subtotal guiada por 5-ALA y mapeo motor intraoperatorio. El estudio histopatológico e inmunofenotípico del material remitido, mostró dos componentes tumorales bien diferenciados, glioblastoma clásico y otro formando un nódulo bien demarcado, en el seno del anterior, constituido por células pequeñas indiferenciadas con inmunofenotipo neuronal que a diferencia de la parte glial, tenía frecuentes mitosis e índice proliferativo muy alto. Ambos eran positivos para CD99, CD57 y p53 y negativo el IDH1. EGFR no amplificado, MGMT metilado y no delección de 1p/19q. Se diagnosticó de "Glioblastoma con componente neuronal primitivo, IDH1 no mutado".

Conclusión: El diagnóstico y el diagnóstico diferencial del glioblastoma con componente neuronal primitivo se basa en su morfología e inmunofenotipo, típicos y distintos en ambos componentes. La expresión del p53 indica que es secundario y su mayor intensidad junto a las mitosis frecuentes e índice proliferativo muy alto, en el componente neuronal, es de significado incierto. El IDH1 no mutado confiere mayor agresividad, si bien la metilación de MGMT apoya una supervivencia mayor y mejor respuesta al tratamiento. Su histogénesis, tratamiento y pronóstico, requieren futuros estudios.

11:00

7017-8

ENFERMEDAD DE CHAGAS EN SNC.

Francisco Alameda Quitllet(1), Ghita Tagmouti(1), Montserrat Arumi-Uria(1), Jaume Capellades(1), David Rodríguez(1) y J. Patiño(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Chagas, causada por T. cruzi, es endémica en Sudamérica siendo mucho más frecuente la forma crónica. En esta forma no se describen lesiones en SNC. Presentamos un caso de Encefalitis por enfermedad de Chagas en un paciente sudamericano, en situación de inmunodepresión por trasplante renal.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años, natural de Perú, hipertenso, con enfermedad renal crónica no filiada desde hace 4 años que es sometido a trasplante renal hace dos años. A los 14 meses del trasplante consulta por paresia de extremidad superior derecha con disnea y astenia. Un TC objetiva áreas hipodensas en región parietal izquierda y cuerpo calloso. Se realiza tratamiento empírico anti-toxoplasma y anti-tripanosoma, sin mejoría. Se realiza RMN que objetiva lesión sugestiva de proceso infiltrativo centrado en cuerpo calloso sin descartar proceso inflamatorio-infeccioso. Se realiza biopsia de la lesión. La biopsia muestra un proceso inflamatorio agudo con presencia de microorganismos intracelulares compatibles con toxoplasma o tripanosoma. Una PCR para toxoplasma resulta negativa. Una pCR para Tripanosoma resulta positiva. Se establece el diagnóstico de enfermedad de Chagas con afectación del SNC.

Conclusiones: La Enfermedad de Chagas es una enfermedad inusual en nuestro medio. Debe contemplarse esta posibilidad en pacientes inmigrantes procedentes de áreas endémicas. El diagnóstico diferencial con toxoplasmosis es difícil y debe procederse a técnicas moleculares.

11:05

7017-9

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE SOX11 EN UNA SERIE DE 55 GLIOBLASTOMAS MULTIFORMES: UN NUEVO SCORE DE VALORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA CON DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE RELEVANCIA PRONÓSTICA.

Emma Camacho Urkaray(1), José Javier Aguirre Anda(1), Francisco Borja Gutiérrez Corres(1), Lidia Maestro Gómez(1), Laura Lorente Gea(1), Íñigo Gorostiaga Altuna(1), Isabel Guerra Merino(1) y Iván Fernández Vega(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Introducción: El glioblastoma multiforme (GBM) es el tumor maligno glial más frecuente y más agresivo. La proteína codificada por el gen SOX11 forma complejos proteicos que regulan la transcripción de otros genes vinculados al desarrollo del sistema nervioso central, de la neurogénesis en adultos y muestra un papel esencial en la tumorigénesis, participando como gen supresor. Tanto la interpretación de la expresión inmunohistoquímica como la valoración mediante un Score, con la creación de un umbral con relevancia clínica, en proteínas relacionadas con la carcinogénesis, supone un hecho científico de interés.

Material: Se realizó un tissue microarray con 55 casos de GBM y sus tejidos control correspondientes. Se realizó IHQ contra SOX11. Para la valoración se utilizó un Score de 0 a 300 puntos resultado de multiplicar intensidad (0-3) y extensión (0-100% de las células). La valoración se realizó por duplicado. Además, se realizó análisis estadístico con variables clínicas relevantes.

Resultados: 6 de los 55 casos mostraron un Score de 0 para SOX11 (11%). De los casos positivos el Score medio fue de 33.2 ± 28.9 puntos y la puntuación máxima de 160 puntos. Se ha determinado una mayor supervivencia estadísticamente significativa para aquellos GBMs con Score ≥ 40 puntos ($p=0.005$) con una supervivencia media de 70.7 ± 11 semanas frente al otro grupo con peor pronóstico (32.9 ± 5.1 semanas de media).

Conclusiones: Se ha establecido un Score de rango amplio para facilitar la determinación de un umbral con relevancia clínica en el análisis inmunohistoquímico para SOX11 en GBMs.

11:10

7017-10

ALTERACIONES CROMOSÓMICAS COMO FACTOR PRONÓSTICO EN 77 CASOS DE MELANOMA UVEAL.

Mar Varela Rodríguez(1), Montse Gomà Gallego(2), María José Paúles Villar(1), María Lutgarda Riasol Rodes(2), Ana Cabeza Tocón(2), Olaia Subirà González(3), Daniel Lorenzo Parra(3), Josep Mª Caminal Mitjana(3), Xavier Pérez Martín(4) y Xavier Matías-Guiu Guàrdia(5) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge - ICO, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (3)Servicio de Oftalmología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (4)Unitat d'Investigació Clínica, Institut Català d'Oncologia (ICO) L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (5)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Arnau de Vilanova (Lleida).

El melanoma uveal es la neoplasia maligna ocular más común en adultos, con una incidencia anual aproximada de 6-7 nuevos casos por millón de habitantes. La mitad de estos pacientes pueden recaer en forma de metástasis hepática, con una media de supervivencia tras el debut metastásico, de 4-6 meses.

Objetivo: Presentar los resultados del análisis histopatológico, molecular y de seguimiento de 77 pacientes diagnosticados en nuestro centro, de melanoma uveal.

Métodos: Se han analizado en 77 muestras de melanoma uveal la presencia de alteraciones cromosómicas (cromosomas 1, 3, 6 y 8) y el estado mutacional de los genes GNAQ y GNA11 (codón 209). También se han registrado las principales características clínico-patológicas y de seguimiento.

Resultados: Con una media de seguimiento de 35 meses, entre abril del 2008 y julio del 2016, 23 pacientes desarrollaron metástasis hepática y 19 murieron por progresión de la enfermedad. De los 23 pacientes con enfermedad metastásica, 19 muestran alteraciones cromosómicas en los cromosomas 3 o/y 8, ($p<0.021$) y de los 19 pacientes fallecidos por progresión, 17 también presentaban dichas alteraciones cromosómicas ($p<0.006$).

La media de supervivencia de los pacientes con alteraciones en los cromosomas 3 o/y 8 ha sido menor al compararla con los pacientes que no las presentan (52 meses vs 76, $p<0.001$) al igual que la media de tiempo hasta la progresión metastásica (46 meses vs 72, $p<0.002$).

Conclusión: La identificación de alteraciones en los cromosomas 3 o/y 8 en pacientes con melanoma uveal, es útil para identificar a aquellos individuos que presentan un mayor riesgo de metástasis hepática y por tanto una supervivencia global más reducida.

11:15

7017-11

MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO III-ENFERMEDAD DE SANFILIPPO C: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rebeca Ruiz Onandi(1), Íñigo Gorostiaga Altuna(1), Gisela Muñoz García(2), Cynthia Ruiz Espinoza(2), Luis José Aldámiz-Echevarría Azuara(3), Laura Vilarinho(4), Laura Gort Mas(5) y Laia Rodríguez-Revenga Bodi(5) de (1)Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), (2)Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), (3)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya), (4)Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Oporto (Porto) y (5)Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La mucopolisacaridosis tipo III o Enfermedad de Sanfilippo es una alteración del metabolismo lisosomal causado por la deficiencia de una de las cuatro enzimas implicadas en el catabolismo del heparán sulfato (en el tipo C es la alfa-glucosaminidasa-N-acetiltransferasa).

Método: Se presenta el caso de un varón de 11 años, que fallece con diagnóstico de Enfermedad de Sanfilippo tipo C, al que se le realizó estudio anatomopatológico del sistema nervioso central.

Resultados: Se observa una espongiosis pseudolaminar difusa cortical, pérdida de la población neuronal con balonización somática y axonal por depósito de material, disminución de la mielinización de la sustancia blanca y ausencia de neuromelanina en la sustancia negra y el locus coeruleus. Estos cambios se acompañan de gliosis reactiva y movilización de la celularidad del sistema microglía-macrofágico.

Conclusiones: La enfermedad de Sanfilippo tipo C presenta extensos cambios neurológicos en el Sistema Nervioso Central por depósito de material y una respuesta reactiva en forma de gliosis y activación del sistema microglía-macrofágico.

11:20 7017-12 PATOLOGÍA OCULAR INFECCIOSA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. REVISIÓN DEL PERÍODO 2011-2017.

Iraide Bernal Simón(1), María del Carmen Gómez Mateo(1), María Cristina Caballero Martínez(1), María Aranzazu Juaristi Abaunz(1) y Irune Ruiz Díaz(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: La queratitis infecciosa es una causa importante de morbilidad ocular a nivel mundial, pudiendo generar secuelas graves como pérdida de visión y compromiso de la integridad ocular.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es revisar los casos de patología infecciosa corneal diagnosticados en el servicio de Anatomía Patológica desde enero de 2011 hasta la actualidad.

Métodos: Se revisaron todas las biopsias corneales que se recibieron en nuestro servicio por sospecha de queratitis infecciosa así como la historia clínica de los pacientes. Se estudiaron las siguientes variables en cada paciente: edad, sexo, antecedentes de trauma corneal, uso de lentes de contacto, cirugía ocular previa, enfermedades sistémicas inmunosupresoras y resultado del análisis microbiológico.

Resultados: De los trece pacientes estudiados en edades comprendidas entre los 23 y 91 años, siete fueron mujeres y seis de sexo masculino. El microorganismo más frecuentemente aislado en los cultivos fue el hongo filamentos *Fusarium solani*, seguido del protozoo *Acanthamoeba*. También se identificaron casos de *Cándida parapsilosis* y *albicans*, *Aspergillus fumigatus*, *Mycobacterium chelonae*, *Pyrenochaeta spp* y *Serratia marcescens*. La mayoría de los pacientes eran usuarios de lentes de contacto, factor de riesgo asociado a la infección ocular. Entre otros factores de riesgo descritos se encontraron antecedentes de cirugía ocular por cataratas, traumatismos, enfermedad ocular previa y diabetes mellitus.

Conclusiones: La queratitis infecciosa representa un reto tanto diagnóstico como terapéutico. El diagnóstico de laboratorio mediante toma de biopsia y cultivo son indispensables para identificar el agente etiológico e instaurar un tratamiento específico con estrecho seguimiento para el control de la infección y evitar así la pérdida de la integridad del globo ocular.

11:25 7017-13 EXPRESIÓN DE FRA-2 EN INMUNOHISTOQUÍMICA EN FIBROSIS PULMONAR Y CÁNCER DE PULMÓN.

Justino Jiménez Almonacid(1), Juan Luis García Pérez(1), Santiago Ponce Aix(1), Álvaro Ucero(2) y Ana Belén Enguita Valls(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y (2)Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Madrid.

Introducción: Fos-related antigen 2 (Fra-2) es un factor de transcripción implicado en la expresión de las proteínas Fos y Jun y ha sido recientemente implicado en mecanismos fibroproliferativos en enfermedades pulmonares y en la regulación de TGF-beta1 en distintos tumores. Se ha descrito que la sobreexpresión de Fra-2 implica peor supervivencia en tumores de pulmón de célula no pequeña, asociado a la sobreexpresión de TGF-beta1 y una alteración en la capacidad de migración tumoral. Así mismo, existen modelos animales en los que la sobreexpresión de Fra-2 se asocia a patología intersticial y vasculopatía pulmonar.

Material y métodos: Se revisan 20 casos con neumonía intersticial usual procedentes de trasplantes pulmonares del Hospital Doce de Octubre y 80 casos de cáncer de pulmón de célula no pequeña (40 adenocarcinomas y 40 epidermoides), valorando la expresión de Fra-2 con inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: Se ha valorado la diferente expresión de Fra-2 en los casos de cáncer de pulmón analizando las diferencias en función del tipo histológico, grado tumoral, alteraciones moleculares asociadas (mutación de EGFR, translocación de ALK, Ros 1) y estadio al diagnóstico. En el caso de la patología intersticial, se ha valorado la presencia de Fra-2 comparando la expresión en parénquima conservado con áreas de mayor afectación histológica.

Conclusiones: Fra-2 se presenta como un posible marcador, tanto diagnóstico como pronóstico, en el estudio de la patología pulmonar facilitando la comprensión fisiopatológica a nivel molecular de ésta.

JUEVES 25 de mayo**11:30 - 13:15 h.****SALA 3 + 4****2017****SESIÓN PRESIDENCIAL MEJORES
COMUNICACIONES ORALES****2017-1 MODERADORES**

Enrique de Álava Casado, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

José Javier Gómez Román, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

11:30**2017-2****CARACTERIZACIÓN MOLECULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA EN LA PROGRESIÓN AL TRATAMIENTO ANTI-EGFR MEDIANTE ANÁLISIS MUTACIONAL EN ADN TUMORAL CIRCULANTE.**

Beatriz Bellosillo Paricio(1), Álvaro Taus García(2), Laura Camacho Díaz(1), Ainhoa Hernández González(2), Lara Pijuan Andújar(1), Max Hardy-Werbin(2), Gabriel Piquer Velasco(1), Joan Albanell Mestres(2), Francesc Alameda Quillet(1) y Edurne Arriola Aperribay(2) de (1)Servicio de Patología y (2)Servicio de Oncología. Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El estudio molecular en los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) en el momento de progresión al tratamiento con inhibidores de tirosina cinasa (TKIs) es importante para decidir la siguiente línea de tratamiento. Este estudio se puede realizar con una nueva biopsia o analizando el ADN tumoral circulante en plasma (CtADN). El objetivo del estudio fue analizar las mutaciones de resistencia en el momento de la progresión en muestras de plasma y en tejido tumoral.

Métodos: Se incluyeron 22 pacientes con CPCNP con EGFR mutado tratados con TKIs que progresaron al tratamiento. Se analizó la presencia de la mutación de resistencia p.T790M en las muestras de plasma mediante PCR digital y secuenciación masiva (NGS). En 10 casos se analizó la biopsia en el momento de la progresión.

Resultados: Se detectó la mutación de resistencia p.T790M en 11/22 muestras de plasma y en 5/10 biopsias. En conjunto se detectó la mutación en 13/22 casos. Se obtuvieron resultados concordantes plasma/biopsia en 6 casos (3 positivos y 3 negativos para p.T790M). En 2 casos se obtuvo un resultado positivo en plasma y negativo en biopsia, y en 2 casos se obtuvo un resultado negativo en plasma y positivo en biopsia.

De los 11 casos en los que no se detectó p.T790M en plasma, en 6 se detectaba la mutación de sensibilidad >1%, indicando que se podía detectar CtADN en plasma y que la resistencia sería debida a otras alteraciones (en 2 de ellos existía biopsia a la progresión y era negativa para p.T790M). En los 5 casos restantes, la mutación de sensibilidad era indetectable o < 1%, indicando que existía poca representación del CtADN en plasma (en dos de ellos se disponía de biopsia y esta era positiva para la p.T790M).

Finalmente, se analizó la presencia de mutaciones adicionales en los casos en los que se obtuvieron un mínimo de 20ng de ADN circulante mediante NGS. Se detectaron las mutaciones de sensibilidad y resistencia en EGFR así como mutaciones adicionales en TP53 (2 casos) y en NRAS (2 casos).

Conclusiones: El estudio de CtADN en plasma es una buena alternativa a la biopsia para realizar la caracterización molecular en el momento de la progresión a TKIs en pacientes con CPCNP. La PCR digital permite detectar la mutación p.T790M en CtADN. La secuenciación masiva es un abordaje prometedor para realizar la caracterización molecular a partir de CtADN.

11:45**2017-3****MEDICINA PERSONALIZADA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PANEL CLÍNICO DE SECUENCIACIÓN MASIVA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA.**

Javier Simarro(1), Rosa Murria(1), Gema Pérez-Simó(1), Carmen Salvador(2), Nuria Mancheño(3), Enrique Cases(4), José Gómez-Codina(2), Begoña Laiz(5), Óscar Juan(2) y Sarai Palanca Suela(1) de (1)Unidad de Biología Molecular, (2)Servicio de Oncología Médica, (3)Servicio de Anatomía Patológica, (4) Servicio de Neumología y (5)Servicio de Análisis Clínicos. HUyP La Fe de Valencia.

Antecedentes y objetivos: La aplicación de la secuenciación masiva en el manejo clínico de los pacientes con carcinoma de células no pequeñas (CPCNP) y enfermedad metastásica resulta de gran relevancia en un futuro inmediato. El análisis molecular de los tumores mediante secuenciación masiva se está estableciendo como una herramienta prometedora ante el reto que se nos presenta sobre la necesidad de determinar múltiples biomarcadores para optimizar la eficacia de las nuevas terapias dirigidas. El presente trabajo pretende valorar el impacto de la secuenciación masiva tras su implementación en la rutina asistencial hospitalaria.

Material y métodos. Estudio retrospectivo efectuado sobre 100 tumores FFPE de CPCNP avanzado. Todas las muestras tumorales fueron revisadas por un patólogo seleccionando aquellas áreas con mayor densidad de células tumorales. Las extracciones de ADN/ARN tumoral se han realizado utilizando Deparaffinization Solution Kit y GeneRead DNA FFPE Kit (Qiagen, Hilden, Germany). El diagnóstico molecular mediante secuenciación masiva se ha realizado sobre ADN y ARN tumoral utilizando Oncomine™ Solid Tumour DNA kit y Oncomine™ Solid Tumour Fusion Transcript kit (CE-IVD; ThermoFisher Scientific). Las muestras se han procesado en la plataforma Personal Genome Machine™ (PGM™; Life Technologies) y analizado mediante Ion Reporter™ Software (Thermo Fisher Scientific).

Resultados: El análisis de las métricas de calidad del panel de secuenciación masiva reveló un excelente rendimiento (376.023 lecturas totales

por muestra; cobertura media de 3.492; uniformidad del 97%; y on target promedio del 92%). El estudio del ADN/ARN tumoral mediante secuenciación masiva identificó un total de 128 alteraciones oncogénicas. Los genes con mayor prevalencia mutacional fueron TP53 (50%), KRAS (31%) y EGFR (13%). Asimismo también se detectaron reordenamientos en ALK (3%) y ROS1 (1%).

En nuestra serie, un 56% de los tumores portaron al menos una alteración oncogénica y un 34% presentaron mutaciones concurrentes. En general, la secuenciación masiva identificó alteraciones oncogénicas accionables en el 69% de los tumores analizados.

Conclusiones: La caracterización de la heterogeneidad intratumoral mediante secuenciación masiva define una nueva clasificación del CPCNP avanzado que abre paso a la medicina personalizada, pudiendo ayudar a establecer opciones terapéuticas más adecuadas.

12:00

3017-4

UTILIDAD CLÍNICA DE LA NEXT GENERATION SEQUENCING EN MUESTRAS ONCOLÓGICAS: EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Nerea Carvajal García(1), Jenifer Plaza Sánchez(1), Rebeca Manso Alonso(1), Carmen Laura Auz Alexandre(1), Paula González Alonso(1), Socorro María Rodríguez Pinilla(1), Víctor Moreno(2), Bernard Doger De Spéville(2), Jesús García Foncillas(2) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Oncología. Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La Next Generation Sequencing (NGS) permite la identificación de numerosas alteraciones a nivel genético de manera rápida y simultánea. Su uso está cada vez más extendido gracias a la reducción de costes y a la gran información reportada. La implantación de esta tecnología en la práctica asistencial presenta diversos retos como la limitación del tejido paraafinado en cuanto a la cantidad y calidad del mismo. El objetivo del presente estudio es determinar la aplicabilidad y limitaciones de la NGS en muestras de tejido paraafinado.

Métodos utilizados: Se analizaron mediante NGS 218 muestras de tejido paraafinado de distintas estirpes tumorales (37 casos colorrectales, 26 pulmonares, 17 tumores en mama, 8 casos de melanoma, 15 casos de leucemia y 115 tumores de otro tipo en menor proporción). Se determinó la calidad del ADN tumoral mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa/cualitativa (qPCR) y se realizó secuenciación dirigida mediante un panel comercial de 26 genes (AKT1, ALK, APC, BRAF, CDH1, CTNNB1, EGFR, ERBB2, FBXW7, FGFR2, FOXL2, GNAQ, GNAS, KIT, KRAS, MAP2K1, MET, MSH6, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, PTEN, SMAD4, SCR, STK11 y TP53).

Resultados: De los 218 casos analizados, 52 se descartaron por baja calidad del ADN tumoral (23.8%), destacando los tumores pulmonares como los más frecuentes (27%). Los genes más frecuentemente alterados son TP53 (28%) y APC (8.7%). Los siguientes son KRAS en tumores colorrectales (52%) y pulmonares (20%), PIK3CA en tumores de mama (60%), BRAF y NRAS en melanomas (40%).

Asimismo, se identifican alteraciones en menor proporción de genes tales como MET (5%), ERBB2 (1%), CTNNB1 (1.4%), MAP2K1 (1%), FBXW7 (1.4%), SMAD4 (2.3%), y PTEN (1%).

Del total de muestras, el 75% presentan un contenido tumoral por encima del 30% con una tasa de no valorables del 25,8%. Además, el 80,5% de las muestras presentan buena calidad en base a los datos de la PCR de calidad ($\Delta Cq < 4$).

Conclusiones: La NGS está optimizada para su uso asistencial en muestras paraafinadas. La calidad del ADN tumoral es un factor limitante en la realización de ésta técnica, la cual se puede medir con qPCR. Las muestras más frecuentemente no evaluables son de origen pulmonar. Las mutaciones más frecuentes en el conjunto de tumores con TP53, APC y KRAS seguidas de otras en genes con menos prevalencia, detectadas gracias a paneles dirigidos de NGS.

12:15

3017-5

GP-HELPER. LA APLICACIÓN DESARROLLADA POR Y PARA PATÓLOGOS. (TERCER PREMIO EN XXXI CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA Y EN 28º CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE PATOLOGÍA).

Iván Fernández Vega de Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).



ICONO GP-HELPER.

Introducción: Las aplicaciones para teléfonos inteligentes también denominadas “apps”, son herramientas cuya presencia en la medicina se ha incrementado en los últimos años de manera exponencial.

GP-HELPER es una app desarrollada a finales del año 2015, presente en las plataformas de Google Play y Apple Store, y que sirve como herramienta digital en inglés de referencia para el patólogo general. La app se actualiza periódicamente.

Material: GP-HELPER fue desarrollada utilizando la plataforma de web Mobincube. Posee contenido interno en forma de bases de datos y un contenido externo en donde cabe destacar un foro de consulta interactiva (COMMUNITY GP-HELPER).

Resultados: La app posee bases de datos con más de 2000 inmunofenotipos de los principales tumores; más de 11000 códigos SNOMED, información sobre más de 250 anticuerpos; enlaces a más de 70 revistas de anatomía patológica (incluyendo ranking); enlaces a más de 60 sociedades de patólogos, más de 30 protocolos de diagnóstico; clasificación TNM de los principales tumores...

Además, posee enlaces a más de 1000 videos sobre patología general y especial, muestra enlaces a más de 30 apps en anatomía patológica, más de 30 enlaces a web interesantes y de práctica de la especialidad, facilita la consulta de expertos por especialidad, enlaces a

sistemas de gamificación y más de 40 enlaces a webs de proveedores y plataformas de desarrollo de la Patología. Por último, incorpora enlaces a las principales webs de noticias y ofertas de trabajo sobre la especialidad.

Conclusiones: GP-HELPER pretende ser una aplicación de referencia para el patólogo a través de integrar material interno con el material online relacionado con la Anatomía Patológica.

12:30

3017-6

VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN LA GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA SIN EVIDENCIA DE INFECCIÓN POR H. PYLORI.

Eva Musulén (1), Míriam Gené(1), Sara Simonetti(1), Josep Muñoz Sánchez(1), Inessa Koptseva(1) y Miquel Angel Carrasco(1) de (1)Hospital Universitari General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Antecedentes: *Helicobacter pylori* (HP) es una bacteria responsable de la mayoría de gastritis aguda y crónica activa que acontecen en nuestro medio. Asimismo es un agente etiológico de la úlcera duodenal y gástrica, un factor de riesgo importante en el desarrollo del carcinoma gástrico (CG) de tipo intestinal y sobre todo del linfoma MALT.

Recientemente, la clasificación molecular del CG descrita por The Cancer Genome Atlas reconoce un subtipo asociado a infección por virus de Epstein-Barr (VEB). Dado que la infección por este virus no produce cambios citopáticos en las células infectadas, poco o nada conocemos a cerca de la epidemiología de la gastritis que bien seguro antecede al desarrollo del proceso neoplásico.

Objetivo: Identificar la presencia de VEB en aquellas gastritis crónicas activas (GCA) en las que no se demuestra infección por HP mediante técnica inmunohistoquímica (IHQ).

Material y métodos: En la tinción IHQ para detección de HP se utilizó el anticuerpo monoclonal SP48 de Ventana (Roche Diagnostics, Mannheim, Germany). La presencia de VEB se estudió por hibridación in situ con iVIEW Blue Detection Kit de Ventana (Roche Diagnostics, Mannheim, Germany) mediante el anticuerpo Inform EBER.

Resultados: Desde diciembre 2015 a enero 2017 se han revisado un total de 6.255 biopsias endoscópicas gástricas en las que de rutina se realizó tinción IHQ para detectar HP. En 19 casos (8 mujeres/ 11 hombres, entre 1 a 90 años, edad media 69) se diagnosticó GCA (17 antro, 1 cuerpo y 1 cardias) con HP(-) realizándose la detección de VEB. Se identificó positividad nuclear para VEB en las células glandulares en 17 casos. En 2 casos en los que se disponía de muestra duodenal también resultó positiva para VEB. Tres pacientes tenían también biopsia del cuerpo gástrico en las que se detectó HP y también mostraban la presencia de VEB.

Conclusiones: El virus de Epstein-Barr debe considerarse como un agente causal en aquellos casos con gastritis crónica activa en los que no se detecta *Helicobacter pylori* mediante técnicas de inmunohistoquímica. Estos resultados muestran la necesidad de realizar estudios a gran escala para dilucidar la epidemiología de la gastritis asociada a la infección por este virus.

12:45

3017-7

COMPARACIÓN DE HALLAZGOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y PROSTATECTOMÍA RADICAL. REVISIÓN DE 30 CASOS.

Pilar González-Peramato Gutiérrez(1), M^a Eugenia García Fernández(1), Ignacio Ruz Caracuel(1), Sara Morón Hodge(2) y Carmen Martín Hervás(2) de (1) Hospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Anatomía Patológica y (2) Hospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Radiología.

El objetivo de este trabajo es comparar los hallazgos en RNM multiparamétrica (RNMmp) prostática y en prostatectomías radicales (PR) con vistas a realizar terapia focal en el futuro en tumores de baja-mediana agresividad y evitar su sobretratamiento.

Se comparan los hallazgos de los 30 primeros casos de RNMmp prostática seguidos de PR realizadas en el Hospital La Paz. Todos tenían diagnóstico previo de adenocarcinoma (AC) de próstata en biopsia por cilindro (sextante) (BC). La RNM se informó por el sistema PI-RADSv2.

La media de volumen prostático en RNMmp fue de 50cc (24-131,9 cc). La media de peso en PR fue 45g (19-112g). 29 casos tenían un AC acinar y uno era predominantemente AC ductal (90%).

La RNMmp informó: 19 casos (63,3%) PI-RADS 5 ó 4 (ca. muy probable o probable), 7 casos PI-RADS 3 (equivoco) y 4 casos PI-RADS 2 (poco probable). En 4 casos no se detectó ningún foco tumoral. En total se detectaron en PR 109 nódulos tumorales, 60 de ellos vistos en RNMmp (55%). La bilateralidad tumoral se detectó en 24 casos en PR, en 12 en BC y sólo en 4 en RNMmp. En PR el 83% de los casos tenían dos o más focos tumorales. 5 casos coincidieron plenamente RNM y PR, todos ellos PI-RADS 5.

Los 49 nódulos no vistos en RNMmp se localizaron en zona periférica (ZP) posterolateral (n=27), ZP anterior (n=13), ZP posteromedial (n=8) y zona central (n=1). La media de tamaño fue de 8mm (2-30mm). En 12 casos (40%) el nódulo era mayor de 10mm, en 8 casos (26%) tenían Gleason 7 o mayor y en 4 casos (13%) el nódulo no visto tenía extensión extraprostática.

Todos los casos PI-RADS 2 tuvieron tumores Gleason 3+3=6 y pT2 con volumen tumoral 5-7%. De los 7 casos PI-RADS 3, 4 tenían AC 3+4=7, 2 casos eran pT3a y volumen tumoral de 5-42%. De los 12 casos PI-RADS 4, el 88% eran Gleason 7 o superior. 59% de los casos coincidía el estadio radiológico con el de PR. 25% de los casos la RNMmp infraestadió el tumor.

Los 7 casos PI-RADS 5 el 96% tenían Gleason 7 o superior, la estadificación radiológica y patológica coincidió en el 86%, la detección radiológica de afectación de vesícula seminal fue del 50%.

La RMN infradetecta la afectación bilateral y multifocal del AC de próstata, no detectando el 45% de los nódulos, que en 26% de los casos son Gleason 7 o mayor y en el 40% de los casos mayores de 1cm. La concordancia RNMmp y PR es buena para casos PI-RADS 5 y moderada para PI-RADS 4.

13:00

3017-8

VARIABLES CITOLÓGICAS DE LA PAAF RELACIONADAS CON LA MUTACIÓN BRAF V600E EN EL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.

María Eugenia Galán García(1), M^a Soledad Martínez Martín(1), Macarena Centeno Haro(1), Eduardo Araujo Ruano(2), Pedro Saavedra Santana(2) y Juan José Cabrera Galván(2) de (1)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas y (2)Universidad Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: El carcinoma papilar de tiroides (CPT) en un número determinado de casos se muestra con agresividad infiltrativa, metástasis regionales y repetidas recidivas, incluso después de los tratamientos inhibidores de la TSH, repetidas cirugías y ablación con I131 llegando a ser prácticamente incurable.

La PAAF es la prueba de elección inicial, junto con la ecografía, en el diagnóstico de los nódulos tiroideos. La mutación puntual BRAF V600E es potencialmente oncogénica, empeorando el pronóstico de los pacientes. Pretendemos saber qué aspectos celulares de la PAAF de Tiroides están más relacionados con dicha mutación y su porcentaje, con vistas a una futura valoración predictiva y pronóstica.

Métodos: Hemos valorado las características citológicas de la PAAF previa en 35 casos de Carcinoma Papilar de Tiroides intervenidos en nuestro Hospital en los últimos diez años, a los que se determinó la mutación puntual BRAF V600E, mediante el sistema de Pyrosecuenciación de Quiagen[®]. Se estudiaron 10 parámetros citológicos: hiper celularidad, monocapa, "waxy" citoplásmico o escamoide, núcleo oval, núcleo alargado, "groove" o inclusión nuclear, pseudoinclusión, células gigantes multinucleadas, coloide denso o "bubble gum" y cuerpos de psammoma, todos sobre valores positivos o negativos y en una base de datos, tras lo cual se realizó el correspondiente estudio estadístico.

Resultados y conclusión: De los 35 casos estudiados las variables diagnósticas citológicas más frecuentes fueron la hiper celularidad (83%), núcleos ovales (80%), Grooves (80%) y Waxy citoplásmico o escamoide (71%).

La mutación BRAF fue positiva (T/A >10%) en el material de biopsia en 17 casos (48,6%), siendo las variables con más tendencia a relacionarse con la misma: el "waxy" citoplásmico o escamoide, las pseudoinclusiones, las células gigantes, los núcleos alargados y los cuerpos de psammoma. De los grados de Bethesda para la PAAF tiroidea, el V (59%) fue el más relacionado con los casos mutados.

Se concluye que la hiper celularidad en monocapa, los cambios "waxy" citoplásmicos y el patrón cromatínico del núcleo, junto a las pseudoinclusiones, están más relacionados con la mutación BRAF. El grado de Bethesda V relacionado con la mutación revela su coexistencia con el CPT clásico y sólido, mientras que el grado IV lo estaría con la forma folicular del CPT.

JUEVES 25 de mayo**15:30 - 16:45 h.****SALA 1 + 2****3000****INFECCIOSAS Y AUTOPSIAS****3000-1 MODERADORES**

Emilio Mayayo Artal, Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

María Teresa Hermida Romero, Xerencia de Xestión Integrada A Coruña.

15:30 3000-2 CRIPTOCOCOSIS: CAUSA IMPORTANTE DE MUERTE EN MOZAMBIQUE. ESTUDIO AUTÓPSICO.

Paola Castillo Fernández(1), Juan Carlos Hurtado(2), Miguel J. Martínez(1), Mamudo R. Ismail(3), Carla Carrillo(3), Cesaltina Lorenzoni(3), Clara Menéndez(2), Quique Bassat(2) y Jaume Ordi(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona, (2)Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Barcelona y (3) Hospital Central de Maputo.

Introducción: La infección por *Cryptococcus* sp. sigue siendo una de las enfermedades oportunistas más frecuentes en los pacientes VIH. Se estima que en África Subsahariana fallecen cada año más de 500.000 personas por dicha infección. Sin embargo, se desconoce en gran medida su frecuencia real en esta área y se cree que muchos pacientes mueren sin diagnóstico. Los estudios post-mortem pueden proporcionar datos fiables de prevalencia y aportar información relevante sobre esta infección.

Métodos: Estudio observacional en el que se realizó autopsia completa a 169 adultos fallecidos en el Hospital Central de Maputo, Mozambique. La autopsia incluyó estudio histológico y análisis microbiológicos. En todos los casos se realizó, en sangre obtenida en la autopsia, serología para VIH-1 y -2 con determinación de carga viral en los casos positivos. 109 pacientes (64.5%) eran VIH positivos. Se realizó tinción de PAS en todos los casos. Adicionalmente, se realizó una PCR a tiempo real específica para criptococo. La especie de criptococo se determinó mediante secuenciación de la región IGS y comparación con secuencias de cepas de criptococo de referencia. En todos los casos se revisaron las historias clínicas.

Resultados: La infección por *Cryptococcus* sp. fue la causa de muerte de 11 de los pacientes. Todos ellos eran VIH positivos y presentaban cargas virales altas. La infección fue la causa de muerte del 10% de los pacientes VIH positivos. En todos los casos el hongo afectaba a las meninges. En nueve casos la infección afectaba además al pulmón y en siete se evidenció infección diseminada con afectación adicional de hígado, bazo y riñones. La tinción de PAS fue positiva en todos los casos.

Se identificó *C. neoformans* en 8 casos (73%) y *C. gattii* en 3 (27%). Dos de los casos con infección por *C. gattii* presentaban exclusivamente afectación de pulmón y meninges. En 9 de los pacientes (82%) la enfermedad no se sospechó clínicamente.

Conclusiones: La criptocosis es una causa de muerte frecuente y clínicamente no sospechada en pacientes adultos VIH positivos en Mozambique. *C. neoformans*, la especie más común, muestra una tendencia a la afectación diseminada. *C. gattii*, una especie inusual y geográficamente restringida, fue relativamente frecuente en nuestra serie y mostró una tendencia a la afectación limitada de pulmón y meninges.

15:45 3000-3 HUESOS LARGOS CORTOS: ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA AUTOPSIA FETAL.

Silvia Hernández Bonilla(1), Rebeca Melean Jauregui(1), Nerea Ibarra Sorluce(1), Álvaro Pezzella Risueño(1), Óscar Cerezo Aranda(1), Manuel Parrón Pajares(2), Eugenia Antolín Alvarado(3), Elena Mansilla Aparicio(4), Marta Cabrera Lafuente(5) y Rita M. Regojo Zapata(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Radiología, (3)Servicio de Obstetricia, (4)Instituto de Genética Médica y Molecular y (5)Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

La presencia de huesos largos cortos en la ecografía obstétrica de las 20 semanas abre un gran abanico de diagnósticos diferenciales y su aproximación diagnóstica es vital para el manejo de la gestante y para establecer la letalidad asociada al diagnóstico.

Las displasias/disostosis esqueléticas engloban un extenso y heterogéneo grupo de alteraciones en la formación y crecimiento de los huesos y cartílagos. Son sumamente variables en lo que concierne a su expresión fenotípica, su etiología, su evolución natural, el patrón hereditario y el pronóstico. Las Unidades Multidisciplinares de Patología Fetal (obstetras, neonatólogos, patólogos, cirujanos, cardiólogos, radiólogos y genetistas) nos enfrentamos a este reto diagnóstico desde varios frentes y se debe ofrecer la autopsia fetal, especialmente si el diagnóstico es incierto o si los resultados pueden influir en el futuro reproductivo de la pareja.

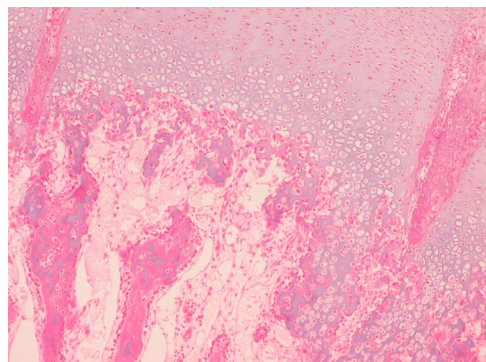
Realizamos una revisión de los casos diagnosticados en nuestro centro en los últimos años y proponemos un protocolo de actuación ante la presencia de acortamiento de miembros en una autopsia fetal o neonatal.

El patólogo es el responsable de la realización de un minucioso examen externo e interno en busca de alteraciones asociadas, de la realización de radiografías y fotografías, y del examen histopatológico de todos los órganos con especial énfasis en los huesos y en la placenta. En todos los casos es imprescindible la obtención de material en fresco para el estudio genético.

En nuestro centro existe una Unidad Multidisciplinar de Displasias Esqueléticas liderada por los genetistas con participación de los patólogos, en la que se discuten todos los casos y se incluyen el un panel específico de secuenciación masiva (NGS).

16:00 3000-4 SERIE DE CASOS DE DISPLASIA TANATOFÓRICA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

María de los Ángeles Muñoz Fernández(1), Bairon Alfonso Paz Fernández(1), Eduardo Lisandro Hernández Suárez(1), Eduardo Sobrino Reig(1) y Telma Meizoso Latova(1) de (1)Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.



Placa de crecimiento patológica.

La displasia tanatofórica (DT), se considera la más frecuente de las displasias óseas letales. Tiene una incidencia global estimada de entre 1/20000 y 1/50000 nacimientos. En España, se registra una frecuencia de 2,4/100000. Se realiza este estudio con el objetivo de conocer la frecuencia de DT en nuestro hospital en el periodo comprendido entre 1983 y 2016. Se ha utilizado la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica y datos del registro del Departamento de Estadística.

Se presentan 7 estudios de necropsia, con diagnóstico prenatal ecográfico de feto malformado. La mayoría de los casos se deben a interrupciones voluntarias del embarazo entre las 15 y 20 semanas. De los 7 casos estudiados, el diagnóstico anatomopatológico en el 85,71% de los casos es de DT tipo I, y en el 14,29% de DT tipo II.

Todos los casos presentan alteraciones macroscópicas y radiológicas, correspondientes a microamelia de las 4 extremidades con angulación de los fémures (en auricular de teléfono), tórax deforme y estrecho, y macrocefalia. En el caso de DT tipo II existe además gran displasia facial y cráneo en trébol. En el estudio de las autopsias, las alteraciones microscópicas se encuentran en el cartilago articular a nivel de la placa de crecimiento: existe pérdida de alineación de los condrocitos más evidente en los huesos largos respecto a una placa de crecimiento no patológica y proliferación estromal de aspecto fibroblástico desde el periostio que osifica groseramente dicha placa de crecimiento (osificación encondral). Los condrocitos no presentan gránulos intracitoplasmáticos PAS positivos.

La prevalencia de DT en nuestro hospital durante el periodo de estudio es de 13,3/100000 nacimientos. Todos los casos corresponden a neonatos. Existe correlación entre el diagnóstico prenatal radiológico y los hallazgos anatomopatológicos en el 14,29%. En todos los casos se utilizan pruebas convencionales sin necesitar pruebas de biología molecular para realizar el diagnóstico. En la totalidad de los casos, los hallazgos histológicos se corresponden con los descritos en la literatura actual.

La prevalencia de DT en nuestro hospital durante el periodo de estudio es de 13,3/100000 nacimientos. Todos los casos corresponden a neonatos. Existe correlación entre el diagnóstico prenatal radiológico y los hallazgos anatomopatológicos en el 14,29%. En todos los casos se utilizan pruebas convencionales sin necesitar pruebas de biología molecular para realizar el diagnóstico. En la totalidad de los casos, los hallazgos histológicos se corresponden con los descritos en la literatura actual.

16:15 3000-5 PATOLOGÍA CARDIO-VASCULAR TORÁCICA POSTMORTEM A PROPÓSITO DE DOS CASOS "HOT-SPOT".

Tatiana Cano Barbadilla(1), Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Isabel García Muñoz(1), Ana Isabel Álvarez-Mancha(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El estudio post-mortem es fundamental para la confirmación de una sospecha clínica. Desempeña un papel esencial en la evaluación de la eficacia de nuevas estrategias terapéuticas y diagnósticas. Presentamos los hallazgos puntuales diagnósticos de dos autopsias.

Material y método: **Caso 1:** Varón de 66 años, que acude a urgencias por tos no productiva y empeoramiento de disnea de 1 mes de evolución con NTproBNP 1254pg/ml, dándose de alta con diagnóstico de disnea de esfuerzo. A las 8 horas presentó, síncope, disnea y sudoración concluyendo en parada cardiorrespiratoria. **Caso 2.** Varón de 77 años que ingresa en UCI por infarto agudo de miocardio (IAM) inferior, al que se le realizó implante de 3 stent, posteriormente presentó una comunicación interventricular (CIV), que se intentó cerrar mediante implantación de dispositivo Amplatzer.

Resultados: En el 1º caso, macroscópicamente encontramos dos trombo-émbolos, uno de mayor tamaño, adherido a la arteria pulmonar derecha y otro en la rama lobar descendente izquierda, compatible con enfermedad tromboembólica pulmonar (TEP) múltiple. Histológicamente distinguíamos distintas fases cronológicas. El trombo-émbolo izquierdo en fase II (2º-8ªsemanas) presentaba recanalización avanzada, correspondiéndose clínicamente con disnea de un mes de evolución, y el derecho en fase I (1º-7ºdías de evolución) con líneas de Zahn sin reacción endotelial, justificando el episodio de síncope y posterior parada cardiorrespiratoria. En el 2º caso, se evidenció un IAM postero-inferior con extensa necrosis miocárdica. Se realizó tratamiento electrolítico para la valoración del estado de los stents de la coronaria derecha. Se observó una comunicación interventricular secundaria al IAM, de localización subvalvular, con cierre incompleto por dispositivo Amplatzer, debido a la interposición de cuerdas tendinosas valvulares.

Conclusiones: En el primer caso, ha sido fundamental el estudio postmortem para determinar el TEP múltiple y su correlación cronológica entre la histología y los hallazgos clínicos y analíticos paciente. En el segundo, al ser una técnica quirúrgica invasiva, se realizó autopsia, donde se evidenció la colocación incorrecta del dispositivo, y a su vez, se estudió de forma rigurosa el estado de los stents coronarios.

16:30 3000-6 EL RESURGIMIENTO DE LA AUTOPSIA CLÍNICA - ANÁLISIS DE 747 CASOS; IMPACTO ACADÉMICO Y SOCIAL.

Juan Carlos Bonilla Jassir(1) y Óscar Mendoza Ramírez(1) de (1)Hospital de San José-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. (Cundinamarca).

Consideramos que la autopsia clínica además de ser una herramienta de confrontación clínico-patológica, docente y de control de calidad en los hospitales, es además, un instrumento de gestión en políticas de salud pública.

El objetivo de este trabajo es describir las principales causas de muerte y las circunstancias que las rodean en pacientes a quienes se realiza autopsia clínica en nuestro hospital.

Metodología: Es un estudio descriptivo de los reportes de autopsias realizadas en el periodo de tiempo comprendido entre enero 01 del 2012 a junio 31 del 2015.

Resultados: Se incluyeron 747 autopsias, 58.2% hombres, 41.1% mujeres y 0.67% sexo indeterminado. El grupo de edad de 41 a 65 años es el que presenta el mayor número de casos (32.53%); en este grupo la causa más frecuente es muerte súbita de origen cardíaco.

En el adulto joven, adolescentes y población pediátrica la principal causa de muerte es la infección respiratoria aguda, ocupando la neumonía el primer puesto.

Resaltamos que 22% de los pacientes del grupo de adultos jóvenes (18 a 40 años) presentan muerte súbita de origen cardíaco, ocupando el segundo puesto en esta población después de la infección respiratoria.

Las principales causas de muertes en neonatos y óbitos fetales son las relacionadas con malformaciones congénitas.

Respecto a las circunstancias que rodean la muerte, 282 casos (37.75%) se encontraban hospitalizados, 211 casos (25.25%) realizaban actividades cotidianas, 3 casos (0.40%) realizaban actividad física, 139 casos (18.61%) sin información.

Conclusiones: En este trabajo la muerte súbita de origen cardiovascular es la principal causa de fallecimiento en pacientes mayores de 40 años y la segunda causa en adultos jóvenes. Esto nos permite sugerir la creación prioritaria de acciones de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en los planes de salud.

La infección respiratoria aguda ocupa el segundo puesto en la mortalidad general, afectando especialmente las poblaciones jóvenes y pediátricas; los estudios de autopsia permiten caracterizar los casos de infección respiratoria aguda que tengan potencial epidémico.

La incidencia de las malformaciones congénitas en la población pediátrica de este estudio fortalece la creación de la clínica de dimorfismo con la participación de otras especialidades médicas.

JUEVES 25 de mayo**15:30 - 16:45 h.****AUDITORIO 3B****3002****HEMATOPATOLOGÍA****3002-1 MODERADORES**

Santiago Montes Moreno, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Antonio Martínez, Barcelona.

15:30**3002-2****CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y GENÉTICA DEL "LINFOMA TIPO BURKITT MYC NEGATIVO CON ABERRACIÓN 11Q".**

Blanca González Farre(1), Joan Enric Ramis Zaldivar(2), Luis Colomo Saperas(3), Marta Garrido(4), Antonio Martínez(1), Federico García Bragado(5), Olga Balague(1), Noelia García(2), Elías Campo(1) y Itziar Salaverria(2) de (1)Hospital Clínic, Barcelona, (2)Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, (3)Hospital del Mar, Barcelona, (4)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona y (5)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: El linfoma tipo Burkitt con aberración de 11q (BLL-11q) es una entidad provisional en la clasificación revisada de la OMS-2016 caracterizado por una morfología similar al BL sin translocación de MYC, pero con ganancias proximales y pérdidas distales de 11q. Existen pocos casos descritos y no se conoce bien su posible variabilidad. El objetivo del estudio ha sido evaluar retrospectivamente casos de BL/BL atípico y realizar una caracterización completa de los casos BLL-11q.

Métodos: Se revisaron 49 pacientes ≤ 40 años diagnosticados de BL/BL-atípico entre 2000-2016. Los estudios genéticos incluyeron hibridación in situ fluorescente (FISH) con sondas de MYC break-apart (Metasystems) y sonda específica para la alteración 11q [RP11-414G21 SG RP11-629A20 SR]) y arrays de número de copias (CN) (Oncoscan o SNP6, Affymetrix).

Resultados: Se confirmó el diagnóstico de BL MYC+ en 38 casos. Tres BL MYC negativos se reclasificaron como linfoma de alto grado B-no clasificable y 2 como linfoma difuso de células grandes B. Éstos fueron negativos para alteraciones de 11q. Además se identificaron 6 BL/BL-atípico MYC negativos en los que se identificó una alteración de 11q. Estos casos eran 3 varones y 3 mujeres con una media de edad de 15 años (8-37). La presentación fue nodal en 4 casos. Todos remediaban un BL aunque con mayor pleomorfismo celular. Un caso fue positivo para BCL2. El estudio de las alteraciones de 11q por FISH mostró un patrón de pérdidas del extremo terminal en 4 casos, ganancia proximal y pérdidas distales en 1 caso y únicamente ganancia/amplificación proximal en 1 caso. En concordancia con los datos de FISH, el estudio de arrays de CN de 3 casos mostró únicamente pérdidas de 11q24-q25 en dos casos y ganancia/amplificación de 11q24-q23.3 asociada a pérdida de heterocigosidad sin pérdida alélica (copy-neutral LOH) de 11q23.3-q25 en un tercer caso.

Conclusiones: El BLL-11q es un linfoma raro con una incidencia del 12% en el total de casos con diagnóstico morfológico de BL/BL atípico en este rango de edad. Confirmamos la frecuente presentación nodal al diagnóstico pero el patrón de alteraciones de 11q parece más diverso que el previamente descrito. Solo un caso tenía ganancia/pérdida de 11q y los otros 5 tenían solo pérdidas terminales de 11q (3), ganancia/amplificación de 11q proximal o pérdida de heterocigosidad de la región distal del 11q.

15:45**3002-3****CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES CON LINFOMA/LEUCEMIA DE CÉLULAS T DEL ADULTO ENTRE EL 2011-2016 EN LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA.**

Nhora María Silva Pérez(1), Natalia Calvache Hernández(1), Álvaro Enrique Osorio Franco(1), Robinson Pacheco López(1), Francisco Javier Jaramillo Echeverry(1), Juan Carlos Bravo Ocaña(1), Joaquín Rosales Martínez(1) y Juan Guillermo Restrepo Molina(1) de (1)Fundación Valle del Lili, Cali (Valle del Cauca).

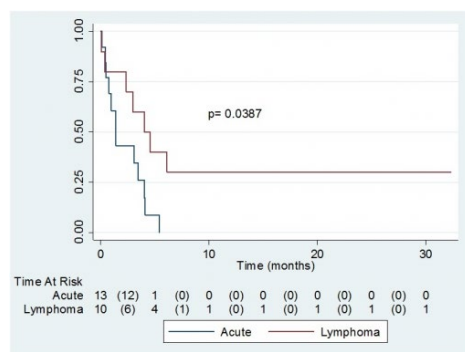


Imagen 1. Supervivencia por subtipos clínicos.

Introducción: El virus linfotrópico humano-1 es el responsable etiológico de la leucemia/linfoma de células-T del adulto (ATLL), la cual presenta un patrón de distribución geográfica que incluye Suramérica. La ATLL es una enfermedad catastrófica, con un amplio espectro clínico y se clasifica en cuatro subtipos: aguda, linfoma, crónica y latente. En Colombia no existen datos sobre la epidemiología de esta enfermedad.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínico-patológicas y la supervivencia de los pacientes diagnosticados con ATLL en un hospital de alta complejidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de cohorte retrospectiva. Desde la base de datos del servicio de hematopatología se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de ATLL entre enero-2011 y diciembre-2016 en la Fundación Valle del Lili.

Se clasificaron los pacientes en subtipos clínicos según los criterios de Shimoyama. Se evaluó la supervivencia global y por subtipos clínicos con el método Kaplan-Meier y las comparaciones se evaluaron con Log-rank test. El software utilizado fue Stata 12.0

Resultados: Se encontraron 25 casos de ATLL, todos provenientes de la región pacífica Colombiana. El promedio de edad fue 49.6 años $\pm$ (13.5), 16 casos (64%) fueron mujeres. Los órganos comprometidos más frecuentes fueron médula ósea, ganglio linfático y SNC (Tabla1). El subtipo clínico más frecuente fue agudo (52%), seguido de linfoma (40%) y crónico (8%), no hubo ninguno latente. La sobrevida global fue de tres meses. El subtipo clínico con mayor sobrevida fue el de linfoma con una diferencia estadísticamente significativa con relación al subtipo agudo ($p=0.0378$) (Imagen1)

Conclusiones: La ATLL es una enfermedad poco frecuente y de mal pronóstico. En Colombia, los subtipos clínicos más frecuentes concuerdan con lo reportado en la literatura (agudo y linfoma). La sobrevida de nuestros pacientes es muy baja en comparación a otros estudios. Las barreras de acceso a la salud, los mecanismos de transmisión viral, la edad en que se adquiere la infección, variaciones en la cepa de HTLV-1 o factores de susceptibilidad en la población, pueden ser elementos que contribuyan al mal pronóstico en nuestros pacientes. Se necesitan investigaciones con caracterización citogenética y molecular para determinar si hay un perfil biológico diferente que explique la alta agresividad en la región.

Tabla 1. Características clínico-patológicas de los pacientes

Características clínico-patológicas	Total (n=25) n (%)
Edad	49.6 $\pm$ 13.5
Género, Femenino (%)	16 (64)
Hemoglobina	11.95 $\pm$ 2.2
Plaquetas	211000 (122000 - 286000)
Linfocitos totales	3740 (1730 - 12530)
LDH	549 (402-971)
Calcio $\geq$ 11, n (%)	8 (32)
Serología EBV positiva	6 (24)
Órganos comprometidos, n (%)	
Médula ósea	15 (60)
Ganglio linfático	14 (56)
Sangre periférica	6 (24)
Líquido cefalorraquídeo	7 (28)
Piel	4 (16)
EBBER+	5 (20)
CD3+	25 (100)
CD4+	25 (100)
CD8+	1 (4)
CD56+	0 (0)

LDH: Lactato deshidrogenasa, EBBER: Hibridación in situ para el virus de Epstein Barr

16:00

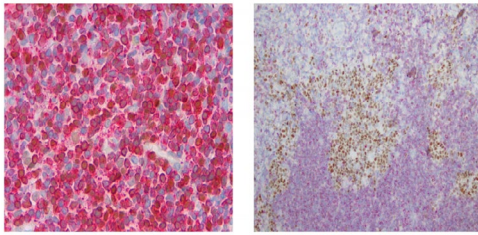
3002-4

ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Y MOLECULAR DE BCL-2 Y BCL-6, EN LINFOMA FOLICULAR PRIMARIO CUTÁNEO E INFILTRACIÓN CUTÁNEA DE LINFOMA FOLICULAR NODAL.

Alicia Córdoba Iturriagaitia(1), Ángel Panizo Santos(1), M^a Concepción Llanos Chavarri(1), Carolina Arean Cuns(1), Begoña Aguiar Losada(1), Irene Fernández de los Reyes(1), Josune Mitxelena Ezeiza(2) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(2) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra) y (2)Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio de Dermatología.

Introducción: La clasificación de los linfomas foliculares en primario cutáneo (LFPC) o secundario con afectación de la piel (LFS) resulta difícil. El LFPC se considera diferente a su contraparte nodal, en la falta de expresión de Bcl-2 y ausencia de translocación de Bcl-2 que es propia de este tipo de linfoma. Hemos revisado la expresión inmunohistoquímica de Bcl-2/Bcl-6 y la translocación Bcl-2/Bcl-6 en LFPC y LFS.

Bcl-6 (marrón)/Bcl-2(rojo)



Doble tinción Bcl-6/Bcl-2 en LFPC Bcl2 positivo y negativo.

Material y métodos: Hemos revisado 7 casos de LFPC y 3 casos de LFS con afectación de piel con un total de 18 biopsias. Se ha estudiado con inmunohistoquímica Bcl-2, Bcl-6 y CD10. Hemos utilizado doble tinción Bcl-6/Bcl-2. Se ha estudiado el reordenamiento IgH, la translocación Bcl2 (14-18) y Bcl6 mediante técnica de FISH.

Resultados: En los LFPC la media de edad es 62,7años, y el 57 % son varones. En los LFS, la media de edad es de 50,6 años y el 66,6% son varones.

Mediante Inmunohistoquímica el Bcl-2 ha resultado negativo en 3 casos de LFPC (57%) y positivo en 7 casos (4: LFPC y 3: LFS). Los casos positivos muestran doble tinción Bcl6/Bcl2. Entre los LFPC con Bcl-2 positivo por inmunohistoquímica: 2 mostraron translocación para Bcl-2 (28,5%), 1 fue negativo y 1 fue nulo. Los LFS fueron: 2 positivos y un caso nulo.

No hemos encontrado translocación de Bcl-6 en ningún caso, aunque todos mostraron Bcl-6 por inmunohistoquímica.

El reordenamiento B resultado positivo en 4 LFPC, siendo dos policlonales y 1 caso nulo. Entre los LFS dos resultaron positivos y 1 nulo.

Conclusión: El LFPC se considera una entidad diferente del linfoma folicular nodal por lo que se debe realizar el diagnóstico diferencial entre ambas.

- El diagnóstico de LFPC frente al LFS no se puede basar en la ausencia de expresión para Bcl-2 y ausencia de translocación (14-18); porque hasta 57 % de los LFPC son positivos para Bcl-2 y en un 28,5 % presentan translocación.
- La valoración de la expresión de Bcl-2 debe realizarse mediante tinción doble o ajustada con CD3/CD20.

16:15 3002-5 CORRELACIÓN HISTOLÓGICA Y MOLECULAR EN LA TROMBOCITEMIA ESENCIAL.

Daniel Martínez Hernández(1), Natalia Papaleo(2), Ariadna Rubio(2), Mónica López-Guerra(1), Leonor Arenillas(2), Eduardo Arellano(1), Lorena Díaz(2), Luis Colomo(2), María Rozman(1) y Alberto Álvarez-Iarrán(2) de (1)Hospital Clínic, Barcelona y (2)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción y objetivos: La trombocitemia esencial (TE) es una neoplasia mieloproliferativa (NMP); 90% de casos presentan mutaciones de JAK2, CALR y MPL, existiendo también casos triples negativos (TN). Las correlaciones entre genotipo e histología no están bien establecidas.

Método: Se revisaron biopsias de médula ósea de 157 NMP diagnosticadas como TE entre 2000-2016 (JAK2 84, CALR 31, MPL 30, TN 12). Se estudiaron las características histopatológicas y se correlacionaron con el genotipo. Para el estudio histológico se estimó el porcentaje de celularidad global, se hizo un recuento de los megacariocitos calculando la media de elementos por 5 campos de gran aumento y se anotaron las principales características morfológicas de estas células, así como la presencia de grupos laxos y/o densos de ellas. También se estimaron la relación mielo-eritroide, la presencia de agregados linfoides y la hiperplasia o dilatación sinusoidal. La fibrosis reticulínica se evaluó según los criterios de la OMS. Por último se estableció el diagnóstico histológico de cada caso.

Resultados: La biopsia era diagnóstica de TE en 76% de casos; el resto se reclasificaron como 1% mielofibrosis primaria, 4% mielofibrosis prefibrótica, 10% normales y 9% como NMP sin poder precisar el subtipo únicamente con la histología. El 83% presentó celularidad normal o disminuida, 25% agregados linfoides y 86.5% relación mielo-eritroide conservada. La mediana del número de megacariocitos fue 15.5; 88.5% mostraba agregados laxos y 34% agregados densos; 87% de los megacariocitos mostraron núcleos en "asta de ciervo" y 52% "en nube"; 75% no presentó fibrosis reticulínica, 23% grado 1 y 2% grado 2.

El genotipo CALR presentó más alteraciones en megacariocitos, con mayor número por área medular (mediana: CALR 21; MPL 16; JAK2 14,5; TN 13 $p=0.001$), mayor frecuencia de agregados densos (CALR 60%; MPL 53%; JAK2 25%; TN 8% $p<0.001$) y mayor fibrosis reticulínica grado 1 (CALR 48%; JAK2 18%; MPL 7%; TN 9% $p=0.01$). Megacariocitos con núcleo "en nube" se identificaron en MPL 80%, CALR 64.5%, JAK2 47% y TN 33% ($p=0.03$).

Conclusión: La TE con mutaciones en CALR se asocia a mayor alteración en la histología de los megacariocitos y a mayor fibrosis medular.

16:30 3002-6 EXPRESIÓN DE CD23 EN EL LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES, LINFOMA FOLICULAR E HIPERPLASIA FOLICULAR. COMPARACIÓN ENTRE LA CITOMETRÍA DE FLUJO Y LA INMUNOHISTOQUÍMICA.

Zulma Soraya Quintero Niño(1), José Javier Aguirre Anda(2), Frank Pretjers(3) y Konnie Hebeda(4) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante), (2)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), (3)Servicio de Hematología, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda y (4)Servicio de Patología, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda.

Aunque difieren en su comportamiento el Linfoma Difuso de células B grandes (DLBCL) y el Linfoma Folicular (FL) comparten origen similar. Algoritmos inmunohistoquímicos (IHQ) clasifican el DLBCL en dos subtipos. De los que el CD23 no hace parte a pesar de su origen centro-germinal y de que su expresión podría relacionarle con este subtipo confiriéndole mejor pronóstico. Estudios de pronóstico y supervivencia relacionados con el CD23 en DLBCL y FL utilizan como referencia la Citometría de flujo (FC) o la IHQ pero ninguno correlaciona ambas pruebas y tampoco compara su expresión en ganglios no tumorales.

Por esto analizamos la concordancia entre ambas técnicas proporcionando evidencia sobre la fiabilidad de los resultados cuando se usa solo una de ellas. Además estudiamos la expresión habitual de CD23 en ganglios con hiperplasia folicular (HF).

Materiales y métodos: Se incluyeron en el estudio 35 DLBCL y 18 FL y 14 HF. La IHQ se realizó en tissue microarray (TMA) tomando dos punches de cada caso y en 16 casos se hizo también en la totalidad del cristal. La valoración la realizaron por separado dos patólogos.

En los TMA los resultados de ambos patólogos mostraron baja concordancia entre ambas técnicas. Por el contrario se observó alta concordancia en el cristal completo, teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral. No se encontraron diferencias significativas de los dos linfomas en ambas técnicas. En la HF es llamativa la expresión menor del 50% en IHQ al contrario de la expresión mayor del 50% en la FC siendo cifras superiores a las registradas en el DLBCL.

Conclusiones: Debemos ser cuidadosos al interpretar la IHQ. Consideramos que la baja concordancia en los TMA se debe a un probable error muestral lo que refleja que aunque el CD23 es un marcador comunmente utilizado en la práctica diaria, faltan por conocer aspectos de su biología, origen y expresión en los compartimentos del ganglio linfático normal y tumoral. Revisiones bibliográficas relacionan el CD23 con buen pronóstico y supervivencia de los DLBCL y FL.

Nuestros resultados apoyan esto demostrando mayor expresión de CD23 en FC en HF en comparación con la menor expresión observada en los DLBCL. Esto sugiere la existencia de una posible relación entre la expresión de CD23 y la agresividad del linfoma. Nuestro estudio es el inicio para futuras investigaciones acerca del CD23 y su probable uso diagnóstico, pronóstico y terapeutico.

Biopsias mas significativas. Comparación de CD23 en el cristal completo y en los TMA.

Date of Dx	CD23%+ in whole slide	Diagnostic	Zulma CD23% in the Block	Konnice CD23% in the Block	CD23% in Flow cytometry
24-08-05	2%	FL3	2%	0	4,30%
17-11-2006	60%	FL2	50% 50%	20% 20%	68,30%
3-4-2007	70%	DLBL	50% 60%	60%	73,80%
10-3-2008	70%	FL1	30% 25%	5% 1%	61,20%
9-3-2009	30-40%	DLBCL	1% 0	0 0	52,57
10-8-2012	25%	DLBCL	30% 25%	20% 10%	3,33%
16-7-2008	30%	DLBCL	30% 30%	10% 5% small cells surrounded	43%
22-10-2012	5-10%	FL	10% 10%	1%	4 - 4,8%
18-09-13	60-70%	FL2	60% 60%	20% 30%	71,1-67,1%
11/10/13		FH	0 30%	0 10%	67,5- 68,1%
26/11/13		FH	20% 20%	10% 10%	50-51%
24/12/13		FH	40% 40%	20% 20%	100%
18/2/14		FH	15% 15%	10% 10%	77,60%
9/4/14		FH	30% 30%	10% 10%	54,30%

Date of Dx	CD23%+ in whole slide	Diagnostic	Zulma CD23% in the Block	Konnie CD23% in the Block	CD23% in Flow cytometry
15/5/14		FH	2% 10%	5% 10%	41,60%
15/10/14	20%	FH	15% 15%	10% 10%	38,9-33,96%
6/1/15		FH	2% 10%	1% 5%	21,30%
4/3/15		FH	20% 20%	10% 10%	44,3- 42,5%
31/3/15		FH	20% 20%	10% 10%	47,81-47,53%

Se observa la discrepancia entre los resultados de IHQ Y FC en los TMA. En la HF observar la alta expresión en FC

JUEVES 25 de mayo**15:30 - 16:45 h.****AUDITORIO 6 + 7****3003****NEFROPATOLOGÍA Y UROPATOLOGÍA****3003-1 MODERADORES**

Pilar González Peramato Gutiérrez, Madrid.

Esther Roselló Sastre, Hospital General Universitario de Castellón.

15:30 3003-2 REVISIÓN DE PIEZAS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE EN UN PERÍODO DE 12 AÑOS.

Eugenia García Fernández(1), Oana Beatrice Popescu(1), Silvia García Ocuña(2) y Pilar González-Peramato(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid y (2)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

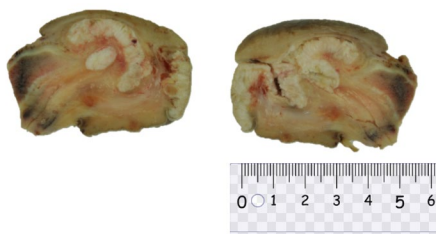


Foto macroscópica carcinoma epidermoide de pene.

El Carcinoma Epidermoide (CE) es el tumor peneano más frecuente, más del 50% son de tipo usual. Se presentan habitualmente en la 6ª-7ª década de vida. Se ha relacionado al CE con, la infección por virus del Papiloma Humano (HPV), el liquen escleroso, fimosis, mala higiene y ausencia de circuncisión. El comportamiento biológico del CE depende del grado histológico, profundidad de infiltración, invasión perineural e invasión vascular. En la última clasificación de la OMS 2016, se subdividen los CE de pene en relación con el HPV.

Realizamos una búsqueda en el archivo de Anatomía Patológica, de las piezas de penectomía en un periodo de 12 años (2004-2016). Revisamos el tipo histológico, lesiones asociadas y evolución de los pacientes.

Se identificaron, 20 pacientes, con una media de edad de 67 años (39-93). En 9 existía una neoplasia intraepitelial peneana y en 4 casos un diagnóstico previo de liquen escleroso y atrófico. En la revisión del tipo histológico, 15 pacientes (75%) se diagnosticaron de CE usual. Se reconocieron otras variantes como CE basaloide, condilomatoso y verrucoso. En 8 casos se realizó estudio de HPV que fue positivo en 2 casos (variante basaloide). El grado histológico tuvo una distribución de: 6 casos grado I, 8 casos grado II y 6 casos grado III. Se re-estadificó a los pacientes según la 8ª edición de la AJCC, 12 infiltraban la lámina propia (pT1 a o b), 6 cuerpo esponjoso (pT2) y 2 los cuerpos cavernosos (pT3). En el seguimiento (media 7 años; 1-12 años), 8 pacientes (40%) fallecieron, 3 (15%) en relación con la enfermedad. Los 3 pacientes que fallecieron, tenían un CE usual, grado II o III y metástasis ganglionares en 2 de los casos. Se realizaron linfadenectomía en 5 pacientes, con metástasis por CE en todas ellas y 3 de ellos fallecieron.

El CE de pene, es una neoplasia con una baja incidencia en nuestro medio. En la revisión de nuestros casos se confirma un predominio de CE tipo usual (no relacionado con HPV) en pacientes mayores. El pronóstico depende de la afectación ganglionar y el grado histológico, como se observa en nuestra serie de casos.

15:45 3003-3 CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DE MUY BAJO RIESGO.

Ángel José Nazco Deroy(1), Ruimán José González Álvarez(2), Hugo Álvarez-Argüelles Cabrera(1) y Sonia García Hernández(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Canarias y (2)Servicio de Urología del Hospital Universitario de Canarias.

En respuesta a una creciente preocupación por un posible sobretratamiento, han surgido recientemente estrategias conservadoras como la vigilancia activa. La Asociación Europea de Urología (EAU) la propone como una opción de tratamiento para aquellos pacientes que cumplan unos estrictos criterios, basados en la descripción realizada por Epstein en 1994 para definir los cánceres de próstata de muy bajo riesgo de recidiva bioquímica. Analizamos retrospectivamente las piezas de prostatectomía de pacientes que cumplían dichos criterios con el fin de describir anatomopatológicamente las características de estos tumores.

Material y método: Revisamos los datos de 799 pacientes tratados en un periodo de 9 años mediante prostatectomía radical. Seleccionamos los 81 que cumplían los criterios previamente mencionados. Revisamos las piezas de prostatectomía, recogiendo los datos anatomopatológicos más relevantes. Teniendo en cuenta que el volumen tumoral (VT) ha demostrado ser un factor prioritario en la probabilidad de progresión, incluimos el cálculo del porcentaje tumoral (PT) y, utilizando el peso de la pieza, estimamos el VT.

Resultados: Los cánceres catalogados como de muy bajo riesgo son prácticamente en su totalidad tumores órgano-confinados (pT2:97,5%). Encontramos una tasa de infraestadaje del GS baja pero no desdeñable (GS 7: 8,6%, 3+4 en todos los casos). La mayoría de los cánceres eran bilaterales (pT2c:67,9%), multifocales (FT≥2: 88,9%), con bajo porcentaje tumoral (PT<10%: 80,2%), con bajo volumen tumoral (VT<6cc: 85,2%) y con un grado de Gleason bajo (GS≤6: 91,3%).

Conclusiones: Los criterios estudiados parecen realizar una buena selección de pacientes candidatos a vigilancia activa. No obstante, ya que un escaso porcentaje de pacientes han presentado tumores no órgano-confinados (pT3: 2,5%), infragraduados (GS (3+4): 8,6%) o con volúmenes tumorales grandes (VT>10cc: 7,4%), parece recomendable realizar una biopsia confirmatoria (preferiblemente de saturación) y apoyarnos en los datos ofrecidos por la Resonancia Magnética a la hora de incluir a un paciente en un programa de vigilancia activa.

16:00

3003-4

ESTUDIO DE PROGRESIÓN DEL CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES EN ESTADIO PT1 DE VEJIGA. FACTORES MORFOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS ASOCIADOS.

Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), Jorge Alfaro Torres(1), María Alastuey Aisa(1), M^a Isabel Marquina Ibáñez(1), Sofía Hakim Alonso(1), Beatriz Eizaguirre Zarza(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Sara Simón Portero(1), María Jesús Viso Soriano(1) y José Ignacio Franco Rubio(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna mas frecuente del tracto urinario. El 65% se registran en países desarrollados, ligados a población masculina fumadora. En España es el cuarto tumor mas frecuente en hombres y el octavo en mujeres. Las altas tasas de recidiva y las bajas de progresión hacen que sea un tumor con una alta prevalencia.

El grado y el estadio son las variables que condicionan la estrategia terapéutica en la actualidad. El objetivo de este trabajo es analizar en una serie amplia de casos, cuales son las variables morfológicas e inmunohistoquímicas que se relacionan con la progresión y la supervivencia libre de progresión (SLP).

Material y metodos: Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes diagnosticados de carcinoma urotelial primario de vejiga en estadio pT1 tratados con resección transuretral durante el periodo 1998-2001. Se analizaron una serie de variantes morfológicas y se elaboraron microarrays tisulares para realizar estudios inmunohistoquímicos de p53, p16, Her2, Bcl-2, E-Cadherina y Ki67. Tras aplicar criterios de exclusión se seleccionaron un total de 114 casos.

Resultados: En la serie estudiada se observó progresión en 33 casos (28,9%), correlacionándose con:

- Alto grado de la OMS(2004) ($p<0,001$).
- Alto grado de la clasificación de Cheng ($p=0,007$).
- Mayor porcentaje de componente de alto grado en el total tumoral ($p=0,0027$).
- Configuración solida ($p=0,001$).
- Invasión tumoral extensa ($p<0,001$).
- Cuantificación en mm2 de la infiltración tumoral ($p<0,001$).
- Numero de focos tumorales infiltrando ($p=0,0009$).
- Invasión linfocascular ($p<0,001$).

La SLP fue de 26,7 meses, asociándose de forma significativa con disminución de la SLP, el sexo femenino ($P=0,0228$), la presencia de invasión linfocascular ($p<0,001$) y la necrosis ($p=0,0257$).

Otras variables morfológicas y los marcadores inmunohistoquímicos estudiados no mostraron diferencias significativas.

Conclusiones: Las variables morfológicas clásicas como el grado (OMS y Cheng), la configuración solida o la invasión vascular siguen siendo importantes en la evaluación de la progresión.

Destacar la importancia de la cuantificación del grado de infiltración del corion ya sea de forma focal o extensa, midiendo los mm2 de infiltración o contando el número de focos infiltrantes en esta evaluación.

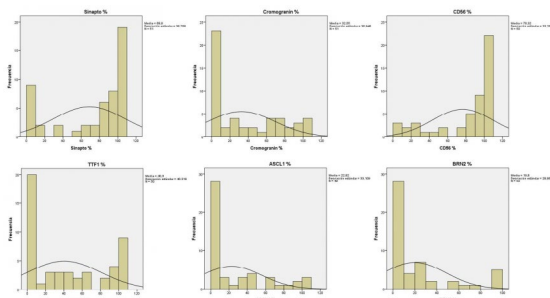
No se ha podido demostrar la utilidad de los marcadores IHQ estudiados en este trabajo.

16:15

3003-5

ESTUDIO DE FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN DE DESARROLLO NEURAL EN CARCINOMA DE CÉLULA PEQUEÑA DE VEJIGA URINARIA.

Enrique Rodríguez Zarco(1), Ana Vallejo Benítez(1), Ainara Azueta Etxebarria(2), Ronda Sanders(3), Paula Espinal(3), Guillermo Velilla Díez(2), Sebastián Umbría Jiménez(1), Sofía Pereira Gallardo(1), Sara Pabón Carrasco(1) y Merce Jorda(3) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (3)University of Miami Miller School of Medicine, Miami (Florida).



Objetivo: Achaete-Scute Homolog Like 1 (ASCL1), Thyroid Transcription Factor-1 (TTF1) y los factores de transcripción clase III/IV POU (POU3F) son factores de transcripción neurales (Developed Transcription Neuroendocrine Factors, DTNFs) cruciales en el desarrollo neural y precursores neuroendocrinos en diversos tejidos, que incluyen el sistema nervioso central, el pulmón, próstata y las glándulas suprarrenal y tiroides, entre otros órganos. En este trabajo se estudia la expresión de los DTNFs en los tumores neuroendocrinos de vejiga.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. La población de estudio está formada por muestras de pacientes diagnosticados de TNE de vejiga, durante el periodo 2001-2015, pertenecientes

al Nodo Hospitalario Virgen Macarena (Sevilla), Marqués de Valdecilla (Santander) y University of Miami Miller School of Medicine/UHealth/Jackson Memorial Hospital. Se realizó estudio inmunohistoquímico con marcadores neuroendocrinos clásicos, sinaptofisina, cromogranina y CD56, para demostrar las características neuroendocrinas de los tumores. De forma paralela se analizó la expresión de 3 factores de transcripción neurales: ASCL1, BRN2 y TTF1.

Resultados: Se analizó la expresión de DNTFs en 51 pacientes con carcinomas neuroendocrinos de vejiga, comparándolos con marcadores de estirpe neural. En el estudio inmunohistoquímico, se observó positividad a los marcadores neuroendocrinos clásicos en el 100% de los casos: sinaptofisina en 90.2% (46/51), cromogranina en 64.7% (33/51) y CD56 en 98% (50/51) de los casos respectivamente. Se observó expresión de TTF1 en el 74.5% (39/51) de los casos, de ASCL1 en el 49% (25/51) y de BRN2 en el 74.5% (38/51) de los casos.

Conclusión: En este estudio aportamos datos sobre nuevos marcadores para el diagnóstico de neoplasias neuroendocrinas vesicales. Son necesarios estudios posteriores que incluyan un mayor número de pacientes, para poder establecer su utilidad diagnóstica y/o pronóstica.

16:30

3003-6

LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) PROSTÁTICA TRANSRECTAL, ¿UNA TÉCNICA SIN FUTURO?

M^a José Sánchez de las Matas Garre(1), Carmen López Peña(1), Rafael Aguilar Hernández(2), Luis Herrera Para(1), Irene Pérez Saura(1), Ana Isabel Coll Martínez(1), Francisca Otón Salvador(1), Irene Molina Marín(1), Irene López Martínez(1) y Miguel Pérez-Guillermo García(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Cartagena (Murcia) y (2)Centro Salud Pozo Estrecho, Cartagena (Murcia).

Introducción: La PAAF de próstata transrectal es una técnica diagnóstica para el estudio de patología prostática, sobre todo en pacientes de edad avanzada en los que no se plantea una prostatectomía radical, con nódulos palpables, en los que el urólogo necesita una confirmación morfológica de la existencia de cáncer para iniciar el bloqueo hormonal.

Nuestro hospital es el hospital de referencia de un área de salud de 292000 habitantes. Sólo uno de nuestros patólogos realiza la técnica de PAAF transrectal.

Material y métodos: Utilizando el programa de búsqueda del pathwin 430, seleccionamos todos los pacientes a los que se había realizado PAAF transrectal desde el año 2013. Se revisan las historias clínicas de los pacientes seleccionados y se recogen datos en relación con variables demográficas como la edad, y otras variables en relación con la técnica como si se contaba con PSA, valor del mismo, diagnóstico, complicaciones, y si fue necesario una biopsia posterior u otra PAAF.

Resultados: Se realizaron 108 PAAF transrectales. La edad media de los pacientes es de 80 años. La técnica se realizó en el 97,3% de los pacientes.

El 56% de los pacientes se diagnosticaron de adenocarcinoma y el 35,2% el diagnóstico fue de benignidad (hiperplasia o negativo para malignidad). Un 6,5% de pacientes tuvieron un diagnóstico de sospechoso de malignidad. Se realizaron otras técnicas (re PAAF o biopsia) al 71,4% de los pacientes con diagnóstico de sospecha de malignidad, un 40% fueron diagnosticados de adenocarcinoma.

En ninguno de los casos se realizó prostatectomía posterior.

El PSA nos fue indicado en el 62% de los casos. Lo revisamos en todos los casos y el PSA medio fue de 22 en nuestra serie.

No se registraron complicaciones en ninguno de los 108 pacientes.

Conclusiones: La PAAF transrectal de próstata es una técnica útil, económica, sin complicaciones, que en pacientes de edad avanzada que no son susceptibles de prostatectomía radical y precisan confirmación morfológica para iniciar tratamiento hormonal.

En un 56% de los casos se diagnosticó de adenocarcinoma. En las series consultadas es del 49%, siendo igualmente la media de edad próxima a los 80 años.

JUEVES 25 de mayo

16:45 - 17:45 h.

ZONA PÓSTER

7018

GINECOLOGÍA

7018-1 MODERADOR

José Santos Salas Valián, Complejo Asistencial Universitario de León.

16:45

7018-2

DETECCIÓN DE GENOTIPOS DE ALTO RIESGO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUESTRAS CERVICALES FIJADAS EN FORMOL E INCLUIDAS EN PARAFINA UTILIZANDO ROCHE COBAS 4800 HPV TEST.

Olivia Cambero Moratalla(1), Laura Castillo Fernández(2), Carolina Sánchez Estévez(1), Ana Belén Sánchez García(1), Amalia Moreno Torres(1) y Juan C. Tardío Dovao(1) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid y (2)Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Roche cobas 4800 HPV test es un método automatizado, basado en PCR a tiempo real, que permite la detección simultánea de 14 genotipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (AR-VPH) con identificación independiente de VPH16 y VPH18. Este sistema está aprobado por la FDA para determinación de VPH en citología en medio líquido desde 2011. En nuestro laboratorio hemos desarrollado un método de detección de VPH con cobas 4800 en tejido fijado en formol e incluido en parafina. Para comprobación de los resultados, los hemos comparado con los obtenidos en las mismas muestras con Roche Linear Array (LA) Genotyping test, utilizando un método previamente publicado por nuestro grupo.

Se estudian 30 muestras histológicas de archivo, 17 de ellas con diagnóstico de CIN1 y las otras 13 de CIN2+. Los cortes tisulares fueron pretratados con buffer Tris pH8, incubados a 97°C y digeridos con Proteinasa K durante toda una noche. Tras la digestión, se añadió Chelex 5% y se centrifugó a 12000 rpm, obteniendo así la fase líquida del ADN. A la mezcla obtenida se añadieron 6 mL de PreservCyt Solution, a partir de lo cual se siguió el procedimiento convencional utilizado con la citología en medio líquido en el cobas 4800. Los resultados se compararon con los de las mismas muestras estudiadas con LA Genotyping test siguiendo el método previamente publicado.

Cobas 4800 HPV test proporcionó un resultado valorable en 26 casos (86,7%). En 23 de ellos (88,5%) los resultados fueron coincidentes con los obtenidos con LA Genotyping test. De entre los casos discordantes, dos correspondieron a muestras con dos genotipos de AR-VPH (HPV16/45 y HPV18/31) detectados por LA y resultado de "otro AR-VPH" por cobas 4800, lo que puede deberse a la menor especificidad del LA en la detección VPH16 y VPH18, que conlleva la posibilidad de reacción cruzada con otros genotipos genéticamente similares. El otro caso correspondió a una muestra VPH16+ por cobas 4800 y negativa por LA. Los cuatro casos "no valorables" por cobas 4800 (genotipos AR-VPH+ por LA) pueden atribuirse a la dilución del ADN por el requerimiento de volumen del cobas.

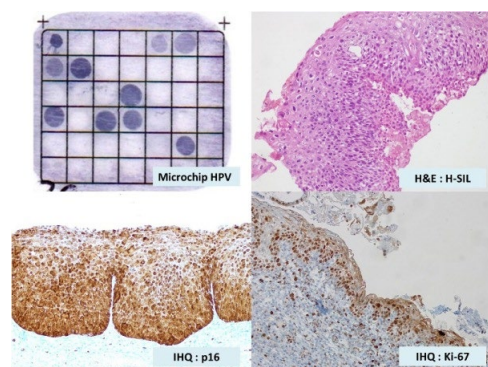
Presentamos un método automatizado, que consume escaso tiempo técnico, fácil de integrar en la rutina del laboratorio y fiable para la detección de AR-VPH en tejido fijado en formol e incluido en parafina.

16:50

7018-3

CORRELACIÓN ENTRE LA PATOLOGÍA EPITELIAL CERVICAL, PAPILOMA VIRUS HUMANO Y SOBREEXPRESIÓN DE P16 Y KI-67 EN BIOPSIAS DE CUELLO UTERINO.

Jorge Ugalde Puyol(1), Isabel Herrá Díaz de la Espina(1), Carmen Lis Ugalde Herrá(1), Rodrigo E. Ugalde Herrá(1) y María de Mar Ugalde Herrá(1) de (1) Hospital Santa Inés, Cuenca (Azuay).



Patología Cervical: Microarreglo viral, Histología e Inmunohistoquímica.

Antecedentes y objetivos del estudio: El carcinoma de cuello uterino es prevalente en nuestro medio; su incidencia es de 16,6% en el registro nacional de tumores. La lesión neoplásica precede a la lesión invasiva.

El objetivo del presente estudio es determinar la sobreexpresión de las proteínas p16 y Ki-67, en patología cervical inflamatoria y preneoplásica, en biopsias de cuello uterino en las que se ha investigado genoma de papiloma virus humano.

Material y métodos: Se parte de un universo de 106 biopsias de cuello uterino, incluidas en parafina en nuestro servicio de patología de mayo de 2014 a enero de 2017, de las que se realizan cortes para estudios de hematoxilina eosina, teñidos mediante sistema automático; inmunohistoquímica (p16 y ki-67) realizada en equipo automático con titulación manual; y técnicas de reacción en cadena de la polimerasa e hibridación in situ con chip de 37 subtipos para determinación de papiloma virus humano, posterior a desparafinación y extracción del ácido desoxirribonucleico mediante kit específico. Los resultados serán alimentados a una hoja electrónica para los estudios estadísticos relacionados de sus variables y estudios de multivariabilidad.

Resultados: La media de edad de los 106 casos estudiados es de 33,66 años. La patología epitelial cervical es más frecuente en el grupo de 31 a 40 años. La patología inflamatoria representa el 23,59 % y la preneoplásica el 76,41%. La positividad para presencia del genoma de papiloma

virus humano es del 54,72%, correspondiendo el 6,9 % a patología inflamatoria y el 93,10 % a preneoplásica. En los 58 casos positivos de papi-loma virus humano se contabilizan 86 expresiones del virus en 12 de los 15 subtipos analizados de alto riesgo. La proteína p16 se expresa como positiva en 23 casos(21,70%), correspondiendo a inflamatorio 3 casos(13,04%) y 20 casos para patología preneoplásica (86,96%).La positividad de ki-67 es de 33 casos(31,13%), correspondiendo a patología inflamatoria 6 casos(18,18%) y 27 casos a preneoplásica(81,82%).

Conclusiones:

- Las lesiones preneoplásicas de cuello uterino se presentan con mayor frecuencia entre 31 y 40 años.
- La presencia de genoma viral en nuestra serie es del 54,72%.
- La expresión de p16 y Ki-67 es de utilidad en el diagnóstico diferencial de lesiones verdaderamente preneoplásicas.

Sobreexpresión de p16, Ki-67 y HPV en patología cervical.

Casos Estudiados 106	P16	Ki67	Hpv
Histología	Positivo (23)	Positivo (33)	Positivo(58)
Inflamatorio (25) 23,59%	3 (13,04%)	6 (18,18%)	4(6,9%)
Preneoplásico (81) 76,41%	20 (86,96%)	27(81,82%)	54(93,1%)

Correlación histológica y expresión de p16, Ki-67 y Genoma de HPV

16:55 7018-4 DETERMINACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE CPEB4 EN ENDOMETRIO TUMORAL Y NO TUMORAL.

María Teresa Rodrigo Calvo(1), Joan Gibert(2), Natalia Papaleo(1), Ghita Tagmouti(1), Lorena Díaz Sánchez(1), Francesc Alameda Quittlet(1), Belén Lloveras Rubio(1), Josep Maria Sole(3), Gemma Mancebo(3) y Pilar Navarro(2) de (1)Departamento de Patología, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, (2)Cancer Research Programme, Hospital del Mar Research Institute (IMIM), Barcelona y (3)Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: La proteína CPEB4 se encuentra sobreexpresada en numerosos tumores y en algunos casos se ha reportado su contribución al crecimiento tumoral, vascularización e invasión. Sin embargo, la expresión de CPEB4 en endometrio no tumoral y cáncer de endometrio no ha sido analizada. Nuestro objetivo es valorar la expresión de CPEB4 en endometrio sano y tumoral.

Método: Tinción inmunohistoquímica de CPEB4 en 42 muestras de endometrio, 20 de tejido no tumoral (10 tipo secretor y 10 tipo proliferativo) y 22 tumorales (6 seroso, 11 adenocarcinoma grado 3 y 7 adenocarcinoma grado 1).

Resultados: La expresión de CPEB4 se observó en la totalidad de las muestras pero con intensidad variable. En tumores, la expresión de la proteína se encuentra relacionada con el grado histológico, observándose en los adenocarcinomas de grado 1 mayor intensidad de tinción que en los adenocarcinomas de grado 3 ($p=0.181$) y adenocarcinomas serosos ($p=0.09$). En endometrio no tumoral encontramos mayor sobreexpresión de la proteína en endometrio proliferativo ($P=0.017$) que en endometrio secretor.

Conclusión: La expresión de CPEB4 está asociada con el grado histológico tumoral y se encuentra altamente expresada en el endometrio normal de tipo proliferativo.

17:00 7018-5 METÁSTASIS EN ENDOMETRIO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON TUMOR DE KRUKENBERG Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Alberto Berjón(1), Oana Beatrice Popescu(1), Silvia Hernández Bonilla(1), Laura Yébenes(1) y David Hardisson(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las metástasis en el tracto genital femenino de cánceres extragenitales son poco comunes y afectan con más frecuencia a los ovarios. La afectación simultánea de dos órganos del tracto genital femenino es aún más rara. Presentamos los casos de dos pacientes de 59 años y 60 años, que debutaron con metrorragia postmenopausica.

Materiales y métodos: La primera paciente había sido tratada 18 años antes por un carcinoma gástrico y había presentado metástasis en el ovario 13 años después. La segunda mujer presentó la metrorragia cuatro meses después de consultar por ascitis secundaria a carcinomatosis peritoneal. Durante la exploración quirúrgica se detectó en ambos ovarios metástasis bilateral de un carcinoma de origen gastrointestinal.

En cada caso se detectó y biopsió un pólipo endometrial durante la histerocopia.

Resultados: Histológicamente, en ambos casos, los pólipos endometriales biopsiados presentaban una arquitectura glandulo-quística y una infiltración intersticial por un adenocarcinoma con células en anillo de sello.

Las células tumorales mostraron positividad para citoqueratina de amplio espectro, focal para CK7 y CK20 y difusa nuclear para CDX2. Las vacuolas intracitoplasmáticas presentaban material PAS-diestasa positivo.

Conclusiones: La afectación metastásica del endometrio es muy infrecuente. Hay aproximadamente 200 casos reportados de afectación metastásica del útero por un cáncer extragenital, siendo el cáncer gástrico el segundo más frecuente. Se han descrito 3 vías posibles de metástasis: hematológica, linfática y por diseminación peritoneal.

La afectación metastásica de dos órganos genitales por un tumor extragenital es muy rara. En los dos casos que presentamos destaca la afectación ovárica previa por un adenocarcinoma con células en anillo de sello (tumor de Krukenberg). En la revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso de metástasis de carcinoma de origen gastrointestinal sobre un pólipo de endometrio en pacientes con tumor de Krukenberg diagnosticado previamente, por lo que consideramos de interés dar a conocer estos casos.

17:05 7018-6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS CARCINOMAS DE CÉRVIX VPH NEGATIVOS.

María Teresa Rodrigo Calvo(1), Ignacio Sánchez Guerri(1), Adrià Lloret Dagà(1), Mònica González Farré(1), Nuria Juanpere Rodero(1), Gemma Mancebo(2), Josep María Solé(2), M. Muset(2), Francesc Alameda Quillet(2) y Belén Lloveras Rubio(2) de (1)Departamento de Patología, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona y (2)Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer de cérvix uterino. Sin embargo, en algunos carcinomas no se detecta ADN de HPV y se desconoce si clínicamente estos tumores son diferentes.

Objetivo: Estudiar todos los carcinomas cervicales diagnosticados en nuestro hospital desde 2010 hasta el 2016 con especial interés en los VPH negativos para determinar sus aspectos clínico-patológicos.

Material y métodos: Se buscaron todos los casos de cáncer de cérvix desde el 1/1/2010 hasta el 31/12/2016. Se revisó la histología y se registró el resultado de la citología y del VPH, detectado mediante PCR (HPV28 ANYPLEXII Seegene Technologies y HPV Linear Array de Roche). Los datos clínicos recogidos fueron edad, forma de presentación, tratamiento, estadio y evolución.

Resultados: Se diagnosticaron 91 mujeres de cáncer invasor de cérvix uterino que incluían 68 carcinomas escamosos, 21 adenocarcinomas (1 de células claras) y 2 carcinomas adenoescamosos. Del total de casos, 12 (13,2%) fueron VPH negativos y correspondían a un 30,43% de los adenocarcinomas y a un 7,5% de los carcinomas escamosos. El estadio clínico (FIGO 2009) en los VPH positivos se distribuía en 35 (44,9%) I, 30 (38,5%) II, 7 (8,9%) IV y en 6 (7,6%) casos no constaba. Las pacientes con tumores VPH negativos se distribuían en estadio 1 (8,3%) I, 4 (33,3%) II, 1 (8,3%) III, 1 (8,3%) IV y en 5 (41,7%). Las pacientes con tumor VPH negativo presentaban una edad media de 65,4 años y las que tenían VPH positivo 56,6 años.

Conclusión: Un 30% de los adenocarcinomas de esta serie fueron HPV negativos con las pruebas de detección convencionales. Este dato debe tenerse en cuenta en el cribado basado en la detección con VPH. Las pacientes con carcinoma VPH positivo eran de promedio 10 años más jóvenes y presentaban un estadio menos avanzado que las portadoras de un tumor VPH negativo.

17:10 7018-7 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL ÁREA DE SALUD DE LA RIBERA (ALCIRA, ESPAÑA): MAPA GENÓMICO 2013-2015.

Antonio Cremades Mira(1), Aránzazu Lafuente Sanchís(1), José Miguel Cuevas(1), Montserrat Ortiz Mengual(1) y Ángel Zúñiga Cabrera(1) de (1)Hospital Universitario de la Ribera, Alcira (Valencia).

Antecedentes y objetivo: El virus del papiloma humano (HPV) es muy común en todo el mundo, con al menos 15 tipos oncogénicos descritos (mayoritariamente el HPV16 y el HPV18). El HPV es la causa del cáncer cervical, y también ha sido asociado a al cáncer de ano, vulva, vagina y pene. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de los diferentes tipos de HPV en nuestro departamento de Salud entre el año 2013 y 2015.

Pacientes y métodos: De un total de 2283 muestras procesadas, todas aquellas en las que se encontraron resultados citológicos anormales siguiendo los criterios de ASCUS, LSIL y HSIL fueron incluidas en el estudio. El cribado de cáncer cervical se aplicó usando la citología convencional y posteriormente el diagnóstico fue confirmado por estudio histológico.

Resultados y conclusión: En 533 casos (23.36%) el test DNA-HPV fue positivo. Nuestros análisis muestran mayor prevalencia de una infección HPV de alto riesgo en mujeres menores de 34 años (47%), mientras que las infecciones de bajo riesgo fueron menos frecuentes, con valores del 18% en mujeres menores de 34 años a valores del 2% en mujeres mayores de 45 años.

El genotipo más prevalente en todos los grupos de edad fue el tipo 16 (promedio: 31.2%). El genotipo 31 fue el segundo más común en mujeres mayores de 35 años, relacionado probablemente con una mayor presencia de población inmigrante de Sudamérica, América central y el este de Europa en nuestra área de salud en este grupo de pacientes.

17:15 7018-8 PROLIFERACIÓN MICROSCÓPICA EXTRAOVÁRICA DE CORDONES SEXUALES CON PATRÓN DE SERTOLI-LEYDIG. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Nelly Cruz Viruel(1), Vicente Crespo Lora(2), Ovidiu Preda(3) y Francisco Nogales Fernández(1) de (1)Universidad de Granada, (2)Complejo Hospitalario de Jaén y (3)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción y objetivo: La proliferación microscópica extraovárica de cordones sexuales (PMECS) es una rara entidad (seis casos) recientemente descrita (McCluggage 2015) en la que se observan, como hallazgo incidental, patrones de tumores de cordones sexuales ectópicos en

las trompas, paraovario, serosa apendicular y pélvica. Los patrones comunicados de PMECS son similares a tumor de la granulosa del adulto y tumor de los cordones sexuales con túbulo anulares (SCTAT). Presentamos, sin embargo, dos casos de PMECS en los que la proliferación fue de tipo Sertoli-Leydig.

Presentación de casos: Dos hallazgos incidentales en histerectomías de pacientes de 35 y 48 años por leiomiomas y carcinoma ovárico respectivamente. Las trompas uterinas, mostraron en las fimbrias y paraovario, PMECS constituidos por un patrón túbulo trabecular habitualmente asociado a los tumores de Sertoli-Leydig bien diferenciados y positivos a inhibina, SF-1 y CD56. En ningún caso se observó patología de tumor de cordones sexuales en los ovarios.

Conclusiones: Los PMECS comunicados han sido de configuración similar a los tumores de células de la granulosa del adulto y SCTAT. Presentamos un patrón de Sertoli-Leydig anteriormente no descrito en PMECS. Si bien muestran la misma morfología e inmunofenotipo que los tumores correspondientes, se consideran como proliferaciones secundarias de restos embrionarios ectópicos. Su diagnóstico diferencial debe hacerse con restos de Walthard, tumores de origen wolffiano (FATWO), proliferaciones mesoteliales e incluso restos (coristoma) de tejido adrenal; con los que comparten la expresión de marcadores de inmunohistoquímica. A pesar de su baja incidencia, deben ser considerados para no confundirlos con lesiones auténticamente tumorales.

17:20 7018-9 TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA DEL OVARIO. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 7 CASOS.

Mònica Gonzàlez Farré(1), Belén Lloveras(1), Ariadna Salvadó(1), Lorena Díaz(1), María Teresa Rodrigo(1), Ghita Tagmouti(1), Xavier Matías-Guiu(2), Pilar García(1), Ariadna Torner(1) y Francesc Alameda(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona y (2)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Los tumores de células de la granulosa (TCG) son los tumores de los cordones sexuales más frecuentes y el 3-5% de las neoplasias ováricas. Tienen un curso indolente pero en caso de recaída, la mortalidad alcanza el 40%. Su diagnóstico es difícil y no hay ningún marcador inmunohistoquímico (IHQ) específico, sin embargo, el 97% presenta mutaciones del gen FOXL2.

Material y métodos: En nuestro hospital se diagnosticaron 7 TCGA de 1993 a 2016. Se revisaron los casos valorando 8 datos histológicos. El panel IHQ incluyó: queratinas (AE1/AE3, 34βE12, CAM5.2), CD10, CD56, CD99, sinaptofisina, cromogranina, calretinina, inhibina, Ki67, receptores de estrógenos (RE) y de progesterona (RP). La mutación de FOXL2 se analizó en otro centro.

Resultados: La edad media fue de 63 a. (42a-74a). La presentación fue: metrorragias (4/7), dolor abdominal (1/7) y en 2 casos un hallazgo casual. El estadio FIGO se repartía en IA (4/7), IC (2/7) y IIB (1/7). Una paciente recidivó a los 6 años con diseminación peritoneal y falleció por la neoplasia a los 9 años. Cuatro pacientes están vivas y libres de enfermedad. Histológicamente se confirmó el diagnóstico emitido en todos los casos. El patrón más frecuente fue el difuso (7/7) con áreas trabeculares (6/7) y fusocelulares (4/7). La presencia de luteinización y de otros patrones fue menos frecuente. El índice mitótico medio era de 1,5/10 CGA (rango 1-7). La IHQ demostró expresión de inhibina, calretinina, CD56 y RP en 7/7 (100%); de queratinas (34βE12 o CAM5.2 o AE1/AE3) en 5/21 (23,8%); de RE y CD99 en 3/7 (42,9%); de sinaptofisina, cromogranina y CD10 en 0/7 (0%); el Ki67 fue de 8,62% (0-20%). En el caso de la recidiva se observó un aumento de la proliferación respecto al tumor inicial (1 a 10%), disminución de la positividad de RP y se negativizó inhibina. La mutación FOXL2 se detectó en el único caso analizado (6 pendientes de análisis).

Conclusiones: Se ha confirmado el diagnóstico en todos los casos, así como el buen pronóstico, con sólo una recidiva. Todos los casos presentaron heterogeneidad morfológica tumoral. En la recidiva se observó un incremento de la proliferación del 1 al 10%. El estudio IHQ confirmó que los marcadores más frecuentemente expresados son inhibina, calretinina y CD56 así como los receptores de progesterona que fueron positivos con mayor frecuencia (100%) que los de estrógenos (43%).

17:25 7018-10 ¿DEBE EL PATRÓN PARCHEADO EN P16 Y DISPLASIA CERVICAL, INTERPRETARSE SIEMPRE COMO NEGATIVO?

Ghita Tagmouti(1), Francesc Alameda(1), M. Muset(1), B. Bellosillo(1), G. Mancebo(1), J. M. Soler(1), E. Miralpeix(1), Belén Lloveras(1) y Mònica González(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La inmunotinción para p16 es un elemento clave para interpretar las lesiones escamosas del cérvix uterino. Se acepta como tinción positiva un patrón difuso, y negativa tanto un patrón focal como parcheado, además del negativo.

Nuestro objetivo es evaluar la progresión de las lesiones con patrón parcheado en la tinción para p16.

Material y métodos: Tenemos nueve casos interpretados como displasia leve (lesión escamosa intraepitelial I, CIN del inglés, cervical intraepitelial neoplasia), y un caso de CIN-II con patrón de inmunotinción parcheado. Se determina el Virus del Papiloma Humano (VPH) en la misma biopsia. Evaluamos a continuación los resultados, antecedentes y seguimiento de las pacientes.

Resultados: Contamos con los antecedentes en la citología: 7 L-SIL (HPV+), 1 ASCUS (HPV+), 1 negativo (HPV-), y 1 H-SIL (HPV no determinado).

Determinamos el HPV en la biopsia y las seguimos: De los 7 L-SIL en citología, 3 presentan HPV de alto riesgo, de éstos en el seguimiento: 1 H-SIL, 1 L-SIL, y 1 negativo. Otros 3 negativos, de los cuales 1 en el seguimiento es L-SIL, y 2 negativos. Y finalmente, 1 es con HPV de bajo riesgo, y en el seguimiento L-SIL.

El ASCUS HPV+, como HPV de alto riesgo en la biopsia, y no disponemos de seguimiento.

Conclusiones: En CIN-I el patrón parcheado no descarta la progresión de las lesiones a H-SIL.

17:30

7018-11

ADENOCARCINOMA DE DESVIACIÓN MÍNIMA DE TIPO ENDOMETRIOIDE ASOCIADO A ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO USUAL RELACIONADO CON HPV. REPORTE DE UN CASO.

Jorge Muñoz Rodríguez(1), Virginia de Lucas López(1), Macarena Boiza Sánchez(1), Álvaro Trascasa Caño(1), Federico Rojo Todo(1) y Franklin Idrovo Mora(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

El Adenocarcinoma de Desviación Mínima de tipo Endometrioide (MDAE) es una variante rara de adenocarcinoma endocervical descrita en pocos casos reportados en la literatura y cuya etiopatogenia aún no está bien comprendida.

Presentamos el caso de una mujer de 46 años que tras un diagnóstico citológico de HSIL y AGUS fue sometida a una conización cervical que reportó un adenocarcinoma insitu de patrón usual con afectación de bordes quirúrgicos, que requirió posteriormente una histerectomía total con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica bilateral.

En ésta se evidenció una infiltración profunda de la toda la circunferencia cervical por una neoplasia que alternaba áreas de Adenocarcinoma Endocervical de tipo Usual (AEU), con numerosas glándulas bien formadas, dilatadas, revestidas por un epitelio monoestratificado de tipo túbulo-endometrial y focos de atipia leve, sin reacción desmoplásica acompañante, que alcanzaba el miometrio en sentido proximal. Ambos componentes presentaron inmunoreactividad basal, continua y difusa para p16, aumento del índice proliferativo y un genotipado positivo para HPV 16 (microdissección diferencial). De forma focal se observó HSIL y diferenciación escamosa.

El MDAE es considerado por algunos autores como una variante de MDA y por otros como una forma muy bien diferenciada de un Adenocarcinoma Endocervical de tipo Endometrioide (AEE). Se caracteriza por la presencia de glándulas o quistes irregulares revestidos por un epitelio de aspecto benigno o con atipia mínima de aspecto túbulo-endometrioide y escasa o ausente reacción desmoplásica acompañante. A diferencia del MDA de tipo gástrico, el MDAE no muestra asociación con el síndrome de Peutz- Jeghers y en algunos casos reportados se refiere coexistencia con HSIL.

Este último detalle junto a la presencia de AEU, tinción IHQ intensa y difusa para p16 y evidencia de HPV 16, permite separar el presente caso de entidades benignas que pueden imitar un cuadro similar (metaplasia túbulo endometrial, endometriosis, endocervicosis) y lo sitúan en el contexto de tumores endocervicales relacionados con el HPV. En este sentido, esta inusual morfología puede representar una forma bien diferenciada de AEE o bien un patrón de infiltración poco frecuente de un AEU.

17:35

7018-12

DETERMINACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE COLÁGENOXI?1 A PARTIR DE MUESTRAS FIJADAS EN FORMOL (FFPE) DE TUMORES OVÁRICOS: UN RETO YA POSIBLE EN LA ASISTENCIA CLÍNICA.

María Escalante Pérez(1), Mar Haz Conde(1), Juan Manuel Mosquera Reboredo(1), Jorge Pombo Otero(1), Felipe Sacristán Lista(1), María Vázquez Blanco(1), Pilar Troncoso Martínez(1), Roberto Álvarez Rodríguez(1), Jesús Alberto Veiga Barreiro(1) y Ángel Concha López(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Centro Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Optimizar la extracción de ácidos nucleicos procedentes de material de archivo de anatomía patológica fijado en formol y embebido en parafina y la posterior medición mediante PCR a tiempo real de la expresión de Colágeno 11α1.

Métodos: Se procesaron un total de 40 muestras de archivo de tumores ováricos: 30 tumores malignos epiteliales comunes y 10 tumores epiteliales benignos.

Resultados: Se desarrolló un nuevo protocolo de purificación de ARN total de material fijado en parafina. Este protocolo se comparó con el método de kit comercial número uno en el mercado en cuanto a calidad y cantidad del ARN obtenido. El método desarrollado es superior tanto en cantidad total de ARN como en su calidad (260/280 y 260/230), pudiéndose obtener muestras aptas para el estudio mediante rt-PCR de expresión de ColágenoX1α1. Se encontró una alta correlación entre el diagnóstico anatomopatológico mediante H/E y el resultado obtenido por rt-PCR. La expresión de ColágenoX1α1 permite diferenciar lesiones pre-invasivas con las infiltrantes y las que van a presentar un peor pronóstico y una resistencia a quimioterapia.

Los casos que no se correlacionaron fueron: un caso con dos focos microscópicos de tumor que necesitan microdissección ulterior para obtener ARN representativo del tumor. Un caso de Endometriosis que dio positivo para ColágenoX1α1, lo que podría ser debido a un problema de muestreo ya que puede haber una lesión endometrioide concomitante atípica o maligna no apreciada en el examen microscópico inicial. También se correlacionó con la expresión IHQ pero se requiere de un estudio más exhaustivo para validar la PCR a tiempo real me diante esta técnica.

Conclusiones: Es posible la detección de Colágeno X1α1 mediante PCR a tiempo real en material de archivo incluido en parafina con aplicación clínica.

JUEVES 25 de mayo

16:45 - 17:45 h.

7019

NEFROPATOLOGÍA

ZONA PÓSTER

7019-1 MODERADORA

Rosa Ortega Salas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

16:45

7019-2

TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG MALIGNO Y BENIGNO DE TESTÍCULO. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DURANTE 20 AÑOS.

Begoña Aguiar Losada(1), Tamara Zudaire Fuertes(1), Carolina Arean Cuns(1), Irene Fernández de los Reyes(1), Diego Requena López(1), Miguel Ángel Resano Abarzuza(1), María Laura Álvarez Gigli(1), Jesús María Elizalde Eguinoa(1), M^a Luisa Gómez Dorronsoro(1) y Rosa Guarch Troyas(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

El tumor de células de Leydig (TCL) representa el 1-3% de los tumores testiculares, en la forma maligna únicamente hay 12 casos referidos en la literatura.

Se revisaron y estudiaron los TCL diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica en los últimos 20 años. El único criterio que por si solo indica malignidad es la presencia de metástasis. Sin embargo, 2 o más criterios tales como (> 60 años, >5cm, márgenes afectos, invasión linfovascular, necrosis, 3mitosis/10cga, atipia citológica, aneuploidía, aumento de la expresión de p53 y ki67, pueden sugerir el diagnóstico de TCL maligno.

Se encontraron 10 casos de TCL benigno y 1 caso de TCL maligno sobre un total de 400.000 biopsias.

Los TCL benignos se presentaron en pacientes entre 23-64 años con tamaño entre 0,3-2cm, de color pardo amarillento, morfología similar, bien delimitados, con células poligonales citoplasma granular eosinófilo e índice mitótico inferior a 2/10cga Ki67:1-5%, y expresión de inhibina. Asociados a síntomas endocrinos en 3 casos y uno presentó infiltración de la cápsula fibrosa peritumoral, sin recidiva en todos ellos. El caso de TCL maligno correspondía a un varón de 32 años con una masa testicular izquierda de 7cm. Histológicamente se observó una tumoración multinodular sólida sin fibrosis, con áreas con crecimiento difuso e infiltrativo. Constituida por células poligonales con citoplasma eosinófilo granular, núcleos vesiculosos, nucleolos prominentes. Coexistían áreas bien diferenciadas sin atipia citológica junto con otras con marcado pleomorfismo e incluso patrón sarcomatoide, con necrosis. El índice mitótico era de 7-10/cga, Ki-67:80%. El tumor sobrepasaba la cápsula albugínea con invasión linfovascular y de la rete testis. Los ganglios linfáticos presentaban metástasis por el tumor. Estadío pT3N2. En su evolución el paciente presentó metástasis pulmonares 10 meses después del diagnóstico.

El TCL testicular es un tumor raro siendo excepcional los casos de TCL maligno.

En los casos de benignidad solo tres casos presentaron síntomas endocrinos y todos evolucionaron bien con un seguimiento superior a 10 años. El TCL maligno presentaba todas las características tanto clínicas como patológicas de malignidad. Su pronóstico es muy malo, siendo resistente a la quimioterapia y radioterapia.

La casuística del CHN en los últimos 20 años de TCL se presenta en la tabla.

16:50

7019-3

CARCINOMA EPIDERMOIDE Y EXTENSAMENTE ESCAMOSO DE VEJIGA. CARACTERÍSTICAS EN NUESTRO MEDIO.

Ignacio Ruz Caracuel(1), Luis M. Quintana(1), Itziar de la Peña Navarro(1), Silvia Hernández Bonilla(1), Eugenia García-Fernández(1) y Pilar González-Peramato(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid.

El carcinoma epidermoide de vejiga corresponde al 2-5% de los carcinomas vesicales en países occidentales. Tanto este tumor como la diferenciación escamosa se han asociado a situaciones de inflamación crónica. Nuestro objetivo es analizar las características de estos tipos tumorales en nuestro entorno, así como su relación con variables clínicas.

Se revisaron las biopsias de vejiga del Servicio de Anatomía Patológica del H.U. La Paz entre los años 1998-2016 para seleccionar las que tenían diagnóstico de carcinoma epidermoide y aquellas con extensa diferenciación escamosa (definida como presente en más del 60% del tumor estudiado). Se analizaron variables anatomopatológicas y clínicas de los casos con cistectomía.

Se identificaron 159 biopsias que cumplían los criterios mencionados, 95 resecciones transuretrales (RTU) y 64 cistectomías. Se excluyeron 6 biopsias de RTU, dado que el componente escamoso era inferior al 60% al considerar todas las muestras del paciente. En total se identificaron 101 pacientes, 25 mujeres (mediana edad: 77 años) y 76 varones (72 años). Al dividir a los pacientes en dos periodos de tiempo: años 1998-2006 y años 2007-2016 la proporción de biopsias correspondientes a mujeres aumentó de un 20,83% en el primer periodo a un 28,3% en el segundo. La proporción de cistectomías de mujeres aumentó de un 15,62% a un 21,87%. Sólo un 32,67% de los pacientes tenían biopsias previas con un componente no escamoso, predominantemente carcinoma urotelial sólido de alto grado (G3).

Las piezas de cistectomía, en conjunto tenían tumores localmente agresivos (45,33% de estadios T3 y 31,25% de estadios T4). Un 34,38% tenían invasión linfovascular, un 25% metástasis ganglionares y un 8% diferenciación sarcomatoide.

Se identificaron dos carcinomas basalioides y dos queratoacantomas. Ninguno de los carcinomas, a los que en base a criterios morfológicos se realizó inmunohistoquímica para p16, resultó positivo; a excepción de un caso en una mujer joven VIH positiva. De los casos con cistectomía de los que se disponía de historia clínica, un 69,70% eran fumadores (un 28,57% de las mujeres) y un 15% tenían litiasis.

Nuestra serie se asemeja a las descritas en distribución de casos por sexos, observándose un aumento del porcentaje de casos en mujeres en el último periodo. En este grupo debe haber otros factores de riesgo implicados aparte del tabaco.

16:55

7019-4

ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DE IGG4 EN GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA: ¿PUEDE SER DE AYUDA PARA DISCRIMINAR LAS FORMAS PRIMARIAS DE LAS SECUNDARIAS?

Ángel Panizo Santos(1), Carolina Areán Cuns(1), Tamara Zudaire Fuertes(1), Begoña Aguiar Losada(1), Irene Fernández de los Reyes(1), M^a Luisa Gómez Dorronsoro(1) y Alicia Córdoba Iturriaga(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: La glomerulonefritis membranosa (GNM) es una enfermedad caracterizada por depósitos inmunes subepiteliales y formación de "spikes" en la parte externa de la membrana basal glomerular. La GNM es más comunmente una enfermedad primaria, pero también se presenta (25% casos) como una enfermedad secundaria a otras condiciones. Los hallazgos histopatológicos no permiten una diferenciación entre formas primarias o secundarias. La mayoría de pacientes con GNM idiopática tienen autoanticuerpos de tipo IgG4 contra un epítipo en el receptor de la fosfolipasa A2 de tipo M (PLA2R).

Material y métodos: Hemos estudiado la presencia/ausencia y los patrones de distribución de depósitos de IgG4 en los glomérulos de 30 pacientes diagnosticados de GNM, mediante técnica de inmunohistoquímica. Se revisó la historia clínica de cada paciente. Se revisaron las biopsias así como los resultados de inmunofluorescencia y ultraestructura.

Resultados: Identificamos 30 pacientes con GNM (19 varones y 11 mujeres). Edad: 13-75 años (mediana 46 años). Once casos (9 varones y 2 mujeres) presentaron depósitos granulares de IgG4 en la pared de los capilares glomerulares. En 4 casos los depósitos fueron difusos y en 7 fueron segmentarios y focales. Los 11 casos con depósitos de IgG4, tras revisar la historia clínica, no presentaban causas (neoplasias, infecciones o enfermedades autoinmunes) secundarias de la GNM. Todos los casos de GNM lúpica (7 casos) mostraron ausencia de depósitos de IgG4.

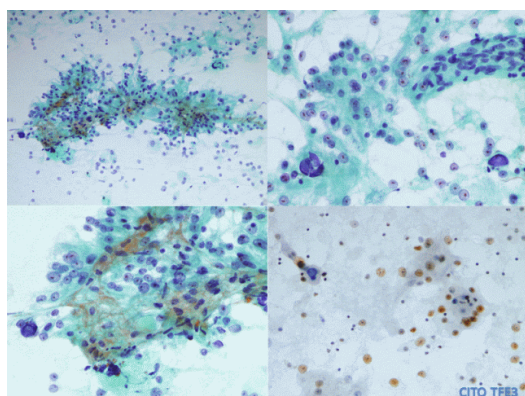
Conclusiones: En nuestra serie, los depósitos de IgG4 en la pared de los capilares glomerulares se dan en aproximadamente un tercio de los pacientes (36,7%). El estudio de IgG4 mediante inmunohistoquímica puede ser de ayuda para diferenciar los casos de GNM primaria de los casos de GNM membranosa secundaria: la ausencia de depósitos obligan a descartar una causa secundaria. Todos los casos de GNM lúpica fueron negativos para IgG4.

17:05

7019-5

CARCINOMA RENAL DE LA TRANSLOCACIÓN FAMILIA MIT: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE 3 CASOS XP11.2.

Adriana Marcela Quintero Duarte(1), Ana Forteza Valades(1), Anabel Ballester(1), Héctor Rodrigo Lara(1), Marco Antonio Martínez Ortega(1), Juan Carlos Sáenz Ríos(2) y Paula Carrillo García(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Son Espases y (2)Hospital Mateu Orfila, Menorca (Illes Balears).



Carcinoma de la translocación Xp11.2, PAAF.

Introducción: El carcinoma de células renales de la translocación XP11 (CRtXp11) es un tipo específico de cáncer renal (CR) que pertenece a la familia de la Translocación MiT, vinculado con el factor de transcripción: TFE3. En el CRtXp11, se han detectado diferentes translocaciones, siendo las más frecuentes: t(X;1)(p11.2;q21) con gen de fusión PRC-TFE3 y t(X;17)(p11.2;q25) que fusiona ASPSCR1-TFE3. Este subtipo de CR fue inicialmente reconocido en niños (40% de los CR pediátricos) y su frecuencia en adultos (1,6-4%) puede ser infraestimada por la similitud morfológica con subtipos de CR más comunes.

El patrón histológico distintivo es la arquitectura papilar con células claras y algunos con cuerpos de psammoma. Expresan marcadores de CR (CD10, PAX2 y PAX8), baja expresión de marcadores epiteliales, vimentina variable y ocasionalmente marcadores melanocíticos. La tinción nuclear intensa para TFE3 ha mostrado buena sensibilidad, pero con especificidad dependiente de fijación siendo el FISH para TFE3 la prueba con mejor especificidad para detectar los genes de fusión.

Material y métodos: En nuestro hospital se han diagnosticado tres casos desde abril de 2015 hasta la fecha, uno de ellos en un niño. El caso pediátrico se realizó estudio inicial con Eco-PAAF sugestiva de CRtXp11, realizando nefrectomía reglada y estudio intraoperatorio de ganglios linfáticos con resultado positivo. Se remite el caso para estudio de Cathepsina K y FISH para TFE3, confirmando el diagnóstico. En los casos de adultos, el varón presenta masa renal con extensión a vena cava, formada por neoplasia papilar de células claras, con positividad intensa para TFE3 y Cathepsina K. El tercer caso se trataba de una mujer, con neoplasia papilar de células claras y abundantes cuerpos de psammoma, negativa para marcadores epiteliales, con tinción para TFE3 inespecífica y estudio de Cathepsina K con positividad intensa. Ver tabla

Conclusión: Familiarizarse con los hallazgos cito-histológicos más el uso de estudios inmunohistoquímicos y citogenéticos que determinen el tipo de fusión, son extremadamente útiles en llegar al diagnóstico correcto. Su potencial de metastásis tardío, refleja bajos índices proliferativos, y necesidad de seguimiento clínico prolongado. Reportes de casos en enfermedad avanzada y respuesta a inhibidores de la tirosinquinasa, abren puertas a tratamientos específicos.

Resultados

Edad (años) Sexo	Clínica	Localización Tamaño	Histología (ISUP)	Inmunohistoquímica						
				Epiteliales	CD10	CatepK	PAX8	TFE3	Melánicos	Vimentina
9 M	Hematuria	Riñón derecho, 3,5x3,1x3 cm, sólido, áreas mixoides	Papilar, alveolar, c. claras, c. de psamoma (G3)	CK mixta (+) focal-débil EMA (-) CK7/20 (-)	+	-	+	+	-	+focaldébil
44 M	Hematuria, dolor lumbar	Riñón izquierdo, 14x10.5x10.5 cm, sólida con áreas quísticas	Papilar, c. claras, sin c. de psamoma (G3)	CK mixta (+) EMA (+/-)	+	++	+	+	-	+
61 F	Hematuria	Riñón derecho, sólida con áreas quísticas, 3,5x3,2 cm	Papilar, acinar, c. eosinófilas, abundantes c. de psamoma (G2)	CK mixta (-) CK7(-) EMA (-)	+	++	-	Inespecífica	-	-

17:10 7019-6 ADENOMA METANÉFRICO: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS Y ESTUDIO MUTACIONAL.

Ana M^a Vallejo Benítez(1), Enrique Rodríguez Zarco(1), Sara Pabón Carrasco(1), Sofía Pereira Gallardo(1), Sebastián Umbria Jiménez(1), Antonio García Escudero(1), Juana Correa Serrano(1) y Inmaculada Trigo Sánchez(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Las neoplasias metanéfricas del riñón son tumores poco frecuentes compuestos por células estromales y/o células epiteliales que presentan características histopatológicas diferentes. En este grupo de tumores se incluye el adenoma metanéfrico (AM). El AM es una neoplasia benigna poco frecuente, que supone el 0.2-0.7% de las neoplasias epiteliales renales del adulto y que se origina a partir de restos embrionarios. La clínica de presentación es inespecífica y superponible a la de cualquier neoplasia renal. En este trabajo se presentan 4 casos de AMs acompañados de estudio morfológico y mutacional.

Material y método: Se realizaron cortes de bloques de parafina para tinción con HE y técnicas inmunohistoquímicas para analizar la expresión de WT1, Vimentina, Racemasa, CK7, CD10 y RCC. Adicionalmente se realizó estudio mutacional del gen BRAF V600 mediante PCR a tiempo real (Cobas[®] 4800 e Idylla[™]) en tejido fijado en formol y parafinado.

Resultados: En todos los casos, las tumoraciones se localizaban en la corteza renal extendiéndose hacia la médula, estaban bien delimitadas y no encapsuladas. Las células proliferantes eran monomorfas y estaban dispuestas en un patrón tubular y papilar, mostraban núcleos uniformes y redondeados, con nucléolos poco llamativos y una elevada relación núcleo-citoplasma. En ninguno de los casos se objetivó atipia nuclear significativa ni la presencia de figuras de mitosis. Con el estudio inmunohistoquímico, las células tumorales revelaron inmunexpresión negativa para CK7, CD10 y RCC e inmunexpresión positiva para WT1 (nuclear e intensa) y para Vimentina (citoplásmico, intenso y difuso).

Asimismo, la mutación de V600E del gen BRAF se detectó en 3/4 casos y el caso restante fue BRAF-wild type.

Conclusión: El AM es una neoplasia benigna poco frecuente. No es fácil distinguir el AM de otras neoplasias únicamente mediante pruebas de imagen. La nefrectomía radical, la crioablación o la radiofrecuencia han sido utilizados tradicionalmente como tratamientos de esta patología. Para el diagnóstico diferencial de AM puede ser de ayuda tanto el estudio inmunohistoquímico, con un panel de anticuerpos que incluyen el WT1, EMA y Racemasa, como el estudio molecular del estatus mutacional del gen BRAF, proporcionando así una información clave tanto para su detección precoz como para evitar una nefrectomía radical innecesaria.

17:15 7019-7 WHO 2016 Y TUMOR ESPERMATOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Patricia Antúnez Plaza(1), Yoana Franco Rodríguez(1), Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Cristina González Velasco(1) y Luis Miguel Chinchilla Tabora(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: El Tumor espermatoctico es un tumor poco frecuente del testículo. Representa el 2% aproximado de todas las neoplasias germinales y es exclusivo de este órgano. Se observa en adultos con un rango de edad entre los 25-87 años; sin embargo, es más frecuente después de la sexta década y tiene un comportamiento poco agresivo.

Discusión: Varón de 82 que presenta induración escrotal dolorosa de 2 meses de evolución. A la exploración muestra teste derecho aumentado de tamaño. En ecografía es una masa heterogénea con escasa vascularización interna, que parece corresponder a epidídimo y desplaza la gónada. Con hidrocele, y sin etiología clínica conocida (inflamación, traumatismo, neoplasia) se procede a cirugía. Tras orquiectomía y apertura bivalva vemos tumoración de 5,5 cm, circunscrita, de contorno lobulado y consistencia blanda. Con superficie heterogénea, tiene áreas carnosas, mucoides, hemorragia y parte superior indurada. El patrón de crecimiento celular es difuso, con focos lobulados, separados por áreas estromales edematosas, sin fibrosis ni inflamación crónica asociada. Su celularidad es tripartita: predominio de células intermedias, con núcleo

redondeado de cromatina granular fina y moderado citoplasma; células pequeñas de núcleo hiper cromático con escaso citoplasma y otras grandes con cromatina más filamentosas. Focalmente tiene reacción de metaplasia ósea, sin diferenciación sarcomatoide. No asocia invasión de tejidos paratesticulares a ningún nivel, ni infiltración vascular, respetando el cordón. Los túbulos no tienen neoplasia in-situ de células germinales. El perfil inmunohistoquímico mostró negatividad para los marcadores germinales de seminoma clásico (OCT3/4, c-kit y D2-40), así como para CD30 y otros específicos de este tipo de lesiones germinales.

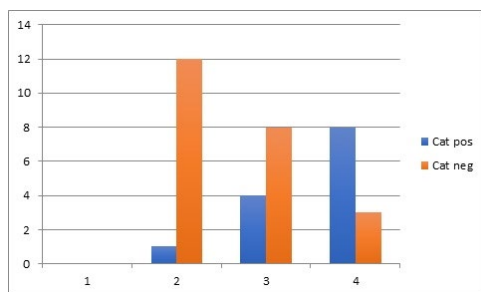
Conclusión: El tumor espermatocítico se subclasificaba hace años dentro de los tumores germinales de un solo tipo histológico (OMS 2004), con/ sin diferenciación sarcomatoide. Actualmente este tipo de neoplasias ha sido desvinculada totalmente de los seminomas clásicos, cambiando hasta su nomenclatura de seminoma a tumor espermatocítico y siendo subclasificados como tumores de células germinales no derivados de neoplasia in situ de células germinales. De comportamiento excelente, y con poca tendencia a la bilateralidad, no necesita neoadyuvancia tras cirugía.

17:20

7019-8

EXPRESIÓN DE β -CATENINA Y RELACIÓN CON GRADO DE FÜHRMAN EN 36 CARCINOMAS DE CÉLULAS RENALES DE CÉLULA CLARA.

Sara Marcos González(1), Emma M. Linares Martín(1), Alicia León del Castillo(1), Carla de Rivas León(1), Ainara Azueta Etxebarria(1), Roxana Elizabeth Sánchez Pacheco(2), Pablo Miguel Bueno Ortiz(1), Steliana F. Racean(1), M. Dolores Herrera Cisneros(1) y José Javier Gómez-Román(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (2)Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.



Introducción: La agresividad biológica en los carcinomas de células renales de célula clara está clásicamente relacionada con el grado de Fuhrman. Por otro lado, en este tipo de tumores se ha descrito un papel importante de los programas de transición epitelio-mesénquima, donde intervendría la molécula β -catenina. Así, es factible pensar que pueda existir relación entre una mayor agresividad biológica, expresada mediante el grado nuclear y la presencia de β -catenina si bien pudieran manifestarse como factores pronósticos independientes.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre 36 pacientes con CCR de célula clara en estadio pT3a (TNM 2010) con un seguimiento clínico mínimo de 7 años, de los cuales, 9 son mujeres y 27 varones, con edad media de 62,78 años (entre 45 y 84).

Revisamos las preparaciones de HE y valoramos el anticuerpo β -catenina (DAKO M3539, clon β -catenina-1) mediante técnica inmunohistoquímica sobre una micromatriz tisular (TMA), usando para su interpretación un método triple ciego por tres patólogos independientes. Posteriormente realizamos un estudio de correlación con los datos clínicos de progresión y supervivencia e histológicos (grados de Fuhrman).

Resultados: Fallecieron 16 pacientes, 11 de los cuales a causa de progresión del proceso neoplásico, con un tiempo de supervivencia media de 49 meses.

Obtuvimos 13 casos β -catenina positivos y 23 negativos. Observando que, de los 13 positivos ocho tenían Fuhrman (F) 4 (62%), cuatro con F3 (31%) y uno con F2 (7%). Con un índice de mortalidad de 7/13 fallecidos (seis con F4 y uno con F3) por progresión tumoral. De los 23 casos β -catenina negativos, 12 tenían F2 (52%), ocho con F3 (35%), tres con F4 (13%), siendo los de mayor grado de Fuhrman de reciente diagnóstico (2015-2016).

Conclusiones: La positividad de la β -catenina estaría asociada a grados de Fuhrman más altos, y a un mayor índice de mortalidad por progresión tumoral y peor pronóstico, en un seguimiento mantenido en el tiempo. Los casos β -catenina negativos tenían, en su mayoría, grados de Fuhrman más bajos (principalmente Fuhrman 2), continuando con vida un 70% de pacientes.

Así concluimos, que la positividad citoplasmática de β -catenina no sería un factor independiente en sí mismo, sino asociado al grado de Fuhrman. No obstante, este estudio debería ampliarse con mayor número de pacientes y tiempo de seguimiento.

17:25

7019-9

EXPRESIÓN DE ANHIDRASA CARBÓNICA IX EN TEJIDO TUMORAL Y SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES.

Patricia Sota Ochoa(1), Guillermo Muñoz González(1), Berta Sáez Gutiérrez(1), J. M. Sánchez Zalabardo(1), Jorge Subirá Ríos(1), Carlo Bruno Marta Casanova(1), Elaine Mejía Urbáez(1), M^a José Cardiel García(1), María Bernal Morillo(1) y Yasmina Sanz Andrés(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: En el carcinoma de células renales se han detectado muchas alteraciones moleculares que ocurren en respuesta a la hipoxia como consecuencia de la pérdida de funcionalidad del gen VHL, activando así el proceso de angiogénesis. Entre estas se encuentra la Anhidrasa Carbónica IX (CAIX), enzima que cataliza la conversión de CO₂ y H₂O en bicarbonato y protones, contribuyendo a la acidificación del pH y por consiguiente a la expresión de factores pro-angiogénicos y a la agresividad tumoral. Analizamos la expresión de CAIX en tejido renal y sangre periférica en pacientes sometidos a nefrectomía radical.

Material y métodos: Se analiza la expresión de CAIX en muestras de suero y tejido renal (tumoral y sano) de 74 nefrectomías radicales realizadas entre abril de 2008 y noviembre de 2011. Se compara la expresión de CAIX según estadio tumoral, presencia de metástasis al diagnóstico y progresión de la enfermedad.

Resultados: La serie comprende 52 varones y 22 mujeres, con una edad media de 66 años. El 78,3 % de los tumores fueron de células claras,

correspondiendo el resto a: oncocitoma (8,1%), carcinoma renal papilar (6,76%), de conductos colectores (2,7%) y cromóforo (4,5%). En el momento del diagnóstico 40 pacientes presentaban estadios T1-T2, y 8 (11%) metástasis. 20 de los pacientes (27%) presentaron progresión de la enfermedad a lo largo del seguimiento. El 80% de los tumores expresaban CAIX en el tejido tumoral, con mayor expresión en el grupo de T2 y T3 (87 y 89%) comparados con el T1 (70%). En 24 de estos pacientes se analizó la expresión de CAIX en tejido sano siendo en todos negativa. El 25 % de los pacientes con metástasis al diagnóstico presentaban CAIX negativa.

Existe mayor expresión de CAIX en los pacientes que no presentaron progresión de la enfermedad (88% versus 75%), pero no podemos predecir la posibilidad de progresión por la expresión o no de CAIX.

Existe correlación entre la expresión de CAIX en tejido tumoral y la CAIX soluble en suero.

Conclusiones: No hemos detectado la presencia de CAIX en tejido renal sano. En el tejido tumoral el resultado positivo está presente en más del 80%. Existe correlación entre la positividad en suero y en tejido tumoral, por lo que la detección en suero de CAIX es altamente sugestiva de patología renal maligna.

La expresión de CA IX no es un factor pronóstico de gravedad ni de progresión de la enfermedad en nuestra serie de pacientes.

17:30 7019-10 NKX3.1 ES ÚTIL COMO MARCADOR INMUNOHISTOQUÍMICO DE ORIGEN PROSTÁTICO.

José I. Neissa(1), José A. Ortiz-Rey(1), Marina Gándara-Cortés(1), Pilar San Miguel-Fraile(1) y Joaquín González Carrero-Fojón(1) de (1)Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

NKX3.1 es un factor de transcripción cuyo uso en inmunohistoquímica (IHQ) se ha recomendado como marcador de segunda línea altamente sensible y específico para asignar un origen prostático. Hemos evaluado en nuestro servicio la efectividad práctica y rutinaria de este marcador en el diagnóstico de tumores metastásicos, comparándolo con los marcadores PSA y PSAP (fosfatasa ácida prostática).

Revisamos todos los casos en los cuales se realizó determinación IHQ de NKX3.1 (anticuerpo policlonal) en los últimos dos años, agrupándolos según su resultado como positivos, negativos o indeterminados. En el grupo de resultado positivo comparamos la intensidad (+, ++ ó +++) y la extensión (focal o difusa) de la tinción con la obtenida con PSA y PSAP. Se utilizó un sistema de tinción automatizado y un método de detección de múltiplo conjugado. Como control de especificidad se probó el anticuerpo sobre matrices que contenían 54 carcinomas de origen no prostático.

Se registraron un total de 52 casos, de los cuales el 38% (20 casos) resultó positivo, 60% fueron negativos y el restante 2 % (un caso) indeterminado (por agotamiento del material). En el grupo positivo para NKX3.1, el 30% (6 casos) mostraron tinción focal/débil/equívoca para PSA o PSAP, mientras que la de NKX3.1 fue fuerte y difusa. En los casos negativos para NKX3.1 hubo correlación con la negatividad para PSA y/o PSAP cuando éstos se solicitaron, aunque en la mayoría de los casos negativos (84%), NKX3.1 fue el único marcador prostático utilizado debido a la escasez de material. En todos los carcinomas no prostáticos evaluados la inmunotinción para NKX3.1 resultó negativa.

En nuestra casuística, NKX3.1 resultó ser un marcador sensible y específico de origen prostático, destacando que en el 30% de nuestros casos positivos para NKX3.1, las tinciones para PSA o PSAP no eran concluyentes. Por ello, creemos que NKX3.1 podría usarse como marcador de primera línea.

17:35 7019-11 VALORACIÓN DE BIOPSIAS DE RIÑONES DE DONANTE PREVIO AL TRASPLANTE RENAL. COMPARACIÓN Y VALIDEZ DE DIFERENTES MÉTODOS DE CONGELACIÓN.

Ana Márquez Lillo(1), Emilia Barrera Antonioli(1), Edilene Vital Ferraz(1), Marta Escribano Martín(1), Belén Escribano Martín(1) y Pablo Javier Cannata Ortiz(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

1. Glomerulos esclerosados o con atrofia total por quistificación

- 0: Ausencia
- 1: 0-10%
- 2: 11-20%
- 3: Más del 20%

Nota: La afectación glomerular exclusiva no debe ser considerada como condición excluyente del órgano a no ser que esté asociado a patología relevante vascular, tubular del parénquima subyacente.

2. Arteriolepatía hialina

- 0: Ausencia de engrosamiento hialino Pas (x) de las paredes arteriole.
- 1: De leve a moderado engrosamiento hialino Pas (x) en al menos una arteriola.
- 2: De moderado a intenso engrosamiento hialino Pas (x) en más de una arteriola.
- 3: Intenso engrosamiento hialino Pas (x) en la mayoría de las arteriolas.

3. Engrosamiento fibroso de la íntima vascular

- 0: Ausencia de lesiones vasculares crónicas.
- 1: Menos del 25% de estrechamiento de la luz vascular por engrosamiento intimal.
- 2: Incremento de las lesiones descritas en 1 afectando entre el 26-50% de la luz vascular.
- 3: Incremento de las lesiones descritas en 2 afectando a más del 50% de la luz vascular.

4. Atrofia tubular

- 0: Ausencia de atrofia tubular cortical.
- 1: Menos del 25% de túbulo cortical atrofico.
- 2: 26%-50% de túbulo cortical atrofico.
- 3: Más del 50% de túbulo cortical atrofico.

5. Fibrosis intersticial

- 0: 5% o menos del área cortical afectada.
- 1: 6%-25% del área cortical afectada.
- 2: 26%-50% del área cortical afectada.
- 3: Más del 50% del área cortical afectada.

Valoración de la puntuación total:

Muestra renal con histología favorable si la puntuación es ≤ 7.

Serón et al. Nefrología 2008; 28:385-396

Introducción: La valoración histológica de riñones de donante previa al trasplante es una práctica obligada en la mayoría de los casos. Existen varios scores publicados que valoran diferentes parámetros (glomérulos, túbulos, intersticio, arterias y arteriolas). El tiempo de respuesta es vital y en la mayoría de centros no se dispone de procesadores de parafina acelerada con microondas y el estudio se realiza congelando la muestra, con las limitaciones y artefactos que se producen en el tejido, que en muchos casos impiden una valoración adecuada.

Objetivos, material y métodos: Tomamos 5 muestras del mismo riñón, procesando 3 de ellas con los métodos de congelación más empleados: directamente en criostato, criomolde sobre nitrógeno líquido e isopentano refrigerado, la 4ª con una nueva técnica de congelación ultrarrápida (Prestochill) y la 5ª muestra se procesa en parafina como control de calidad. Se valoran histológicamente los 5 casos aplicando los criterios de Serón (ver imagen) y se comparan resultados.

Resultados: Se exponen en la tabla adjunta.

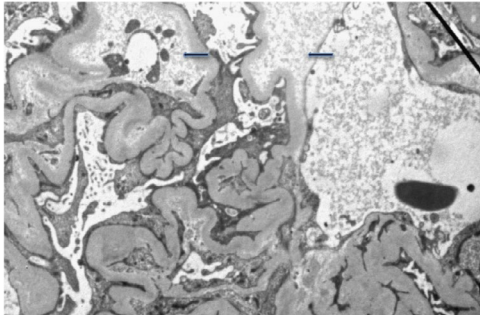
Discusión: El artefacto de congelación en el tejido es directamente proporcional al tiempo empleado en el proceso. La congelación en criostato es simple pero lenta, produciendo grandes artefactos. Además, los túbulos sufren un colapso que imposibilita su correcta valoración. En menor medida también se ven afectados arterias y arteriolas, por lo que se desaconseja este método de congelación para este fin. La utilización de nitrógeno líquido, si bien implica una congelación casi instantánea, es de poca fiabilidad al ofrecer resultados imprevisibles. El contacto del nitrógeno con el OCT producirá burbujas que romperán

el tejido. Además los gases sobre la superficie del nitrógeno se encuentran a una temperatura superior a la de éste, por lo que la congelación no es homogénea. La inmersión en isopentano refrigerado en el mejor de los casos está exenta de artefactos siempre que éste se encuentre próximo a su punto de congelación, que puede alcanzarse sumergiéndolo en nitrógeno líquido. No obstante, este proceso es laborioso y difícilmente reproducible en manos no expertas.

La congelación ultrarrápida mediante Prestochill supone un gran avance ya que ofrece excelentes resultados, similares al tejido parafinado. Además, al tratarse de un procedimiento simple implica una gran reproducibilidad.

17:00 7019-12 DAÑO ENDOTELIAL GLOMERULAR EN PATOLOGÍA RENAL: UN ESTUDIO ULTRAESTRUCTURAL.

Esther Roselló Sastre(1), Mario Soriano(2) y Jerónimo Forteza Vila(2) de (1)Hospital General de Castellón y (2)Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia.



Lesión endotelial en un caso de Esclerodermia.

Introducción: La lesión del endotelio se considera la base de la Microangiopatía Trombótica (MAT). No es infrecuente encontrar en la biopsia renal imágenes histológicas de MAT en pacientes con glomerulopatías variadas, sin clínica de MAT. La lesión que lo caracteriza en la fase aguda a nivel ultraestructural es la lesión del capilar glomerular, que se inicia con edematización endotelial, seguido de despegamiento de la basal y acúmulo subendotelial de proteínas y detritus celulares (fluffy material). Para conocer la especificidad de las lesiones ultraestructurales, revisamos una serie consecutiva de 40 biopsias renales con diagnóstico histológico y evolución clínica conocida, buscando rasgos de lesión endotelial.

Material y métodos: Revisión de 40 casos de biopsias renales de pacientes con diagnóstico histológico y clínica conocida, valorando sobre la imagen de electrónica los siguientes parámetros: digitaciones endoteliales (Sí/NO); vacuolización endotelial (Sí/NO); edematización endotelial (Sí/NO); fluffy material subendotelial (Sí/NO); agregados

de plaquetas (Sí/NO); forma del endotelio (fino/grueso); desprendimiento de la basal (Sí/NO); hematíes intraluminales en rouleaux (Sí/NO) (elaboración de un score: 0-8). Comparación con el diagnóstico histológico y la evolución clínica.

Resultados: 35/40 casos, con lesiones endoteliales presentes (score medio: 3.5). Los scores más bajos, las Nefropatías membranosas (MN: 7 casos, media de 2), la Enfermedad de Cambios Mínimos (MCD: 3 casos, media de 3) y la Glomeruloesclerosis focal segmentaria (FSGS: 1 caso, media de 3). El score máximo (8), la Crisis renal esclerodérmica ERC, seguido del grupo de Glomerulopatías en linfoproliferativos (LINF, 3 casos), con un score de 6. Los LES (8 casos) y Glomerulonefritis membranoproliferativas por Inmunocomplejos (MPGN-I, 5 casos), con valores similares a las Nefropatías IGA (IGA, 7 casos), en torno a 5 y las Glomerulopatías ligadas a ANCA (ANCA, 2 casos), score de 4.5. Se identificó MAT en 9 casos por histología y 10 casos por MET (presencia de fluffy material), con una concordancia de 7 casos (score medio: 5.8).

Conclusión: La lesión del endotelio glomerular está presente en diferentes patologías en mayor o menor grado. La MAT muestra cambios severos ultraestructurales de lesión endotelial, independientemente de la patología de base.

JUEVES 25 de mayo

16:45 - 17:45 h.

ZONA PÓSTER

7020

DERMATOPATOLOGÍA

7020-1 MODERADORES

Juan José Ríos Martín, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

16:45 7020-2 CARCINOMA SARCOMATOIDE DE PIEL. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA.

Rafael Lázaro Santander(1), Susana López Agulló(1), Elia Muñoz Vicente(1), M^a Carmen Martínez Lahuerta(2), Amets Fernández Vega(1) y Virginia Cortes Vizcaíno(3) de (1)Hospital de la Plana, Villarreal (Castellón), (2)Hospital General de Castellón y (3)Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Los carcinoma sarcomatoides (carcinosarcomas) son tumores bifásicos compuestos de dos poblaciones celulares malignas, tanto epiteliales como mesenquimales, que se son infrecuentes en la piel. El componente epitelial es variable y corresponde tanto a carcinomas epidermoides, basocelulares o tumores anexiales.

Material y métodos: Se presenta una serie de 12 casos; 6 carcinomas epidermoides, 5 carcinomas basocelulares y 1 hidradenocarcinoma nodular.

Resultados: Los carcinomas epidermoides y basocelulares se producen en piel expuesta, en pacientes entre 70 y 80 años, con predominio en el sexo masculino. A pesar de que se ha descrito que este tipo de tumores son más agresivos, en todos nuestros casos tras una resección con márgenes quirúrgicos libres no han presentado ninguna recidiva. El componente sarcomatoso está formado por células fusiformes en los carcinomas epidermoides, y en los carcinomas basocelulares, uno componente fusocelular, uno componente leiomiomasarcomatoso, dos componente fibrohistiocitario con presencia de células gigantes CD68 positivas y otro con componente osteosarcomatoso con presencia de células gigantes de tipo osteoclastico. Todos los carcinomas basocelulares tienen un doble componente y en los carcinomas epidermoides, 4 casos están formados únicamente por componente sarcomatoso que expresa diferenciación epitelial por técnicas de inmunohistoquímica y dos tienen zonas de componente epitelial maligno. El hidradenocarcinoma nodular se desarrolló en un paciente joven, 28 a, en piel no expuesta, zona alta de la espalda, con un antecedente de linfoma de Hodgkin tratado con radioterapia. Se amplió el margen de resección quirúrgica y no ha mostrado recidiva en 7 años de seguimiento.

Conclusiones: Los carcinomas sarcomatoides de piel son tumores raros, pero creemos que están infradiagnosticados debido al desconocimiento sobre su existencia, al estudio incompleto de las lesiones y a la gran variabilidad histológica. Ocurren con mayor frecuencia en varones de edad avanzada, en zonas de piel expuesta, sobre todo cara y cuello, y se acompañan de otras lesiones actínicas. Aunque se ha señalado que el componente epitelial influye en la probabilidad de metástasis, con un alto riesgo para el componente epidermoide y anexial, ninguno de nuestros casos ha recidivado después de años de seguimiento.

16:50 7020-3 HISTIOCITOS PECULIARES EN LA DERMIS SECUNDARIOS A TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.

Silvia Hernández Bonilla(1), Oana Beatrice Popescu(1), Ignacio Ruz-Caracuel(1), Itziar de la Peña Navarro(1) y María José Beato Merino(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid.

En 1991, Horn et al. describieron unos histiocitos grandes y vesiculosos en la dermis de pacientes tratados con quimioterapia, que se asociaron al tratamiento con factores estimulantes de colonias de granulocitos y macrófagos. Posteriormente, esos mismos histiocitos se vieron en pacientes que no habían recibido este tratamiento, pero que sí estaban en tratamiento con quimioterapia.

Se revisan 5 casos de nuestro centro entre los años 2010 y 2016, algunos con un rash cutáneo y otros con una formación nodular y diferentes diagnósticos clínicos, todos ellos en pacientes oncológicos tratados con agentes quimioterápicos. Al microscopio, todos mostraron este tipo de histiocitos.

En este estudio buscamos la existencia de alguna asociación entre el tipo de tumor y/o quimioterápico con estos histiocitos. Creemos que estos histiocitos son frecuentes en pacientes en tratamiento con quimioterapia, a pesar de la poca repercusión de la entidad en la literatura. Pensamos que es importante reconocerlos, ya que suponemos que pueden verse en cualquier órgano y, dado que son células grandes, incluso ser confundidos con la neoplasia del paciente.

16:55 7020-4 ESTUDIO COMPARATIVO DE EXPRESIÓN DE CK7, CK19, P16, GATA3 Y C-KIT EN POROCARCINOMAS ECRINOS Y CARCINOMAS EPIDERMOIDES INFILTRANTES CUTÁNEOS.

Sara Marcos González(1), Roxana Elizabeth Sánchez Pacheco(2), Pablo Miguel Bueno Ortiz(1), Susana Armesto Alonso(1), María Marcellán Fernández(1), Marcos González López(1), Víctor Secadas Díaz(1), Teresa Blanco Blanco(1), J. Fernando Val Bernal(1) y M. Carmen González Vela(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (2)Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: El Porocarcinoma ecrino (PCE) es un tumor maligno cutáneo derivado de las glándulas sudoríparas. Las características histológicas del PCE están bien descritas, sin embargo, hay casos de PCE que tienen diferenciación escamosa, cuyo diagnóstico diferencial con carcino-

ma epidermoide (CEI) podría ser difícil. Por otro lado, algunos CEI tienen focos pseudoglandulares que recuerdan a la diferenciación ductal de los PCE. El diagnóstico diferencial entre PCE y CEI es importante ya que el PCE tiene una mayor frecuencia de recidivas y metástasis ganglionar.

Material y métodos: Revisamos los PCE diagnosticados desde 2002 hasta la actualidad. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado siguiendo criterios histológicos y examinados por dos dermatopatólogos. Seis (23%) de los 26 casos fueron considerados PCE in situ y los otros 20 casos (77%) eran PCE infiltrantes.

Se realizó estudio inmunohistoquímico (IHQ) en el tejido incluido en parafina siguiendo el método EnVision™ system (Dako, Glostrup, Denmark) utilizando los siguientes anticuerpos: CK19, CK7, p16, GATA3 y C-KIT. Realizamos el mismo estudio IHQ en 20 casos de CEI consecutivos.

Resultados: La mayoría de los PCE (83%) presentaba expresión de p16. Mientras que el 35% de los CEI mostraban positividad para p16. Expresión de CK7 y CK19 se observó en 65% y 61% de PCE, y en un 20% y 15% de CEI respectivamente. Un 36% de los PCE mostraban positividad focal para GATA-3, por el contrario todos los CEI fueron negativos. No observamos positividad para c-KIT, ni en PCE, ni en CEI.

Conclusión: Es destacable la alta positividad de los PCE para las CK19 y CK7, frente al CEI, lo que concuerda con el único estudio publicado en la literatura realizado por Mahaligam et al. Con respecto a la positividad de GATA-3, nuestros hallazgos son contradictorios a lo publicado por Mertens et al. Nosotros concluimos que un panel de IHQ que incluya CK7, CK19 y p16 es muy útil para el diagnóstico diferencial de PCE y CEI.

17:00

7020-5

QUISTES DEL RAPE MEDIO DEL PENE: ESTUDIO CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE 52 CASOS.

Yosmar Carolina Pérez González(1), Loreto Carrasco Santos(2), Mar Llamas Velasco(3), Hernán Darío Quiceno Arias(1), José Luis Díaz Recuero(2) y Luis Requena Caballero(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (2)Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid y (3)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Los QRM del pene son una lesión cutánea benigna que puede localizarse en cualquier punto del trayecto del rafe medio. Clínicamente son pápulas hemisféricas, del color de la piel normal. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la frecuencia de los QRM mediante un estudio retrospectivo de 52 casos diagnosticados de QRM entre Enero de 1990 y Mayo 2016, en los Servicios de Anatomía Patológica de 10 hospitales Españoles de los cuales se valoraron una serie de parámetros clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos.

Resultados: La mayoría de las lesiones provenían de servicios de Cirugía Pediátrica, seguidos del servicio de Urología y de los servicios de Dermatología y Cirugía General y un sólo caso en el que no se especificaba su procedencia. La media de edad de los pacientes era de 13,8 años. El tiempo de evolución no estaba documentado de forma precisa. En la mayoría de los pacientes las lesiones eran asintomáticas. Desde el punto de vista histopatológico, la mayoría de los casos estudiados eran quistes uniloculares de pequeño tamaño y el resto eran multiloculares. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, en todos nuestros casos la tinción con GATA3 mostró positividad nuclear en el epitelio que tapizaba los quistes.

Conclusiones: Los QRM son lesiones poco frecuentes que se observan en la edad pediátrica a lo largo del rafe medio de los varones, con una frecuencia que varía entre 5 a 8 casos nuevos por cada 100.000 biopsias en los Servicios de Anatomía Patológica/año. Los QRM son lesiones solitarias, asintomáticas, con aspecto quístico y que miden entre 2 y 11 mm de diámetro máximo. El epitelio que tapiza los QRM muestra una morfología similar a la del urotelio, con una hilera basal de células columnares y varias capas de células cuboideas. En nuestra serie, 29 casos eran QRM de tipo uretral, 2 casos eran de tipo epidermoide y 21 casos eran de tipo mixto. Inmunohistoquímicamente, el epitelio de la pared de los QRM expresa CK7, uroplaquina III y GATA 3. No se observa positividad de CK20. El GATA 3 mostró un patrón de tinción nuclear en todos los núcleos de las células epiteliales que tapizaban la cavidad quística de la lesión en 38 de nuestros casos. La intensa expresión de GATA3 en la mayoría de nuestros casos de QRM apoya la naturaleza urotelial del epitelio que tapiza estos quistes.

17:05

7020-6

ACROPUSTULOSIS INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Estela Aguilar Navarro(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Lucía Campos Muñoz(1), Mónica Negueruela López(1), Cristina Aranda Cazón(1), Guillermo García Diego(1), Ana Caso Viesca(1) y M^a Luisa González Morales(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La acropustulosis infantil es un trastorno vesicular benigno de la infancia que aparece característicamente en el primer año de vida, más en varones. Consiste en brotes recurrentes de lesiones vesiculopustulosas intensamente pruriginosas, que afectan fundamentalmente a palmas y plantas respetando las mucosas. La etiología y patogenia son desconocidas. El estudio histopatológico muestra una pústula subcórnea con neutrófilos – y algún eosinófilo – y discreta acantosis epidérmica adyacente. A menudo se diagnostica erróneamente de escabiosis de repetición pese a no hallar el ácaro ni existir familiares afectados.

Material y métodos: Paciente varón de seis meses, sin antecedentes de interés, que consultó por brotes sucesivos de pápulas pruriginosas agrupadas, con formación de vesículas y ampollas tensas, junto a máculas eritematosas residuales en dorso y plantas de pies, manos y abdomen. No refería ambiente epidemiológico compatible con escabiosis.

Resultados: La biopsia muestra una extensa ampolla subcórnea – intraepidérmica en la periferia – con mínimo componente inflamatorio de tipo mixto. Dermis superficial con discreto infiltrado inflamatorio crónico perivascular. El estudio por inmunofluorescencia resultó negativo confirmando el diagnóstico de acropustulosis infantil.

Discusión: Descrita por primera vez en 1979, es una enfermedad infrecuente cuya patogenia e incidencia real no se conocen con exactitud. Se ha relacionado con la escabiosis -ambas entidades inciden con más frecuencia en grupos socioeconómicos bajos y situaciones de hacinamiento- pudiendo estar precedidos los brotes por esta afección y considerándose una reacción de hipersensibilidad cutánea cíclica a componentes antígenicos de *S. escabiei*.

El diagnóstico depende de una cuidadosa correlación anatomoclínica, planteándose diagnóstico diferencial con escabiosis, eritema tóxico neonatal, melanosis pustulosa neonatal transitoria, folliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, herpes simple y eccema dishidróico.

Conclusión: La acropustulosis es una enfermedad infrecuente de etiopatogenia desconocida, a menudo infradiagnosticada. Los hallazgos clínicos evocan fuertemente esta condición aunque a veces es necesaria la biopsia. El carácter autolimitado del proceso (con resolución espontánea a los 2 o 3 años) hace innecesario el tratamiento.

17:10

7020-7

UTILIDAD DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL POROCARCINOMA. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Emilio González Aray(1), H. Celeste González García(1), Sonia García Hernández(1), Carmen Nieves Hernández León(1) y Rosa Nieves Rodríguez Rodríguez(1) de (1)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

El porocarcinoma es un tumor epidérmico poco frecuente que representa menos del 1% de todos los tumores cutáneos, dependiendo de las series, y se origina en el epitelio ductal de las glándulas sudoríparas ecrinas. Sus principales diagnósticos diferenciales son los tumores de la familia del poroma ecrino, el carcinoma epidermoide y el carcinoma basocelular. En la literatura está descrita su positividad para CEA y EMA como potencial característica de utilidad en el diagnóstico diferencial, estando también descrita la sobreexpresión de p16 en una única serie. Estudiamos inmunohistoquímicamente una serie de tumores cutáneos (incluyendo cinco casos de porocarcinoma y doce casos de poroma ecrino) diagnosticados por microscopía óptica convencional y hematoxilina - eosina. En nuestra serie, el 100% de los porocarcinomas expresan p16 de forma intensa y generalizada tanto en núcleo como en citoplasma y el 80% la coexpresan con CK-19, un marcador de diferenciación ductal. Ninguno de los poromas ecrinos estudiados presenta dicho patrón de expresión. La atipia nuclear y la ausencia de empalizada periférica constituyen las principales características histológicas asociadas a expresión generalizada de p16.

Concluimos que la atipia nuclear y la expresión núcleo- citoplásmica de p16 son claves en el diagnóstico diferencial del porocarcinoma y discutimos el papel de la inmunohistoquímica en el diagnóstico de los tumores de anejos cutáneos.

17:15

7020-8

DIFERENTE EXPRESIÓN DE P16, CK7 Y CK19 EN EL POROCARCINOMA Y POROMA ECRINO.

M. Carmen González Vela(1), Sara Marcos González(1), Roxana Elizabeth Sánchez Pacheco(2), Remigio Mazorra Horts(1), Susana Armesto Alonso(1), M. Sandra Hermana Ramírez(1), Marcos González López(1), Jesús González Vela(3), Marta Drake Monfort(1) y J. Fernando Val Bernal(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), (2)Hospital Virgen de la Luz, Cuenca y (3)IFIMAV, Santander (Cantabria).

Introducción: El porocarcinoma ecrino (PCE) es un tumor cutáneo maligno poco frecuente que deriva de las glándulas sudoríparas. La mayoría de los PCE aparecen de novo, no obstante, existe un pequeño porcentaje de casos en que coexiste con un Poroma ecrino (PE). Aunque los rasgos clínico-patológicos del PCE y PE están muy descritos, se conoce poco sobre su patogenia.

Material y métodos: Revisamos todos los PCE diagnosticados en nuestro hospital desde 2002 hasta la actualidad. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado siguiendo criterios histológicos. Realizamos estudio inmunohistoquímico (IHQ) en 25 de 27 casos de PCE y comparamos con 12 PE seleccionados de forma consecutiva. La IHQ se realizó en el tejido incluido en parafina siguiendo el método EnVision™ system (Dako, Glostrup, Denmark), utilizando los siguientes anticuerpos: CK19, CK7 y p16.

Resultados: De los 27 casos diagnosticados de PCE, cuatro de ellos (14,8%) presentaban áreas de PE. La edad media de los PCE era mayor que la de los PE (75,8% vs. 66,8%). Siendo en ambos, la localización más frecuente la extremidad inferior. En el estudio IHQ observamos una intensa positividad nuclear para p16 en 20 de 24 PCE (83%), por el contrario se objetivó expresión de p16 en sólo dos de los 12 PE estudiados (16,5%). Además visualizamos positividad de CK7 y CK19 en 64% y 60% de los PCE respectivamente, mientras que la expresión de CK7 y CK19 fue del 25% y 16,5% en los PE.

Conclusión: Nuestros hallazgos respecto a la diferencia en la expresión de p16 entre PCE y PE sugieren un papel importante del p16 en la patogénesis del PCE y en la progresión de la enfermedad. Por otro lado el mayor porcentaje de positividad para CK7 y CK19 en PCE que en PE, podría corresponderse con diferente perfil de queratinas entre ambos, que se relacionaría con la capacidad de infiltración del PCE.

17:20

7020-9

RABDOMIOSARCOMA ESCLEROSANTE CUTÁNEO PRIMARIO CON EXPRESIÓN DE ALK Y AUSENCIA DE MUTACIÓN EN MYOD1.

Vicente Sabater Marco(1), Rosa Ballester Sánchez(2), José Ángel García García(1), Lara Navarro Cerveró(1), Rafael Botella Estrada(3) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1)Servicio de Patología del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, (2)Servicio de Dermatología, Hospital de la Plana, Villarreal (Castellón) y (3)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El rabdomiosarcoma (RMS) esclerosante es un subtipo raro de sarcoma propio de los tejidos blandos pero su presentación como un tumor cutáneo primario no ha sido descrita. Aberraciones de ALK sólo se han descrito en el RMS alveolar y embrionario mientras que mutaciones recurrentes en MYOD1 se han detectado en el RMS esclerosante.

Material y métodos: Mujer de 72 años que consultó por un nódulo cutáneo, duro, de 4 x 3 cm en la espalda, de 1 año de evolución. Una biopsia punch del nódulo dio el diagnóstico de RMS esclerosante. La resección quirúrgica del tumor demostró márgenes libres. El estudio histopatológico y molecular se realizó sobre tejido fijado en formol e incluido en parafina. El estudio de imagen (RM y PET-TAC) fue negativo para tumor. A los 9 meses del diagnóstico la paciente ha presentado recidiva tumoral sobre la cicatriz.

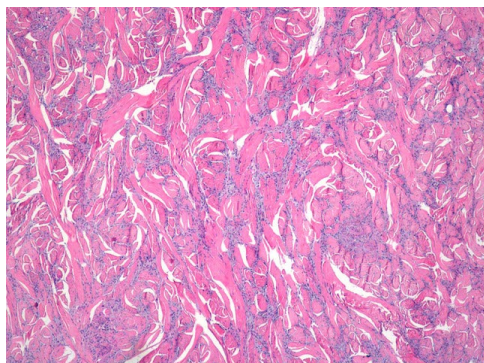


Fig. 1 Neoplasia dérmica hipocelular con patrón mixoide y esclerosante (H.Eosina x 20).

Resultados: Histológicamente, la neoplasia dérmica era hipocelular y tenía un patrón mixoide y esclerosante (Fig. 1). Las células neoplásicas expresaban CKAE1/3, SMA, desmina, miogenina, MyoD1 y ALK mientras que S-100, CD34, CD45, h-caldesmon y MUC4 fueron negativos. La FISH (amplificación RT-PCR) reveló ausencia del transcrito PAX3/7-FOXO1 y también de reordenamiento ALK. La PCR del gen MYOD1 demostró ausencia de la mutación L122R.

Conclusiones: En este sarcoma cutáneo, la sobreexpresión de ALK plantea el diagnóstico diferencial entre un leiomioma desmoplásico, tumor miofibroblástico inflamatorio y RMS. La expresión de miogenina y MyoD1 son claves para un correcto diagnóstico. La sobreexpresión de ALK en este caso no se debe a ninguno de estos 3 mecanismos; a un aumento de su transcripción como ocurre en el RMS alveolar, donde la proteína quimérica generada por la t(2;13) (q35;q14) (PAX3-FOXO1) se une al tercer intrón de ALK produciendo su activación constitutiva; a un aumento del número de copias o amplificación de ALK o bien a la t(2;5)(p23;q35) (NPM1/ALK).

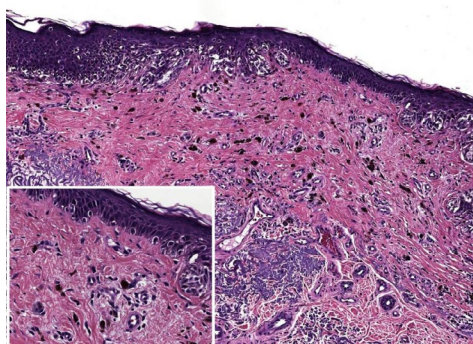
En el RMS esclerosante la mutación L122R en MYOD1 se asocia con un curso clínico agresivo. Sin embargo, en este caso no hemos visto correlación entre la expresión de MyoD1 y dicha mutación.

17:30

7020-10

PRESENCIA DE REGRESIÓN EN NUESTRA SERIE DE MELANOMAS CUTÁNEOS. UN ASPECTO HISTOPATOLÓGICO DE DIFÍCIL DEFINICIÓN HISTOPATOLÓGICA Y CONTROVERTIDA IMPLICACIÓN PRONÓSTICA.

Ana Ortiz González(1), Ana Laura Martín Rodríguez(1), Sara Soto García(1), Ana Buendía Alcaraz(2), África Fernández Valera(1), Ana Belén Díaz Turpín(1), María Nuria Morales Suárez(1), Manuela Selma Ruiz(1), Sebastián Ortiz Reina(1) y Pablo Cerezuela Fuentes(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia y (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).



Melanoma de extensión superficial con regresión extensa.

Introducción: La regresión es un aspecto histopatológico que aparece con frecuencia en los melanomas (entre 10-35 %), ocasionada por la respuesta inmunitaria del organismo frente a los nevomelanocitos. Consiste en la sustitución de las células tumorales por un proceso inflamatorio linfocitario con fibrosis dérmica, melanófagos y neovascularización. Su significado es incierto, ya que aunque para la mayoría de los autores es considerado como un factor de mal pronóstico, otros contradicen esta idea.

Objetivos: Determinar la presencia de regresión en nuestra serie, relacionarla con aspectos histopatológicos y epidemiológicos y determinar su valor pronóstico.

Material y métodos: Se revisan un total de 234 melanomas, en los que se estudian la presencia de regresión especificando si es inferior al 50 % (regresión parcial, RP) o superior al 50 % (regresión extensa, RE), relacionándola con datos epidemiológicos (edad, sexo y distribución anatómica), así como con el tipo histopatológico, Breslow, Clark, metástasis linfática y metástasis sistémicas.

Resultados: De los 234 melanomas, 43 presentaron regresión (un 16%) con una distribución del 30.2% en menores de 50 años y un 69.8% en mayores de 50 años. La localización predominante fue el dorso, en el 37.5% de las RP y en el 33.3% de las RE. De ellas, el 80% de las RP y la totalidad de las RE aparecieron en melanomas de extensión superficial. Respecto a las metástasis ganglionares, los melanomas con regresión las presentaron en el 16%, mientras que los melanomas sin regresión las mostraron en el 13.61%. Las metástasis sistémicas se describieron en el 19% de los casos con regresión, frente al 18.3% en los melanomas sin regresión. En nuestra serie, el 62.8% de los melanomas con regresión presentaron índices de Breslow <1 mm; con niveles de Clark II-III en la mayoría de los casos.

Conclusiones: El melanoma que mostró regresión con más frecuencia fue el melanoma de extensión superficial y la localización más frecuente el dorso. Se mostró un predominio en mayores de 50 años y prevalencia similar entre sexos. En nuestra serie no parece haber diferencia significativa en la predisposición a padecer metástasis sistémicas y/o nodulares entre los melanomas con regresión y sin regresión, es posible que esto sea debido a que se presenta con más frecuencia en melanomas de menor grosor con índices de Breslow y niveles de Clark más bajos.

Distribución del índice de Breslow en regresión parcial y extensa

ÍNDICE DE BRESLOW	<1 mm	1-2 mm	2,1-4 mm	>4 mm
REGRESIÓN PARCIAL	25	8	5	2
REGRESIÓN EXTENSA	2	1	0	0

17:35 7020-11 VASCULOPATÍA COLÁGENA CUTÁNEA. REVISIÓN CLINICOPATOLÓGICA DE 4 NUEVOS CASOS.

Remigio Mazorra Horts(1), Iosune Vilanova Urdániz(2), Susana Armesto Alonso(2), Marta Drake Monfort(2), Alicia León del Castillo(1), María Marcellán Fernández(2), M. Sandra Hermana Ramírez(1), Marcos González López(2), Marina Lacalle Calderón(2) y M^a Carmen González Vela(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: La vasculopatía colágena cutánea (VCC) es una microangiopatía idiopática de los vasos sanguíneos de la dermis superficial histológicamente caracterizada por depósitos de colágeno en las paredes vasculares. Clínicamente se caracteriza por telangiectasias cutáneas generalizadas, especialmente en el tronco y extremidades. Presentamos 4 nuevos casos de VCC.

Material y métodos: Revisamos los casos diagnosticados de VCC en nuestro hospital desde el año 2011 hasta la actualidad con confirmación con biopsia cutánea. Revisamos las historias clínicas y las biopsias.

Resultados: Los 4 casos diagnosticados de VCC se correspondían con 3 mujeres y 1 varón; la edad media es de 71,7 años con un rango de (55-87), en los 4 casos las telangiectasias comenzaron en las extremidades inferiores y progresivamente se extendieron. En el caso 1 se extendieron al abdomen. En el caso 2 al abdomen y superficies de extensión de brazos y antebrazos . En el caso 3 las lesiones se extendieron al abdomen. Y en el caso 4 a la espalda. En ninguno de los 4 casos existían antecedentes familiares ni personales de telangiectasias cutáneas generalizadas, ni historia de sangrados. La paciente del caso 1 no presentaba ningún dato relevante en la historia clínica. El caso 2 presentaba un adenocarcinoma de colon. El caso 3 como antecedente tiene un ictus en hemisferio derecho. Y el caso 4, tiene antecedentes de HTA, anemia e isquemia intestinal.

La histopatología demostró en todos los casos dilatación de los vasos del plexo vascular superficial de la dermis papilar, con depósito perivascular de material eosinofílico hialino que se teñía con PAS-diestasa pero no con Rojo Congo y mostraba inmunorreactividad de anticuerpos para el colágeno tipo IV. Ante dichos resultados, se estableció el diagnóstico de VCC.

Conclusiones: La VCC es una enfermedad muy infrecuente que es indistinguible de la telangiectasia esencial generalizada y cuya confirmación diagnóstica es histológica. La etiopatogenia es desconocida; es posible que sea una enfermedad primaria originada por un defecto genético en la síntesis de colágeno, aunque no se puede descartar que no sea una lesión secundaria reparadora en respuesta a un daño de la microvasculatura. De hecho, alrededor del 50% de VCC descritos en la literatura tienen hipertensión arterial.

JUEVES 25 de mayo

16:45 - 17:45 h.

ZONA PÓSTER

7021

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

7021-1 MODERADORA

Judith Pérez Rojas, Hospital Universitario la Fe, Valencia.

16:45

7021-2

LA COLORACIÓN DE BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS U OTRAS DE PEQUEÑO TAMAÑO DURANTE EL TALLADO Y SU INTERFERENCIA CON LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE HIBRIDACIÓN IN SITU FLUORESCENTE (FISH).

Emilia Barrera Antonioli(1), Ana Márquez Lillo(1), Edilene Vital Ferraz(1), Raquel Álvarez Haro(1), Marta Escribano Martín(1), Belén Escribano Martín(1), Socorro María Rodríguez Pinilla(1) y Federico Rojo Todo(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El pequeño tamaño de gran parte de las muestras que se estudian histológicamente, está relacionado con la dificultad para la obtención de muestra. La utilización de colorantes durante el tallado previene la pérdida durante el procesado y facilita su inclusión y corte. Sin embargo, esta coloración puede interferir con el resultado de técnicas moleculares, particularmente en técnicas de hibridación in situ fluorescente. Dado que hoy la presencia de alteraciones genéticas específicas determina pronóstico y tratamiento de muchos procesos, el cuidado de este material es prioritario.

Material y métodos: Se tomaron 27 muestras de mucosa colónica de piezas quirúrgicas de un tamaño inferior a 3 mm. Se tiñeron con una serie de marcadores utilizados de rutina en el laboratorio de anatomía patológica: Carazzi Hematoxylin (Pan Reac); Eosina (Sigma-aldrich); Rojo, verde, amarillo, naranja, negro, azul (Mark-it); azul (Davidson Marking System). Posteriormente se realizaron técnicas de FISH sobre dicho **Material:** siguiendo el protocolo habitual utilizado en el laboratorio de biología molecular. Se utilizó la sonda comercial Vysis para la determinación de alteraciones en el gen BCL2.

Resultados: Los colorantes: Mark-it dejaban pigmento en la mucosa colónica e interferían con la interpretación de otras técnicas histoquímicas como... (Giemsa, whartin-starry,...) De igual forma, Carazzi Hematoxylin (Pan Reac), azul (Davidson Marking System) emitían autofluorescencia. Solo la eosina permitía un correcto estudio histológico y molecular.

Conclusiones: La eosina es el único colorante que no interfiere con el estudio histológico y molecular de muestras marcadas antes del procesamiento convencional. Estos datos intentaran confirmarse en una serie más amplia de muestras incluyendo tejidos de diferentes localizaciones.

16:50

7021-3

MESOTELIOMA EPITELIAL MALIGNO DECIDUOIDE CON AFECTACIÓN MESENTÉRICA.

Ángela Hens Pérez(1), María Isabel Moreno García(1), María José Añón Requena(1), Gloria Muñoz Arias(1), Beatriz Pérez Ballesteros(1), Milagros García Nieto(1), María del Carmen López Muñoz(1), Manuela Mosteiro Auchel(1), María del Mar Pleité Amieva(1) y María del Carmen Vázquez Rodríguez(1) de (1)Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.



El mesotelioma deciduoide consiste en una rara variante de mesotelioma de la cual hay descritos menos de cincuenta casos en la actualidad. Puede afectar a ambos sexos, estar o no relacionado con la exposición al asbesto y originarse en cualquier tapizado seroso.

Histológicamente se caracteriza por una población celular generalmente anaplásica, que recuerda a las células con transformación decidual, siendo necesaria su diferenciación inmunofenotípica con otras neoplasias, generalmente metastásicas. Muestra un comportamiento agresivo, con una supervivencia media de 7,3 meses.

Presentamos un caso de un varón de 38 años con una masa mesentérica de 16x14 cm con criterios clínico-radiológicos de malignidad, cuyo estudio histológico demostró una proliferación sólida, epitelioides, con elementos francamente atípicos de citoplasma vacuolado y aspecto predecidual, cuya inmunoeexpresión permitió confirmar la neoplasia como mesotelioma maligno mesentérico epitelioides, variante fenotípica deciduoide, con invasión de pared intestinal y metástasis ganglionar.

La neoplasia coexistió con un divertículo de Meckel con heterotopia de tejido pancreático, sin que se advirtiera ningún otro dato de relevancia entre las manifestaciones clínicas del paciente.

La neoplasia coexistió con un divertículo de Meckel con heterotopia de tejido pancreático, sin que se advirtiera ningún otro dato de relevancia entre las manifestaciones clínicas del paciente.

Tras la resección quirúrgica de la lesión, se le practicó al paciente una peritonectomía con HIPEC (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy) en otro centro, estando en la actualidad con buen estado general sin evidencia de recidiva tumoral tras 7 meses del diagnóstico.

Aportamos un nuevo caso de esta inusual variante lesional y comparamos su características clínicas y patológicas con los casos diagnosticados de mesotelioma en la población del área de influencia hospitalaria, cuya elevada incidencia guarda relación con la actividad industrial.

16:55 7021-4 ENTEROCOLITIS ASOCIADA A IDELALISIB.

Elena Aguirregoicoa García(1), Yosmar Carolina Pérez González(1), José Ignacio Cornejo Ladrero(1), Montserrat López Carreira(1), José Ángel Merino García(1), Víctor Manuel Castellano Megías(1), Rafael Carias Calix(1) y Hernán Dario Quiceno Arias(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Idelalisib es un inhibidor selectivo de la isoforma delta de la fosfatidilinositol 3-kinasa. Entre sus efectos adversos se incluyen la colitis y la diarrea. Se sugiere que el mecanismo patogénico es una disregulación de los linfocitos T, dañando el epitelio a través de linfocitos T citotóxicos CD8+. Aunque la historia clínica dirige el diagnóstico diferencial, la histología es clave para el diagnóstico de esta entidad. Estudios recientes indican que la afectación gastrointestinal, aunque frecuente podría estar infradiagnosticada. Existen pocas publicaciones que recojan las características histológicas de la colitis asociada a idelalisib.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 61 años diagnosticado de leucemia linfática crónica, tratado con Idelalisib y Rituximab y con diarrea crónica durante el tratamiento. La medicación fue suspendida y se realizó una colonoscopia. En esta, la mucosa de colon y recto presentaba un aspecto eritematosos con un punteado blanquecino inespecífico.

Resultados: El estudio histológico mostró fragmentos de mucosa de intestino grueso con distorsión arquitectural y aumento del infiltrado linfocitario de la lámina propia, con algunos neutrófilos y eosinófilos. Era muy llamativa la presencia de fenómenos apoptóticos dentro de las criptas (1-5 por 10 criptas) con vacuolas intracitoplasmáticas y detritus nucleares, además de linfocitos intraepiteliales. Se identificaban además fenómenos de criptitis y abscesos cripticos sin granulomas. El estudio inmunohistoquímico mostró negatividad para Citomegalovirus y el infiltrado inflamatorio fue negativo para CD20 y positivo para CD3, siendo los linfocitos intraepiteliales predominantemente CD8+ y los linfocitos de la lámina propia CD4+. Con los datos histológicos e inmunohistoquímicos se diagnosticó de colitis asociada a Idelalisib.

Tras la retirada del fármaco la frecuencia y consistencia de las deposiciones se normalizó, por lo que se retomó el tratamiento, asociándolo a corticoides, aunque se sucedieron nuevos cuadros de diarrea además de infecciones por citomegalovirus y herpes zoster.

Conclusión: En los pacientes tratados con Idelalisib se debería tomar en consideración cualquier alteración gastrointestinal, realizando las exploraciones y pruebas complementarias necesarios para su correcto diagnóstico y tratamiento específico.

17:00 7021-5 CARCINOMA GÁSTRICO CON CUERPOS DE PSAMOMA: UNA RAREZA MORFOLÓGICA.

Jorge Palomar Ramos(1), Cristina Díaz del Arco(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Ana Caso Viesca(1) y M^a Jesús Fernández Aceñero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los cuerpos de psamoma son formaciones cálcicas microscópicas de configuración laminar concéntrica que se pueden observar frecuentemente en tumores como el carcinoma seroso de ovario, carcinoma papilar de tiroides o meningioma.

En el cáncer gástrico las calcificaciones de tipo distrófico son infrecuentes y suelen aparecer de forma difusa en las lagunas de mucina de adenocarcinomas de tipo mucinoso. Sin embargo, los depósitos de tipo psamomatoso son excepcionales, habiendo solo 7 casos documentados. En este trabajo notificamos un nuevo caso de carcinoma tubular gástrico con calcificaciones psamomatosas.

Caso clínico: Varón de 73 años con clínica de vómitos y retención gástrica. La gastroscopia identificó una neoformación estenosante por lo que se realizó gastrectomía subtotal.

El estudio histopatológico muestra un adenocarcinoma de tipo tubular moderadamente diferenciado. En las luces glandulares de un foco de adenocarcinoma de la pieza se aprecian múltiples formaciones globulares amorfas y basófilas que miden entre 25 y 50 µm de diámetro. Estos cuerpos de psamoma se encuentran confinados dentro de algunas glándulas en forma de pequeños agregados y cuerpos aislados. No se identifican en el estroma adyacente, ni en parénquima no tumoral. El paciente evolucionó bien y se encuentra libre de enfermedad a los 9 años de seguimiento.

Discusión: Existen tres tipos de calcificaciones en el carcinoma de estómago: calcificaciones en relación con mucina (las más comunes), calcificaciones psamomatosas y osificación heterotópica. Las calcificaciones psamomatosas parecen excepcionales. Estas se observan en los espacios luminales del carcinoma gástrico y raramente en el estroma, sin haberse descrito en el tejido no tumoral adyacente. También se han reportado en ausencia de neoplasia gástrica. En relación a la patogenia de las calcificaciones psamomatosas en el cáncer gástrico, los estudios realizados han obtenido resultados heterogéneos y su origen no está claro.

Dado el escaso número de publicaciones, mayoritariamente correspondientes a carcinomas mucinosos, su importancia biológica y repercusión pronóstica permanecen indeterminadas, aunque solo uno de los casos publicados presentó metástasis ganglionares.

La publicación de series amplias permitirá determinar la relevancia de las calcificaciones psamomatosas.

17:05 7021-6 PANCOLITIS ASOCIADA A IDELALISIB. CAMBIOS HISTOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Beatriz Rueda Villafranca(1), Patricia Becerra Massare(1) y Ana Isabel Romero Ortiz(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Antecedentes y objetivos: Varón de 73 años con leucemia linfocítica crónica B (LLC) en tratamiento con Idelalisib. Tras el inicio del tratamiento, comienza con aumento de las deposiciones diarreicas y empeoramiento general. Los coprocultivos fueron negativos, y la diarrea no presentaba restos de sangre o moco.

Tras la retirada del tratamiento, se solicita colonoscopia y biopsia.

Métodos: En la colonoscopia se evidencia mucosa rugosa con disminución del patrón de vascularización tomándose biopsias del trayecto explorado.

La biopsia es procesada en parafina y se realizan técnicas de hematoxilina-eosina, histoquímicas e inmunohistoquímicas.

Resultados: El estudio microscópico reveló mucosa colónica con intensa inflamación, microabscesos, moderada apoptosis de las criptas glandulares y presencia de linfocitosis intraepitelial. Además, no se demostró la presencia de microorganismos.

Conclusiones: El Idelalisib es un fármaco que inhibe una quinasa hiperactiva en los tumores de células B, frenando la proliferación, y está indicado en pacientes adultos con LLC, como es el caso que nos atiende.

Ante los hallazgos histológicos se debería proponer, como primer diagnóstico diferencial, la enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa, aunque en ésta, la presencia de apoptosis de las criptas no es habitual (siendo muy evidente en este caso).

Los otros diagnósticos diferenciales histológicos que se pueden plantear son la colitis infecciosa, que fue descartada, a priori, por la negatividad para las técnicas inmunohistoquímicas (citomegalovirus, Whartin Starry, Grocott); la enfermedad injerto contra huésped, que queda descartada en primer lugar, porque el paciente no había sido trasplantado y en segundo lugar, porque en esta entidad no se observa infiltrado linfocitario intraepitelial; y por último la enfermedad celíaca, en la cuál no se observa criptitis ni apoptosis.

En resumen, la alta sospecha clínica y el conocimiento de los hallazgos histológicos permiten el correcto diagnóstico diferencial de esta rara y poco descrita entidad, obteniendo el siguiente juicio clínico: pancolitis con microabscesos, linfocitosis intraepitelial y apoptosis de las criptas glandulares, muy probablemente en relación con tratamiento con Idelalisib.

17:10

7021-7

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) Y SU POSIBLE RELACIÓN CON MUTACIONES GERMINALES.

Dora Viveros García(1), Isabel Arranz Salas(1), Araceli Soto Porras(1), Isabel Álvarez Mancha(1), Delfina Olea Barrionuevo(1), M^a Isabel Hierro Martín(1), Ricardo González Cámpora(2) y Ana M^a Vallejo Benítez(2) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Presentamos el caso de un varón de 38 años con antecedentes de paraganglioma abdominal hace 10 años, que consulta por hematemesis y astenia de 5 días. En la endoscopia digestiva alta se observó a nivel de la unión corporo-antral una lesión submucosa sobrelevada, de unos 2 cm. En el TAC se observaba engrosamiento nodular de la pared gástrica a nivel de la curvatura menor. Se decidió realizar gastrectomía parcial. La pieza presentaba una lesión tumoral de 1,3 cm, al corte la tumoración era de coloración blanquecina y consistencia elástica.

Histológicamente se trataba de una neoplasia mesenquimal de celularidad epitelioides que infiltraba todo el espesor de la pared, respetando la mucosa. El patrón de crecimiento era multinodular con infiltración de la capa muscular propia de tipo plexiforme. El índice de mitosis fue > de 5/50 CGA. El estudio Inmunohistoquímico mostró positividad para CKIT, DOG-1 y CD34. Con el diagnóstico de GIST se procedió a realizar el estudio mutacional que resultó CKIT/PDGFR Wild Type (WT).

Dadas las características morfológicas y los hallazgos inmunohistoquímicos y moleculares, se procedió a estudiar la presencia de succinato deshidrogenasa (SDH), observándose déficit de la subunidad B, estando conservadas las subunidades A,C y D.

Los GIST pueden dividirse en dos grupos: tipo 1 se presenta en adultos y suelen estar asociados a mutación de CKIT o PDGFR; o tipo 2 se presenta en niños y adultos jóvenes con CKIT/PDGFR WT y mutaciones germinales en subunidades de la SDH, que sugiere pueden ser causados por una oxidación mitocondrial defectuosa; así muestran los datos recientes que implican a esta enzima con este tumor y otros de carácter neuroendocrinos. Además nuestro paciente asociaba el antecedente de paraganglioma abdominal, diada que se ha identificado como "Síndrome de Carney-Stratakis" (SCC).

El SCC se da por igual en ambos sexos y presenta una herencia autosómica dominante. Es poco frecuente y está causada por mutaciones germinales en subunidades SDHB,C ó D, conduciendo a la formación de tumores.

Todos estos datos tienen implicaciones clínicas para los pacientes con GIST que no presentan mutación CKIT y PDGFRA (WT), ya que estos tumores suelen ser resistentes al tratamiento con los inhibidores de la tirosin-quinasa actualmente disponibles, es importante realizar una historia clínica detallada ya que puede tratarse de un SCC.

17:15

7021-8

CARCINOMA NEUROENDOCRINO PRIMARIO HEPÁTICO.

Begoña Fuertes Negro(1), Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), M^a José Morandeira García Lacruz(1), M^a Teresa Ramírez Gasca(1), Hristo Iliev Iliev(1) y Guillermo Muñoz González(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años que presenta una masa sólida de 16 cm en el lóbulo hepático derecho sin detectarse otras masas en ningún otro órgano en las pruebas de imagen realizadas, incluidas gastroscopia y colonoscopia. Se decidió exéresis quirúrgica de la tumoración mediante una hepatectomía derecha.

A la sección de la pieza, se identifica una tumoración polilobulada, de consistencia friable, bien delimitada, de 18 cm de diámetro mayor, mostrando áreas de aspecto necrótico.

En el estudio histológico, en el seno de un parénquima hepático sin particularidades, se observa una neoplasia de disposición rosetoide, trabecular y sólida, que muestra células predominantemente cilíndricas, con citoplasma finamente granular y núcleos uniformes con cromatina

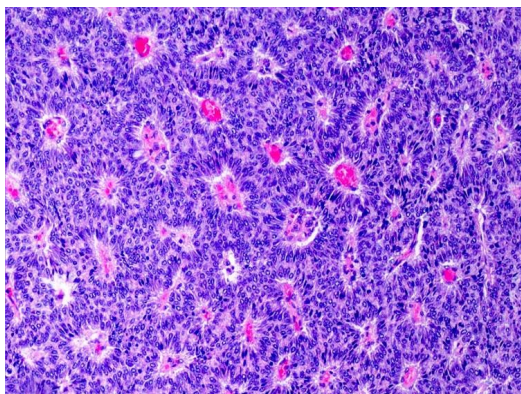


Imagen 1.

Los hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica, unidos a la ausencia de lesiones en otras localizaciones y encontrándose la voluminosa masa exclusivamente en el hígado, nos llevan al diagnóstico por exclusión, de tumor neuroendocrino primario hepático, mientras no se demuestre lo contrario. Éstos suponen el 0,3% de tumores neuroendocrinos, raramente causan síndrome carcinoide y suelen localizarse en el lóbulo derecho de hígados no patológicos, como sucede en nuestro caso.

El paciente fue operado hace 6 meses y en las sucesivas pruebas de imagen de control no se ha encontrado ningún nódulo, masa ni adenopatías, encontrándose actualmente asintomático.

grumosa. Además, se observan numerosos nódulos satélites sobrepasando una pseudocápsula fibrosa y se evidencian imágenes de invasión linfovascular.

Con estos hallazgos, la primera sospecha es un carcinoma neuroendocrino, que en el hígado suele ser metastático. Realizamos un panel inmunohistoquímico, resultando los marcadores neuroendocrinos negativos y únicamente positivas las CK 7 y 8-18 y focalmente la sinaptofisina, mostrando un Ki 67 elevado de hasta el 40% en las zonas calientes.

Con estos resultados, no pudiendo llegar a una conclusión clara, nos planteamos otros diagnósticos menos frecuentes y tratamos de identificar el origen primario en otros órganos que más raramente metastatizan en el hígado, ampliando el panel con una gran cantidad de marcadores que resultaron todos negativos.

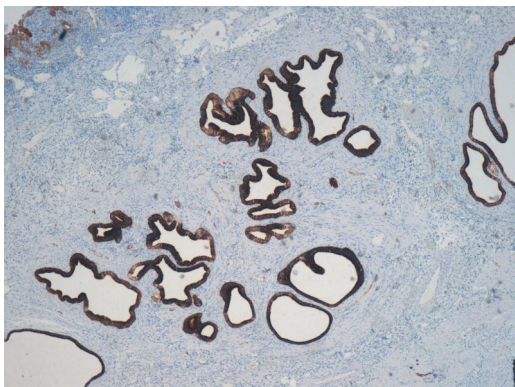
Se realizó además un estudio de microscopía electrónica, en el que se evidenciaron gránulos citoplasmáticos concordantes gránulos de neurosecreción.

17:20

7021-9

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL DE ETIOLOGÍA INFRECIENTE: ADENOMIOMA Y MUCOSA GÁSTRICA HETEROTÓPICA.

Laura Barona García(1), María Isabel Ortuño Moreno(1), Gema Ruiz García(1), Josefa Parra García(1) y Eduardo Ortiz Ruiz(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).



Adenomioma ileal CK7+

El adenomioma es una lesión tumoral benigna poco frecuente cuya localización principal es a nivel pilórico en el estómago. Su hallazgo en yeyuno e íleon es excepcional. De patogénesis incierta, existen dos teorías defendidas en la literatura acerca de su origen, siendo la más defendida aquella que atiende a su perfil inmunohistoquímico. La mucosa gástrica heterotópica (MGH) se define como la presencia de tejido gástrico maduro situado a cualquier nivel del tracto gastrointestinal fuera del estómago, desde la boca al recto, así como en el árbol hepatobiliar. Salvo su asociación con el divertículo de Meckel en el íleon y con la duplicación intestinal es verdaderamente infrecuente su hallazgo distal al ligamento de Treitz.

Presentamos los casos de dos pacientes pediátricos de 2 y 7 años con clínica de dolor abdominal y vómitos de 48 y 72h de evolución respectivamente, que precisaron intervención quirúrgica por intususcepción íleo-íleal. En ambos casos, a la inspección de la pieza de resección se identificaron sendas formaciones polipoides intraluminales de 2,5 x 1,7 cm cada una, que ejercían de cabeza de invaginación.

El estudio histopatológico de la lesión de la niña de 2 años correspondió con una proliferación de localización submucosa de estructuras ductales de varios tamaños revestidas por un epitelio de tipo biliar de características benignas, rodeadas por un estroma compuesto por haces de músculo liso, fibrosis y leve inflamación crónica linfoplasmocitaria con algunos histiocitos y eosinófilos. Las células del epitelio glandular expresaban de forma intensa CK7 y CK19, y eran negativas para CK20.

El caso de la escolar de 7 años consistía en un pólipo de pedículo fibromuscular y adiposo, revestido por una mucosa hiperplásica de tipo antropilórica y fúndica, con criptas bien desarrolladas y presencia células parietales, células principales, células neuroendocrinas (positivas para Sinaptofisina) y glándulas mucosas. La inmunotinción para Gastrina resultó negativa.

El adenomioma y la MGH son causa infrecuente de intususcepción intestinal. Debido a ello la sospecha clínico-radiológica de estas lesiones es baja y pueden ser confundidas con otros procesos intestinales intraluminales tales como GIST, hemangiomas, adenomas o inversión de un divertículo intestinal, por lo que es necesario el estudio histopatológico de las mismas para el diagnóstico definitivo.

17:25

7021-10

CARCINOMA INDIFERENCIADO CON CÉLULAS GIGANTES DE TIPO OSTEOCLÁSTICO PANCREÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Lourdes Estrada Muñoz(1), Estela Aguilar Navarro(1), Cristina Díaz del Arco(1), Mónica Negueruela López(1), Guillermo García Diego(1), Jorge Palomar Ramos(1), Ana Caso Viesca(1), María Jesús Fernández-Aceñero(1) y Luis Ortega Medina(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

El carcinoma indiferenciado con células gigantes de tipo osteoclasto (CI-CGO) es un tumor extremadamente raro, que representa menos del 1% de todos los tumores malignos de páncreas. Se han descrito tumores similares en otros órganos (partes blandas y hueso). El pronóstico de los CI-CGO es pobre, pero más favorable que los carcinomas indiferenciados (CI) convencionales.

Material y métodos: Presentamos 2 casos: el primero corresponde a un varón de 49 años con 1 semana de dolor en hipocondrio derecho, ictericia y pérdida de peso. El segundo caso corresponde a un varón de 77 años con epigastralgia, dorsolumbalgia y pérdida de peso.

Resultados: En ambos casos la neoplasia está constituida por células pleomórficas con núcleos atípicos y células gigantes de tipo osteoclástico disperso, en el primer caso existe abundante depósito de hemosiderina y fibrosis en el lecho tumoral. Las características demográficas y patológicas se detallan en la Tabla 1.

Discusión: El CI-CGO se considera una variante de adenocarcinoma ductal de páncreas. Se presenta en pacientes con una media de edad de 62 años, se caracteriza por ser un tumor bien delimitado con áreas de sangrado y necrosis central. Histológicamente está compuesto por una doble población celular correspondiendo una a células mononucleares pleomórficas y la otra a células gigantes tipo osteoclástico. Se ha descrito formación de osteoide y osteocondroide cuyo significado no está bien esclarecido. La histogénesis es controvertida. En algunos casos la asociación con adenocarcinoma in situ o infiltrante o neoplasias quísticas mucinosas apoya fuertemente un origen epitelial. Por otro lado, algunos autores sugieren el desarrollo a partir de una célula pluripontecial hacia distintos fenotipos. Los hallazgos IHQ de los casos presentados no muestra una dirección definitiva de diferenciación (CK-) y las células acompañantes (no neoplásicas) son de naturaleza histiocítica

El diagnóstico diferencial se establece con carcinoma indiferenciado de páncreas, sarcomas, melanoma, reacción granulomatosa tumoral y metástasis de carcinomas indiferenciados. Nosotros establecimos nuestro diagnóstico basándonos en la historia clínica, localización, estudio de la pieza, características histológicas y perfil IHQ

Debido a la escasa frecuencia el tratamiento y pronóstico varía. La resección quirúrgica es considerada la primera línea de tratamiento

Tabla 1. Características demográficas y patológicas

CASO	1	2
Sexo	H	H
Edad	49	77
Síntomas	Dolor hipocondrio derecho, ictericia y pérdida de peso.	Epigastralgia, lumbalgia y pérdida de peso.
USE-PAAF	Positiva malignidad Carcinoma con células osteoclasticas	No realizada
Cirugía	PCD-cefálica, LR y colecistectomía.	PCD-cefálica.
Tratamiento	Neoadyuvancia antes de cirugía. Adyuvancia con QT-RT	QT postcirugía.
Pieza	Lesión 3,5 cm Sólido y áreas de hemorragia	Lesión de 8x7,5 x 7,5 cm. Multinodular y necrosis central
Márgenes	Afecta borde de la VM 1 ganglio con metástasis.	Afecta a borde posterior y surco de la VM. Metástasis en pulmón e hígado (3 meses después de cirugía).
IHQ	Cel. mononucleares: vimentina+, CK- Cel. gigantes: vimentina+, CD68+	Cel. Mononucleares: p53+, vimentina+, CK- Cel. Gigantes: vimentina+, CD68+, CD45 focal.
SG	38 meses. Libre de enfermedad	5 meses. Muerte por enfermedad

PCD: pancreatoduodenectomía, QT: quimioterapia, RT: radioterapia, VM: vena mesentérica, USE-PAAF: punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia, SG: supervivencia global.

17:30 7021-11 ADENOCARCINOMA DUCTAL A PARTIR DE PÁNCREAS HETEROTÓPICO GASTRODUODENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Miguel Ángel Campo Ribas(1), Catarina Albuquerque(1), Nuno Bentes(2), Claudia Monteiro(3) y Sofia Santos(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2) Servicio de Cirugía General y (3)Servicio de Oncología. Hospital de Vila Franca de Xira, (Vila Franca de Xira - Portugal).

Objetivo: Presentamos un caso de adenocarcinoma ductal a partir de páncreas heterotópico gastroduodenal.

Método: Mujer con 66 años de edad, que acude a Urgencias por 3 episodios de lipotimia la noche anterior. Refiere pérdida de peso reciente (15 kg en 2 meses) y vómitos que motivaron la ida a Urgencias en 3 ocasiones. La TAC abdominal reveló dilatación gástrica y una zona de aumento de espesor de la pared a nivel del antro. Fué realizada una biopsia gástrica con diagnóstico de gastritis crónica. La paciente fué sometida a antrectomía, identificándose en la pieza quirúrgica un tumor intramural con 2 cm en la transición gastroduodenal.

Resultados: Histológicamente el tumor corresponde a un adenocarcinoma ductal adjacente a páncreas heterotópico (ductos, acinos e islotes de Langerhans), identificándose focos de displasia intraepitelial en algunos ductos dilatados. El tumor ocupa submucosa, muscular propia y subserosa. Fueron identificados 16 ganglios linfáticos, de los cuales 5 con metástasis. No se identificó neoplasia en la mucosa gástrica y duodenal suprayacente.

El estudio inmunohistoquímico con IMP3 (insulin-like growth factor 2 messenger RNA binding protein 3) fué positivo en el tejido neoplásico y negativo en la mucosa gástrica y duodenal y el páncreas heterotópico no neoplásico.

Conclusiones: La malignización del tejido pancreático heterotópico es extremadamente rara. Sin embargo es una hipótesis que debe ser considerada en casos de pérdida de peso, úlcera y/o cuadro de obstrucción en pacientes con diagnóstico de páncreas heterotópico gástrico y/o duodenal.

17:35 7021-12 CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Maximiliano Rodrigo Gómez de la Bárcena(1), Johanna Palacios Ball(1), María Teresa Lista Araujo(1), Celina Echevarría Iturbe(1), Enrique García Toro(1), Isabel García Higuera(1), Pedro de Llano Varela(1), Ana Ruiz de la Parte(1), M^a del Mar Pascual Llorente(1) y María José Cáceres Porras(1) de (1)Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El Carcinoma de Células acinares de Páncreas es una neoplasia muy rara, formando el 1% de todas los tumores no endocrinos del páncreas; caracterizado por su semejanza a las células acinares y la producción de enzimas pancreáticas exocrinas. La etiología es incierta, y se desconocen lesiones precursoras asociadas. Tiene una edad media de presentación de 59 años, con clínica indolente e inespecífica. El tratamiento de elección es la cirugía con resección R0, ya que en estos casos presenta mejor pronóstico y tasas mayores de supervivencia.

Caso clínico: Varón de 58 años, que en ecografía urológica por prostatismo, se visualiza masa sólida de 5 cm de diámetro en cola de páncreas, incidental.

Se recibe pieza de esplenopancreatectomía distal, identificándose masa en cola de páncreas, bien delimitada de 6 x 5,5 cm, sólida, multinodular, amarillenta y con un pequeño foco de necrosis.

En la microscopía se identifica una neoplasia densamente celular, con una cápsula gruesa de tejido conectivo y polilobulada; formada por estructuras acinares con una lumina central y un ribete periférico de células con amplio citoplasma eosinófilo, finamente granular, PAS positivo, Diastasa resistente; núcleos basales redondeados de talla mediana, cromatina grumosa, y nucleolo pequeño, con discreta anisocariosis y bajo índice mitótico. Signos de invasión capsular sin sobrepasarla. Las células tumorales expresan Cam 5.2, alfa- tripsina y focalmente CEA; y son negativas frente a CK7, CK 20, CK 19, marcadores neuroendocrinos, AFP, B-catenina y p53.

Conclusión: El carcinoma de células acinares de páncreas es una neoplasia rara, altamente agresiva, donde la células neoplásicas con diferenciación acinar producen gránulos de zimógeno de enzimas pancreáticas. Aparece anatómicamente en cualquier porción pancreática, siendo más frecuente en la cabeza. Se considera un cáncer con pronóstico muy desfavorable debido a la irresecabilidad al momento del diagnóstico, altas tasa de recurrencias y metástasis a distancia frecuentes; sin embargo tiene mejor pronóstico que ADC en estadio similar. No se ha demostrado beneficio en la quimioterapia neoadyuvante; y aun no hay protocolos establecidos para el tratamiento en casos de irrecabilidad.

JUEVES 25 de mayo

16:45 - 17:45 h.

ZONA PÓSTER

7022

TÉCNICOS

7021-1 MODERADORA

Virginia de Lucas López, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

16:45 7022-2 INCLUSIÓN DE BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS EN CASETES DE 6 ESPACIOS.

Diana Milena Rodríguez Cortes(1), Alba Lasheras(2), Judit Blavi Torres(1), Marta Colmenar Uribe(1), Anabel Cortes Azorín(1), Zenaidés Torres García(1), Ingrid Strohecker Santos(1), Douglas Sánchez Guzmán(1), Inés de Torres Ramírez(1) y Irene Sansano Valero(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona y (2)Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El número de biopsias endoscópicas viene aumentando en los últimos años debido principalmente a la aparición de nuevas técnicas más seguras para el paciente (como la criobiopsia), el aumento de trasplantes pulmonares y el cribado poblacional para la detección precoz de cáncer digestivo. Esto ha incrementado el uso de material y el volumen de trabajo en el laboratorio de Anatomía Patológica y también en la respuesta diagnóstica.

Objetivos: Implementar la técnica de inclusión de biopsias endoscópicas en casetes de 6 espacios o multicasette, con el fin de reducir la carga de trabajo y la cantidad de material en el laboratorio de Anatomía Patológica.

Material y métodos: Se han incluido las biopsias endoscópicas pulmonares y digestivas recibidas en el laboratorio de Anatomía Patológica entre los meses octubre y diciembre de 2016.

De cada paciente, se han recibido 2-5 fragmentos de diferentes localizaciones anatómicas, en diferentes botes. Los menores de 2 mm se han incluido en papel de arroz y los mayores de 7 mm en casetes convencionales.

Resultados: Se han incluido un total de 485 biopsias (379 pulmonares y 106 digestivas) de 82 pacientes sin incidencias mayores y resultado adecuadas para su diagnóstico. Se han usado 82 bloques y 584 láminas en vez de 485 bloques y 3395 laminillas que se hubieran necesitado con el método estándar.

Tanto técnicos como Patólogos han expresado su satisfacción con la técnica.

Conclusiones: La inclusión en casetes de 6 espacios es un método que se puede establecer como rutina en el laboratorio de Anatomía Patológica suponiendo un ahorro de material, tiempo y esfuerzo por parte de técnicos y patólogos, ayudando a reducir también el tiempo de diagnóstico.

16:50 7022-3 PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CARCINOMA COLORRECTAL.

Montserrat González Ordóñez(1), Raquel Gómez Bellido(1), Francisco José Ríos Rayo(1), Ángela González Núñez(1), Eva Fornas López(1), María Pérez Cano(1) y Napoleón David de la Ossa Merlano(1) de (1)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Introducción: La detección y exéresis de lesiones precursoras en el carcinoma colorrectal (CCR) reducen significativamente su incidencia y mortalidad. La implementación de un Programa de Cribado Poblacional de CCR (PCP-CCR) en la sala de tallado requiere personal Técnico Especialista en Anatomía Patológica (TEAP) cualificado que aborde de manera protocolizada la inclusión de dichas lesiones.

El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de identificar macroscópicamente los márgenes de resección analizando retrospectivamente las lesiones diagnosticadas en polipectomías remitidas por PCP-CCR.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda paramétrica tomando como criterios de inclusión los casos recibidos del PCP-CCR en un periodo de 6 meses (enero 2016 – junio 2016). El abordaje macroscópico se hizo tomando como guía el protocolo de actuación recomendado por el Plan Estratégico de Neoplasia Colorrectal de la Sociedad Catalana de Anatomía Patológica y Sociedad Catalana de Digestología.

Resultados: Se recibieron 190 casos representados en un total de 432 lesiones. En los pólipos donde fue posible identificar macroscópicamente los márgenes de resección, los adenomas tubulares fueron las lesiones preneoplásicas más frecuentes [53,2% (50/94)]. La incidencia acumulada de adenocarcinomas infiltrantes fue del 5,78% (11/190). El 50% (3/6) de estos se diagnosticaron en polipectomías con márgenes de resección libres.

Conclusión: El correcto abordaje macroscópico del TEAP en el PCP-CCR es determinante a la hora de definir histológicamente la exéresis completa de lesiones precursoras e infiltrantes, y por ende, el pronóstico del paciente.

Es imprescindible la implementación de protocolos de actuación que incluyan a los TEAP con tal de garantizar la precisión diagnóstica en la evaluación microscópica de márgenes de resección.

16:55

7022-4

NUEVO SISTEMA AUTOMÁTICO DE LLENADO DE FORMALDEHÍDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Gisela Modena Riba(1), Noemí Carmona Manzaneda(1), Gemma Bermúdez Milla(1), Griselda Venturas Martínez(1), Marc Montes Miño(1) y Inés Mª de Torres Ramírez(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Antecedentes: A partir del día 1 de enero de 2016 los Laboratorios de Anatomía Patológica deben cumplir el RD 665/1997 de Prevención de Riesgos contra Agentes Cancerígenos para la Monitorización, Ventilación Extracción y Control del Formaldehído.

El Sistema automático de llenado de formaldehído Sealsafe, evita vapores, derrames y minimiza el contacto directo del personal con el formaldehído. Las muestras pueden conservarse hasta un máximo de 72h sin formol garantizando una óptima conservación de la morfología, la antigenicidad, el ADN, ARN y las proteínas.

Objetivos: Implantar el nuevo Sistema automático de llenado de formaldehído Sealsafe (Milestone) en el servicio de Anatomía Patológica.

Métodos: Desde diciembre de 2016, en el servicio de Anatomía Patológica, las piezas quirúrgicas se reciben en fundas de preservación al vacío manteniendo una cadena de frío a 4°C desde el lugar de obtención hasta la manipulación de la muestra en el laboratorio. Llegan identificadas con los datos del paciente, tipo de muestra y hora de envasado.

Se procederá a la manipulación de las fundas utilizando una máquina automática de llenado con formaldehído mediante proporciones "peso muestra: peso fijador", donde siempre utilizaremos una proporción 1:3. Consta de una cámara cerrada al vacío, extracción de vapores conectada al sistema central de ventilación, conexión directa a garrafas de formol y sellador térmico para el sellado de las fundas.

Si alguna de las muestras requiere de un estudio y/o recogida de material en fresco se realizará antes de la fijación.

Resultados: La totalidad de las muestras recibidas y fijadas con este nuevo sistema, han resultado adecuadas para el diagnóstico histológico y pruebas complementarias.

Conclusiones: Es factible usar el Sistema automático de llenado de formaldehído Sealsafe en el servicio de anatomía patológica, cumpliendo así la normativa actual.

17:00

7022-5

PREPARACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESTOS HUMANOS DE ENTIDAD SUFICIENTE REGULADOS POR EL REAL DECRETO DE LA POLICÍA SANITARIA MORTUORIA.

Mª del Carmen Delgado Navarro(1), Yolanda de la Torre Ordóñez(1), Francisca López Cabrera(1), Teresa Pereda Salguero(1) y Ana Rabaneda González(1) de (1)Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Los residuos de clase IV, son restos anatómicos humanos de entidad suficiente procedentes de abortos, mutilaciones, intervenciones quirúrgicas y actividades de docencia o investigación, regulados por la ley R.D. 2263/74 Policía Sanitaria Mortuoria, su final será el enterramiento en un lugar autorizado, incineración o inmersión en alta mar. Presentamos la preparación y seguimiento de estas muestras en el período 2013-2015.

Cuando realizamos el registro de estas biopsias, marcamos con un punto rojo la superficie y el lateral del frasco, visible desde diferentes ángulos. Una vez talladas, la almacenamos en un lugar determinado para ellas. Cada seis meses realizamos un inventariado y son preparadas para su segregación. La preparación la realizamos retirando el formol, envolvemos la pieza para que no se visualice y la metemos en un envase limpio rotulado con el número de biopsia. Cuando finalizamos, las llevamos a mortuorio, con un informe de ingreso que detalla el número de biopsias y la identificación de cada una. Este informe debe ser firmado por el TEAP, seguridad del centro y mortuorio. Las muestras se quedarán en cámara frigorífica hasta que las envían al crematorio para su incineración.

En 2013, recepcionamos 57 muestras reconocibles, localizamos 44(77.19%) de las muestras a desechar, 8(14%) fueron incluidas en su totalidad y 5 no se localizaron y fueron segregados como biopsia normal, dando un error en segregación de 8.7%. En 2014, recepcionamos 89 muestras, localizamos 68(76.4%) de las muestras a desechar, 12 (13.5%) fueron incluidas en su totalidad y 13 no se localizaron y fueron segregados como biopsia normal, dando un error en segregación de 14.6%. En 2015, recepcionamos 91 muestras, localizamos 82(90.1%) de las muestras a desechar, 1 (1%) fue incluida en su totalidad, 2 fueron solicitadas por la familia (2.19%) y 7 no se localizaron y fueron segregados como biopsia normal, dando un error en segregación de 7.7%.

En 2014 obtuvimos un incremento en el porcentaje de error, que creemos se debió a una sustitución de frascos generalizada en el hospital. Se tomó como medida revisar la instrucción técnica con todos los TEAP. Creemos que un buen seguimiento, con detección de las causas de los errores y propuestas de mejoras en el procedimiento, hace más fácil su segregación y eliminación conforme a la ley R.D. 2263/74 Policía Sanitaria Mortuoria.

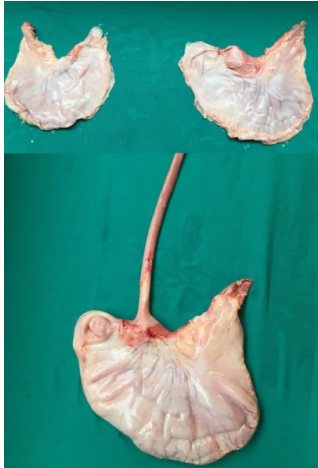
17:05

7022-6

CREACIÓN DE DISTINTAS LESIONES PARA LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA POR LAPAROSCOPIA EN ÓRGANOS DE ORIGEN PORCINO EX VIVO CONSERVADOS EN CONGELACIÓN.

Alejandra Usón Gracia(1), María Borrega Hernández(1), Helena Martín Rosado(1) y Francisco M. Sánchez-Margallo(1) de (1)CCMI "Jesús Usón", Cáceres.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue la creación de distintas lesiones, como un corte en la cara anterior del estómago para su posterior sutura o introducir un cuerpo extraño en el mismo. Estas lesiones se producen en órganos de origen porcino ex vivo conservados mediante congelación para posteriormente utilizar esta lesión en la práctica quirúrgica de su tratamiento, validando así la congelación como la correcta técnica de conservación para este fin.



Corte medial del estómago disecado y estómago entero para técnicas endoscópicas, ambos, tras la congelación.

Métodos: En este estudio se utilizaron 100 estómagos y 100 próstatas de cerdo de raza Large-White. Tras la extracción de estos, se diseca la grasa sobrante, dejando al descubierto el órgano. Una vez disecados se procede a su lavado. En el caso del estómago, existen dos procedimientos: los destinados a técnicas endoscópicas los cuales se lavan a través del esófago con agua templada y jabón hasta dejarlos sin ningún resto de contenido.

Los destinados a técnicas de sutura: el estómago es seccionado por la curvatura mayor obteniendo dos mitades, con el objetivo de optimizar el uso del órgano. Ambas se lavan con agua templada. Una vez limpios se introducen en una bolsa transparente y hermética e inmediatamente se congelan a -30°C hasta su uso.

Llegado el momento de su uso, la descongelación debe de ser lenta, evitando así el deterioro de las estructuras del órgano para ello, se metieron los órganos embolsados en agua a 37°C durante 25 minutos.

Para crear las lesiones: En los estómagos se realizan varios cortes hasta la capa muscular del estómago con un bisturí o bien se introducen cuerpos extraños a través del esófago.

Resultados: Los órganos mantienen sus estructuras, elasticidad y coloración intactas tras su conservación favoreciendo la práctica de las técnicas quirúrgicas necesarias que las lesiones creadas requieren.

Conclusiones: Podemos concluir que la congelación de órganos es un método de conservación rápido y económico favoreciendo así la creación de un banco de órganos dedicado a la práctica de ciertas técnicas quirúrgicas e investigación.

17:10

7022-7

EXPERIENCIA EN LA INTEGRACIÓN DE UN TÉCNICO RESPONSABLE EN EL FLUJO DE TRABAJO DE LA PATOLOGÍA DIGITAL.

Jordina Santos Maestro(1), Núria Juanpere Rodero(1), Concepción Naya Montoliu(1), José M^a Corominas Torres(1) y Lara Pijuan Andújar(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.



Equipos; escáner iScan HT y PC.

Introducción: La patología digital es un método de digitalización de imágenes para la obtención de portaobjetos virtuales que son analizados por un patólogo. El trabajo inicial consiste en una gestión técnica realizada por los técnicos digitales cuyas funciones son examinar el estado de las laminillas para eliminar posibles artefactos en el cubre, cargar el escáner por racks, seleccionar el aumento para el escaneo de las preparaciones y registrar los casos. Finalizado el escaneo se valora el resultado mediante el software del escáner pudiendo añadir más puntos de enfoque o repetir el escaneo y proceder a vaciar el escáner y entregar las laminillas a los patólogos con la ayuda de una hoja de cálculo. El objetivo de este trabajo es explicar la experiencia de la integración de un único técnico coordinando la parte técnica de la patología digital durante un periodo de 5 meses.

Métodos: Desde septiembre de 2016 a enero de 2017 se ha valorado la metodología de trabajo de un técnico digital responsable de los equipos revisando su rutina

diaria. Se ha realizado en un laboratorio con 2 escáneres Ventana iScan HT donde se digitaliza parte de las patologías (mama, pulmón, uropatología y digestivo quirúrgico).

Resultados: En 5 meses, se escanearon un total de 16210 laminillas, 12735 a un objetivo de 20x y 3475 a 40x, tanto HE como otras técnicas especiales y de inmunohistoquímica. Durante este tiempo se ha acumulado experiencia en la resolución de problemas técnicos en el escaneo, en el manejo de los softwares de los escáneres, en el control de los casos enviados al LIS, se ha creado una base de datos de casos digitalizados para la posterior obtención de información, se han llevado a cabo reuniones semanales con el patólogo responsable del proyecto y trimestrales con todo el equipo digital del Centro (patólogos e informáticos) y responsables de la casa comercial.

Conclusiones: El centrar la responsabilidad técnica de los escáneres en un único técnico digital ha llevado a un mejor control del procedimiento de escaneo, a una disminución de errores técnicos con mejor gestión de soluciones, a la existencia de un registro de casos, y a su participación en reuniones de gestión, siendo positiva la coordinación conjunta con el patólogo responsable.

En un futuro sería conveniente ampliar el grupo de trabajo técnico manteniendo una figura de responsabilidad técnica en el equipo.

17:15

7022-8

"DERM-DOTTING": UNA TÉCNICA NOVEDOSA PARA MEJORAR LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA. CONSIDERACIONES TÉCNICAS Y EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Marina Urbano Carrillo(1), Antoni Ruz Peña(1), Noelia Pérez-Muñoz(1), Antonio Campoy Sánchez(1), Juan Antonio Moreno Romero(1), Miguel Ángel Carrasco García(1) y M^a Teresa Fernández Figueras(1) de (1)Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Antecedentes y objetivos: Las lesiones cutáneas pueden ser heterogéneas, con áreas focales de mayor grado de sospecha. Para mejorar su identificación, es posible utilizar el dermatoscopio sobre la pieza "in vivo" por el clínico o "ex vivo" en el Laboratorio, donde la pigmentación es

más evidente, aunque se reduce el patrón vascular. El "Derm-dotting" es un método de marcaje selectivo de zonas de interés en la macroscopía, posibilitando la identificación de las mismas al microscopio. El área de interés se marca con esmalte ungüeoal o tinta.

Métodos: Se han evaluado dos métodos de marcaje (tinta y esmalte ungüeoal). Se ha valorado su adherencia a la piel y facilidad de aplicación, así como la resistencia al procesamiento y facilidad de identificación microscópica. Nuestra experiencia inicial consiste en un grupo de 36 casos marcados con esmalte o con tinta. En 31 de ellos se usó dermatoscopia "ex vivo" realizada por el personal técnico, 18 con esmalte ungüeoal, 13 con tinta y tres "in vivo" por el dermatólogo.

Resultados: La visualización microscópica del esmalte resulta fácil y precisa, aunque puede usarse también tinta de un color diferente al usado para marcar el margen de resección. Pueden utilizarse diversos colores de esmalte a fin de resaltar varias zonas en una misma lesión, dado que aparecen al microscopio como diferentes tonalidades de gris. Fue precisa una curva de aprendizaje para encontrar el esmalte más adecuado por su coloración, rapidez de secado y adherencia. En nuestra experiencia aquellos con mucha purpura resultaron menos adherentes. Antes de la aplicación se deben tener en cuenta dos consideraciones: rasurar en caso de pelo abundante, y limpiar con alcohol la superficie a fin de eliminar restos que dificulten la adherencia del producto. Se debe aplicar una cantidad óptima de esmalte para conseguir el relieve deseado, y dejar secar el tiempo adecuado. En cuanto a la utilización de la tinta los pasos previos para la preparación de la zona son los mismos que con el esmalte ungüeoal. Se han probado tintas de colores azul y verde, siendo esta última de mejor aplicación.

Conclusiones: Se trata de una técnica novedosa, económica y de fácil implantación en los servicios de Anatomía Patológica que permite reconocer focos de interés de muy pequeño diámetro y mejorar la precisión diagnóstica, especialmente en lesiones pigmentadas complejas.

17:20

7022-9

ESTUDIO DE LOS GANGLIOS CENTINELA EN UNA SERIE DE 125 PACIENTES CON CARCINOMA DE VULVA Y CÉRVIX UTERINO.

Marta Contreras Felip(1), Macarena Vázquez Pariente(1), Axel Rodríguez Vázquez(1), Ana Cabeza Tocón(1), María del Mar Galera Benedicto(1), Mónica Guerrero Campos(1), M. Angels Balluerca Rodero(1), Lola Martí Cardona(2), August Vidal i Bel(1) y Xavier Matías-Guiu Guia(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Ginecología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El ganglio centinela (GC) es el primer ganglio linfático regional que drena directamente la linfa del tumor primario y se considera que sería el primero en recibir células metastásicas del tumor por vía linfática. El GC puede identificarse mediante la inyección previa a la cirugía de un colorante y/o una sustancia radioactiva en el lecho tumoral. Si el estudio del GC resulta negativo, se asume que no habrá metástasis en el resto de ganglios linfáticos regionales, pudiéndose evitar la linfadenectomía y la morbilidad acompañante.

Material y métodos: Se han estudiado 330 GC de 125 pacientes (73 carcinomas escamosos de vulva (CEV), 33 carcinomas escamosos de cérvix (CEC) y 19 adenocarcinomas de cérvix (AC)). Cada ganglio centinela se cortó en secciones de 2-3 mm. Se obtuvo una primera sección (HE). Si no se observaba metástasis se procedió a la ultraestadificación, realizando 4 secciones adicionales, desbastando 50 µm entre cada una de ellas. Las secciones 2 y 4 se tiñeron con citoqueratina AE1/AE3 y la 3 y la 5 con HE. En aquellos casos en que se diagnosticó metástasis en la primera sección de uno de los GC no se realizó la ultraestadificación del resto de GC.

Resultados: Se encontraron 46 GC positivos de 32 enfermas (37 GC de 24 CEV, 6 GC de 5 CEC y 3 GC de 3 AC). De éstos, la metástasis se observó en la primera sección en 38 GC de 24 enfermas (34 GC de 21 CEV y 4 GC de 3 CEC), con diámetros comprendidos entre 0,1 y 2,5 cm, media 1,01 cm. Los restantes 8 GC positivos se identificaron mediante la ultraestadificación y correspondieron a 3 CEV, 2 CEC y 3 AC, con diámetros entre 0,01 y 0,1 cm, media 0,06 cm. No se realizó ultraestadificación en 74 GC (22,4% del total de GC estudiados), correspondientes al total de GC de las 24 pacientes en que se diagnosticó la metástasis en la primera sección.

Conclusiones: El estudio de una primera sección con HE permitió el diagnóstico del 82,6% de las metástasis en los GC de vulva y cérvix (38 de 46). Estas metástasis fueron las de mayor tamaño, con un diámetro medio de 1,01 cm. De esta forma se pudo evitar realizar la ultraestadificación del 22,4% de los GC de vulva y cérvix. Mediante la ultraestadificación del resto de GC se diagnosticaron el 17,4% de las metástasis (8 de 46), que fueron de menor tamaño (0,06 cm diámetro promedio). Todas las metástasis de adenocarcinoma de cérvix se diagnosticaron después de la ultraestadificación.

17:25

7022-10

INCORPORACIÓN DE MUESTRAS EXCEDENTES DEL DIAGNÓSTICO A LOS BIOBANCOS: POTENCIAL DE LAS MUESTRAS PROCESADAS PARA CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA Y ALMACENADAS EN UN PRESERVANTE CON METANOL.

Elena Bellmunt Barreda(1), Carolina Abril Tormo(2), Asunción Paradis Alos(1) y José Antonio López Guerrero(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Vinaròs, Castellón, (2)Biobanco IBSP. Red Valenciana de Biobancos. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia y (3) Biobanco FIVO, Red Valenciana de Biobancos Oncológicos. Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: En los últimos años la citología en base líquida se ha impuesto frente a la convencional, sobre todo debido a la posibilidad de realizar estudios moleculares complementarios al diagnóstico y técnicas de inmunotinción y citoquímicas. En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Vinaròs se utiliza para la citología líquida un método aprobado por la FDA que utiliza un preservante de base alcohólica. Las muestras procesadas diariamente incluyen la toma ginecológica para el cribado de cáncer de cérvix, todo tipo de líquidos, secreciones y lavados de aguja de las muestras obtenidas mediante PAAF. Entre estas muestras encontramos, tanto casos positivos para células malignas de diversos tipos de cáncer, como casos negativos para malignidad que pueden ser utilizados como controles.

Objetivo: Analizar el potencial de estas muestras para su utilización en investigación biomédica y elaborar un plan de acción para su incorporación en los biobancos.

Materiales y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la estabilidad de estos especímenes, su potencial para obtener muestras derivadas y sus posibles aplicaciones en investigación biomédica. Por otra parte, se ha llevado a cabo un análisis cualitativo con expertos en biobancos para definir los requisitos necesarios para que estas muestras se integren en los mismos.

Resultados y conclusiones: La experiencia se ha llevado a cabo en distintos biobancos europeos con muestras ginecológicas en estudios de epidemiología molecular en cáncer de cérvix. Varias publicaciones han demostrado que de los especímenes almacenados en preservantes alcohólicos es posible obtener ADN, ARN y proteínas de calidad para su utilización en tecnologías genómicas y proteómicas.

El plan de acción diseñado para la incorporación de estas muestras incorpora la caracterización de las mismas mediante la codificación de control de variabilidad pre-analítica (SPREC2.0) y su incorporación a las variables mínimas a documentar en los sistemas de información de biobancos, recomendaciones BRISQ y MIABIS2.0. También incluye los aspectos de interés científico-técnicos, el análisis de costes, los aspectos éticos y los aspectos legales en cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Tras el análisis concluimos que estas muestras tienen un alto valor biológico para su utilización en investigación biomédica.

17:30 7022-11 ANÁLISIS MOLECULAR DEL GANGLIO CENTINELA NO VINCULANTE.

Gisela Modena Riba(1), Noemí Carmona Manzaneda(1), Gemma Bermúdez Milla(1), Griselda Venturas Martínez(1), Marc Montes Miño(1) y Vicent Peg Camara(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: Desde la publicación del estudio ACOSOG Z0011, donde se demuestra el no beneficio de la linfadenectomía en pacientes con 1 o 2 ganglios centinela afectados, el interés por conocer el resultado intraoperatorio ha decaído, difiriéndose un gran número de casos a un estudio histológico tras fijación en formol. Estudios recientemente presentados han mostrado el valor del análisis molecular como marcador pronóstico independiente, por lo que su uso puede seguir siendo utilidad en estas pacientes.

Material y métodos: Se ha revisado la casuística del último año en el hospital Vall d'Hebrón de los ganglios centinela remitidos desde la Unidad de Patología mamaria. Se ha reflejado también el procesamiento de los ganglios según se consideraron vinculantes o no para el acto quirúrgico.

Los ganglios centinelas no vinculantes se pueden realizar por la técnica de congelación, aunque de no ser necesario un diagnóstico rápido es mejor diferirlos a un estudio en parafina, o por la técnica de OSNA. Esta última dependiendo de la disponibilidad del laboratorio se realizará de forma directa o en diferido. El procedimiento en diferido se tratará como el método convencional, con la única diferencia que podemos conservar el ganglio congelado de forma estéril a -80°C hasta un mes sin que pierda sus propiedades.

Resultados: En el último año el porcentaje de ganglios centinela que no se ha considerado como vinculante ha sido del 40% (121 de 302). Todos los ganglios correspondientes a carcinomas de mama infiltrantes con tratamiento adyuvante se analizaron por método OSNA, salvo que hubieran resultado negativos para citoqueratina 19 en la biopsia diagnóstica. Sin embargo, cerca del 5% se procesaron de manera diferida al no ser necesario un diagnóstico intraoperatorio.

Conclusiones: En los últimos tiempos el ganglio centinela en cáncer de mama ha pasado a tener un valor más pronóstico que terapéutico. En ese sentido el estudio intraoperatorio está perdiendo importancia, aunque el análisis molecular puede seguir siendo de utilidad al aportar un valor pronóstico independiente, pudiéndose realizar en un segundo tiempo tras congelación de la muestra en fresco.

17:35 7022-12 VALOR DIAGNÓSTICO DEL REPORTAJE FOTOGRÁFICO SISTEMATIZADO EN MICROSCOPIA ELECTRÓNICA: UN ESTUDIO PILOTO CON ANÁLISIS DE LAS IMPLICACIONES PRÁCTICAS.

Mercedes Simón Grimaldos(1), Javier Gimeno Beltrán(1), Nuria Juanpere Rodero(1), Marta Lorenzo Pérez(2), Tania González Guerrero(1), Beatriz León Martínez(1), Cristina Lezana Alsina(1), Adrià Lloret Dagà(1), Concepción Naya Montoliu(1) y Josep Lloreta Trull(1) de (1)Servicio Anatomía Patológica, Hospital del Mar-PSMar, Barcelona y (2)Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona.

Antecedentes: La microscopia electrónica (ME) se utiliza menos de lo que se debería porque los patólogos que podrían necesitarla no suelen tener acceso a esta técnica. Es posible estandarizar la observación de ME, hacer reportajes fotográficos por parte de un técnico entrenado y enviar estos archivos a los patólogos para que incorporen los resultados al diagnóstico. Esta estrategia podría permitir una aplicación mucho más frecuente de la ME al diagnóstico. Hemos efectuado un estudio piloto con tres protocolos sistematizados de fotografía digital en ME para determinar la frecuencia con que el reportaje fotográfico era suficiente para llegar a un diagnóstico.

Material y métodos: Se han estudiado 100 casos (40 renales, 40 musculares y 20 mucosas nasales). La biopsia renal y la muscular se han fotografiado a bajo aumento y a gran aumento. La mucosa nasal se ha estudiado en fotografías de gran aumento. Se han registrado los casos en los que esta aproximación ha sido suficiente para llegar a un diagnóstico.

Resultados: En las biopsias renales, el reportaje permitió un diagnóstico correcto en el 90% de los casos, en biopsia muscular el porcentaje bajó a 60% y en las muestras de mucosa nasal alcanzó el 75%.

Conclusión: Estos resultados indican que sería posible crear una red de laboratorios de microscopia electrónica donde se procesaran y fotografiaran los casos procedentes de distintos hospitales y enviar las imágenes a los patólogos correspondientes para que pudieran estudiar este material e incorporar la información al diagnóstico.

JUEVES 25 de mayo**16:45 - 17:45 h.****ZONA PÓSTER****7023****OTRAS PATOLOGÍAS, PEDIÁTRICA
Y HEMATOPATOLOGÍA****7023-1 MODERADORES**

Ana Cuesta Díaz De Rada, León.

Santiago Montes Moreno, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

16:45 7023-2 SÍNDROME DE MUIR-TORRE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carlo Bruno Marta(1), Begoña Fuertes Negro(1), Hristo Iliev Iliev(1), Patricia Sota Ochoa(1), María José Morandeira García(1), María Teresa Ramírez Gasca(1), Elaine Mejía Urbáez(1), Guillermo Muñoz González(1), Manuel Moros García(1) y Francesc Felipo Berlanga(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El síndrome de Muir-Torre (SMT) es una rara genodermatosis, de patrón autosómico dominante con aprox. 200 casos documentados, caracterizada por la presencia de neoplasias sebáceas con uno o mas tumores viscerales (colorrectales y genitourinarios) y considerado subtipo fenotípico del S. de Lynch. Se asocia a mutaciones germinales con alteración de genes reparadores de DNA (hMLH1, hMSH2 y hMSH6) e inestabilidad de microsatélites (MSI). Las patologías asociadas y su complejidad hacen perentorio que se establezcan mecanismos de cribado.

Material: ES Varón de 67 años, presenta en 2011 con Adenocarcinoma (ADC) de la ampolla de Vater, tratado quirúrgicamente. En 2014 se extirpa Carcinoma sebáceo en abdomen, con control por servicio de oncología que solicita estudio inmunohistoquímico (IHQ) para determinación de proteínas reparadoras del DNA. Este último mostró pérdida de la expresión para MSH2 y MSH6. Se reviso la historia clínica, descubriéndose en 2004 un Liposarcoma en muslo derecho, tratado con cirugía/radioterapia. En 2016 prostatectomía radical por ADC prostático y rebano de Carcinoma escamoso cutáneo en cara.

Resultados: La lesión ampular histológicamente era un ADC bien diferenciado de patrón clásico, de 4 cm, bordes libres y sin imágenes de invasión linfovascular. El carcinoma sebáceo era ulcerado, con necrosis confluyente, crecimiento infiltrante, sin imágenes de invasión linfovascular y bordes libres. El carcinoma escamoso era bien diferenciado. La lesión sarcomatoide era un liposarcoma bien diferenciado, IHQ: s100 y vimentina (+)/actina y desmina(-). La lesión prostática era ADC Gleason: 8(3+5) con invasión linfovascular y perineural, extensión extraprostatica y afectación seminal. Los perfiles IHQ en la mayoría de las neoplasias, salvo en el ADC prostático, mostraron pérdida de la expresión de MSH2 y MSH6.

Conclusión: ES El SMT obliga un cribado en neoplasias colorrectales, genitourinarias y ginecológicas. Es necesaria la confirmación mediante PCR de la MSI, esto permite plantear el estudio genético de los núcleos familiares para despistaje y prevención. Se recomienda cribado de lesiones colorrectales en pacientes con lesiones sebáceas. El trabajo del patólogo es de vital importancia en la detección y diagnóstico precoz de los individuos afectados o en riesgo, con la consecuente reducción de la morbi mortalidad asociada a esta condición.

16:50 7023-3 ANGIOSARCOMA DE CÉLULAS LITORALES DE ALTO GRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO,

María del Carmen González Gallego(1), Gloria Alexandra Pastrana Mejía(1), María José Castillo Martínez(1), Natalia Brenda Pamela Minore(1), Sofía Pérez Gutiérrez(1), Elena Durán Izquierdo(1), Vicente Salinas Martín(1), María Jesús Pareja Megía(1) y Ricardo González Cámpora(2) de (1)Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva y (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El angiosarcoma de células litorales es una neoplasia vascular del bazo. Se trata de un tumor infrecuente y agresivo, con rasgos histopatológicos e inmunohistoquímicos característicos. El primer caso fue publicado en 1995 por Rosso et cols. tras una esplenectomía incidental.

Método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 77 años con síndrome constitucional y esplenomegalia. Los estudios de imagen (TAC y RMN) muestran múltiples imágenes nodulares hepáticas y esplénicas. Se realiza esplenectomía con sospecha diagnóstica de síndrome linfoproliferativo.

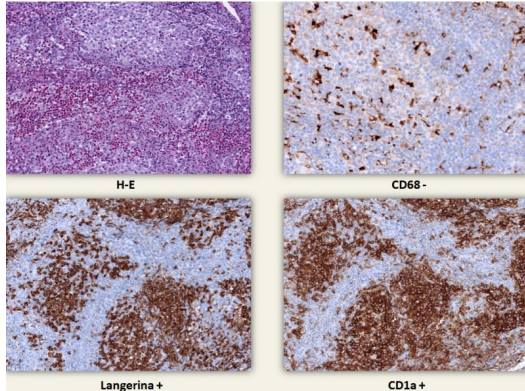
Resultados: La pieza de esplenectomía muestra una superficie irregular con áreas nodulares parduzcas y al corte zonas hemorrágicas. Histológicamente las lesiones están constituidas por canales vasculares irregulares, a veces con marcada dilatación y estructuras papilares, tapizados por células poligonales. Estas áreas alternan con otras de aspecto más compacto, donde los canales están comprimidos y existe crecimiento sólido de células fusiformes. Las células proliferantes, tanto poligonales como fusiformes, presentan frecuente binucleación, marcadas atipias nucleares y figuras de mitosis atípicas. En el interior de los canales vasculares dilatados se observan numerosas células poligonales atípicas descamadas. Con las técnicas de inmunohistoquímica las células proliferantes presentan inmunorreacción positiva al CD31, ERG, Flt 1, CD8 y, en células aisladas, CD68 y son negativas al CD34, CD3 y CD20. Este perfil inmunohistoquímico es equivalente al de las células litorales normales de los sinusoides esplénicos y difiere del habitual encontrado en otros tipos de angiosarcomas. Diagnóstico definitivo: Angiosarcoma de células litorales de alto grado. La paciente falleció a los 2 meses del diagnóstico.

Conclusiones: El angiosarcoma de células litorales es una neoplasia muy poco frecuente y de pronóstico desfavorable. El diagnóstico definitivo es histológico post-esplenectomía. El angiosarcoma de células litorales es considerado una variante del angiosarcoma primario de bazo

que presenta en el a inmunohistoquímica positividad para marcadores de diferenciación endotelial e histiocitario, lo cual sugiere su origen en las células que revisten los senos de la pulpa roja esplénica (células litorales).

16:55 7023-4 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. NUESTRA CASUÍSTICA EN 7 AÑOS.

Sara Soto García(1), Ana Laura Martín Rodríguez(1), Ana Ortiz González(1), Ana Buendía Alcaraz(2), María Inmaculada Navarrete Lendínez(1), María Nuria Morales Suárez(1), Irene Molina Martínez(1), Irene Pérez Saura(1), Carmen López Peña(1) y María José Sánchez de las Matas Garre(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia y (2)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).



Histiocitosis de células de Langerhans

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una rara entidad que engloba diversas enfermedades que tienen en común la proliferación de células de Langerhans. Esta entidad es más frecuente en niños y su localización más habitual es en hueso, seguido de piel, ganglio linfático y pulmón. En adultos la forma pulmonar está muy relacionada con el consumo de tabaco. Esta enfermedad puede afectar a uno o más órganos, siendo importante realizar un estudio de extensión para descartarla, ya que influye en el tratamiento y en el pronóstico.

Histológicamente presenta una proliferación de células medianas, con núcleos en grano de café, cromatina fina y citoplasma granular eosinófilo (gránulos de Birbeck), que pueden formar granulomas, sobre un fondo con eosinófilos, histiocitos, linfocitos y neutrófilos en cantidades variables. Las células, característicamente, son positivas para S100, CD1a y Langerina y negativas para CD68.

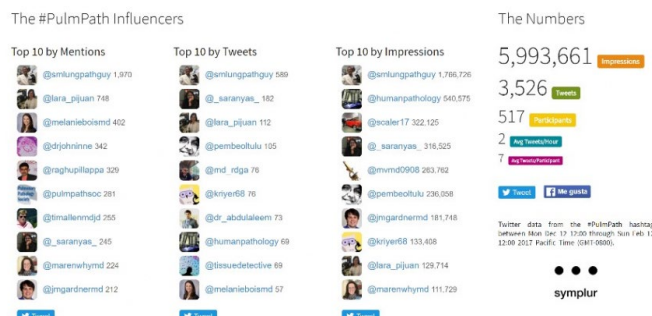
Material y métodos: Se recogen todos los casos de HCL en nuestro hospital durante los últimos 7 años, obteniendo variables demográficas, localización de la lesión y revisando la historia clínica de los pacientes, comparando los datos obtenidos con los datos publicados en la literatura.

Resultados: Se recogen 8 casos de los cuales la localización más frecuente es la cutánea (4), registrándose también en pulmón (1), bazo (1), ganglio linfático (1) y tiroides (1). El rango de edad observado ha sido entre 30 y 76 años, excepto uno en un niño de 3 años. Se detecta hábito tabáquico en 3 de los casos, incluyendo el caso de localización pulmonar. Nuestros resultados en cuanto a rango de edad y localización no son concordantes en con los artículos publicados, ya que ha sido más frecuente en adultos y de localización cutánea, con un caso en niño y ninguno en hueso.

Conclusiones: Las células de Langerhans se encuentran de forma fisiológica en epidermis, ganglios linfáticos, timo y bazo, entre otros. Hasta ahora la afectación pulmonar había sido considerada como un proceso reactivo asociado al consumo de tabaco y que remitía con su abandono, mientras que la extrapulmonar lo era como una neoplasia. Actualmente se han visto casos pulmonares que no remiten tras el abandono del tabaco y se han detectado mutaciones en el gen BRAF y MAP2K1, tanto en formas pulmonares como extrapulmonares, lo que favorece que se trate de una verdadera neoplasia en ambos casos.

17:00 7023-5 USO DE TWITTER PARA EL CONOCIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA PULMONAR.

Lara Pijuan Andújar(1), Marta Salido Galeote(1), Albert Sánchez-Font(1), Sergi Clavé Safont(1) y Eduardo Alcaraz-Mateos(2) de (1)Hospital del Mar, Barcelona y (2)Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia.



Datos completos sobre #pulmpath

Antecedentes y objetivos: Twitter representa la tercera red social más usada en la actualidad (tras Facebook y YouTube), con más de 300 millones de usuarios. A nivel profesional, está ganando adeptos entre patólogos debido a la posibilidad de compartir casos, artículos científicos e informar a tiempo real de actividades científicas. Todo ello se basa en mensajes de 140 caracteres o tweets, que pueden incluir imágenes y etiquetas o palabras clave (#, hashtags).

En patología pulmonar se emplea #PulmPath (reconocida por Sympulr) para la búsqueda de contenidos y de usuarios en dicho campo. El objetivo de este trabajo es evidenciar la utilidad de esta red social como una herramienta más para los patólogos interesados en patología pulmonar.

Métodos: Mediante los motores de búsqueda de Twitter y Symplur, se ha rastreado la etiqueta #PulmPath con el fin de obtener un listado de usuarios e influenciadores en la materia, conocer el número de publicaciones o tweets así como comparar dichas publicaciones con las de #Pathology durante un periodo de 3 meses (diciembre 2016 – enero 2017).

Resultados: El número de perfiles de usuarios etiquetados con #PulmPath fue tan sólo de 7, si bien fueron hasta 517 usuarios los que publicaron con dicha etiqueta. Durante el trimestre rastreado, dicha etiqueta fue empleada en 3526 ocasiones para publicar contenidos. Del listado de influenciadores en el campo, los 3 primeros habían publicado 589, 182 y 112 tweets, respectivamente (imagen). En comparación con la etiqueta más general de #Pathology, la información de #PulmPath representa menos del 10 % de la actividad.

Conclusiones: Twitter es una aplicación de gran utilidad para los patólogos en general, no sólo por el aprendizaje y formación continuada, sino también por la interacción entre los mismos, basada en el concepto de web 2.0. y en la inmediatez en la comunicación.

Los motores de búsqueda son herramientas intuitivas y sencillas que facilitan la obtención de información etiquetada. La etiqueta #PulmPath tiene una presencia constante y, pese a ser utilizada en hasta el 10% de los tweets de patología, son pocos los perfiles de usuarios en los que aparece.

17:05

7023-6

GESTIÓN DE LA COLECCIÓN DE MUESTRAS DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES PEDIÁTRICAS DEL BIOBANCO DEL HSJD: INVESTIGACIÓN O DIAGNÓSTICO?

Cristina Jou Muñoz(2), Jesús Márquez Pereira(1), Anna Codina Bergeà(1), Andrés Nacimiento Osorio(2), Juan Ramón Corbera Torredell(2) y Teresa Ribalta Farres(2) de (1)Biobanco Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) y (2)Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Introducción: Las enfermedades neuromusculares son enfermedades ultra-raras, muy graves e invalidantes para las que existen pocos tratamientos. Por este motivo es importante disponer de muestras para diagnóstico e investigación.

Objetivo: El objetivo es gestionar muestras neuromusculares para su uso asistencial y para investigación.

Material y métodos: De rutina y dentro del proceso asistencial se recoge sangre y suero de los pacientes y familiares de pacientes neuromusculares. Las muestras se procesan y almacenan a - 20 °C (DNA) y - 80 °C (sueros). En casos seleccionados se realiza biopsia muscular para poder llegar a un diagnóstico. El músculo se procesa en el Biobanco ubicado en el servicio de Anatomía Patológica separándolo en cuatro fragmentos. Estos fragmentos tendrán distintos usos: Estudio histológico, orientando las fibras musculares perpendiculares, se congela rápidamente en una cámara con isopentano sumergido en nitrógeno líquido para conseguir una congelación uniforme y muy rápida el tejido, evitando artefactos. Los otros dos fragmentos se congelan de la misma manera en criotubos. Posteriormente se almacenan a - 80 °C. Otro fragmento se guarda para estudio ultraestructural fijándolo en glutaraldehído. El tiempo de procesamiento es inferior a 10 minutos.

Las muestras de tejido muscular y de sistema nervioso central procedente de las autopsias se parafrinan por métodos estándar pero también se congelan muestras en un baño con isopentano dentro de cassettes o criotubos.

Resultados: La colección de muestras de enfermedades neuromusculares está formada por muestras de suero, ADN, tejido muscular y nervioso excedentes de los procesos asistenciales, por muestras procedentes de autopsias de pacientes pediátricos con patologías neurológicas y neuromusculares, congénitas y no congénitas.

Conclusión: En muchas ocasiones para la confirmación de un diagnóstico definitivo clínico o genético, las muestras se pueden incluir en proyectos de investigación. Es por ello, que la mejor manera de gestionar las muestras recogidas es biobancarlas con el fin de simplificar los circuitos, personal técnico, aparataje y aumentar el rendimiento de unas muestras que son escasas y de enfermedades raras en pacientes pediátricos.

Las muestras gestionadas a través del Biobanco ya sean para diagnóstico o bien para investigación optimiza todos los procesos.

17:10

7023-7

TEST DE CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO (EPICUP): PROCESO Y CIRCUITO RÁPIDO EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA PREVIO AL ANÁLISIS EPIGENÉTICO.

M^a Carmen Pacheco Carrión(1), Alba Lasheras Sáenz(1), Carlos Navas Garrido(1), Yolanda Blanca Fernández(1), M^a Carmen Artal Marín(1), Ester Bergés Pujol(2), M^a Isabel Sánchez Rodríguez(2), María Pané Foix(3), M. Teresa Soler Monsó(4) y Xavier Matías-Guiu Guia(5) de (1)Técnico Superior Sanitario de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico. Servicio Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2) Técnico Administrativo. Servicio de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (3) Facultativo Especialista. Servicio de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (4) Facultativo Especialista. Servicio de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge. Unitat Funcional de Mama. ICO Hospitalet/IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (5)Jefe de Servicio. Servicio de Anatomía Patológica y Citodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: Actualmente, en un 5-10% de pacientes con neoplasia diseminada se desconoce el origen del tumor primario. EPICUP es un test de diagnóstico epigenético basado en el análisis de perfiles de metilación del ADN para identificar el tumor primario. Se realiza en el Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) juntamente con el Servicio de Anatomía Patológica.

Objetivos: Analizar el circuito rápido de muestras destinadas al test EPICUP.

Material y métodos: Se valora tiempo transcurrido entre recepción y envío del material, analizándose el circuito establecido.

Resultados: Se han analizado muestras procedentes de 74 pacientes.

Recepción de muestras: Administrativos: reciben solicitud y bloque de parafina. Introducen los datos en tabla Acces especificando hora de llegada. Se entrega el Kit EPICUP al patólogo.

Técnicos: El responsable de biopsias urgentes recibe el bloque de parafina en mano. Lo enfría y marca nº de referencia en los portaobjetos. Corta 1 Hematoxilina-Eosina de 3µ y 10 secciones de 10µ en blanco (tiempo aproximado 1 hora) y se devuelven al patólogo/a o administrativa/o referente.

Escaneadores: Una vez revisado por el patólogo, se escanea la laminilla marcando las zonas con tumor y evaluando porcentaje de celularidad tumoral y necrosis. Se graba la información para su envío.

Finalizado el proceso, las administrativas reciben de nuevo el kit, transcriben el resultado a la tabla de Acces anotando hora de salida. Se envía al laboratorio de Epigenética. El proceso desde que el bloque llega al servicio hasta la entrega a Epigenética oscila entre 1.10-4.45 horas con una media de 3:00 horas.

Conclusiones: La colaboración entre diversos profesionales logra un circuito ágil de 3 horas permitiendo el análisis epigenético y que los pacientes se benefician de un tratamiento específico lo más rápidamente posible.

17:15

7023-8

CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA DE LAS INTERRUPCIONES LEGALES DE EMBARAZO REALIZADAS ENTRE LOS AÑOS 2012-2015.

Sergio Rodríguez Lobalzo(1), Ioana Cristina Abitei(1) y Luis Robles Cabeza(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Se ha realizado una revisión de todas las interrupciones legales de embarazo (ILE) realizadas en nuestro centro entre los años 2012 y 2015 con el objetivo de observar la correlación entre los hallazgos por imagen durante el seguimiento del embarazo con los observados en el estudio necrópsico.

Métodos: De los 285 casos de fetos estudiados hemos seleccionado los 136 casos de ILE entre los años 2012 y 2015. En todos los casos se han comprobado antecedentes maternos, hallazgos en estudios de imagen, edad gestacional y estudio genético, correlacionándolos con los hallazgos anatomopatológicos obtenidos.

Se han obtenido en total 136 casos de fetos mediante ILE, de los cuales 72 son de sexo femenino y 64 masculino. La edad maternal oscila entre 17 y 48 años, siendo la media de 34,3 años. La edad gestacional de los fetos se sitúan en torno a las semanas 12-13 y 16-20, coincidiendo con los controles ecográficos de rutina.

Resultados: De los 136 fetos, 63 presentan cromosomopatías confirmadas mediante estudio genético (amniocentesis o biopsia corial) de las cuales 60 son por anomalías numéricas, (59 aneuploidias cromosómicas y 1 aneuploidia sexual) y 3 por anomalías estructurales (S. Cornelio de Lange, S. Fryns y S. di George), 54 casos presentaban cuadros malformativos sin constancia de cromosomopatía, 7 casos de anhidramnios por rotura de bolsa, 5 casos de hidrops generalizado, 1 por infección por CMV y 2 con CIR severo exclusivamente.

Se ha comprobado la correlación entre las alteraciones histológicas placentarias sugestivas de cromosomopatía en los 117 casos con estudio genético realizado, encontrándose alteraciones histológicas concordantes en 79 casos. En el resto se encontraron alteraciones placentarias sugestivas de cromosomopatía, quedando desconocidas las anomalías cromosómicas fetales de tipo estructural por limitación del estudio genético empleado.

Además de las malformaciones descritas por estudios de imagen, se ha comprobado mediante el estudio anatomopatológico la existencia de otras anomalías macroscópicas e histológicas no evaluadas mediante estudio de imagen.

Conclusiones: El estudio anatomopatológico es importante para correlacionar y confirmar las anomalías estructurales observadas por estudio de imagen así como para complementar con otras alteraciones no evaluadas mediante los controles de imagen.

17:20

7023-9

MITOTIC COUNT: A NEED FOR STANDARDIZATION.

Sebastián Umbría Jiménez(1), Enrique Rodríguez Zarco(1), Sofía Pereira Gallardo(1), Sara Pabón Carrasco(1), Ana Mª Vallejo Benítez(1), Gloria Navarro Bustos(1) y Antonio García Escudero(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Aims: The mitotic count, number of mitosis per unit area, is a very important parameter frequently used for classification, grading and even staging of some tumors. Traditionally, the MC has been expressed in terms of number of mitoses per high power field (HPF). The size of the field of view can vary greatly among different microscopes. In order to avoid under or overestimation of mitotic count, a conversion needs to be made.

Methods and results: Through a simple rule of three a simple formula to standardize the mitotic count to the reference area has been obtained. Multiplying the number of mitotic figures counted in a concrete microscope by a correction factor, the mitotic count standardized to the reference area is obtained. The correction factors for the more usual microscopes (as a function of ocular field number) and for the reference area of different common tumors have been calculated.

Conclusions: It would be desirable for scientific societies to develop a consensus protocol for mitotic count. This protocol would facilitate further research and its subsequent application in daily practice. While this protocol is developed, we propose this simple method (only one multiplication) to standardize the mitotic count to the reference area.

Summary of mitotic count data and correction factors for some common tumors.

Organ: tumoral type	Purpose	Mitotic count	Criteria	Total reference area (mm ²)	FNb 18 CFC/ n° HPFsd	FNb 20 CFC/ n° HPFsd	FNb 22 CFC/ n° HPFsd	FNb 25 CFC/ n° HPFsd
Breast: invasive ductal carcinoma	Grading	Mitoses/ 2mm ² Areas of highest mitotic activity. 10 consecutive HPFa (2mm ²).	Score 1: ≤7 mitoses/ 2mm ² Score 2: 8-14 mitoses / 2mm ² Score 3: ≥15 mitoses / 2mm ²	2	1,2575/ 12,5752	1,0186/ 10,1859	0,8418/ 8,4181	0,6519/ 6,5190
Lung: neuroendocrine tumors	Tumor classification (grade)	Mitoses / 2mm ² Areas of highest mitotic activity. Count 3 sets of 10 HPF (6 mm ²), and average per 10 HPF (2 mm ²).	Typical carcinoid: <2 m /2mm ² Atypical carcinoid: 2-10 m /2mm ² LCNEC: >10 m/2mm ² SCCf: >10 m/2mm ²	2	1,2575/ 12,5752	1,0186/ 10,1859	0,8418/ 8,4181	
Soft tissues: sarcomas	Grading/ staging	Mitoses/10 HPF (1 HPF=0.174 mm ²). Areas of highest mitotic activity. 10 successive HPF (1,74 mm ²).	Score 1: 0 to 9 mitoses/10HPF Score 2: 10-19 mitoses/10HPF Score 3: >19 mitoses/10 HPF	1,74	1,094/ 10,9404	0,8862/ 8,8617	0,7324/ 7,3237	0,5672/ 5,6715
Skin: invasive melanoma	Staging	Mitoses/mm ² Areas of highest mitotic activity. Count in adjacent fields until an area corresponding to 1 mm ² is assessed.	pT1a: ≤1.0 mm in thickness, no ulceration, <1 mitoses/ mm ² pT1b: ≤1.0 mm in thickness with ulceration and/or ≥1mitoses/mm ²	1	0,6288/ 6,2876	0,5093/ 5,0929	0,4209/ 4,209	0,3259/ 3,2595
CNS: meningioma	Tumor classification (grade)	Mitoses/10 HPF (1 HPF = 0.16 mm ²). Highest count over 10 consecutive HPFs (1,6mm ²) of at least four sets of 10 HPFs.	Meningioma: <4 mitoses/10 HPF Atypical meningioma: ≥4 mitoses/10 HPF Anaplastic meningioma: ≥ 20 mitoses/10 HPFs	1,6	1,006/ 10,0601	0,8149/ 8,1487	0,6734/ 6,7345	0,5215/ 5,2152
Digestive system: GIST	Prognostic group	Mitoses per 50 HPF (5mm ²) Areas of highest mitotic activity.	5 mitoses per 50 HPFs usual limit for a tumor of expected benign behavior.	5(50 HPF)	0,6288g/ 31,4379	0,5093g/ 25,4647	0,4209g/ 21,0452	0,3259g/ 16,2974
Digestive system: neuroendocrine tumors	Grading	Mitoses/2mm ² Areas of highest mitotic activity. G1: <2 mitoses/2mm ²	G2: 2–20 mitoses/2mm ² G3: >20 mitoses/2mm ²	2	1,2575/ 12,5752	1,0186/ 10,1859	0,8418/ 8,4181	0,6519/ 6,5190

17:25

7023-10

CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA DE ANOMALÍAS FETALES DETECTADAS EN RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL.

Francisco Javier Pozo Ariza(1), Amália González López(1), César Martín Martínez(1), María Rosa Bella Cueto(1), Viviana Patricia Beltrán Salazar(1), Rosa Ballester Victoria(1), Paula Serret Miralles(1), Laura Nebot Muro(1) y Joan Carles Ferreres Piñas(1) de (1)Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona),

Introducción: La resonancia magnética (RM) es una herramienta diagnóstica de gran valor para el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas, que complementa la ecografía como técnica de cribaje cuando se sospecha alguna alteración. La RM es una técnica relativamente reciente y su gold estándar es la autopsia clínica.

Objetivos: Estudiar la correlación entre los diagnósticos de la RM y el estudio anatomopatológico(AP) posterior así como evaluar el papel de la autopsia en la detección de otras anomalías no aportadas por la resonancia.

Material y método: Desde abril del año 1996 hasta enero del 2016 se han realizado en nuestro centro 1025 RM. Todos los estudios se realizaron siempre por sospecha de anomalías en la ecografía obstétrica. Se seleccionaron los casos que disponían de AP (165) y se compararon los hallazgos por imagen y los encontrados durante la autopsia (n=160) o el estudio de la pieza quirúrgica postnatal (n=5).

Resultados: De las 165 RM que cumplieron el criterio de inclusión, en 97 de ellas (59%) no se observaron discrepancias o la aportación de la anatomía patológica fue mínima; en 68 casos (41%) el estudio AP recoge información adicional: aporta más hallazgos que permiten realizar un adecuado consejo genético en 33 casos (20%), establece la etiología de la anomalía o permite un diagnóstico concreto en 20 casos (12%) y en los restantes 15 casos modifica sustancialmente el diagnóstico realizado previamente (casos discrepantes, 9%). En los 68 casos de no concordancia completa, los sistemas en los que se ha detectado mayor porcentaje de no concordancia son, por orden decreciente, el sistema cardiovascular (19 casos), osteomuscular (18), sistema urogenital (9), digestivo (5) y neurológico (4).

Conclusiones: La RM es una herramienta de gran valor en el diagnóstico prenatal, que permite aumentar la precisión diagnóstica a partir de la sospecha ecográfica, pero la autopsia sigue siendo el gold standard dado las discrepancias observadas, el porcentaje de casos en que la autopsia aporta un diagnóstico etiológico de las anomalías detectadas, y aquellos casos en que la autopsia, además de confirmar los diagnósticos de la RM, detecta más anomalías que permiten realizar un consejo genético más preciso. Es básico el trabajo conjunto entre radiólogos y patólogos, realizando estudios de correlación radio-patológica para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos.

17:30 7023-11 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DEL DÉFICIT DE LIPASA ÁCIDA LISOSOMAL (LAL).

Alexandra Navarro Jiménez(1), Jessica Camacho(1), Bernardita Rosas(1), Armando Reques(1), Gisela Modena(1), Jesús Quintero(1), Javier Juampérez(1), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Marta Garrido(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El déficit de LAL es una enfermedad metabólica AR en la cual se produce un almacenamiento anómalo de lípidos en los lisosomas por una deficiencia en su actividad enzimática (AE). Su prevalencia estimada es de 1:300.000. Clínicamente se divide en dos fenotipos, la forma temprana y la tardía. La forma temprana se manifiesta en los primeros seis meses de vida (Enfermedad de Wolman), presentando diarrea malabsortiva, anemia, hepatoesplenomegalia y fallo hepático. La forma tardía puede presentarse desde el año de vida a la edad adulta (Enfermedad por almacenamiento de esteres de colesterol-EAEC) y cursa con hipertransaminemia, dislipemia y hepatomegalia complicándose con cirrosis hepática y aterosclerosis acelerada. El diagnóstico se basa en la biopsia hepática, el estudio de la AE e identificación de mutaciones puntuales en el gen de la LAL.

Material y métodos: Se revisan las historias clínicas, pruebas complementarias y las biopsias hepáticas (H-E, picosirio, perls, reticulina de gordon y catepsina) de dos hermanas gemelas (MC/BA) con sospecha clínica de deficiencia de LAL.

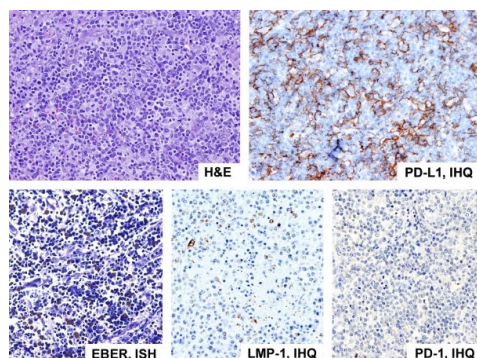
Resultados: Ambas niñas de 10 años de edad, fueron diagnosticadas de hipercolesterolemia y hipertransaminemia a los 5 años, siendo tratadas con varios fármacos durante años sin respuesta clínica significativa. Por sospecha clínica de déficit de LAL fueron trasladadas al HUVH donde se realizó:

- 1) Biopsia hepática donde se objetivó esteatosis microvesicular difusa y cirrosis incompleta (Ishak 5) en ambas biopsias. Con tinción inmunohistoquímica para Catepsina (proteína lisosomal luminal) se demostró la presencia de acumulo de lípidos intralisosomales.
- 2) Actividad enzimática de LAL en gota de sangre seca que reveló déficit enzimático (0,02nmol/punch/h; valor de referencia: 0,61-2,79).
- 3) Estudio genético que demostró mutación en el gen de LAL (cr 10q23.31).

Conclusiones: El diagnóstico diferencial ante una esteatosis microvesicular en edad pediátrica incluye varias entidades así como el Síndrome de Reye, defectos en la oxidación de ácidos grasos, citopatías mitocondriales y las enfermedades de depósito lisosomal. Es importante en estos casos, ya sea por los hallazgos histológicos o por la sospecha clínica, conocer la utilidad de la catepsina para poder demostrar la presencia de los lípidos dentro de los lisosomas y poder realizar el diagnóstico de esta entidad.

17:35 7023-12 LA EXPRESIÓN DE MUERTE CELULAR PROGRAMADA LIGANDO 1 EN EL TUMOR/MICROAMBIENTE SE ASOCIA AL INICIO TEMPRANO Y LATENCIA II/III DEL VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS POSTTRASPLANTE.

Luis Veloza Cabrera(1), Antonio Martínez Pozo(1) y Blanca González Farre(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona.



Expresión de PD-L1 en las células inmunes y tumorales en un caso de SLPT tipo polimorfo con expresión de VEB (EBER, ISH) y LMP-1 y ausencia de células positivas para PD-1 en el microambiente

Los síndromes linfoproliferativos post-trasplante (SLPT) han sido asociados con un microambiente inmunosupresivo. Sin embargo la relevancia clínica del eje muerte celular programada (PD-1)/ligando 1 de muerte celular programada (PD-L1) no ha sido estudiado en las células tumorales (CTs) ni en el microambiente en estos casos. Por lo que, en éste estudio evaluamos la vía PD-1/PD-L1 en la célula tumoral y las células inmunes en una serie de casos de SLPT y correlacionamos estos resultados con las características clínicas, patológicas e infección por el virus de Epstein-Barr (VEB).

Treinta y ocho casos de SLPT en adultos fueron estudiados. El punto de corte para positividad inmunohistoquímica de PD-L1 en las CTs fue 5% y para las células inmunes fue 10%. Los linfocitos PD-1 positivos fueron cuantificados por campo de gran aumento (CGA).

En el subgrupo de linfomas B difuso de células grandes (LBDCG) el 54% de los casos fueron positivos para PD-L1 en las CTs y un 62% en las células inmunes. La positividad para

PD-L1 en las CTs fue correlacionada con la presencia de síntomas B y un tiempo más corto desde el trasplante hasta el diagnóstico (media de 45,1 meses versus media 119,66 meses, $p=0,04$), mientras que la expresión de PD-L1 en las células inmunes se asoció con altos niveles séricos de $\beta 2m$ ($p=0,001$). La presencia del EBV y la expresión de LMP-1 fueron asociadas con la expresión de PD-L1 tanto en las TCs como en el microambiente. La presencia de más de 30 células PD-1 positivas por CGA fue sólo vista en 6/19 casos (31,5%) de LBDCG y no fue correlacionada con la expresión de PD-L1.

La expresión de PD-L1 en el ambiente tumoral y en las CTs puede estar asociada a tumores más agresivos con presentación más temprana. Si bien, la baja frecuencia de expresión de PD-1 en SLPT como consecuencia del tratamiento inmunosupresor podría explicar que en estos casos el eje PD-1/PD-L1 no este activo, en otros contextos de linfomas positivos para el VEB con latencias II y III, la expresión conjunta de PD-L1/PD-1 en las CTs y microambiente podría constituir un mecanismo importante de inmunotolerancia, evasión inmune y peor supervivencia.

17:40

7023-13

REORDENAMIENTO DUSP22-IRF4 (6P25.3) EN LINFOMAS T ANAPLÁSICOS DE CÉLULA GRANDE CUTÁNEOS PRIMARIOS Y SISTÉMICOS, ALK NEGATIVOS, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

Ana Lucía Valencia Mesa(1), Grevelyn Sosa Rotundo(1), María Antonia Cabezas Quintario(1), Laura López Brasal(1), Miguel Argüelles Pintos(1) y Fernando Pinedo Moraleda(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: El Linfoma T Anaplásico de Célula Grande Cutáneo Primario (LACG-C) se define como un linfoma de células T CD30+, caracterizado por tener un pronóstico más favorable y una mejor respuesta al tratamiento, en comparación con los sistémicos.

El Linfoma T Anaplásico de Célula Grande ALK negativo sistémico (LACG, ALK-) puede afectar secundariamente a la piel.

Ambos tienen una morfología e inmunofenotipo similares, por lo que la correlación clínica y la aplicación de nuevas técnicas son indispensables para el diagnóstico diferencial.

Objetivo: Comparar la expresión de la proteína MUM-1 y de la translocación DUSP22-IRF4 del locus 6p25.3 en ambos tipos de linfoma.

Material y métodos: Entre 1998 y 2016 se han diagnosticado 5 casos de Linfoma T Anaplásico de Célula Grande ALK-. Uno correspondía a una lesión cutánea cervical, dos localizados en ganglios linfáticos, uno en amígdala palatina y el último se trataba de una tumoración intestinal. Se realizó reordenamiento DUSP22-IRF4 con técnica FISH en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, y estudio inmunohistoquímico para evaluar la expresión de MUM-1.

Resultados: Se detectó reordenamiento de DUSP22-IRF4 (6p25.3) en la neoplasia cutánea y en las dos ganglionares, siendo negativo en el tumor intestinal y en el amigdalario. La expresión inmunohistoquímica para MUM-1 fue positiva excepto en uno de los ganglios linfáticos.

Conclusiones: La translocación DUSP22-IRF4 y la expresión inmunohistoquímica de la proteína MUM-1 se han descrito asociadas al LACG-C, por lo que puede considerarse una herramienta complementaria para el diagnóstico diferencial con los LACG, ALK-, ya que en éstos no suele haber reordenamiento ni expresión de la proteína. En nuestra experiencia, la inmunoexpresión para MUM-1 y el reordenamiento DUSP22 no han resultado ser específicos para diferenciar ambas entidades.

JUEVES 25 de mayo**17:45 - 18:45 h.****AUDITORIO 3A****3005****CITOLOGÍA****3005-1 MODERADORES**

Domingo de Agustín Vázquez, Madrid

Francesc Alameda Quittllet, Hospital del Mar, Barcelona

17:45**3005-2****DIAGNÓSTICO DE LESIONES PANCREÁTICAS POR PAAF BAJO CONTROL ECOENDOSCÓPICO. REVISIÓN DE CASUÍSTICA TRAS CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA.**

Elena Aguirregoicoa García(1), Alicia Cazorla Jiménez(1), Teresa Reina Durán(1), José Ignacio Cornejo Ladrero(1), Beatriz Martín Alcántara(1), Ricardo Suárez Pardo(1), Horencio Bosch Esteve(2) y Paula Vázquez de Parga Coca(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Ecoendoscopia Digestiva. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Quirón Salud, Madrid.

Introducción: El estudio de las lesiones pancreáticas mediante PAAF guiada con Ecoendoscopia digestiva (EUS PAAF) ha permitido en la última década mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de dichas lesiones. Para ello es importante la correcta formación y comunicación entre el endoscopista y el citopatólogo.

Objetivos: Se revisa la eficacia diagnóstica de las lesiones pancreáticas con EUS PAAF en la casuística de nuestro centro.

Material y métodos: Se realiza revisión de 178 PAAF de páncreas con EUS PAAF entre 2012 y 2016 correspondientes a 164 pacientes, 100 mujeres y 64 hombres, con edades comprendidas entre 33 y 87 años.

Resultados: De las 178 PAAF, 95 (53.4%) corresponden a lesiones sólidas, 57 (32%) quísticas y 26 (14.6%) mixtas. Por localización 88 (49.4%) se sitúan en la cabeza, 52 (29.2%) en cuerpo, 33 (18.5%) en cola y 5 (2.8%) muestran afectación difusa de la glándula. El tamaño medio de las lesiones es de 32.5 mm (de 9-130 mm). El material fue suficiente para valoración en el 70.2 %, siendo más frecuente en las lesiones quísticas (80.7%) y mixtas (69.2%). Se realizó control presencial de la PAAF en 38 casos (21.3%), obteniéndose material suficiente para diagnóstico en un 71% de ellas; estratificando por el tipo de lesión existe un 71% de PAAF suficientes en lesiones sólidas, un 75% en las mixtas frente a 66% en las quísticas. Los diagnósticos realizados según la terminología de la Sociedad de Papanicolau fueron: Categoría 1 (Insuficiente) 55 casos (30.9%), Categoría 2 (Negativa para malignidad) 40 casos (22.5%), Categoría 3 (Atipia) 1 caso (0.6%), Categoría 4A (Neoplasia benigna) 2 casos (1.1%), Categoría 4B (Neoplasia otros) 24 casos (13.5%), Categoría 5 (Sospechosa de malignidad) 10 casos (5.6%) y Categoría 6 (Maligna) 46 casos (25.8%). Existe confirmación histológica posterior en 22 casos, obteniéndose una Sensibilidad para la PAAF de 77%, Especificidad del 100%, Valor predictivo positivo del 100% y Valor predictivo negativo del 75%.

Conclusiones: La EUS PAAF es una buena técnica para la tipificación de las lesiones pancreáticas. Nuestros resultados son similares a los descritos en la literatura científica, aunque el escaso número de casos con confirmación histológica limitan la valoración de los mismos. La presencia del citopatólogo en la sala de punciones incrementa la tasa de citologías valorables en lesiones mixtas y sólidas.

17:55**3005-3****DIFERENCIAS EN LA TASA DE DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DEPENDIENTES DE LAS TÉCNICAS (DNA O MRNA) UTILIZADAS EN EL TRIAJE DE MUJERES CON CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INCIERTO EN CITOLOGÍA GINECOLÓGICA.**

Joanny A. Duarte Luna(1), Paloma Bajo Villace(1), Encarnación Camarmó Hernán(1), Teresa Corrales Cuadrado(1) y Rosario Granados Carreño(1) de (1) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: Conocer la prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico (AR-VPH) en la población es importante para establecer las estrategias en el cribado del cáncer de cérvix. En general, las técnicas de detección del DNA viral arrojan un número mayor de pruebas positivas que las del mRNA, ya que éstas últimas seleccionan la porción E6/E7 del genoma vírico que se encuentra integrado en la célula infectada.

Materiales: Se seleccionaron 278 casos de mujeres en las que el triaje de células atípicas de significado incierto (ASCUS) en citología de cribado de cáncer de cérvix se había realizado mediante la detección de hrHPV por dos técnicas diferentes. En el primer grupo (n=128) se utilizó la técnica de DNA Cervista® y contaba con un seguimiento ≥3 años. En el segundo (n=150), se utilizó el test de mRNA Aptima® y tenía un tiempo de seguimiento ≥18 meses. Se comparó el seguimiento histológico y el número de derivaciones a colposcopia.

Resultados: Con la técnica de DNA identificamos AR-VPH en el 76,3% (100/128) de las mujeres con ASC-US, mientras que con mRNA se observó en un 57,3% (86/150) (p=0,000). El 53,1% (68/128) de las mujeres del grupo de DNA tenían seguimiento con citología y/o biopsia, y 18 (26,5%) mostraron una lesión de alto grado (CIN2+) en biopsia. En el grupo de mRNA, el 42,7% (64/150) tuvo seguimiento, observándose CIN2+ en 7 casos (10,9%). De los 186 casos AR-HPV+, 25 (25,5% de aquellos con seguimiento) tenían CIN2+ y 18,4% (18/98), CIN1. Ninguno de los 34 casos con seguimiento entre los AR-VPH-negativos (n=92) tuvieron CIN2+. Mientras que con la técnica de DNA se derivó el 60,4% de los casos a colposcopia, con mRNA la tasa de derivación fue del 42,3% (p=0,008).

Conclusiones: el tiempo de seguimiento es la probable causa de una mayor detección de lesiones CIN2+ en el grupo con el test de DNA. La detección de AR-VPH mediante DNA es responsable de una mayor tasa de muestras positivas en pacientes en triaje por un diagnóstico citológico de ASC-US. En nuestro estudio, el test de mRNA redujo en un 30% el número de derivaciones a colposcopia.

18:05

3005-4

EVOLUCIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO EN LA PROVINCIA DE HUESCA: ADOPCIÓN Y ADAPTACIÓN AL CRIBADO PRIMARIO CON VPH.

Rosa Oncins Torres(1), Francisco Javier Queipo Gutiérrez(2), M^a Dolores Comes García(1), Gorka Muñiz Unamunzaga(2), M^a Ángeles Aragón Sanz(1), José Manuel Ramón y Cajal(2), Ana Vidal Mayo(2), Eduardo Clemente Roldán(1), Ana Vela Lete(2) y Lorena Guardia Dodorico(1) de (1)Hospital de Barbastro, Huesca y (2)Hospital General San Jorge, Huesca.

Antecedentes y objetivo: En nuestro país hay una gran variedad de protocolos de cribado, oportunistas, descoordinados e ineficaces. Se muestran los resultados de un cribado organizado, actualizado y en constante revisión en la provincia de Huesca apoyado en Atención Primaria.

Método: La atención sanitaria en la provincia de Huesca la llevan a cabo los hospitales de Barbastro (H B) y San Jorge (H SJ), en dos sectores sanitarios. La población femenina son 103.589 mujeres. La población diana entre 25 a 64 años en el sector del H B es de 27.363 y de 28.067 en el del H SJ. Se aplica el Protocolo de SEGO 2010 para 2014 y 2015 (co-test), actualizado para el año 2016 con test primario del virus del papiloma de alto riesgo (ADN-VPH AR). El estudio de VPH se ha realizado con Cobas® 4800 que muestra separadamente VPH16, VPH18 y un grupo de 12 genotipos de alto riesgo. Durante el periodo con co-test a las menores de 30 años se les realizaba sólo citología y a las mayores de 30 el test de VPH-AR y citología. Actualmente a las mayores de 30 años se les realiza el test de VPH-AR y en los casos positivos se procesa la citología. También se estudió el origen de las muestras.

Resultados: En 2016 disminuyeron dos tercios las citologías. En la tabla se muestran el número total de muestras que incluye los test y citologías.

Conclusiones: La eficacia del cribado primario con el test de VPH se refleja en la detección de casos CIN2+ que no sólo no disminuyen, sino que aumentan, a pesar de la reducción en el número de citologías en 2016. En el mismo periodo la proporción de VPH positivo ha variado ligeramente. La mayor parte de las muestras proceden actualmente de Atención Primaria (>80%), lo que aumenta la equidad y sostenibilidad del sistema. Sería deseable extender este tipo de cribado a otras áreas sanitarias por su eficacia y actualización científica que genera confianza en las usuarias.

Resultados citológicos, virológicos e histológicos entre 2014 y 2016

	2014		2015		2016	
	H B	H SJ	H B	H SJ	H B	H SJ
Muestras de AtP	77,3%	80,1%	76,8%	83,1%	80,7%	84,3%
Muestras G	4340	4953	4070	5093	4051	4767
Atipias totales	288 (6,6%)	194 (3,9%)	285 (7,0%)	260 (5,1%)	302 (7,4%)	224 (4,7%)
Test VPH	3086	4093	3047	4402	3463	4064
VPH + (N/%)	351(11,3%)	505 (12,3%)	394 (12,8%)	521 (11,8%)	407 (11,7%)	558 (13,7%)
VPH 16	42	87	94	92	71	101
VPH 18	24	17	23	17	8	30
VPH no 16/18	240	327	320	330	328	357
Multiinfección	45	74	43	82	33	70
CIN2+						
CIN2	5	23	6	27	13	22
CIN 3	47	21	39	37	40	47
AIS	1	0	1	0	3	1
Carcinoma	4	2	3	2	1	6

AtP: Atención Primaria. H B: Hospital de Barbastro,
H SJ: Hospital de San Jorge. N: Ginecológicas (muestras ginecológicas recibidas).

18:15

3005-5

VALOR DE LOS HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO POR PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE LESIONES TIROIDEAS DE CÉLULAS ONCOCÍTICAS.

Neus Combalia Soriano(1), Catalina Padilla Navas(1), M^a Rosa Bella Cueto(1), Ruth Orellana Fernández(1), M^a Rosa Escoda Giralt(1), Mario Prenafeta Moreno(2), Santi Barcons Vilaplana(3) y Joan Carles Ferreres Piñas(1) de (1)Servicio de Patología, (2)Servicio de Diagnóstico por la Imagen y (3)Servicio de Cirugía. Parc Taulí Hospital Universitario, Sabadell (Barcelona).

Objetivos: Diferenciar por punción aspiración con aguja fina (PAAF) entre lesiones oncocíticas neoplásicas y no neoplásicas de tiroides es difícil. El objetivo del estudio es valorar si los criterios citomorfológicos clásicos permiten discriminar entre ambas para evitar cirugías innecesarias.

Método: Revisión retrospectiva de 62 PAAF de lesiones oncocíticas de tiroides, con diagnóstico previo Bethesda III y IV y cirugía posterior, sin conocer en el momento de la revisión el diagnóstico citológico ni histológico previo, ni la información clínico/radiológica. Se valora celularidad, material coloide, presencia de macrofoliculos, placas, células aisladas, morfología celular, hendiduras nucleares, pseudoinclusiones nucleares, fibrosis y estructuras vasculares. Se correlacionan los hallazgos citológicos con el diagnóstico histológico.

Resultados: Los diagnósticos histológicos fueron: 37 casos de hiperplasia nodular con nódulo dominante de células oncocíticas (HNO), 12 adenomas foliculares de células oncocíticas (AFO), 10 carcinomas foliculares de células oncocíticas (CFO), y 3 carcinomas papilares oncocíticos (CPO). Los resultados de los parámetros citológicos valorados y su relación con el diagnóstico histológico se resumen en la tabla adjunta. A destacar que sólo se observaron hendiduras nucleares en los tres casos de CPO y que en ningún caso se observaron pseudoinclusiones nucleares.

Conclusión: En nuestra serie no se ha identificado ningún criterio citomorfológico que permita discriminar entre lesiones oncocíticas no neoplásicas, neoplasias benignas y neoplasias malignas. Únicamente la presencia de hendiduras nucleares favorecería el diagnóstico de carcinoma papilar.

RESULTADOS

	HIPERPLASIA (n:37)	ADENOMA (n:12)	CARCINOMA (n:13)
Material coloide	19 (51,34%)	5 (41,66%)	6 (46,15 %)
Celularidad ++/+++	26 (70,27%)	10 (83,33%)	9 (69,23%)
Macrofoliculos	20 (54,05%)	6 (50%)	6 (46,15%)
Células aisladas	24 (64,86%)	9 (75%)	10 (76,92%)
Placas	19 (51,34%)	8 (66,66%)	7 (53,84%)
Núcleos desnudos	15 (40,54%)	6 (50%)	5 (38,46%)
Células pequeñas	27 (72,97%)	10 (83,33%)	8 (61,53%)
Células grandes	32 (86,48%)	12 (100%)	11 (84,61%)
Células atípicas	20 (54,05%)	4 (33,33%)	6 (46,15%)
Binucleación	8 (21,62%)	5 (41,6%)	5 (38,46%)
Nucleolo evidente	26 (70,27%)	11 (91,66%)	9 (69,23%)
Hendiduras nucleares	0	0	3 (23,07%)
Pseudoinclusiones nucleares	0	0	0
Tejido fibroso	20 (54,05%)	10 (83,33%)	9 (69,23%)
Estructuras vasculares	19 (51,34%)	8 (66,66%)	9 (69,23%)

18:25

3005-6

CRIBAJE DE CARCINOMA UROTELIAL EN 2533 PACIENTES CON HEMATURIA: CORRELACIÓN CITOHISTOLÓGICA.

Juan Luis Gutiérrez Cierco(1), Álvaro Gutiérrez Domingo(1), Sara Pabón Carrasco(1), C. Otal Salaverri(1) y Juan José Ríos Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo: La incidencia actual de carcinoma urotelial en pacientes con hematuria es incierta. Conociendo que la hematuria representa el síntoma más frecuente (70-80%) en el carcinoma urotelial, es necesario emplear una prueba capaz de detectar la neoplasia con suficiente sensibilidad y especificidad. La citología de orina es considerada como una técnica de elección para su cribado, aunque existen diferencias sobre su validez y eficiencia.

Método: Mediante un estudio observacional retrospectivo se seleccionaron 2533 casos consecutivos (2014-2016) de citologías de orina de pacientes con hematuria sospechosa de carcinoma urotelial, de los cuales 264 presentaron biopsia posterior. Se realizó correlación cito-histológica. Se consideraron diagnósticos citológicos de malignidad tanto los que fueron concluyentes de carcinoma como los que presentaron células atípicas sospechosas.

Resultados: La correlación cito-histológica permitió detectar 139 casos VP (verdaderos positivos), 72 FN (falsos negativos), 9 FP (falsos positivos) y 44 VN (verdaderos negativos). La sensibilidad obtenida ha sido del 65% con 83% de especificidad, 93% de valor predictivo positivo y 37% de valor predictivo negativo.

Conclusiones: Dada la baja sensibilidad (65%) y las diferencias existentes entre las distintas publicaciones, es razonablemente discutible el empleo de la citología de orina como cribaje del carcinoma urotelial. La existencia de pruebas con mayor sensibilidad sugiere considerar nuevas estrategias para un diagnóstico precoz y oportuno: el test de NMP22, seguido de la citología de orina en los casos en los que se descarte infección.

JUEVES 25 de mayo
17:45 - 19:45 h.

AUDITORIO 2

3006

**INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA
MOLECULAR**

3006-1 MODERADORES

Federico Rojo Todo, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

María Dolores Lozano Escario, Cizur Menor (Navarra).

17:45

3006-2

ESTUDIO DE MUTACIONES EN EL EXÓN 14 Y ALTERACIONES DE NÚMERO DE COPIAS DEL GEN MET EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA.

Sergi Clavé Safont(1), Alba Dalmases Massegú(1), Raquel Longarón Rozalen(1), Marta Lorenzo Pérez(1), Lara Pijuán Andújar(1), Francesc Alameda Quillet(1), Blanca Espinet Solà(1), Edurne Arriola Aperribay(1), Beatriz Bellosillo Paricio(1) y Marta Salido Galeote(1) de (1)Servicio de Patología, Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La selección de pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) para tratamiento con inhibidores de MET se realiza teniendo en cuenta la presencia de amplificaciones del gen. Recientemente se han descrito mutaciones que causan pérdidas del exón 14 y confieren sensibilidad a inhibidores de MET como crizotinib. El objetivo fue relacionar el análisis de mutaciones del exón 14 de MET con las alteraciones de número de copias del gen.

Métodos: Se incluyeron 190 muestras parafinadas de CPCNP diagnosticadas entre 2013 y 2016. El exón 14 del gen MET y las regiones flanqueantes se estudiaron mediante secuenciación directa por PCR. Asimismo, las alteraciones de número de copias se analizaron por hibridación in situ fluorescente (FISH) con la sonda de MET/CEP7 (Abbott Molecular). Se utilizaron los siguientes criterios de análisis por FISH: amplificación, cuando la ratio entre la media de copias del gen MET y CEP7 fue $\geq 2,2$; y ganancias elevadas, cuando la media de copias del gen MET fue $\geq 5,0$. Además, en los casos con mutaciones se realizaron migraciones en gel de agarosa de productos RT-PCR de los exones 13-14-15 para validar la pérdida del exón 14.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes mostraron alteraciones del gen MET (17,9%): 11 casos mutados (5,8%), ocho amplificados (4,2%) y 15 ganancias elevadas (9,1%). Se confirmaron seis de las 11 mutaciones (3,2%) como causantes de pérdida del exón 14. En ninguno de estos seis casos había alteraciones del número de copias simultáneamente (ni amplificaciones ni ganancias elevadas). Aun así, dos casos tenían además la mutación p.G12C del gen KRAS y uno tenía delección en el exón 19 de EGFR. Entre los 14 pacientes confirmados con alteración de MET (seis casos con pérdidas del exón 14 y ocho amplificados), 13 eran hombres (93%), con una edad media de 66 años (rango: 40-91), nueve fumadores activos (64%) y ocho diagnosticados en estadio avanzado (57%).

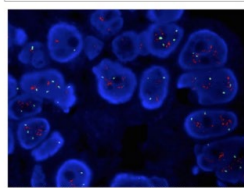
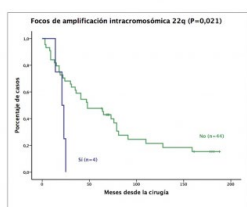
Conclusiones: Las mutaciones que provocan la pérdida del exón 14 del gen MET definen un nuevo subgrupo en los pacientes con CPCNP. Ambas alteraciones, amplificaciones y mutaciones, son independientes y deben ser analizadas de forma rutinaria para la selección de los pacientes candidatos a tratamiento con inhibidores de MET.

18:00

3006-3

LA AMPLIFICACIÓN INTRACROMOSÓMICA DE LA REGIÓN 22Q11 SE ASOCIA CON UN PRONÓSTICO ADVERSO EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN.

Marta Rodríguez González(1), José María Sayagués Manzano(2) y Dolores Ludeña de la Cruz(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca y (2) IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca.



Curva de SG y foto FISH de iAMP22

El desarrollo de terapias moleculares dirigidas ha mejorado significativamente el pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado o metastásico, consiguiendo mayor supervivencia global (SG) y una mejor calidad de vida. Entre otros factores pronósticos, las anomalías cromosómicas detectadas en el tumor primario identifican diferentes grupos de pacientes con distinta supervivencia global. En este sentido, estudios recientes han descrito la amplificación intracromosómica de 22q (iAMP22) en carcinomas de pulmón y de cabeza y cuello, como un hallazgo recurrente. Sin embargo, no queda claro el rol de la iAMP22 en este tipo de neoplasias.

Nuestro objetivo principal es estudiar el significado clínico de la iAMP22 en pacientes con cáncer de pulmón escamoso (CE).

Para llevar a cabo este estudio, hemos analizados la iAMP22 en un total de 48 CE consecutivos operados en nuestro hospital mediante técnicas de hibridación in situ fluorescente (FISH), y su correlación con las características clínicas, evolutivas y patológicas de la enfermedad.

De los 48 pacientes analizados el 98% fueron hombres con una mediana de edad de 66 años (rango 44-83 años). El 93% de los pacientes eran fumadores. El 52% (n=25) de los pacientes se diagnosticaron en estadio I, 29% (n=14) en estadio II y 19% (n=9) en estadio III. La mortalidad fue del 58%, siendo la mediana de SG de 41 meses (rango 26,3-55,7 meses).

Nuestro estudio revela que la iAMP22 podría ser un biomarcador para predecir el pronóstico de los pacientes con CE de pulmón en estadios iniciales de la enfermedad. No obstante, estos hallazgos deben ser validados en una serie mayor de pacientes.

ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL DE MUTACIONES EN LA REGIÓN PROMOTORA DE TERT EN CARCINOMAS PAPILARES DE TIROIDES.

[illegible]

Con el objeto de definir el papel de las mutaciones en TERTp en la diseminación metastásica hemos analizado, mediante PCR - secuenciación directa, el TPr y las correspondientes LNMs y DMs en una serie de 33 pacientes diagnosticados de Carcinoma Papilar de Tiroides (PTC), que previamente habíamos caracterizado para la existencia de mutaciones en BRAF y RAS. Áreas con diferente patrón de crecimiento o grado microscópico en el TPr y metástasis fueron genotipadas

El análisis de 99 áreas tumorales reveló que las mutaciones en TERTp: 1) son frecuentes (42,4%); 2) la mutación C228T es más común que la C250T (78,6% vs 21,4%); 3) no se asocian a un determinado histotipo de PTC; 4) en la mitad de los casos tienen carácter subclonal; 5) en el 73% de los casos segregan a LNMs; 6) están presentes en todas las DMs; 7) en el 71% de los casos coexisten con mutaciones en BRAFV600E; 8) excepcionalmente coexisten con mutaciones en RAS. En la figura se muestra tabla con los resultados del estudio de correlación clínico-patológico-molecular y las curvas de recurrencia tumoral y supervivencia.

Conclusiones: Las mutaciones en TERTp: 1) son frecuentes en PTC metastásicos; 2) son subclonales en la mitad de los casos; 3) segregan en la mayoría de los casos con las células metastásicas a LNM y DMs pero no son determinantes en el desarrollo de las LNM; 4) permiten identificar pacientes con PTCs con > riesgo de recurrencia y mortalidad; 5) suponen un biomarcador per se de curso clínico desfavorable entre los PTCs.

BIOPSIA LÍQUIDA EN NEUROBLASTOMA.

Métodos: El aislamiento de ctDNA se realizó en 24 muestras de plasma de pacientes con neuroblastoma, almacenadas entre 1 y 11 años. La determinación del perfil de CNV se realizó mediante arrays de SNP y el software ChAS (OncoScanCNV y Chromosome Analysis Suite; Affymetrix) en 10 muestras plasmáticas y se comparó con el perfil de CNV del tumor.

Resultados: Las concentraciones de ctDNA variaron con independencia del tiempo de almacenamiento. Los perfiles genómicos del plasma fueron altamente coincidentes con los perfiles genómicos detectados en los tumores, detectando alteraciones cromosómicas en todos los casos. El estadio de la enfermedad (localizado vs avanzado) así como el grupo de riesgo pretratamiento (bajo vs intermedio y alto) se correlacionó con la concentración del ctDNA aislado.

Conclusión: En la actualidad la técnica de biopsia líquida es una herramienta complementaria de interés en los casos en los que no exista otro material disponible para analizar el perfil genómico del tumor y en general para el seguimiento de la enfermedad.

Financiación: FIS (PI14/01008), RTICC (RD12/0036/0020) y CIBERONC (CB16/12/00484 y CB16/12/00473), Instituto Carlos III, Madrid, & FEDER; VLC-Biomed (2015/0760), UV- IIS la Fe; y VLC-Bioclinic (20160810), UV-INCLIVA.

18:45

3006-6

ANÁLISIS DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS MEDIANTE ARRAYS DE ALTA DENSIDAD DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO. IMPLICACIONES EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO RADIOQUIMIOTERÁPICO NEOADYUVANTE.

Cristina González Velasco(1), José María Sayagués Manzano(1), Sofía del Carmen Martínez(1), Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Yoana Franco Rodríguez(1), Ruth Gervás Ríos(1), Óscar Javier Blanco Muñoz(1), Óscar Bengoechea Miranda(1), Jacinto García García(1) y M^a del Mar Abad Hernández(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: Existe una amplia gama de respuestas a radioquimioterapia (RQT) preoperatoria en cáncer de recto localmente avanzado, desde una respuesta completa hasta resistencia total. El objetivo de este estudio se centró en establecer el posible impacto de la heterogeneidad genética tumoral en la respuesta al tratamiento, identificando anomalías genéticas asociadas a una mayor sensibilidad o resistencia a la RQT preoperatoria.

Material y métodos: Para llevar a cabo este estudio, se analizaron 39 pacientes con cáncer de recto localmente avanzado al momento de diagnóstico. Todos los pacientes recibieron RQT preoperatoria. El grado de regresión tumoral fue evaluado con la escala Dworak. En todos los casos determinamos la presencia de alteraciones genéticas empleando técnicas de alta densidad con 1.8 x 1.000.000 de marcadores (Affymetrix 6.0; SNP Mapping array), para su posterior correlación con las características clínico-biológicas y evolutivas de la enfermedad.

Resultados: Los tumores resistentes al tratamiento RQT mostraron un perfil genético similar a los sensibles, caracterizado por la presencia de pérdidas a nivel de 1p, 8p11, 17p11.2 y 18q21.2 y ganancias en 4p16.3, 8p23.1 y 14q32.33. Sin embargo, se observó una diferencia notable ($p < 0.05$) entre ambos grupos de tumores, mostrando los tumores sensibles (G3 y G4) una alta frecuencia de pérdidas de las regiones cromosómicas 1p, 3p, 7q, 8p, 11p, 15p y 22q y ganancias de 3p12.3, mientras que aquellos con ausencia de respuesta (G0 y G1) o respuesta parcial (G2) presentaron una mayor incidencia de ganancias en 7q36 y 22q11. Más aún, la presencia de pérdidas en 1p36, 4q28 y 22q11, y ganancias en 4p16, se asoció con una supervivencia global y una supervivencia libre de progresión significativamente más corta que aquellos pacientes que no mostraron estas alteraciones ($p < 0.05$). Entre las características clínico-biológicas, cabe destacar una influencia pronóstica negativa de la afectación ganglionar y los niveles de CEA (< 7.5 ng/ml).

Conclusiones: Los tumores de recto presentan multitud de alteraciones genéticas reflejo de la heterogeneidad intratumoral. La identificación de algunas de ellas, como ganancias en 1p21, 1p13, 7q36.3 y 3p12; y pérdidas en 1p36 y 22q13 al diagnóstico endoscópico podrían ser de gran utilidad para predecir la respuesta al tratamiento neoadyuvante y la supervivencia de estos pacientes.

19:00

3006-7

ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION) PARA LA DETECCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL CARCINOMA DE PULMÓN.

María Escalante Pérez(1), María Teresa Hermida Romero(1), Mario San Martín Alonso(1), Ivette Bescansa Pous(1), Mónica Álvarez Martínez(1), María del Carmen Maneiro Busto(1), Eladio Busto Lodeiro(1), Mercedes de la Torre Bravos(1), Carmen Montero Martínez(1) y Ángel Concha López(1) de (1) Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Evaluar la equivalencia de la técnica OSNA en ganglios torácicos, comparándola con el estudio histológico convencional (H/E e IHQ) para la detección de metástasis ganglionares en cáncer de pulmón.

Métodos: Se procesaron un total de 317 ganglios torácicos procedentes de 78 pacientes y 41 punciones por EBUS procedentes de 34 pacientes mediante la técnica OSNA.

Resultados: Se encontró una alta correlación entre el diagnóstico anatomopatológico mediante H/E y el resultado obtenido por OSNA. De los 317 ganglios medidos encontramos discordancias en 20 ganglios. Estas 20 discordancias fueron en un solo sentido: negativos para H/E y positivos en OSNA, y solo 3 de ellas indicaron la presencia de macrometástasis. No se dió ningún caso en el que mediante el OSNA no se detectase la metástasis diagnosticada por histopatología. En 13 pacientes (17 ganglios) se detectaron micrometástasis no detectables microscópicamente y en 2 pacientes se detectaron macrometástasis por OSNA (1.97%), uno de ellos en dos ganglios diferentes, aunque este paciente ya fue diagnosticado como N2 por análisis convencionales.

La correlación entre el diagnóstico anatomopatológico y el número de copias de CK19 por OSNA en muestras procedentes de punciones EBUS no es posible hasta el momento debido a: 1_ falsos negativos (OSNA) por acelularidad de las muestras ó 2_ falsos positivos (OSNA) por la gran cantidad de células epiteliales presentes en las muestras. Para solucionar este problema analizaremos otros marcadores.

Conclusiones: Es posible la detección de metástasis ganglionares mediante la técnica OSNA en los distintos tipos histológicos de cáncer de pulmón. En ganglios torácicos la detección de CK19 parece un procedimiento apropiado, sin embargo, queda por determinar un marcador más adecuado para las muestras provenientes de punciones por EBUS.

19:15 3006-8 LA BIOPSIA LÍQUIDA EN EL CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO: UNA REALIDAD ASISTENCIAL.

Ana Reguera Arias(1), Teresa Hermida Romero(1), Mar Haz Conde(1), María Escalante Pérez(1), Laura López Solache(1), Mónica Álvarez Martínez(1), Diego Barco Díaz(1), Luis Antón Aparicio(2) y Ángel Concha López(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y (2)Servicio de Oncología Médica del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

Objetivo: Determinar, mediante biopsia líquida, la mutación de resistencia T790M a los fármacos inhibidores de la tirosina quinasa en pacientes con cáncer de pulmón en estadios avanzados (III-IV) con mutación activadora del gen EGFR.

Métodos: Hemos estudiado 29 pacientes con una media de edad de 69 años (55-86), 20 mujeres y 9 varones, de los cuales 22 presentaban mutación del gen EGFR en tejido determinada por PCR a tiempo real con kit comercial, siendo la mutación más frecuente la delección del exón 19. Se realizó una biopsia líquida en aquellos pacientes con progresión clínica o radiológica y sospecha clínica de resistencia a los inhibidores de la tirosina quinasa o sin muestra de tejido suficiente para determinar el perfil mutacional, mediante la extracción de 10cc de plasma para determinar ADN libre circulante (cfADN).

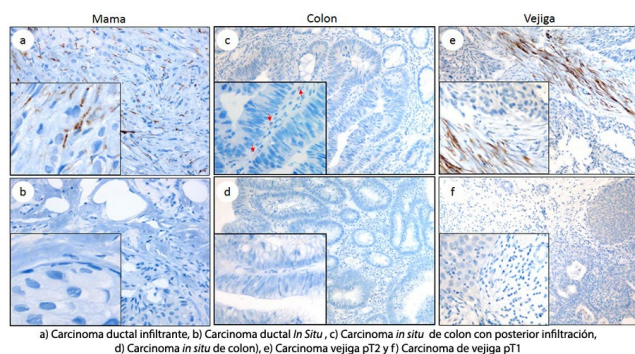
Resultados: De los 22 pacientes con mutación del gen EGFR, se determinó la mutación de resistencia T790M en 7 casos, 6 de ellos en la primera extracción de sangre y otro en la segunda extracción 7 días después. Además en 2 casos se determinó finalmente la T790M en biopsia quirúrgica tras varias determinaciones líquidas negativas, debido a la insistencia clínica.

De los 7 casos restantes, en los que no se conocía inicialmente el perfil mutacional, en 2 se determinó mutación del gen EGFR mediante la primera biopsia líquida.

Conclusiones: La biopsia líquida es una herramienta de gran ayuda para determinar la mutación de resistencia T790M en pacientes con mutación del gen EGFR, especialmente en los casos en los que la obtención de una muestra de tejido sea difícil, aunque a veces es necesario considerar una biopsia quirúrgica cuando los datos clínicos y radiológicos indiquen progresión de la enfermedad. Consideramos fundamental la comunicación interdisciplinar para tomar decisiones sobre la actuación en estos casos ante la falta de protocolos actuales.

19:30 3006-9 COLÁGENO XI ALFA 1 COMO MARCADOR GENÉRICO DE INFILTRACIÓN TUMORAL.

Pilar García-Berbel Molina(1), Javier Freire Salinas(1), Ainara Azueta Etxebarria(1), Enma María Linares Martín(1), Steliana Florina Racean(1), María Pilar García Arranz(1) y José Javier Gómez Román(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).



Inmunomarcaje COL11A1

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, y gran parte de esos fallecimientos se deben a procesos metastásicos. La correcta determinación de los fenómenos de invasividad tumoral puede llegar a ser un problema en ciertas condiciones del devenir patológico diario.

Muestras pequeñas, áreas quemadas o déficit de células tumorales pueden generar infradiagnósticos en cuanto a la infiltración tumoral.

El estudio de la matriz extracelular del tumor puede proveernos de nuevas herramientas para la determinación de dicha invasividad. Y en concreto, el COL11A1, que se expresa únicamente en las lesiones invasivas, parece ser un buen candidato para la determinación del potencial maligno de la lesión.

Nuestra hipótesis es que la expresión de COL11A1 puede ser un biomarcador preciso de infiltración en muestras complicadas de distintos tumores.

Se han seleccionado poblaciones de cáncer de mama (n=201), cáncer de colon sobre adenomas tubular de colon (n=23), carcinomas de vejiga (n=43) y carcinomas de ovario borderline (n=32). Se realizó inmunohistoquímica contra pro-COL11A1 (clon 1E8.33) utilizando Optiview para el revelado.

En carcinomas mamarios se observó una diferencia significativa ($p < 0,0001$) al comparar la expresión de COL11A1 en tumores infiltrantes (97 de 104) y lesiones no invasivas (4 de 97). De la misma manera, al estudiar carcinomas in situ sobre adenomas tubulares de colon se vio expresión del marcador en un total de 7 de 13 lesiones que presentaron infiltración en la cirugía posterior, mientras que ninguna (10) de las lesiones in situ puras presentó marcaje ($p = 0,0027$).

El estudio de los carcinomas de vejiga reportó unos datos parecidos, siendo positivas para la inmunohistoquímica un 91% (10 de 11) de las muestras pT2, mientras solo una de las lesiones pT1, pTa o no tumorales presentaron expresión ($p < 0,001$). Por último, 20 de 27 carcinomas borderline de ovario expresaron COL11A1, mientras que ninguna de las 5 lesiones no tumorales presentó tinción ($p = 0,0032$).

Nuestros datos sugieren que la expresión de COL11A1 es un marcador muy preciso en el diagnóstico de la invasividad tumoral con una sensibilidad acumulada (todos los casos infiltrantes contra los no infiltrantes) del 87% y una especificidad del 97% y que, por tanto, podría ser una herramienta vital en el correcto diagnóstico de la infiltración tumoral en el quehacer diario del patólogo.

Expresión de COL11A1 por tumores

MAMA	Infiltrante	No infiltrante	COLON	Infiltrante	No infiltrante
Positivo	97	4	Positivo	7	0
Negativo	7	93	Negativo	6	10
	104	97		13	10
VEJIGA	pT2	pT1/pTa	OVARIO	borderline	No tumoral
Positivo	10	1	Positivo	20	0
Negativo	1	31	Negativo	7	5
	11	32		27	5
		TOTAL	Infiltrante	No infiltrante	
		Positivo	134	5	
		Negativo	21	139	
		144	155	144	

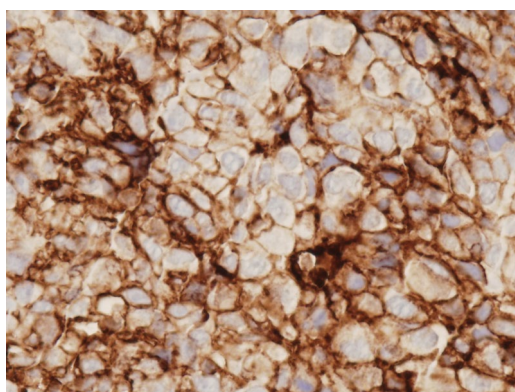
JUEVES 25 de mayo**17:45 - 19:45 h.****SALA 3+4****3007****MAMA Y GINECOLOGÍA****3007-1 MODERADORES**

Alicia Córdoba Iturriagoitia, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Rosa Guarch, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

17:45 3007-2 EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PD-L1 EN CARCINOMAS DE MAMA TRIPLE NEGATIVO.

María Otero Alén(1), Aroa Mayán(1), Ángel Vázquez-Boquete(1), Dora Ínsua(1), Beatriz Fernández(1), Teresa Curiel(1), M. Paz Santiago(2) y Tomás García-Caballero(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña y (2)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.



Carcinoma de mama triple negativo. Se observa intensa positividad de membrana para PD-L1. 40X

Antecedentes y objetivos: El cáncer de mama triple negativo (TN) representa aproximadamente un 12% de los carcinomas infiltrantes de mama. A pesar de una buena respuesta inicial a la quimioterapia, la supervivencia media de estos tumores es de solo el 55% a los 5 años. PD-1 (Programmed cell Death 1) y PDL-1 (Programmed cell Death ligand) se erigen como biomarcadores prometedores en patología tumoral. El grado de expresión de PD-L1 en carcinomas de mama TN en trabajos recientes varía entre el 8% y el 38%. Por otra parte, en los cursos de formación de PD-L1 en cáncer de pulmón se insiste en que deben evitarse bloques de parafina de más de 5 años.

Los objetivos del presente trabajo fueron: 1) comprobar la efectividad del anticuerpo monoclonal 22C3 en muestras fijadas en parafina con una antigüedad de hasta 20 años y 2) analizar la expresión de PD-L1 en cáncer de mama TN.

Métodos: Se seleccionaron bloques de placenta de una antigüedad de 5, 10, 15 y 20 años, así como 80 casos consecutivos de carcinoma de mama TN. Se analizó la expresión de PD-L1 mediante el kit PD-L1 IHC 22C3 pharmDx en una sección de un macroarray construido con las amígdalas y placentas y en secciones completas

de los 80 casos TN. El umbral se estableció, siguiendo las instrucciones del fabricante, en $\geq 1\%$ (si la positividad era $\geq 50\%$, el caso se consideró intensamente positivo). Se analizó también la expresión de PD-L1 en linfocitos intratumorales, clasificándola de la siguiente manera: 0, no expresión; 1+, expresión débil; 2+, moderada; y 3+, intensa.

Resultados: En los cortes de control de placenta, se observó una disminución de la intensidad de la inmunotinción que era proporcional a la antigüedad de los bloques. De los 80 tumores TN, 69 (86,25%) fueron negativos y 11 (13,75%), positivos (siendo 3 casos (3,75%), intensamente positivos). Nuestro resultado es intermedio respecto a los trabajos publicados más recientemente, pero está más próximo al umbral inferior mencionado anteriormente. Con respecto a la expresión de PD-L1 en linfocitos intratumorales, 17 casos (21,25%) fueron negativos; 20 (25,00%) presentaron positividad débil, 27 (33,75%), moderada; y 16 (20,00%), intensa.

Conclusiones: 1) La determinación de PD-L1 con Ac 22C3 es fiable únicamente en muestras de menos de 5 años de antigüedad 2) La expresión de PD-L1 en cáncer de mama TN fue del 13,75%.

18:00 3007-3 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA LOBULILLAR PLEOMÓFICO DE MAMA MEDIANTE NGS.

Irene González García(1), Juan Manuel Rosa Rosa(1), Belén Pérez-Mies(1), Susana Leskela(1), Tamara Caniego(1), Silvia González Martínez(1), Eva Cristóbal Lana(1) y José Palacios(2) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y (2)CIBERONC, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRyCIS, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El carcinoma lobulillar pleomórfico (CLP) es una variante histológica agresiva del carcinoma lobulillar (CL), caracterizada por la presencia de células con marcada atipia nuclear (grado nuclear 3) y un patrón de crecimiento similar a la variante clásica (CLC), que generalmente se acompaña de un mayor índice mitótico. Recientemente, se ha descrito el catálogo de alteraciones moleculares del CLC mediante técnicas de secuenciación de nueva generación (NGS); sin embargo, las alteraciones moleculares del CLP son poco conocidas.

Métodos: Se han analizado mediante NGS cinco CLP seleccionados por las características histológicas y la ausencia de expresión de cadherina E. Se ha utilizado un panel personalizado de NGS que comprende las regiones exónicas de 33 genes frecuentemente mutados en cáncer de mama (TP53, PIK3CA, CDH1, ESR1, PTEN, etc.), mediante la técnica SureSelectQXT, que ha sido puesta a punto en nuestro laboratorio para el uso de DNA extraído de muestras parafinadas. El panel también permite detectar amplificaciones en los genes ERBB2, CCND1 y CCNE1 entre otros. Las genotecas se han secuenciado utilizando la plataforma Miseq en formato paired-end v2 (150 pb). Las secuencias obtenidas fueron analizadas con un pipeline desarrollado en el laboratorio que utiliza Novoalign como aligner y VarScan v2 como variant-caller. Las variantes obtenidas fueron anotadas utilizando VariantEffectPredictor frente a la versión 74 de ensembl.

Resultados: Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 1. En todos los casos, menos en uno (80%) se detectó mutación de CDH1, gen que codifica la proteína cadherina E. En 2 casos (40%) se identificaron mutaciones de PI3KCA, TP53 y ESR1 (gen que codifica el receptor de estradiol). Si bien la frecuencia de mutaciones en CDH1 y PIK3CA es similar a la publicada en CLC, la frecuencia de mutaciones en TP53 y ESR1 en los CLC es menor del 10% y 1% respectivamente. En un caso, se detectó mutación germinal de BRCA2.

Conclusiones: Las mutaciones de TP53 y ESR1 pueden contribuir al curso agresivo de los CLP de mama.

Financiado por ISCIII: PI13/02477, PIE15/00050, PI16/00887, FEDER CIBERONC (CB16/12/00316) y Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Resumen de la caracterización molecular de los carcinomas lobulillares pleomórficos.

Sample	AKT1	ARID1A	CDH1	ERBB2	GATA3	KMT2C	PIK3CA	PTEN	TP53
Mixto_1_Lobulillar_1	E116K	ins1710A		P1155A		ins2667T			
Mixto_1_Ductal	E116K			P1155A		ins2667T			
Mixto_1_Lobulillar_2	E116K			P1155A		ins2667T	Q546K		
Mixto_2_Lobulillar_1									
Mixto_2_Ductal							Q546K	H93R,R173H	
Mixto_3_Lobulillar_1			del1910C						C44F
Mixto_3_Ductal							Y1021C		C44F
Mixto_4_Lobulillar_1		del1456A							
Mixto_4_Ductal					splice_acceptor		E545K		
Mixto_5_Lobulillar_1		del2175T							
Mixto_5_Ductal		S971F							

18:15

3007-4

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA AL TRATAMIENTO SISTÉMICO NEOADYUVANTE EN MAMA SEGÚN EL FENOTIPO TUMORAL DEL CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE.

Mairelys Pérez Martín⁽¹⁾, Aida Ballén Barragán⁽¹⁾, Elsa Palencia García⁽¹⁾, José María Rodríguez Barbero⁽¹⁾, Santos Enrech Francés⁽²⁾ y Rosario Granados Carreño⁽¹⁾ de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Evaluar la respuesta patológica tras el tratamiento neoadyuvante del carcinoma de mama según los fenotipos tumorales. Metodología: Estudio retrospectivo en el HUG entre 2010 y 2016, incluyendo pacientes intervenidas y con tratamiento neoadyuvante previo. Siguiendo los criterios de la reunión St. Gallen 2013 (adaptación), los tumores se dividieron en luminal A, luminal B, HER 2+ y triple negativos (TN). El sistema de evaluación utilizado fue el de Miller and Payne. Comparamos los grados de respuesta patológica completa o casi completa (RpC, grados 4 y 5) con los diferentes fenotipos tumorales. También se estudió la asociación de la RpC con el índice proliferativo tumoral mediante IHQ con Ki67, considerando una proliferación alta aquella >20%.

Resultados: Del total de 67 pacientes, 16 (23,9%) presentaban perfil HER-2+ y 21 (31,3%) triple negativo. Los tumores HER2+ mostraron una mayor RpC que el resto ($p=0,018$) de tumores estudiados. Asimismo, en los TN se observó una tasa de RpC (59,1%) mayor a la de los demás tumores y cercana a la significación estadística ($p=0,068$). El índice proliferativo elevado estaba significativamente asociado a mejor respuesta al tratamiento neoadyuvante ($p=0,021$).

Conclusiones: Tanto el índice proliferativo elevado como los fenotipos tumorales de alto riesgo (HER2+ o TN) están significativamente asociados a una mejor respuesta al tratamiento sistémico neoadyuvante en nuestro estudio.

18:30

3007-5

COMPARACIÓN DE FACTORES CLINICOPATOLÓGICOS Y RESULTADOS DEL TEST MOLECULAR DE 21 GENES EN CÁNCER DE MAMA.

Tania Labiano Miravalles⁽¹⁾, David Guerrero Setas⁽²⁾, Tamara Zudaire⁽¹⁾, Susana de la Cruz Sánchez⁽¹⁾, Teresa Prieto⁽¹⁾, Ana Yerani Ruiz de Azua Ciria⁽¹⁾, Pilar Fernández⁽¹⁾, Saioa Mendaza⁽²⁾, José J. Illaramendi⁽¹⁾ y Alicia Córdoba Iturriagagoitia⁽¹⁾ de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra) y (2)Grupo de Epigenética del Cáncer, Navarrabiomed, Departamento de Salud-UPNA, IdiSNA, Pamplona (Navarra).

Introducción: Las pacientes con Ca de mama con receptores de estrógenos (RE+) son candidatas para tratamiento hormonal. La decisión de administrar quimioterapia adyuvante es controvertida en estadios precoces con datos clinicopatológicos contradictorios. La prueba molecular de 21 genes Oncotype DX (OT), está indicado para determinar el riesgo de recidiva (RR) y el beneficio de la quimioterapia. Comparamos factores pronóstico clínicos y patológicos que se estudian de rutina mediante inmunohistoquímica con los resultados de OT.

Material y métodos: Incluimos 55 pacientes a las que se solicitó OT entre 2014 y 2017. Todas presentan estadio precoz RE+, HER2- y N0. Se han recogido datos clínicos (edad, historia ginecológica, hábito tabáquico e IMC), y datos anatomopatológicos (RE, receptores de progesterona (RP), HER2, Ki67, grado y subtipos histológicos y fenotipos moleculares) y los resultados de OT (RR, y expresión de RE, RP y HER2). Se clasifican a las pacientes: RR Bajo (0-17), RR intermedio (18-30) y RR Alto (>31).

Resultados: La media de edad es de 53,75 años (40-74). El 54,5 % son menopáusicas, el 45,5 % fumadoras y 9,1% obesas (IMC>31). De los 55 casos, un 85,5% son carcinoma ductal infiltrante (CDI). Un 65% son de grado histológico G2, además 11 pacientes fueron RP- (<1%). El índice Ki67 medio es 18,49%. Según OT se clasificaron como RR bajo 29 (52,7%), de RR intermedio 23 (41,8%) y 3 de RR alto (5,5%)(media=18,14). Las pacientes RP- presentan mayor RR que las RP+ (23,27 vs 16,86 ; p=0,006) y también las pacientes menopáusicas (19,43 vs 16,60; p=0,03). A medida que aumenta el % de RP, disminuye RR (R.Spearman= -0,357; p=0,007). Si RP>20% la probabilidad de ser de RR Bajo es de 63,4% frente a un 21,4% si RP< 20% (Chi2=0,007). Hubo un falso negativo para RE y 3 casos dudosos para HER2. Para RP el grado de acuerdo entre ambas técnicas es bueno (Kappa= 0,75; 5 discordantes).

Conclusiones: Oncotype DX mejora la toma de decisiones en 58,2% de los casos solicitados. La baja expresión de RP es un factor de riesgo de recidiva. El grado de acuerdo para la evaluación de RE, RP y HER2 entre ambas técnicas es bueno; aunque los casos discrepantes parecen evidenciar la necesidad de más estudios prospectivos.

18:45

3007-6

IMPACTO DE LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE ANDRÓGENOS EN EL CÁNCER DE MAMA EN 296 PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE.

Legna Viguera Garrido(1), María Dolores Berenguer Romero(1), José Manuel Godínez Martínez(2), I. Rosalía Sarabia Ochoa(3), Adriana Canosa Fernández(3), Fernando Andrés Pretel(4), Carmen Cecilia Aponte Ramírez(5), María Alejandra López Zambrano(6) y Rosa Angélica Barbella(3) de (1) Residente Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General, Albacete, (2)Biobanco-Unidad de Investigación. Hospital General, Albacete, (3)FEA Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General, Albacete, (4)Unidad de Investigación. Hospital General, Albacete, (5)Efesos Consultores, Albacete y (6)Efesos Consultores, Málaga.

Introducción: En el cáncer de mama persiste interés en identificar nuevos marcadores que puedan usarse como diana terapéutica, así como factores pronóstico de la enfermedad. En este estudio hemos caracterizado la expresión de los receptores de andrógenos (RA) en pacientes con cáncer de mama y su relación con diferentes factores de significación pronóstica, en especial en los grupos triple negativo (TN) y cuádruple negativo (CN) valorando su posible impacto evolutivo y terapéutico.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con 296 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama (2014-2016) de la Provincia de Albacete. Se incluyeron: características histológicas, biológicas y clínicas. Se determinó el perfil molecular por IHC incluyendo los RA desde el diagnóstico inicial (BAG) y su influencia en el comportamiento del tumor. Para el análisis, la muestra se dividió en grupos de tumores con alta y baja expresión hormonal (punto de corte 40%).

Resultados: Del total estudiado, 89,5% eran Ca.ductales, 10,13% ca.lobulillares y el 0,3% mixto. La distribución según el perfil biológico encontrado fué: Luminales A 40.9%(n=121); Luminales B 30.7%(n= 91); CN 10.8%(n=32), Her2 8.8%(n=26), Luminales B-Her2 5.4%(n= 16) y TN 3.4%(n=10). Los RA se expresaron 73,38% del total, sobre todo en los ca.lobulillares (p<0,006) y en un 23,8% de los TN.

En las mujeres con neoadyuvancia, la expresión de RA fue significativamente mayor en las pacientes de las categorías G2-G3 con respecto a las categorías G1 y G4-G5 de Miller-Payne (p<0,017). En cuanto a la metástasis a distancia las mujeres con baja expresión de RA presentaron 3 veces más probabilidades de padecerla respecto a las de alta expresión (OR2.788) y en los casos con RA negativos, 8 veces más posibilidades de este evento que en aquellos con RA positivos (OR8.346). El análisis de supervivencia (Kaplan Mayer) evidenció que las pacientes CN vivieron 5 meses más que las TN (p valor > 0.05 / NS 0.376). Finalmente, el riesgo de muerte en las mujeres con baja expresión de RA presentó un incremento del riesgo 8 veces más que el grupo de alta expresión hormonal (OR1.0837).

Conclusiones: Los RA han demostrado tener un potencial pronóstico y, por tanto, constituir una posible alternativa terapéutica, por lo que creemos justificada su evaluación sistemática en todos los casos, especialmente en los TN y CN.

19:00

3007-7

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA MIXTO DUCTAL-LOBULILLAR DE MAMA MEDIANTE NGS.

Ana María Roldán Cabanillas(1), Juan Manuel Rosa Rosa(1), Belén Pérez-Mies(1), Susana Leskela(1), Tamara Caniego(1), Silvia González Martínez(1) y José Palacios(2) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y (2)CIBERONC, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRyCIS, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Aproximadamente un 3-5% de los carcinomas de mama tiene un patrón de infiltración mixto ductal-lobulillar. Un reciente estudio ha sugerido que el 15% de estos casos tiene un patrón mutacional sugestivo de carcinoma lobulillar, mientras que el resto serían carcinomas ductales con patrón de crecimiento de tipo lobulillar. Sin embargo, este estudio no analizó la expresión inmunohistoquímica de CDH1 ni el perfil molecular de áreas con distinto patrón de crecimiento. El objetivo del presente estudio es analizar la relación clonal de los componentes ductal y lobulillar de carcinomas infiltrantes mixtos

Métodos: Se han analizado dos áreas diferentes de cinco carcinomas mixtos seleccionados por histología y por la ausencia de expresión de CDH1 en el componente lobulillar con expresión en el componente ductal. Se ha utilizado un panel personalizado de NGS que analiza 33 genes frecuentemente mutados en cáncer de mama, mediante la técnica SureSelectQXT, que ha sido puesta a punto en nuestro laboratorio para el uso de DNA extraído de parafinas. Las genotecas se han secuenciado utilizando la plataforma Miseq en formato paired-end. Las secuencias obtenidas fueron analizadas con un pipeline desarrollado en el laboratorio.

Resultado: Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 1. En 3 casos (60%) se detectó mutación de CDH1 en el componente lobulillar. En los dos casos sin mutación detectable, la ausencia de expresión podría deberse a metilación del promotor de CDH1. En 4 de los 5 casos, no se detectaron alteraciones comunes entre ambos componentes, lo que sugiere una divergencia clonal temprana entre ambos componentes. En un caso, ambos componentes compartían la misma mutación en TP53.

Conclusiones: La mayor parte de estos casos se deben probablemente a un proceso de divergencia clonal temprana donde la mutación de CDH1 es un evento precoz. Sin embargo, este estudio demuestra que la aparición de un carcinoma lobulillar (con rasgos genotípicos y fenotípicos característicos) puede ocurrir como progresión de un carcinoma ductal en el que la mutación de CDH1 ocurre como un evento tardío, probablemente en el contexto de tumores con alta inestabilidad cromosómica, como son los portadores de mutaciones de TP53.

Financiado por ISCIII: PI13/02477, PIE15/00050, PI16/00887, FEDER CIBERONC (CB16/12/00316) y Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Resumen de la caracterización molecular de los tumores mixtos.

Sample	ARID1B	BRCA2	CDH1	ESR1	FGFR1	PIK3CA	SLFN11	STAC2	TP53	ZNF703
Pleomófico_1	del315Gly	del4082A	Q16*							
Pleomófico_2			splice_donor			E545K			R342*	S389*
Pleomófico_3			del2119AT-GAC	R259Q					Y220C	
Pleomófico_4				G160C	A131V		K507E	K302R		
Pleomófico_5			del1329C			E545K				

19:15

3007-8

REPRODUCIBILIDAD INTEROBSERVADOR DE 200 CASOS HERCEPTEST A LOS QUE SE LES HA REALIZADO LA HIBRIDACIÓN IN SITU DEL HER2.

Carlos Casterá Redal (1), Manuel González Matea(1), Adolfo Valero García(1), Marcos Martínez Benaclocha(1) y Pascual Meseguer García(1) de (1)Hospital Luis Alcanyis, Servicio de Anatomía Patológica, Xàtiva (Valencia).

Introducción: El estudio del HER2 en pacientes con carcinoma infiltrante de mama es imprescindible para una adecuada indicación terapéutica. Existe cierta controversia sobre que técnica utilizar para su valoración, sin embargo el algoritmo propuesto por las guías clínicas vigentes (ASCO/CAP 2013) propone valorarlo mediante inmunohistoquímica (IHQ), y sólo a los casos equívocos realizarles la hibridación in situ (HIS). La técnica IHQ presenta la desventaja inherente de la subjetividad inter-observador.

Objetivos: Cuantificar la reproducibilidad inter-observador en los resultados de 200 casos de Herceptest. Establecer una relación, si la hay, entre la concordancia global IHQ y el resultado de HIS. Identificar y debatir las variables que pueden influir en los valores concordancia IHQ entre observadores.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de 200 casos de carcinoma infiltrante de mama, a los que se les ha realizado el Herceptest y posteriormente la HIS del HER2 con el fin de determinar su resultado definitivo. Los 200 Herceptest han sido evaluados por distintos observadores y hemos obtenido 5 valoraciones (resultados IHQ) para cada caso, lo que suma un total de 1000 valoraciones Herceptest. Además, hemos añadido para cada uno de los casos el resultado HER2 HIS obtenido en nuestro centro de referencia por un único observador. Los 1200 resultados obtenidos se han introducido en una base de datos para su posterior análisis estadístico.

Resultados y conclusiones: Los resultados demuestran baja concordancia entre los observadores. El dato más llamativo del estudio indica que sólo en 1 de cada 3 casos se produce una concordancia total. Esto, en la práctica clínica diaria se traduce en cambios diagnósticos, en función del observador, con posibles implicaciones terapéuticas. Estos resultados nos obligan a sugerir una serie de medidas con el fin de paliar esta discordancia inter-observador: Necesidad del uso de técnicas más objetivas que permitan una mejor valoración del biomarcador HER2. Estandarizar la valoración del biomarcador tanto a nivel técnico como diagnóstico. Formar rigurosamente a los profesionales dedicados a la determinación del estado del HER2.

19:30

3007-9

CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS EN LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS TRATADOS CON ACETATO DE ULIPRISTAL

Vicente Crespo Lora(1), Nelly Cruz Viruel(2), Clara Eugenia Chamorro Santos(3), María Isabel Ruiz Ávila(3), Christine Bergeron(4) y Francisco Nogales Fernández(2) de (1)Complejo Hospitalario de Jaén, (2)Universidad de Granada, (3)Complejo Hospitalario Universitario de Granada y (4)Laboratoire CERBA, Paris (Ile-de-France).

Introducción: El acetato de ulipristal (AU) es un modulador de los receptores de progesterona, entre sus usos clínicos se encuentra el tratamiento de los leiomiomas uterinos. Se han descrito alteraciones histopatológicas en el endometrio de algunas pacientes (Progesterone Asso-

ciated Endometrial Changes- PAEC). Para demostrar su incidencia real y reversibilidad se estudian retrospectivamente las piezas quirúrgicas de las pacientes tratadas con acetato de ulipristal en los complejos hospitalarios de Granada y Jaén en los últimos 3 años.

Material y métodos: Se analizaron las piezas quirúrgicas operadas por leiomiomas uterinos, tratadas con AU en los complejos hospitalarios de Granada y Jaén entre los años 2014-2016. Se analizaron 122 piezas quirúrgicas, siendo rechazadas 22 por carecer de endometrio viable. El material fue evaluado por múltiples observadores, analizándose: endometrio cíclico/ no fisiológico, presencia de mitosis, extensión y grado de dilatación glandular, alteraciones estromales, cambios vasculares y alteraciones asociadas, correlacionados con número de ciclos recibidos de cada paciente y el lapso de tiempo desde la finalización del tratamiento hasta la operación.

Resultados: El hallazgo de mayor relevancia fue la ausencia de signos de displasia glandular, hiperplasia o adenocarcinoma endometrial. El mayor número de casos mostraba lo que hemos definido como cambios mínimos (51%), 41 casos (41%) no presentaban alteraciones histológicas iatrogénicas y sólo 8 casos (8%) presentaban alteraciones endometriales de PAEC.

Discusión: Los PAEC se presentaron en menos del 10% de los pacientes, observándose únicamente en pacientes operadas durante el tratamiento o bien en el ciclo menstrual siguiente tras su finalización. El 41% no presentaban ninguna alteración a nivel endometrial; por último, el grupo mayoritario (51%) presenta cambios histopatológicos menores, los cuales persisten tras la finalización del tratamiento, siendo el hallazgo predominante la dilatación glandular endometrial focal, seguido de edematización estromal focal.

Conclusión: Este estudio demuestra la seguridad del tratamiento con AU, ya que en ninguno de los casos analizados se evidencian signos de hiperplasia endometrial, displasia o adenocarcinoma; mostrando únicamente cambios floridos que sólo persisten durante o en el ciclo menstrual consecutivo a la finalización del tratamiento.

Tabla 1

	Sin cambios	Cambios mínimos	Cambios flóridos-PAEC	Total
< 1 mes	27	31	8	66
1-3 meses	10	15	0	25
> 3 meses	4	5	0	9
Total	41	51	8	100

Tiempo transcurrido desde el tratamiento y cambios histopatológicos.

JUEVES 25 de mayo**17:45 - 19:45 h.****AUDITORIO 3B****3007****DIGESTIVO****3008-1 MODERADORES**

Elvira González Obeso, Valladolid.

Beatriz Madrigal Rubiales, Hospital Río Hortega, Valladolid.

17:45**3008-2****FACTORES PREDICTIVOS CLÍNICOS, BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS (ANÁLISIS DE KRAS, NRAS, BRAF Y TP53 MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL ESPORÁDICO.**

Sofía del Carmen Martínez(1), José María Sayagués(2), Ruth Gervás(1), Cristina González(1), Miguel Ángel Cruz(1), Yoana Franco(1), Óscar Bengoechea(1), Luis Muñoz-Bellvis(1), María Eugenia Sarasquete(2) y María del Mar Abad(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca y (2)IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Los pacientes con cáncer colorrectal esporádico (CCR) que presentan mutaciones en los genes KRAS y NRAS no son candidatos a tratamientos con anticuerpos monoclonales. Sin embargo, el impacto pronóstico del estado mutacional de estos y otros genes de la vía de EGFR (BRAF y TP53) en la supervivencia libre de progresión (SLP) y en la supervivencia global (SG), sigue siendo controvertido. Además, se han identificado factores con influencia pronóstica, tales como el estadio o la presencia de metástasis. El objetivo de este estudio fue explorar el impacto pronóstico de dichas variables y del estado mutacional de genes implicados en la vía de EGFR.

Métodos: En 87 pacientes con CCR estudiamos prospectivamente el perfil mutacional de los genes KRAS, NRAS, PIK3CA y BRAF mediante secuenciación masiva (plataforma Illumina). Posteriormente analizamos la correlación con las características clínico-biológicas en el momento del diagnóstico y su relación con la SLP, SG y el pronóstico.

Resultados: 46 de los 87 casos (53%) mostraron mutaciones en al menos uno de los genes estudiados, siendo el gen más frecuentemente mutado TP53 (53%), seguido de KRAS (28%), BRAF (7%) y NRAS (1%). Se observaron mutaciones en KRAS con mayor frecuencia en tumores derechos ($p=0.049$), bien diferenciados ($p=0.035$) y sin invasión linfovascular ($p=0.05$). Mutaciones en BRAF se asociaron a una histología pobre o moderadamente diferenciada ($p=0.023$), carcinomatosis peritoneal ($p=0.006$) e inestabilidad de microsatélites ($p=0.007$). Las mutaciones en TP53 fueron más frecuentes en varones ($p=0.05$). Desde el punto de vista pronóstico, varias características mostraron influencia negativa, destacando el género femenino, estadios avanzados, tumores pobremente diferenciados, invasión linfovascular, invasión perineural y mutaciones en BRAF. El análisis multivariante mostró como variables independientes para predecir la SLP, el género femenino ($p=0.02$), el estadio ($p=0.002$), la invasión linfovascular ($p=0.001$) y las mutaciones de BRAF ($p=0.014$).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que tanto las mutaciones a nivel de BRAF como la presencia de invasión linfovascular en pacientes con CCR esporádico constituyen factores pronósticos adversos independientes que permiten identificar en el momento del diagnóstico grupos de pacientes con diferente riesgo de recaída.

Trabajo financiado por GRS1302/A/16.

18:00**3008-3****UTILIDAD DE KI67 EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y EL MANEJO DEL ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO.**

Nikaoly Ciriaco Cortés(1), Jordi Temprana Salvador(1), Ana Aula Olivar(1), Luisa Silva Alcoser(1), Javier Hernández Losa(2), Rosa Somoza López de Haro(2), Joaquim Balsells Valls(3), Teresa Macarulla Mercade(4), Santiago Ramón y Cajal(1) y María Teresa Salcedo Allende(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Departamento de Biología Molecular. Servicio de Anatomía Patológica, (3)Servicio de Cirugía y (4)Servicio de Oncología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

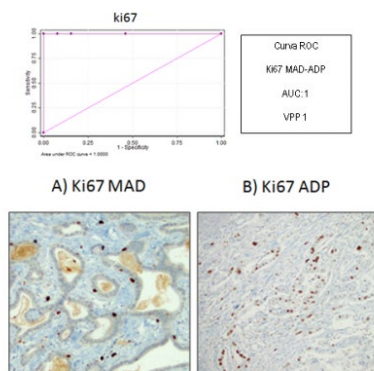


Figura 1. Resumen estudio Curva ROC para expresión de Ki67 en MAD vs ADP.

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) es un cáncer letal, con pronóstico desfavorable. Existen diversos factores pronóstico, siendo el estadio tumoral y la afectación del margen quirúrgico los más importantes. La valoración del margen quirúrgico en las piezas de resección de ADP que asienta sobre pancreatitis crónicas es un reto, ya que perdemos la referencia arquitectural y es difícil discernir entre proliferación ductal reactiva (MAD) vs ADP. El objetivo del trabajo es determinar la utilidad del marcador Ki67 al valorar la afectación del margen quirúrgico y su valor pronóstico en el ADP.

Material y métodos: Se evaluó la expresión de Ki67 en 64 casos de ADP a partir de muestras quirúrgicas y en 15 MAD de pancreatitis crónicas (PC). La expresión de Ki67 se determinó por inmunohistoquímica. Se analizó estadísticamente la asociación de Ki67 con características clinicopatológicas, supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Se realizó Curva ROC para valorar la capacidad discriminativa del Ki67.

Resultados: Se observó asociación significativa entre estadio tumoral y peor supervivencia global; afectación del margen quirúrgico a peor SG y peor SLP; ambos como factor pronóstico independiente. En relación al estudio de Ki67, se demuestra incremento significativo en la expresión a medida que disminuye grado de diferenciación tumoral. No se observó asociación significativa entre Ki67 con parámetros con valor pronóstico, presencia de mutación de KRAS o supervivencias (tabla 1). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de expresión de Ki67 entre las lesiones de MAD en PC y el ADP. Se determinó un punto de corte mayor o igual a 20 para diferenciar ambas lesiones, con valor predictivo positivo (VPP) del 100% (figura 1).

Conclusiones: 1) El marcador inmunohistoquímico Ki67 es una técnica disponible en todos los laboratorios de anatomía patológica, fácil de implantar en la práctica clínica y de valoración objetiva; 2) un valor de Ki67 mayor o igual a 20 permite discernir entre MAD y ADP, con un VPP del 100%; 3) la determinación de Ki67 puede ser útil a la hora de valorar biopsias pequeñas de páncreas en las que perdemos la orientación arquitectural, 4) y a la hora de determinar la afectación de los márgenes quirúrgicos de las piezas de resección en las que el ADP asienta sobre pancreatitis crónicas.

Resumen estudio estadístico entre Ki67 y parámetros clínico-patológicos, mutación de KRAS y supervivencias

FACTOR PRONÓSTICO	P (test Mann-Whitney)
Grado de diferenciación tumoral	0.039
Estadio	0.191
Progresión	0.924
Invasión vascular	0.320
Invasión linfática	0.541
Invasión perineural	0.110
Mutación KRAS	0.568
Supervivencia Global	0.367
Supervivencia Libre de Progresión	0.664

18:15

3008-4

ALTERACIÓN DE LA VÍA DE INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES Y EXPRESIÓN DE PDL-1 EN TUMORES NEUROENDOCRINOS INTESTINALES.

Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), Sandra Vicente Arregui(1), Nerea Torrecilla Idoipe(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Sara Simón Portero(1), María Jesús Viso Soriano(1), José Ignacio Franco Rubio(1), Samira Bakali Badesa(1), Helen Patricia Almánzar Comas(1) y Carlos Horndler Argarate(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La patogénesis de los Tumores Neuroendocrinos Intestinales (NET) no está bien conocida, implicando frecuentemente alteraciones de p53. Estudios recientes han demostrado la existencia de un grupo de carcinomas neuroendocrinos digestivos asociados a Inestabilidad de Microsatélites (IMS). Dada la alta capacidad inmunogénica de este subtipo de tumores, podría ser interesante el conocer el estado de PDL-1 de ese subtipo de tumores.

Material y métodos: Se han seleccionado los tumores neuroendocrinos de intestino delgado y grueso aparecidos en los últimos cinco años en nuestro servicio, clasificándolos según la clasificación 2010 de la OMS en Tumores Neuroendocrinos Bien Diferenciados (WDNET), Carcinomas Neuroendocrinos Pobremente Diferenciados (PDNET) y Carcinomas Adenoneuroendocrinos Mixtos (MANEC), realizándose pruebas inmunohistoquímicas para p53, IMS y PDL-1.

Resultados: Catorce casos fueron seleccionados de los cuales siete correspondían a WDNET, tres correspondían a PDNET y cuatro a MANEC, dos compuestos por adenocarcinoma y un componente neuroendocrino de alto grado y dos anfrínicos. En el estudio de p53 se observó sobre-expresión en 6 casos, no habiendo sobre-expresión en ningún WDNET. Se observó alteración en la vía de IMS en tres de ellos, un MANEC no anfrínico con alteración en MLH1-PMS2 y dos WDNET con alteración en MSH2-MSH6. Así mismo se observó en dos casos que la pérdida de expresión de la proteína MSH6 no fue concluyente (90% de pérdida de expresión). Se realizó PDL-1 en aquellos que mostraban alteración de IMS y en aquellos que tenían pérdida no concluyente de expresión de MLH6, mostrando positividad para PDL-1 con una tinción del 4% de las células en uno de los casos de tumor mixto anfrínico con dudosa pérdida de expresión de MLH6.

Conclusiones:

- Hemos encontrado en nuestra serie un 21,42 % de casos (tres de catorce) que siguen una vía de IMS en su patogenia, observándose la alteración tanto en tumores neuroendocrinos puros como en tumores adenoneuroendocrinos mixtos.
- Se observó la existencia de positividad para PDL-1 con una tinción del 4% de las células tumorales, en uno de los casos de MANEC.
- No hemos encontrado, en nuestra serie, relación entre la vía de carcinogénesis asociada a sobre-expresión de p53 y los tumores neuroendocrinos de bajo grado.

Resumen Casos y Resultados

Nº	SEXO	EDAD	Localización	Pieza	Diag	Observaciones	Ki67	IMS	PDL1	p53
1	Varón	72	Polipo yeyuno	Polipectomía	WDNET		menos 2 %	NORMAL	-	NO
2	Mujer	75	Ileon terminal	Segmentectomía	WDNET		menos 2 %	MSH2 / MSH6	NO	NO
3	Varón	82	Ileon terminal	Segmentectomía	WDNET		menos 2 %	NORMAL	NO	NO
4	Mujer	69	Ileon terminal	Segmentectomía	WDNET		menos 2%	MSH2 / MSH6	NO	NO
5	Varón	43	Polipo recto	Polipectomía	WDNET	Microcalcificaciones	menos 2%	NORMAL	-	NO
6	Varón	60	Polipo recto	Polipectomía	WDNET		menos 2 %	NORMAL	-	NO
7	Varón	60	Polipo recto	Polipectomía	WDNET		menos 2 %	NORMAL	-	NO
8	Varón	72	Colon trasverso	Segmentectomía	PDNEC	Necrosis	80%	NORMAL	-	SI
9	Varón	80	Recto	Resección Recto-Sigma	PDNEC	Post Neoadyuvancia	90%	NORMAL	-	SI
10	Varón	58	Recto	Resección ultrabaja	PDNEC	Post Neoadyuvancia	menos 2 %	NORMAL	-	NO
11	Varón	57	Sigma	Segmentectomía	MANEC	Anfícrino	50%	NORMAL	-	SI
12	Varón	79	Colon derecho	Hemicolectomía	MANEC	Anfícrino	90%	NORMAL	4%	SI
13	Mujer	73	Colon derecho	Hemicolectomía	MANEC	AdenoCa+PDNEC	90% - 60%	MLH1 / PMS2	NO	SI / SI
14	Mujer	46	Recto	Resección anterior	MANEC	AdenoCa+PDNEC	90% - 50%	NORMAL	-	SI / SI

* Pérdida de expresión de MLH6 no concluyente

18:30

3008-5

LA PÉRDIDA DE LA EXPRESIÓN DE CDX2 NO ES UN MÉTODO ÚTIL PARA DETECTAR ALTERACIONES EPIGENÉTICAS DEL GEN.

Eva Musulén(1), Anna Martínez-Cardús(2), Sebastián Morán(2), Aurelio Ariza(1), Miquel Angel Carrasco(3) y Manel Esteller(2) de (1)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), (2)Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (3)Hospital Universitari General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Antecedentes: El factor transcripcional CDX2 es un importante regulador del desarrollo intestinal y está involucrado en el cáncer colorrectal (CCR) como un gen supresor. La falta de expresión de CDX2 se ha descrito recientemente en el 4,1% de los CCR e identifica entre los estadios II y III un subgrupo con peor pronóstico.

Objetivo: Se analiza la expresión inmunohistoquímica (IHC) y la metilación de CDX2 en diferentes series de CCR para correlacionar los resultados con el pronóstico.

Materiales y métodos: Se ha estudiado la expresión de CDX2 en una serie de 100 CCR (41 mujeres/59 hombres; edad media 69 años) que incluye 36 tumores inestables MLH1 (-)/BRAF-mt y 64 estables, 15 con BRAF-mt y 49 BRAF-wt con los siguientes estadios: Tis 1, I 7, II 31, III 48 y IV 13. Para el análisis IHQ se utilizó un anticuerpo monoclonal de ratón anti-CDX2 (Dako Agilent Technologies). Se consideró la tinción negativa cuando la pérdida de expresión nuclear se observó en más del 90% de las células tumorales. En 60 de los 100 CCR se realizó también el análisis epigenético utilizando Infinity 450K beadchip (Illumina). El gen CDX2 se consideró metilado (Met) cuando el valor β promedio en las islas CpG de la zona promotora fue >50%. Se establecieron parámetros clínicos, moleculares (KRAS, BRAF, MSI, MLH1-Met) e histopatológicos y se correlacionaron estadísticamente.

Resultados: Diecisiete (17%) CCR fueron CDX2 (-) mientras que 43 CCR de los 60 estudiados (72%) fueron CDX2-Met. CDX2 (-) se correlaciona con CDX2-Met, a pesar de que casos CDX2-Met retienen la tinción (37 IHC (+) / 6 CDX2-Met; $p=0.032$). CDX2-Met fue más frecuente en tumores MSS (33/43; $p=0.000$) mientras que CDX2 (-) se observó mayoritariamente en los CCR inestables (10/17; $p=0.032$). Se observó una asociación entre CDX2-Met y una menor supervivencia en el conjunto de pacientes de pacientes con datos clínicos de supervivencia disponibles ($N=52$; $p=0.000$).

Conclusiones: Aunque en nuestro estudio la falta de expresión de CDX2 se corresponde con CDX2-Met, este mecanismo también está relacionado en casos con CDX2 (+). Aunque la metilación de CDX2 podría ser relevante como factor pronóstico en el CCR, son necesarios estudios adicionales para dilucidar la relación con la expresión proteica por IHC y, en consecuencia, su impacto clínico.

18:45

3008-6

EXPRESIÓN DEL MARCADOR DE CÉLULAS MADRES CD44 EN ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO COMO DIANA TERAPÉUTICA: ESTUDIO DE 20 CASOS.

Sebastián Umbriá Jiménez(1), Enrique Rodríguez Zarco(1), Javier Emilio Brugal Molina(2), Sofía Pereira Gallardo(1), Sara Pabón Carrasco(1), Álvaro Domingo Gutiérrez(1), Manuel Rodríguez Tellez(1) y Antonio García Escudero(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (2)Hospital de Vinalopó, Elche (Alicante).

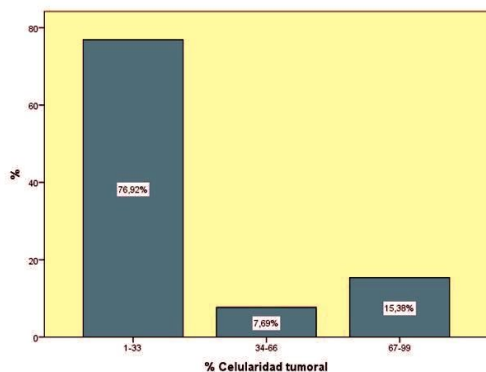


Gráfico de porcentaje de celularidad-expresión (positivos para CD44)

Introducción: Las células madres tumorales (CMT) tienen capacidad de regeneración y pluripotencialidad, que contribuye a la progresión tumoral y quimiorresistencia. Se ha propuesto que las CMT están implicadas en el pronóstico. CD44 es uno de los marcadores más utilizados en la identificación de subpoblaciones de CMT en tumores sólidos. CD44 desempeña un importante papel en el remodelamiento y degradación de matriz extracelular que facilita la migración celular, invasión y metástasis. Existen estudios recientes que correlacionan la pérdida de expresión de CD44 en pacientes con tratamiento con Sulfasalazina. El objetivo de este estudio es identificar la expresión de CD44 en adenocarcinoma de esófago tratando de proporcionar un valor pronóstico y una posible diana terapéutica.

Material y métodos: Se ha realizado estudio inmunohistoquímico con CD44 en 20 adenocarcinomas de esófago diagnosticados según criterios de la OMS. Los 20 casos corresponden a 12 piezas quirúrgicas y 8 biopsias endoscópicas. En las muestras se identificó la población tumoral, el epitelio de Barrett y las glándulas submucosas (GS). En el tejido tumoral se porcentuó la inmunorreacción a CD44 (negativo <1%, grupo I si 1-33%, grupo II si 34-66% y grupo III si 67-100%), la intensidad y la inmunorreacción con CD44. En los casos en los que se identificó la existencia de GS se valoró la inmunorreacción de CD44 en las mismas.

el patrón de tinción. En los casos en los que se identificó epitelio de Barrett se valoró la presencia o no de displasia y el grado de la misma y la inmunorreacción con CD44. En los casos en los que se identificó la existencia de GS se valoró la inmunorreacción de CD44 en las mismas.

Resultados: El 65% (13/20) de los casos de adenocarcinoma expresaron CD44 (membrana): 76,92% se clasificaron en el grupo I, 7,69% en el grupo II y 15,38% en el grupo III. Se identificó epitelio de Barrett con displasia en la mucosa adyacente al tumor en 9 casos: 4 de bajo grado (de ellos 3 positivos para CD44) y 5 de alto grado (todos positivos). Todas las GS presentaron inmunotinción positiva.

Discusión: La elevada frecuencia de expresión para CD44 en adenocarcinomas esofágicos sugiere la posibilidad de estudiar dicho anticuerpo de forma rutinaria como marcador pronóstico y predictor de respuesta terapéutica (sensibilidad a pretratamiento con sulfasalazina). La positividad para CD44 en glándulas submucosas sugiere que ésta es la localización de las células madres del esófago y posible origen del esófago de Barrett.

19:00

3008-7

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CARCINOMAS GÁSTRICOS INTERVENIDOS TRAS NEOADYUVANCIA EN EL PERÍODO 2010-2015.

Alejandra Caminoa-Lizarralde Aiza(1), Pablo Priego Jiménez(1), Federico Longo Muñoz(1), Antonia Navarro Cantero(1), Julio Galindo Álvarez(1) y Luis Cristian Perna Monroy(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinoma gástrico es la 4ª causa de muerte por cáncer en nuestro país. En muchos casos está localmente avanzado al momento del diagnóstico, por lo que la probabilidad de tratamiento curativo es una opción tras un tratamiento neoadyuvante.

Material y métodos: Analizamos de manera retrospectiva una serie consecutiva de 35 piezas quirúrgicas de gastrectomía con linfadenectomía tras neoadyuvancia entre los años 2010-2015 con evaluación de los parámetros histológicos, y su relación con supervivencia global y tiempo libre de enfermedad.

Resultados: De los 233 tumores gástricos intervenidos en este período, 40 casos fueron tras tratamiento neoadyuvante (35 resecciones oncológicas), con una distribución H/M: 18/17, y edades comprendidas entre 40-81 años (media: 65,17 años). Los estadios y pT fueron los siguientes: T0 (2), T1 (1), T2 (8), T3 (10), T4 (14). La disección ganglionar fue D1 (18 pacientes) o D2 (17 pacientes) con entre 7-71 ganglios aislados y estadios ypN: N0 (9), N1 (6), N2 (11), N3 (9). Se revisaron los grados de regresión tumoral (GRT) de todos los casos, acorde a la clasificación de Ryan.

Conclusiones: Del total de intervenciones por carcinoma gástrico, un 17% correspondieron a piezas oncológicas tras tratamiento neoadyuvante. De ellos, sólo en 2 casos (5,7%) tuvieron regresión completa, manteniendo en general un alto porcentaje de tumor residual (GRT 2 o 3). Un 40% de los casos mantuvieron un estadio localmente avanzado (ypT4). El 65% de los tumores tenían al menos un ganglio linfático afecto.

19:15

3008-8

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PROCEDENTE DE DONACIÓN EN ASISTOLIA.

María Serrano Jiménez(1), Rosa María López Irizo(1), Lourdes Gómez Izquierdo(1), Luis Miguel Marín Gómez(1), Lydia Barrera Pulido(1), Miguel Ángel Gómez Bravo(1) y Juan José Borrero Martín(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

El síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS), venulitis obliterativa de las vénulas hepáticas terminales, es una complicación muy grave del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y se asocia con un 80% de mortalidad sin tratamiento. Se ha relacionado con otras causas como el trasplante hepático (TOH) y con niveles tóxicos de tacrolimus y azatioprina.

Desde 2014, doce pacientes con SOS se evaluaron en nuestro hospital; tres posteriores a TPH, uno debido a consumo de hierbas chinas y el resto en TOH por cirrosis post-hepatitis viral (3), hepatitis autoinmune (1) y etilismo (4). Siete de estos injertos procedían de donantes en

asistolia. Se evaluaron las biopsias hepáticas por aguja post-reperfusión y posteriores en intervalos de <3 /3-6 />12 meses, para evaluar la evolución del injerto.

Los hallazgos característicos de lesión precoz del SOS clásico, aparecen en los tres primeros meses en los TOH de donantes en asistolia y toxicidad y entre 3-6 meses en los casos post TPH. El caso post-TOH tras muerte encefálica debutó al año. La evaluación posterior, mostró recuperación clínica casi en la totalidad de los casos, necesitando TIPS en uno de ellos, tratamiento con defibrotide en otro, falleciendo sólo uno de los pacientes del grupo de TOH en asistolia. La histología >12 meses mostró mínima fibrosis pericentral en el grupo no TOH y signos de rechazo celular, rechazo ductopénico y hepatitis recurrente por VHC entre los 6-12 y >12 meses de los casos post-TOH. La evaluación de las muestras post-reperfusión no aportó datos concluyentes.

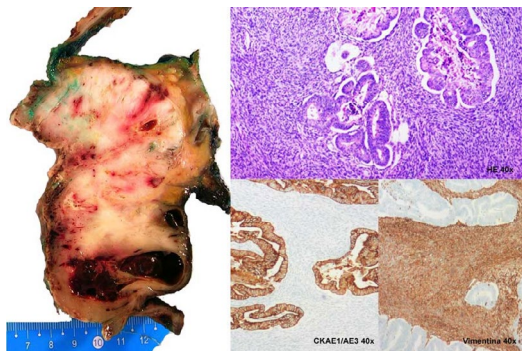
El SOS se relaciona frecuentemente con TPH y aunque se ha descrito la asociación a trasplante de órganos sólidos, la incidencia real post-TH es desconocida. Actualmente el aumento de donantes en asistolia parece que podría ser responsable de la mayor incidencia de este cuadro, ya que las células endoteliales sinusoidales son más susceptibles a los efectos de la lesión por preservación y la morfología SOS podría tratarse de un cambio "isquémico endotelial" responsable de la disfunción colestásica del injerto, generalmente con buen control clínico, aunque en casos graves puede causar la muerte. Así, el SOS es una entidad patológica compleja de etiología multifactorial, en la que se debería aplicar todos los posibles enfoques terapéuticos dirigidos a la mejora de la oclusión venular, independientemente de su etiología.

19:30

3008-9

CARCINOSARCOMA PANCREÁTICO – CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA BASADA EN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rita Carvalho(1), Catarina Araújo(1) y Antonio Lázaro(1) de (1)Serviço de Anatomia Patológica - Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa.



Descripción clínica e histopatológica de los casos publicados de carcinosarcoma pancreático.

El carcinosarcoma es una neoplasia poco común y más frecuentemente descrita en el útero. Está caracterizada histológicamente por una mezcla de elementos carcinomatosos y sarcomatosos, sin áreas de transición entre estos y con distintos perfiles inmunohistoquímicos. Los diversos análisis inmunohistoquímicos y moleculares sugieren que el carcinosarcoma es de origen monoclonal.

El caso que presentamos es el de una mujer de 64 años con un tumor localizado en la segunda porción del duodeno. El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica reveló que se trataba de una neoplasia pancreática bifásica, con un componente epitelial de adenocarcinoma moderadamente diferenciado y un componente sarcomatoso indiferenciado. El componente epitelial fue positivo para citoqueratinas (CKAE1/AE3, CK8/18, CK7, CK20) y CEA, y fue negativo para vimentina, actina del músculo liso y proteína S100. El componente sarcomatoso fue positivo para vimentina y negativo para citoqueratinas, actina del músculo liso y proteína S100. Ambos componentes fueron positivos para p53. Se clasificó esta neoplasia como carcinosarcoma.

En el seguimiento fueron detectadas metástasis hepáticas. La paciente fue propuesta para tratamiento paliativo con gemcitabina pero falleció a los 6 meses del postoperatorio. Para entender mejor esta entidad y sus características clínicas e histopatológicas, se realizó una revisión de la literatura inglesa (Pubmed) con las palabras clave "Carcinosarcoma" y "Pancreas". En esta revisión se incluyeron todos los casos que cumplían la descripción histopatológica para el diagnóstico de carcinosarcoma del páncreas y cuyos datos clínicos estaban completos. Están así descritos, además del nuestro, 18 casos: 12 en mujeres y 7 en hombres, con edades comprendidas entre 47 y 82 años.

La localización más frecuente es en la cabeza del páncreas. El perfil inmunohistoquímico es mayoritariamente positivo en el componente epitelial para citoqueratinas y CEA; y en el componente sarcomatoso para vimentina y más raramente para actina del músculo liso. Ambos componentes parecen expresar p53, lo que es consonante con los estudios que sugieren un origen monoclonal de esta neoplasia. A pesar de los pocos casos relatados, esta neoplasia presenta un mal pronóstico, con una esperanza de vida media de 7,5 meses. No hay un consenso en cuanto al tratamiento preferente.

Descripción clínica e histopatológica de los casos publicados de carcinosarcoma pancreático.

	Edad / Sexo	Localización del tumor	Componente epitelial (+)	Componente epitelial (-)	Componente sarcomatoso (+)	Componente sarcomatoso (+)	Estadio al diagnóstico	Presentación Clínica	Tratamiento	Sobrevida postop. (meses)
1. Millis, 1994	50, Mujer	Cabeza	CK	Vimentina, SMA, Desmina	Vimentina, SMA, Desmina	CK	T3N0M0*	Dolor abdominal y ictericia	Quirúrgico	3
2. Wenig, 1997	48, Mujer	Cauda	CK, EMA, CEA, CA19.9	Vimentina, SMA, S-100, Desmin, RE, RP	Vimentina, SMA, RE, RP	CK, EMA, CEA, CA19.9, Desmin, S-100	T2NxMX*	Dolor abdominal	Quirúrgico	12
3. Wenig, 1997	65, Mujer	Cauda	CK, EMA, CEA, CA19.9	Vimentina, SMA, S-100, Desmin, RE, RP	Vimentina, SMA, RE, RP	CK, EMA, CEA, CA19.9, Desmin, S-100	T3N1M1*	Dolor abdominal	Quirúrgico	9
4. Wenig, 1997	67, Hombre	Cauda	CK, EMA, CEA, CA19.9	Vimentina, SMA, S-100, Desmin, RE, RP	Vimentina, SMA, S-100	CK, EMA, CEA, CA19.9, Desmin, S-100, RE, RP	T3NxMx*	Dolor abdominal	Quirúrgico	15

	Edad / Sexo	Localización del tumor	Componente epitelial (+)	Componente epitelial (-)	Componente sarcomatoso(+)	Componente sarcomatoso(+)	Estadio al diagnóstico	Presentación Clínica	Tratamiento	Sobrevida postop. (meses)
5. Darvishian, 2002	74, Hombre	Cabeza	CK, CEA, Ki67 (43%)	Vimentina, CD68, SMA, Desmina, RE, RP	Vimentina, Ki67 (30%)	CK, CEA, CD68, SMA, Desmina, RE, RP	T3NxMx*	Trombosis venosa profunda	Quirúrgico	4#
6. Chmiel, 2005	47, Hombre	Cabeza	CK, EMA	Vimentina, SMA	Vimentina, SMA, EMA	CK	sin datos	Ictericia	Quirúrgico	sin datos
7. Barkatullah, 2005	67, Mujer	Cabeza	CK8/18	Vimentina	Vimentina	CK8/18	T2N0Mx	Dolor abdominal, CA19.9 aumentado	Quirúrgico	8
8. Bloomston, 2006	67, Mujer	Cabeza	CK7, CKAE1/AE3, Cam5.2, EMA, CEA	Vimentina	Vimentina	CK7, CKAE1/AE3, Cam5.2, EMA, CEA	T3N0M0	Nausea y vómitos, ictericia	Quirúrgico	4
9. Gelos, 2008	61, Mujer	Cabeza	CK7, CK20, Pan-CK	Vimentina; Ki67	Vimentina	CK7, CK20, Pan-CK, Ki67	T3N1Mx*	Anemia	Quirúrgico, gemcitabina	11
10. Nakano, 2008	82, Mujer	Cabeza	CK7, CKAE1/AE3	Vimentina, CK20, CEA, EMA, Desmina, SMA, S-100, CD10, p53	Vimentina, CKAE1/AE3, CD10, p53	CK7, CK20, CEA, EMA, Desmina, SMA, S-100	T3NxMx*	Dolor abdominal, anorexia, ictericia, anemia, CA19.9 aumentado	Quirúrgico	0 (MPO)
11. Shen, 2008	72, Mujer	Cabeza	CK18, EMA, Ki67 (90%)	Vimentina	Vimentina	CK18, EMA	T3NxM1*	Dolor abdominal, náuseas y vómitos,	Quirúrgico	2
12. Kim HS, 2010	48, Hombre	Cauda	Pan-CK, CK7, CK8/18, CEA, EMA, p53	Vimentina, CD34, CD68, Desmina, SMA, RE, RP	Vimentina, p53	Pan-CK, CK7, CK8/18, CEA, EMA, CD34, CD68, Desmina, SMA, RE, RP	T3NxM0*	Incidental	Quirúrgico, gemcitabina	4
13. Oymaci, 2012	66, Hombre	Cabeza	Pan-CK, CEA, p53, K-ras	Vimentina, SMA, Desmina, Miogenina, CD68, CD117, S-100, CD34	Vimentina, SMA, p53, K-ras	Pan-CK, CEA, Desmina, Miogenina, CD68, CD117, S-100, CD34	T3N1Mx*	Dolor abdominal y ictericia	Quirúrgico	sin datos
14. Zhu, 2012	53, Mujer	Cabeza	CK18, EMA	S-100, SMA	SMA	CK18, EMA, S100	T3N1Mx*	Dolor abdominal, ictericia, CA19.9 aumentado	Quirúrgico, gemcitabina, adriamicina, cisplatina	20#
15. Yao, 2013	48, Hombre	Cauda	CK18	Vimentina	Vimentina	CK18	T2NxMx*	Dolor abdominal, pérdida de peso, CA19.9 y CEA aumentados	Quirúrgico, gemcitabina	3
16. Kim HS, 2014	77, Hombre	Cabeza	Pan-CK, CK7, CK19	Vimentina, Desmina, CD34, CD117, SMA, AFP	Pan-CK, Vimentina	CK7, CK19, Desmina, CD34, CD117, SMA, AFP	T3NxM1*	Glucosa sanguínea descontrolada en paciente diabético	Gemcitabina	sin datos
17. Okamura, 2015	64, Mujer	Cauda	CK7, CKAE1/AE3, p53	Vimentina	Vimentina, p53	CK7, CKAE1/AE3	T2NxMx*	Incidental, CEA y CA19.9 aumentados	Quirúrgico	12#
18. Shi HY, 2015	74, Mujer	Cauda	CK7, CK19, CKAE1/AE3	Vimentina	Vimentina	CK7, CK19, CKAE1/AE3	T2N0M0*	Dolor y distensión abdominal; CEA y CA19.9 aumentados	Quirúrgico	sin datos
Presente caso	64, Mujer	Cabeza	CKAE1/AE3, CK8/18, CK7, CK20, CEA, CD10 p53	Vimentina, CD68, SMA, Desmina, S100	Vimentina, CD10, p53	CK, CEA, CD68, SMA, Desmina, S100	T3N0Mx	Dolor abdominal, náuseas y vómitos.	Quirúrgico, gemcitabina	6

SMA – actina del músculo liso; RE – receptores de estrógenos; RP – receptores de progesterona; AFP – alfa fetoproteína; * - según descripción histológica; # - vivo en la fecha de publicación; (MPO) - muerte postoperatoria.

JUEVES 25 de mayo**17:45 - 19:45 h.****3009****DERMATOPATOLOGÍA****SALA 6+7****3009-1 MODERADORES**

Ángel Santos Briz Terrón, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Juan José Ríos Martín, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

17:45**3009-2****REVISIÓN DE LA HISTOPATOLOGÍA DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE. BUSCANDO ALGUNA PISTA ACERCA DE SU ETIOPATOGENIA.**

Yosmar Carolina Pérez González(1), Claudia Bernárdez Guerra(2), José Luis Díaz Recuero(2), Hernán Darío Quiceno Arias(1), Mar Llamas Velasco(2) y Luis Requena Caballero(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (2)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid y (3)Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

La alopecia frontal fibrosante es un subtipo de alopecia cicatricial dentro del liquen plano pilar. Desde el punto de vista clínico la alopecia frontal fibrosante tiene un patrón específico que se caracteriza clínicamente por dar lugar al retroceso de la línea frontal de implantación capilar del cuero cabelludo y pérdida de las cejas. El objetivo de nuestro estudio fue realizar un estudio retrospectivo de las características histopatológicas de 73 pacientes con diagnóstico clínico de alopecia frontal fibrosante.

Resultados: El 100% de los casos tenía infiltrado inflamatorio linfocitario. De estos, el 66% presentó un patrón liquenoide, el 92% afectaba a dermis reticular y el 86% tenía distribución peri folicular. El 18% de las biopsias estudiadas tenía conservación de las glándulas sebáceas normales. En el 96% de los casos se observaba fibrosis dérmica, esta fibrosis se distribuía de la siguiente manera, el 82% presentaba fibrosis peri folicular y el 73% afectaba a dermis superior. En el 56% de los casos se observó eosinófilos en el infiltrado inflamatorio.

Conclusiones: Las diferencias histopatológicas entre el liquen plano pilaris y la alopecia frontal fibrosante son sutiles, se requiere realizar un estudio histopatológico comparativo entre ambos tipos de alopecias, ya que estamos ante un patrón histopatológico inflamatorio. Existen hallazgos histopatológicos que podrían contribuir a esclarecer la etiopatogenia de la enfermedad, entre ellos cabe destacar, la elastosis solar, los cambios siringoma like y la presencia de eosinófilos en el infiltrado inflamatorio.

La elastosis podría colaborar con el desenmascaramiento de autoantígenos o ser un hallazgo casual. La presencia de los eosinófilos en el infiltrado inflamatorio apoya el hecho de que se trate de un cuadro alérgico como señalan algunos autores a productos aplicados o a la presencia de demodex folliculorum, con respecto a los cambios siringoma-like algunos autores comentan que es muy característico de las alopecias cicatriciales pero en nuestros casos no es un hallazgo estadísticamente significativo.

18:00**3009-3****VALORACIÓN DE LA PÉRDIDA MONO O BIALÉLICA DEL GEN CDKN2A MEDIANTE FISH Y MLPA Y SU CORRELACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE P16 EN LAS LESIONES SPITZOIDES.**

Carolina Martínez Ciarpaglini(1), José González(1), Jaime Agustí(2), Beatriz Sánchez(1), Gema Nieto(3), Esther Álvarez(4), Liria Terrádez(4) y Carlos Monteagudo(3) de (1)Instituto de Investigación del Hospital Clínico de Valencia INCLIVA, Valencia, (2)Hospital Provincial, Castellón de la Plana, (3) Universidad de Valencia y (4)Hospital Clínico de Valencia.

Los tumores Spitzoides representan un amplio espectro de proliferaciones melanocíticas de morfología fusiforme y/o epitelioides. La mayor parte de los casos son de naturaleza benigna y una minoría presentan un comportamiento agresivo, sin embargo existe un grupo intermedio de casos cuya clasificación es aun controvertida. Ante la falta de criterios histopatológicos consistentes, en la última década se ha centrado la atención en el estudio de alteraciones genéticas para clasificar estos casos.

El presente estudio pretende analizar el estado de ambos alelos del gen CDKN2A y correlacionar dichos datos con la expresión inmunohistoquímica de su principal producto, la proteína p16, en lesiones Spitzoides (Busam, 2008). Hemos evaluado 140 nevus de Spitz (NS), 11 melanomas Spitzoides (MMS), y 19 tumores Spitzoides de potencial maligno incierto (TSPMI). Valoramos el estado del gen CDKN2A por medio de FISH y de MLPA (multiplex ligation amplification probe) en todos los MMS y los TSPMI. Hemos encontrado una significativa reducción de la expresión inmunohistoquímica de p16 en el grupo de los MMS, mientras que tanto los NS como los TSPMI mostraron una expresión similar.

Cabe destacar que en las lesiones con abundante pigmento melánico se mantenían estas diferencias, aunque la intensidad y la extensión de la inmunotinción para p16 era muy inferior con respecto a las lesiones no pigmentadas. Observamos una concordancia entre los resultados del FISH y de la MLPA en el 43% de los casos. Identificamos por MLPA una microdeleción en homocigosis del exón 2 del gen CDKN2A en 3 casos, 2 de los cuales resultaron normales en el análisis por FISH, posiblemente porque esta pequeña zona delecionada no influye en la hibridación de la sonda de FISH. Estos 3 casos mostraron además una notable pérdida de expresión de p16, lo que sugiere que esta zona del gen es importante para la expresión de la proteína. Como conclusión sostenemos que aunque la pérdida de expresión inmunohistoquímica de p16 es un dato a favor de MMS, solo se correlaciona en un 43% con pérdida en homocigosis de CDKN2A. Además, la inmunotinción debe ser interpretada con cautela en lesiones pigmentadas.

Por último, concluimos que la MLPA y el FISH son técnicas que se complementan ya que la MLPA permite identificar microdeleciones de CDKN2A que no son detectadas por FISH.

18:15

3009-4

COMPARACIÓN ENTRE LA DETERMINACIÓN DE ALK MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA Y FISH EN NEOPLASIAS MELANOCÍTICAS SPITZOIDES. ESTUDIO MULTICENTRICO.

Greissy Tibisay Vázquez Benítez(1), José Luis Rodríguez Peralto(1) y María Garrido Ruiz(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Antecedentes y objetivos: Las bases moleculares de los tumores spitzoides son poco conocidas, aunque recientemente se ha demostrado la presencia de proteínas de fusión oncogénicas en la mayoría de estos tumores. Nuestros objetivos son valorar la prevalencia de éstas proteínas de fusión, concretamente ALK, en los tumores de Spitz y comparar la expresión del perfil inmunohistoquímico con los hallazgos expresados por FISH.

Métodos: Se seleccionan casos entre 1996 y 2016 de nevus (N), melanomas (M), nevus de Spitz (NS), tumores de Spitz atípicos (TSA) y melanomas Spitzoides (MS) del Hospital 12 de Octubre, Ramón y Cajal y Hospital de Salamanca. Se recogen datos clínicos e histológicos de los pacientes. Se realiza determinación de ALK mediante inmunohistoquímica (D5F3) y se confirma con técnica de FISH en los casos positivos con inmunohistoquímica (IHQ). Se utilizó test de ANOVA y Chi2. Se consideró estadísticamente significativo un $P < 0,05$.

Resultados: Se estudian 97 casos: 20 N, 23M, 22 NS, 19 TSA y 13 MS. El 55% (n=53) eran mujeres y el 45% (n=44) hombres. La media de edad fue de 37 años (mediana: 35 años). De 54 tumores spitzoides, se demostró positividad para ALK por IHQ en un 20% (n= 11) y se confirmó con FISH en un 17% (n= 9). En los 19 TSA, el 32% (n=6) fue positivo por IHQ y el 26% (n=5) por FISH. En los 22 casos de NS, el 18% (n=4) fue positivo mediante IHQ y el 14% (n=3) con FISH. De los 13 MS el 8% (n=1) fue positivo con IHQ y FISH.

La translocación de ALK se detectó de forma predominante en pacientes jóvenes ($p=0,047$). La morfología fusiforme fue encontrada en un 26% de los casos con translocación de ALK ($p=0,0285$). Los nevus y melanomas convencionales no demostraron translocaciones del gen ALK ($p=0,0060$).

Conclusiones: Las neoplasias de tipo spitzoide son un grupo de tumores melanocíticos con características histopatológicas distintivas que son frecuentes en personas jóvenes. El 20% de nuestros casos fueron positivos para ALK con IHQ y la translocación se confirmó con FISH en todos los casos excepto en 2, en los que lo más probable es que pueda deberse a la escasa cantidad de células tumorales o fallos preanalíticos.

La translocación de ALK en neoplasias spitzoides es un hecho descubierto recientemente. Su importancia reside en que los melanomas spitzoides con translocación de ALK son susceptibles del tratamiento con Crizotinib.

18:30

3009-5

INFILTRACIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA A LINFOMAS SISTÉMICOS: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD Y DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Carlos Andrés Quimbayo Arcila(1), Beatriz Moreno Torres(1), Elena Martínez Lorenzo(2), Francisco Díaz-Crespo(1), Patrocinio Algara(1), Raquel Sánchez Simón(1), Socorro María Rodríguez Pinilla(3), Manuela Mollejo Villanueva(1), Luis Requena Caballero(4) y Carlos Santonja(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, (2)Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid y (4)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Los linfomas cutáneos tienen diferente clínica, morfología y evolución, según se trate de un linfoma primario o una infiltración secundaria por un linfoma extracutáneo. Los primarios son más frecuentes, mayormente fenotipo T, con frecuencia indolentes e insidiosos, su diseminación extracutánea es rara y generalmente buen pronóstico.

En contraste, la infiltración secundaria cutánea por un linfoma es menos frecuente, en su mayoría fenotipo B, clínicamente son más sintomáticos, con frecuencia afectan otros órganos y son de peor pronóstico.

El objetivo de este trabajo es la revisión de pacientes con infiltración cutánea por linfomas sistémicos en el Hospital Virgen de la Salud (HVS) de Toledo y en la Fundación Jiménez Díaz (FJD) de Madrid.

Material y métodos: Se han seleccionado biopsias cutáneas con diagnóstico de proceso linfoproliferativo secundario, realizado en el HVS de Toledo y la FJD de Madrid entre los años 2000 y 2016, excluyendo biopsias con diagnóstico de infiltración secundaria por LLC-B. Se han revisado historias clínicas, datos morfológicos, fenotípicos y moleculares de las biopsias cutáneas y extracutáneas disponibles.

Resultados: El diagnóstico de infiltración secundaria por linfoma se ha realizado en 55 casos:

- 41 casos linfoma B (Linfoma folicular (LF) 14, linfoma Burkitt 6, Linfoma B de células grandes 12, linfoma del manto 1, linfoma marginal 6, LB intermedio 1, linfoplasmácito 1).
- 12 casos linfoma T (angioinmunoblástico 5, linfoma T periférico 1, linfoma T/NK nasal 3, hepatoesplénico 2, linfoblástico T 1)
- 2 linfomas de Hodgkin.

La edad media ha sido 61 años (rango 15-92). El tiempo entre diagnóstico de linfoma y el de infiltración cutánea varía desde simultáneo hasta 16 años, precediendo la infiltración cutánea a la sistémica en 4 casos (LF). La clínica más habitual fue como lesión única (nódulo, placa) y la localización más frecuente en tronco (19 casos predominio linfomas B) y cabeza (16 casos, 8 de ellos LF).

Un alto porcentaje de los pacientes (46,3%) presentaron un curso evolutivo desfavorable con éxitos, recidivas o transformación del linfoma, después de un seguimiento medio de 43,7 meses (5 días-242 meses).

Conclusiones: La afectación cutánea por neoplasias linfoides representa un reto diagnóstico que requiere una correlación clínico-patológica, dada su relevancia en el pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

Título tabla: Infiltración cutánea secundaria a linfomas sistémicos, experiencia 2000-2016

Diagnóstico (Nº)	Edad/ sexo	Tiempo DX sistémico-cutáneo	Localización cutánea	Presentación clínica de las lesiones	Seguimiento (meses) Evolución de los pacientes
L.Folicular (13)	59 (41-76)	-3 meses 9 años	Cabeza:8 Espalda:2 Muslo:1	Nódulos Placas	70 (3-139) Exitus: 4/12 LBCG: 2
LBCG (12)	65(24-89)	Simultáneo 8 años	Extremidades:5 Tronco:7	Múltiples:3 único: 8	(64-204) Exitus: 6/9
L. Burkitt (6)	50 (15-92)	Simultáneo 8 meses	Cabeza:2 Tronco:3 Múltiple:1	Nódulo:4 Nódulo y placa:1	(24-29) Exitus: 2/6
L. Marginal (6)	67 (44-71)	Simultáneo 22 meses	Cabeza:1 Tronco:4 Extremidades:1	Pápula:1 Nódulo:2, placa:1 Nódulo y placas:1	(15-115) Exitus: 1/5
LBintermedio (1)	70	2 meses	Tórax/lumbar	Placa única	Sin datos desde 2015
L. Manto (1)	64 H	2 años	Umbilical	Nódulo	27, Exitus
LT AIB (5)	68 (54-84)	Simultáneos 8 años	Pierna, Cuello Cabeza, tronco y extremidades	Nódulo, Pápula Nódulo y placas:2 Placas:1	18-145 Exitus: 4/5
LT periférico (1)	49	4 años	Cabeza, tronco,	Nódulos y Placas	Exitus
L T/NK (3)	56-89	Simultáneo 10 meses	Tronco y extremidades	Nódulos y placas	16 Exitus: 1/3
LH (2)	26- 43	Simultáneo 4 meses	Axila Cabeza, tronco y extremidades	Nódulo único y Nódulos múltiples	Remisión (Sanos)
Hepatoesplénico(2)	36-71	5 meses 49 meses	Cuero cabelludo Tronco	Placa única	5 Exitus: 2/2
Linfoblástico T	25	3 semanas	Cuero cabelludo	Nódulos múltiples	Sano
Linfoplasmacítico	63	47 meses	Tronco	Placa única	Sano

18:45 3009- 6 LEISHMANIASIS CUTÁNEA. ESTUDIO CLINICOPATOLÓGICO DE 342 CASOS.

Rocío Soraya Cardozo Rocabado(1), Álvaro Castañón Deprit(1), Carmen Chicharro Gonzalo(2) y Juan C. Tardío Dovao(1) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid y (2)Centro Nacional de Microbiología - Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

La incidencia media anual de leishmaniasis notificada en España hasta 2011 fue de alrededor de 0,45 casos/100.000 habitantes. En el año 2009 comenzó un brote en el suroeste de la Comunidad de Madrid, que elevó la tasa de incidencia hasta 21,54 casos/100000 habitantes, de los que el 56% correspondían a leishmaniasis cutáneas.

Se presenta un estudio retrospectivo de 342 casos de leishmaniasis cutánea en biopsias fijadas en formol e incluidas en parafina. Se llevó a cabo microscopia óptica (MO) con tinciones de HE y Giemsa en la totalidad de los casos. En 311 se realizó PCR para leishmania. En 20 casos con detección de leishmania por PCR en los que no se visualizaron amastigotes con MO se efectuó estudio inmunohistoquímico con anticuerpo anti-CD1a (clon: EP3622) que proporciona una tinción positiva para leishmanias. Dos casos con numerosos amastigotes en HE se utilizaron como control positivo.

Los pacientes eran 185 hombres y 157 mujeres, de entre 3 y 89 años (mediana: 53). Las lesiones eran múltiples en 196 casos. 145 se localizaban en las extremidades superiores, 91 en las extremidades inferiores, 78 en la cara y 28 en el tronco. Clínicamente, 150 correspondían a pápulas/placas eritematosas de superficie lisa o descamativa sin costra, 116 a botón de Oriente, 22 a lesiones lupoides, 10 a lesiones psoriasiformes y 50 a otros tipos. El estudio microscópico mostró en todos los casos un infiltrado linfohistiocitario, con frecuentes granulomas, en su mayoría pobremente conformados, y variable número de células plasmáticas. La distribución era difusa o nodular en la dermis superficial y media. En 113 (33%) se observaron amastigotes en la MO. En 16/20 casos negativos para leishmania con tinciones habituales se identificaron amastigotes intracelulares o libres en el tejido con inmunohistoquímica. En todos casos estudiados con PCR se detectó *Leishmania infantum*.

La leishmaniasis cutánea tiene una presentación clínica polimorfa. Por el contrario, la imagen histopatológica es bastante monótona, con pequeñas variaciones en relación con el momento evolutivo. En lesiones con la morfología típica y ausencia de amastigotes en MO, la inmunohistoquímica proporcionará el diagnóstico en la gran mayoría de los casos, siendo necesaria, en aquellos que permanezcan negativos con esta técnica, la realización de PCR específica para leishmanias.

19:00

3009- 7

ALGORITMO MORFOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA CUTIS Y REVISIÓN CLÍNICA.

Mónica Bauza(1), Nohelia Rojas Ferrer(1), Astrid Herrera Rabadán(1), Empar Mayordomo Aranda(1), Paula Molés Poveda(1), Carlos Zac Romero(1), Raúl Rajadel Ramada(1), Rafael Botella Estrada(1) y Francisco José Vera Sempere(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

La leucemia cutis (LC) es una entidad rara (2-10%) de mal pronóstico. Definida por la infiltración cutánea de células leucémicas. Puede presentarse antes, durante o después de una leucemia y en cualquiera de los subtipos, siendo más frecuente en las monocíticas M5 (25-30%) y la mielomonocítica M4 (10-20%).

Objetivos: Establecer el patrón histológico e inmunohistoquímico (IHQ) de la LC y revisión clínica.

Metodología: Estudio retrospectivo de 9 casos en pacientes con diagnóstico clínico de leucemia mieloide aguda (LMA). Dos de ellos presentaban como antecedente de interés una LLA.B y un cáncer de mama. Valoración histológica de biopsias cutáneas teñidas con hematoxilina-eosina, utilizando panel IHQ y revisión clínica.

Resultados: De los 9 pacientes, 4 son mujeres y 5 hombres, con edades comprendidas entre 35 a 90 años. Todas las lesiones localizadas en tronco y extremidades. El 88,8% mostraban infiltración de la medula ósea al diagnóstico de LC. Ninguno mostraba afectación del SNC y 6 casos fallecieron en un lapso menor de 1 año tras el diagnóstico de LC. Existen dos tipos de morfología: citoplasma amplio y núcleos hipocromáticos (3 casos) y núcleos basófilos y escaso citoplasma (6 casos). Todos mostraron distribución perianexial, perivascular e intersticial en dermis e hipodermis, sin epidermotropismo, ni vasculitis. Los resultados del estudio IHQ se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: La LC tiene manifestaciones clínicas muy variables y un patrón histológico establecido. Sin embargo el estudio IHQ es una herramienta crucial y protagonista para el diagnóstico. Es por ello que debemos realizar una amplia gama de marcadores para confirmar la estirpe hematopoyética y en otros casos para determinar fenotipos mixtos o distintos a la sospecha clínica.

En nuestros casos los anticuerpos más expresados son CD45, Lisozima, HLA-DR (88,8%), CD43 (77%), Mieloperoxidasa y CD68 (66,6%). La expresión del CD99 (100%) es un dato curioso. Así como también la discordancia fenotípica de la citometría de flujo en sangre (CD34, CKIT) y la expresión de estos marcadores en las biopsias cutáneas.

Resultado de técnicas de inmunohistoquímica

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CD10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD117	-	-	-	-	+	-	-	-	-
CD15	-	+	-	-	+	-	-	-	-
CD20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD34	-	-	-	+	+	-	-	-	-
CD4	-	-	+	-	-	+	-	+	-
CD43	+	+	-	+	+	+	+	+	-
CD45(LCA)	+	+	+	+	-	+	+	+	+
CD56	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD68	+	+	+	-	-	+	+	-	+
CD79a	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD99	+	+	+	+	+	+	+	+	+
HLA-DR (alpha chain)	-	+	+	+	+	+	-	+	+
Lisozima	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Mieloperoxidasa	+	+	-	-	+	+	+	+	-
Pax5	-	-	+	-	-	-	-	-	-
TDT	-	-	-	+	-	-	-	-	-

19:15

3009- 8

VALOR DE LA MUTACIÓN DE BRAF EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MELANOMA VULVAR Y NEVUS GENITAL ATÍPICO EN PACIENTES PRE-MENOPÁUSICAS.

Noelia Pérez-Muñoz(1), Analía Elguezabal(1), Ana Mª Muñoz Mármol(2), Cristina Sanz(2), Aram Boada(2), Miguel Ángel Carrasco(1) y Mª Teresa Fernández Figueras(1) de (1)Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) y (2)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Antecedentes y objetivos: El melanoma vulvar (MV) plantea diagnóstico diferencial con el nevus genital atípico (NGA). Recientemente se ha sugerido que la existencia de mutaciones de BRAF, habitual en el NGA, permite distinguirlos del melanoma genital, que carecería de éstas. En estos estudios las pacientes con melanoma eran preferentemente postmenopáusicas, ya que este proceso es raro en pacientes jóvenes, en las que suele aparecer el NGA. El objetivo de este estudio es valorar su utilidad práctica en el diagnóstico del MV de mujeres jóvenes.

Métodos: Hemos estudiado la mutación de BRAF en 4 pacientes jóvenes (entre 18 y 36 años) con MV (2 casos) y NGA (2 casos). El diagnóstico histopatológico fue confirmado por dos dermatopatólogas. En dos muestras (1 MV y 1 NGA) se usó la plataforma COBAS para su determinación y en las otras dos pirosecuenciación.

Resultados: Se detectó mutación BRAF V600E en los dos MV y en un NGA, siendo el otro wild-type.

Conclusiones: La presencia o ausencia de mutación de BRAF V600E no es un método fiable para diferenciar MV de NGA, pese a la tendencia a un patrón mutacional y clínico diferencial, reportada en una publicación reciente (J Invest Dermatol. 2016;136:1858-65). Diversos estudios sugieren que las mutaciones de TP53 y KIT serían exclusivas de MV, mientras que BRAF y NRAS serían exclusivas de NGA, pero en estas series no se incluyen pacientes con edad inferior a 40 años o pre-menopáusicas y los resultados se expresan globalmente para vulva y vagina. Es importante recordar que el NGA no aparece en mujeres postmenopáusicas, ni en vagina y en ese grupo de población tiene poca utilidad para el diagnóstico diferencial.

Es posible que la presencia de esta mutación en nuestros dos casos esté en relación con la edad joven de las pacientes o la localización vulvar de los dos melanomas. Por ello, el estudio de mutaciones de BRAF en los MV es recomendable dadas sus implicaciones terapéuticas y pronósticas.

19:30

3009- 9

LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO PATOLÓGICO DE 13 AÑOS EN CIUDAD REAL, BASADO EN LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS REVISADA EN EL 2016.

Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Marcial García Rojo(2), Guillermo Romero Aguilera(3), Jesús González García(4), Lucía González López(4), Francisco Martín Davila(4), Margarita Delgado Portela(4), Pedro Montero Pavón(4), Fernanda Relea Calatayud(4) y Rafael López Pérez(4) de (1)Hospital General de Ciudad Real, (2)Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz, (3)Servicio de Dermatología, Hospital General de Ciudad Real y (4)Servicio de A. Patológica, Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Los linfomas cutáneos primarios (LCP) son aquellos en los que no se puede demostrar compromiso fuera de la piel en los primeros 6 meses de efectuado. Su diagnóstico es siempre un reto para el patólogo, el cual utiliza diferentes herramientas, sin embargo y probablemente la más importante es una adecuada correlación clínico-patológica.

La frecuencia y distribución de los LCP en la población española no se conoce con seguridad dado que no existen estudios publicados

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico, cuya población es la gerencia de atención integrada de Ciudad Real (328 000 hab.). Fueron incluidos los nuevos diagnósticos por biopsia entre 2003 y 2015, reevaluados usando la clasificación de tumores de tejidos linfoides y hematopoyéticos de la OMS revisada en el 2016.

Resultados: Se hallaron 74 casos. La incidencia anual tuvo un promedio de 1,73 y osciló entre 0,3 y 3,05 por 100 000 habitantes/año. La incidencia fue creciente desde el periodo 2007-2008, máxima en el 2011-2012 para luego descender ligeramente. La incidencia en varones fue de 2,35 y en los individuos mayores a 60 años de 3,85, siendo el doble de la del grupo etario de 40 a 60 años. El 80% de los LCCT y el 83% de los LCCB se hallaron en estadios precoces y de los 15 fallecidos, solo 7 de las muertes tenían relación a su LCP.

Discusión y conclusiones: En estudios publicados en EEUU y países de oriente medio, realizados con clasificaciones anteriores, la incidencia de LCP, varió entre 1,07 y 0,43 casos/100 000, habiéndose descrito un incremento de 0,5 a 1,4 al comparar periodos de 1980-82 y de 2001-2003. En nuestro estudio la incidencia es aún mayor. Las causas de éste aumento de la frecuencia se desconocen, sin embargo, el envejecimiento de la población, en países desarrollados puede contribuir.

Título tabla: Incidencia de LCP, según tipo, sexo y grupo etario.

Tipos de Linfoma	En general		Por estipe	Sexo		Grupo etario				Edad
	No.	%	%	M	F	<20	21-40	41-60	>60	Mediana
LCP	74	100		48	26	2	18	22	36	56,5
LCCT/NK	50	67,57	100	30	20	2	10	15	27	59,5
Micosis fungoides/Sd Sezary	34	45,95	68	21	13	2	4	9	19	54,5
Trastorno linfoproliferativo T CD30+	4	5,41	8	3	1	0	1	0	3	73
Papulosis linfomatoide	2	2,7	4	2	0	0	1	0	1	46

	En general		Por estipe	Sexo		Grupo etario			Edad	
LACG CD30+	2	2,7	4	1	1	0	0	0	2	73,5
TLPCPI	10	13,51	20	4	6	0	4	4	2	45,5
LCCT subcutáneo similar a paniculitis	1	1,35	2	1	0	0	1	0	0	34
L. hematodérmico	1	1,35	2	1	0	0	0	0	1	78
LCCB	24	32,43	100	18	6	0	8	7	9	52
L. de la zona marginal extranodal (MALT)	12	16,22	50	10	2	0	7	2	3	35,5
LBDCG-NOS	3	4,05	12,5	2	1	0	0	1	2	76
Linfoma centro-folicular	6	8,11	25	4	2	0	1	3	2	49
LBDCG Tp	1	1,35	4,17	0	1	0	0	0	1	89
LIV	1	1,35	4,17	1	0	0	0	0	1	68
LH	1	1,35	4,17	1	0	0	1	0	0	37

TLPCPI: Trastorno linfoproliferativo de células pequeñas e intermedias, LBDCG; Linfoma B de difuso de células grandes, Tp: Tipo pierna, LIV: linfoma intravascular, LH: Linfoma de Hodgkin.

JUEVES 25 de mayo

18:45 - 20:00 h.

SALA 5

3001

PATOLOGÍA DIGITAL

3001-1 MODERADOR

Ramiro Álvarez Alegret, Zaragoza.

18:45 3001-2 INDEXACIÓN DE DOCUMENTOS HISTÓRICOS EN PATOLOGÍA: DEL MANUSCRITO A LA APLICACIÓN WEB.

Luis Alfaro Ferreres(1), M^a José Roca Estellés(2), Carlos Pascual Roca(3) y Enrique Poblet Martínez(4) de (1)Departamento de Anatomía Patológica del Hospital NISA 9 Octubre, Valencia / Unidad de Anatomía Patológica, FISABIO Oftalmología Médica de Valencia, (2)Departamento de Anatomía Patológica del Hospital NISA 9 Octubre, Valencia / Hospital Universitario La Fe, Valencia, (3)Unidad de Informática. FISABIO Oftalmología Médica, Valencia y (4) Universidad de Murcia.

Las tecnologías de información y digitalización han permitido el manejo de documentación histórica en Patología de forma que se facilita su conservación y difusión. El diseño de sistemas de indexación de esta documentación proporciona la posibilidad de realizar búsquedas complejas y explotación avanzada de los datos.

Hemos recopilado información con valor histórico en Patología desde fuentes propias, archivos privados y libros y documentos originales así como de fuentes públicas de bibliotecas y hospitales. El primer paso ha sido la digitalización de la información con un escáner de alta velocidad Fujitsu ScanSnap 800. La información digitalizada en formato jpg para las imágenes y pdf para los textos se sometía a un reconocimiento óptico de caracteres (OCR), para permitir la búsqueda por términos, con el software del escáner y con el OCR de Adobe Acrobat XI.

Usamos 4 sistemas de indexación y presentación de la información sobre aplicaciones web: (1) Tablas HTML con búsquedas sencillas por caracteres con codificación JavaScript. (2) Búsquedas en colecciones de documentos pdf a partir del sistema de búsqueda avanzado de Adobe Acrobat. (3) Tipue Search un motor de búsqueda de páginas web con consultas que generan dinámicamente listados con la información que cumple los criterios de búsqueda. (4) Generación automatizada de índices de términos contenidos en la documentación para facilitar búsquedas complejas de fuentes diferentes, con JS Offline Search.

La documentación recopilada está disponible en páginas web distribuida por áreas temáticas y los motores de búsqueda permiten la recuperación de la información, presentando tablas con enlaces a los documentos, e iconos enlazados a las fotografías originales. Los sistemas empleados tienen baja complejidad técnica y su mantenimiento lo pueden realizar patólogos con una pequeña formación en tecnologías de información y no requieren personal especializado en programación.

La sencillez del acceso a la información a través de internet y la realización de búsquedas avanzadas nos ha permitido sacar a la luz documentos antiguos, libros descatalogados e imágenes, que corrían riesgo de perderse y resultaban inaccesibles en sus ubicaciones anteriores. La organización del sistema digital facilita la incorporación de nuevas fuentes documentales antiguas e históricas y consigue la conservación de un patrimonio en incalculable valor.

19:00 3001-3 BANCOS DE IMÁGENES DIGITALES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. METODOLOGÍA Y APLICACIONES.

M^a José Roca Estellés(1), Luis Alfaro Ferreres(2) y Carlos Pascual Roca(3) de (1)Departamento de Patología del Hospital NISA 9 Octubre de Valencia / Hospital Universitario La Fe, Valencia, (2)Departamento de Patología del Hospital NISA 9 Octubre de Valencia / Unidad de Anatomía Patológica. FISABIO Oftalmología Médica, Valencia y (3)Unidad de Informática. FISABIO Oftalmología Médica, Valencia.

Introducción: El uso de imágenes digitales en Patología se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Sin embargo, los sistemas de información habituales no permiten explotar de manera eficiente esta información. Nuestra institución ha acumulado en la última década un archivo de 300.000 imágenes macro y microscópicas. Incluyen el registro de todos los especímenes macroscópicos recibidos y también la documentación iconográfica de imágenes microscópicas de todos los casos estudiados que a su vez son incluidas en los informes anatomopatológicos definitivos. Para gestionar esta información hemos diseñado un sistema web basado en formularios de consulta sobre una base de datos.

Material y métodos: Nuestras imágenes se archivan en directorios Windows y para agilizar su manejo, se generan imágenes en miniatura con un tamaño en torno a 10 kB. Se archivan con el número de biopsia o citología y una extensión que indica el orden dentro de cada muestra y el tipo de imagen de inmunohistoquímica. La base de datos general se exporta a un formato MySQL conservando los criterios que se usarán en las búsquedas. Las consultas a esta base de datos se realizan a partir de formularios generados en Java y ello se integra en un entorno de páginas web de manera que el acceso puede realizarse a través de Internet. Se establece un sistema de seguridad basado en usuario y contraseña con ficheros .htaccess del propio servidor web.

Resultados: Las imágenes resultan accesibles de una manera rápida con una presentación en formato de páginas web que incluyen los iconos de las imágenes que cumplen de los criterios de búsqueda, y que están enlazadas a la imagen original a alta resolución. Las imágenes se categorizan en función de su diagnóstico, su topografía, o limitándolas a macro o microscópicas o a cualquiera de los criterios de la base de datos.

Conclusiones: El funcionamiento del banco de imágenes ha resultado de gran valor en el ámbito docente aplicado a estudiantes universitarios

de grado de Medicina y a técnicos de Anatomía Patológica especialmente en su aprendizaje de macroscopía y tallado. En la práctica asistencial, la revisión inmediata de estudios previos complementa la visión de informe con toda la documentación gráfica, y los casos complejos pueden ser evaluados con la comparación iconográfica de toda la documentación histórica almacenada en la base de datos.

19:15 3001-4 EXPRESIÓN Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE OCT4 EN NEUROBLASTOMA.

Ezequiel Monferrer Garzarán(1), Ana Pilar Berbegall Beltrán(1), M^a Teresa Blanquer Maceiras(1), Samuel Navarro Fos(2) y Rosa Noguera Salvá(2) de (1)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología/INCLIVA, Universidad de Valencia y (2)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología/INCLIVA, Universidad de Valencia; CIBER de Cáncer (CIBERONC), Madrid.

Antecedentes: El neuroblastoma (NB) es un tumor pediátrico que se origina de las células embrionarias de la cresta neural que precisa de nuevos biomarcadores de estratificación y/o dianas terapéuticas. El factor de transcripción 4 de unión a octámero (Oct4), esencial para el desarrollo embrionario, se ha asociado a la tumorigénesis y agresividad tumoral ya que interviene en el mantenimiento de la pluripotencia celular. En NB, pese a que su expresión se vincula al fenotipo de célula madre tumoral, su significado clínico es desconocido.

Objetivos: Determinar la utilidad de la expresión de Oct4 como factor pronóstico en la clasificación pretratamiento del NB.

Métodos: Se analizó la expresión de Oct4 (Novus Biologicals) en 365 NB incluidos en micromatrices de tejido. Se valoró la expresión nuclear con una intensidad alta en el porcentaje celular subjetivamente y mediante el software Panoramic Viewer de forma objetiva. Se estudió la asociación de la expresión de Oct4 con diferentes factores pronósticos en NB: edad, estadio, histopatología, y presencia de alteraciones cromosómicas típicas (ganancias de 1q, 2p, 17q y delección de los brazos 1p, 3p, 4p y 11q) así como su correlación con la supervivencia global y libre de evento (significatividad estadística con p-valor <0,05).

Resultados: 117 muestras (32%) presentaban entre 1 y 870 células Oct4 positivas, entre ellas 16 de los 39 NB indiferenciados (41%) y 83 de los 218 NB pobremente diferenciados (38%). Ningún ganglioneuroma (17 casos) presentó células positivas. Se encontró una asociación entre los NB con una cantidad alta de células (>460) que expresaban Oct4 y edad (mayor de 18 meses), amplificación del oncogén MYCN y presencia de alteraciones cromosómicas típicas. La expresión en una alta cantidad de células se correlacionó con una supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 60,4%, frente al 80,2% con una expresión baja de Oct4 (p=0,033).

Conclusión: Es necesario validar los resultados negativos en una mayor cohorte de NB. La expresión de Oct4 en una cantidad alta de células tumorales es un factor pronóstico adverso.

Financiación: FIS (PI14/01008), RTICC (RD12/0036/0020) y CIBERONC (CB16/12/00484), Instituto Carlos III & FEDER.

19:30 3001-5 UTILIDAD DE LA DIGITALIZACIÓN EN LA CAPTURA Y ANÁLISIS DE HIBRIDACIÓN IN SITU FLUORESCENTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL MAR EN LA DETERMINACIÓN DE REORDENAMIENTOS DEL GEN ALK.

Sergi Clavé Safont(1), Raquel Carrasco Romo(1), Carme Melero Vilella(1), María Rodríguez Rivera(1), Anna Puiggros Metje(1), Lara Pijuán Andújar(1), Francesc Alameda Quittlet(1), Marta Salido Galeote(1) y Blanca Espinet Solà(1) de (1)Servicio de Patología, Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La determinación de reordenamientos del gen ALK en cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) es imprescindible en la rutina diagnóstica. El análisis mediante hibridación in situ fluorescente (FISH) es una técnica robusta incorporada con éxito en la práctica habitual del laboratorio de citogenética. Recientemente han surgido nuevas tecnologías de automatización y digitalización de imágenes para la valoración de los resultados de FISH. El objetivo fue validar una plataforma de escaneado y análisis automatizado de preparaciones.

Métodos: De forma retrospectiva, se seleccionaron 65 casos de CPCNP hibridados con la sonda ALK break-apart (Abbott Molecular) y analizados previamente de forma manual. Entre ellos, 13 casos eran reordenados (cinco con patrón típico de reordenamiento y ocho con patrón atípico con señales 3'ALK aisladas) y 52 no reordenados (49 con ganancias y tres disómicos). Todos los casos se reanalizaron de forma automatizada con la plataforma GSL-120 y el software CytoVision (Leica Biosystems). Los casos se clasificaron según el patrón de FISH mediante la generación de una plantilla (categorías: reordenado, ganancia o disómico) y se contabilizó el tiempo total de análisis y el número de células valorables por caso.

Resultados: Se observó una concordancia entre el resultado de FISH manual y automatizado del 71% (46/65). Once casos automatizados fueron no valorables por ausencia de señales FISH en las imágenes, debido a autofluorescencia de fibras de colágeno y acúmulos de mucina. Los ocho casos restantes no concordantes fueron categorizados de forma incorrecta (ganancia/disómico) por la plantilla de clasificación automática debido a señales de fluorescencia inespecíficas. Aun así, ninguno de los casos fue clasificado de forma discordante entre reordenados y no reordenados. El tiempo medio de análisis por caso fue de 28 minutos y la media de células valorables de 250. El coeficiente de correlación global para el porcentaje de células positivas entre el resultado manual y el automatizado fue de 0,978.

Conclusiones: La tecnología de escaneado y análisis automatizado es superponible a la valoración manual de reordenamientos del gen ALK por FISH. Aun así, la presencia de estructuras propias del tejido pulmonar que emiten autofluorescencia, enmascara las señales de la sonda e imposibilitan la correcta valoración automatizada.

VIERNES 26 de mayo**08:00 - 09:30 h.****SALA 3+4****7024****CITOLOGÍA. POSTER DISCUTIDO EN SALA****7024-1 MODERADORES.**

Domingo de Agustín Vázquez, Madrid. Francesc Alameda Quítllet, Hospital del Mar, Barcelona.

08:00 7024- 2 DETERMINACIÓN DE MUTACIONES DE EGFR EN MATERIAL CITÓLOGICO. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS EN UNA SERIE DE 250 CASOS.

Alejandro Brito García(1), Emilio González Arnay(1), Ángel Nazco Dero(1), Yamilet Quintero Quintero(1), Isabel González Villa(1), Sonia García Hernández(1), María del Carmen Martín Corriente(1), Candelaria García Castro(1) y Eduardo Salido Ruiz(1) de (1)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)

Un 15-20% de los carcinomas pulmonares de célula pequeña (CPCNP) presentan mutaciones de EGFR, mostrando sensibilidad para fármacos inhibidores de la tirosina quinasa. El 70-80% de los pacientes con CPCNP son diagnosticados en fases tardías. En muchos casos, la citología es el único material disponible para la realización de test moleculares. Presentamos los resultados de mutaciones de EGFR obtenidos en una serie de 250 casos de citologías de nuestro hospital.

La serie incluye diferentes muestras citológicas de variada procedencia. Los principales criterios de inclusión para la realización de las pruebas fueron las recomendaciones SEAP y SEOM para el estudio de biomarcadores en el CPCNP avanzado (años 2011 y 2014). De todas ellas se extrajo ADN. La concentración media fue de 77,4 ng. El porcentaje medio de células tumorales presentes en el material procesado fue de un 51%. El análisis de las mutaciones se llevó a cabo en un sistema automatizado de PCR en tiempo real. El tiempo medio de respuesta fue de 5 días laborables.

De los 250 casos, 241 fueron válidos, 8 inválidos y 1 no concluyente. 45 de ellos presentaron mutaciones (19% del total), siendo las más frecuentes y relevantes desde el punto de vista clínico, las más detectadas: delección del exón 19 (58%) y mutación L858R del exón 21 (27%). El 78% de las mutaciones se observaron en mujeres. Si tenemos en cuenta el hábito tabáquico, el 71% de los mutados fueron no fumadores (ambos sexos).

Las mujeres constituyeron el 88% de este grupo. La media de edad fue algo mayor en el grupo de mujeres mutadas (71 años vs 66 años en los hombres). El 84% de todos los casos se diagnosticaron en estadios avanzados (III-IV). Este mismo porcentaje se observó en el grupo con mutaciones. El subtipo citológico más común fue el adenocarcinoma (ADC) (84% del total, 96% de los mutados). Se identificó alteración en dos carcinomas escamosos (confirmados por biopsia). Un dato importante: por diferentes razones, en el grupo total de pacientes y en el grupo solo de mutados, un 69% careció de material histológico para realización de la prueba.

La supervivencia media varió entre 16 meses (mutados) y 10 meses (no mutados).

La citología es útil para conocer el estado mutacional de EGFR. En muchos casos es el único material disponible. Nuestra serie corrobora la mayor frecuencia de mutaciones de EGFR en mujeres, no fumadoras y en el ADC.

08:05 7024- 3 BENEFICIOS DE LA FOTOGRAFÍA MICROSCÓPICA EN LA MEJORA DEL DIAGNÓSTICO EN LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Borja Gallardo Sanz(1), Luis Alfaro Ferreres(1), Maribel Domínguez Recobert(1) y M. Carmen Huart Peris(2) de (1)Hospital 9 Octubre - Gesnou, S.A., Valencia y (2)Hospital Virgen del Consuelo, Valencia

Estudiaremos la importancia y beneficios de la realización sistemática de fotografías microscópicas en todas las citologías ginecológicas

Métodos utilizados: preparaciones de citología ginecológica convencional triple toma, las fotografías se realizan con una cámara Panasonic Lumix GF7, con una resolución de 16 Megapíxeles y un microcopio Olympus BX50 para realizar una fotografía de cada una de las muestras, escogiendo la zona más representativa.

Una vez recibida la citología triple toma, se registra y teñida correctamente con la tinción de Papanicolau, se realiza una visualización completa de la muestra. Se emite un diagnóstico y buscamos el campo más representativo, donde todos los criterios morfológicos del diagnóstico dado se cumplan. Todos los informes que realizamos incluyen una fotografía microscópica. Al realizar una media de 1000 fotografías microscópicas mensuales, al cabo de todos estos años, se ha generado una gran colección de imágenes tanto normales como patológicas. Gracias a esta gran colección se puede formar a otros técnicos en el campo de la citología. +Al llevar todos los informes un fotografía facilita mucho la tarea a la hora de revisar informes previos, sin tener la necesidad de revisar la citología previa. También facilita enormemente la consulta de las zonas más dudosas de la preparación de manera online sin necesidad de tener que estar en el mismo laboratorio de la persona a quien quieras consultar.

Con la realización de unas 1000 fotografías al mes, comprobamos que la búsqueda y elección de la zona que cumpla todos los criterios morfológicos, favorece la elección del diagnóstico más acertado, facilita la consulta sobre dudas del caso y la revisión de citologías previas.

08:10

7024- 4

APORTACIÓN DEL BLOQUE CELULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MEDIASTÍNICAS MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN GUIADA POR EBUS.

Rubén Darío García Ángel(1), Ana Núñez(2), Manuela Simón Matías(1), Rosalía Sarabia Ochoa(1), Roberto Vera Beron(1), Patricia López(2) y Jesús Jiménez(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete

Introducción: Describir la contribución del bloque celular (BC) obtenido a través de la punción aspiración (PAAF), en el diagnóstico de lesiones mediastínicas mediante ultrasonografía endobronquial (EBUS).

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional sobre la aportación del BC en las muestras de PAAF guiada por EBUS realizadas en nuestra Unidad de Endoscopia Respiratoria desde enero 2012 a diciembre 2015. Se realizó evaluación in situ (ROSE) y se procesaron muestras en citología convencional (CC), medio líquido y BC. Se revisaron los diagnósticos de estudios anatomopatológicos, inmunohistoquímicos, moleculares, citometría de flujo y microbiológicos en BC, analizando la información adicional obtenida.

Resultados: Durante el periodo se realizaron 274 procedimientos. La edad media de los pacientes fue de 62,5 años y el 76,6% fueron hombres. Se obtuvo muestra válida en 264 (96,4%). Pudo procesarse BC en 64 pacientes. Se observaron resultados positivos para malignidad en 38 casos (59,4%): 31 (48,4%) metástasis ganglionar de carcinoma broncogénico; 7 (11%) de neoplasia extrapulmonar. De los 26 casos benignos, 6 se diagnosticaron de granulomatosis y 2 de patología tiroidea. Sobre los BC se realizaron 30 estudios inmunohistoquímicos y 3 moleculares. En 25% de los casos benignos y 57,8% de malignos, el BC aportó información relevante: información adicional inmunohistoquímica y diagnóstico específico en 5 malignos no tipificados previamente con CC.

Conclusiones: El procesamiento del BC en las muestras obtenidas por PAAF-EBUS aporta información relevante en cerca de la mitad los casos. Permite establecer diagnóstico definitivo en lesiones benignas y malignas, así como orientar terapias individualizadas según la biología molecular.

08:15

7024- 5

EL EBUS EN MEDIO LÍQUIDO: BENEFICIOS PARA EL PACIENTE.

Sofía Martín Lardies(1), Damaris Coy Aldana(1), Gisela Piscila Pascual Latorre(1), Laura Hombria Laviña(1), Sandra Vicente Arregui(1), David Casorran López(1), José Ignacio Franco Rubio(1), María Jesús Viso Soriano(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1) y Ramiro Álvarez Alegret(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El EBUS en medio líquido nos permite estadificar de forma rápida el cáncer de pulmón pudiendo llegar a obtener material sólido (bloque celular) para poder realizar estudios posteriores en parafina.

Materiales y métodos:

-Cytorich.

-Megacámara para medio líquido.

-Citocentrífuga.

La muestra es remitida, por el servicio de ecobronoscopias, en un tubo de Falcon que contiene 5 ml de cytorich. Se procesa como intraoperatoria añadiendo en la megacámara una cantidad representativa de la muestra junto a 1 ml de cytorich. Se centrifuga y se realiza una tinción rápida de hematoxilina eosina. Si se observa material sólido se reserva para bloque celular. El patólogo recibe el material de EBUS en citología líquida en unos cinco minutos desde la llegada de la muestra a la Unidad de Citología del Servicio, tiempo óptimo para valorar el material y comunicar el resultado a la Unidad de Bronoscopias, que nos remite la muestra urgente, como si se tratase de un estudio intraoperatorio.

Resultados: La técnica viene realizándose desde el año 2011, en que sustituyó a la metodología clásica de extensiones en portas, y hasta la fecha se ha realizado en 721 pacientes procesándose 2883 muestras en total. Las ventajas frente al EBUS convencional en portas ya extendidos son obvias:

- Óptima conservación de la muestra (un sólo portaobjetos de citología líquida por muestra frente a varios/múltiples en la citología convencional).
- Posterior realización de técnicas de inmunohistoquímica con la muestra líquida restante, tanto en la propia citología líquida como en el frecuente bloque celular generado.
- Con la obtención de material sólido en parafina se pueden realizar estudios inmunohistoquímicos e incluso de patología molecular (biomarcadores de pulmón como mutaciones de EGFR, traslocaciones ALK y ROS1,...) que ayudarán a decidir el mejor plan de tratamiento en el contexto de una Medicina Personalizada.

Conclusión: El paciente se beneficia al contar con un diagnóstico más preciso y ampliado sin necesidad de volver a ser intervenido.

08:20

7024- 6

UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN GUIADA POR EBUS EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES.

Rubén Darío García Ángel(1), Manuela Simón Matías(1), Roberto Vera Beron(1), Rosalía Sarabia Ochoa(1), Ana Núñez(2), Jesús Jiménez(2) y Pablo León Atance(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Neumología y (3)Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: Conocer la utilidad de la punción aspiración con aguja fina mediante ultrasonografía endobronquial (EBUS) lineal en el estudio de enfermedad granulomatosa (EG) en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio descriptivo de todos los pacientes consecutivos a los que se realizó EBUS lineal por adenopatías mediastínicas y/o hiliares con diagnóstico final de EG por EBUS y/o cirugía desde enero 2012 a diciembre 2015. Del total de 274 EBUS, se incluyeron 33 pacientes, todos ellos con TAC de torax y PET en 45,5%. Se realizó análisis citológico in situ (ROSE).

Resultados: Los 33 pacientes con EG fueron 45,5% en varones con edad media $55,4 \pm 14,4$ años (26,84). Además de adenopatías, 12 (36,4%) tenían patrón micronodular en TC y broncoscopia no diagnóstica. Antecedentes: en 1 caso exposición a polvos inorgánicos, 9 neoplasia (24,3% sólido, 3% linfoma), 4 otras inmunodeficiencias (12,1%). Se puncionaron 37 regiones (59% subcarinal), tamaño medio $1,4 \pm 0,5$ cm (0,7-2,5) y SUV $5,3 \pm 2,7$ (2,10-9). No se registraron complicaciones. La sospecha inicial fue en 51,5% sarcoidosis, 42,4% malignidad (linfoproliferativo 21,2%, pulmón 3%, colon 3%, ovario 6%, mama 9%), 3% TBC, 3% neumoconiosis.

Los diagnósticos finales fueron:

- a) Sarcoidosis en 25 casos: (en 11, con infiltrado intersticial, 1 atelectasia). Procedimiento final USEB en 22, en otros 3 con punción USEB compatible con ganglio reactivo-inflamatorio se diagnosticó sarcoidosis por cirugía (1 VATS, 2 mediastinoscopia), sensibilidad 88% ;
- b) Infeccioso: tuberculosis en 4 sin infiltrados con broncoscopia previa negativa (cultivo adenopatía BAAR y citología granulomas), 3 aspergilosis (cultivo adenopatía);
- c) Silicosis en 1.

Conclusiones:

- 1) La USEB con punción aspirativa es una técnica muy útil y segura para confirmar la sospecha clínico-radiológica de enfermedad granulomatosa, evitando en muchos casos la realización de técnicas más invasivas.
- 2) Los antecedentes y positividad del PET hacían sospechar malignidad en el 42% de los casos.

08:25

7024- 7

UTILIDAD DE P16/KI67 PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO Y VIRUS PAPILOMA HUMANO. SEGUIMIENTO EN EL ÁREA II DE SALUD DE CARTAGENA DURANTE UN PERIODO DE 4 AÑOS.

Ana Laura Martín Rodríguez(1), Sara Soto García(1), Ana Buendía Alcaraz(2), Ana Ortiz González(3), Sebastián Ortiz Reina(3), Ana Isabel Coll Martínez(1), Josefa Alfocea Sánchez(1) y Ana Belén Díaz Turpín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia).

Introducción: Existen un gran número de estudios publicados con resultados favorables sobre la utilidad de P16INK4a/Ki67 para el cribado del cáncer de cérvix en citologías diagnosticadas de ASCUS y LSIL.

Objetivos: Evaluar mediante citología en base líquida y seguimiento a lo largo de cuatro años la sensibilidad y especificidad de P16INK4a/Ki67 para la detección de HSIL e infección por HPV (alto riesgo) y HPVBR (bajo riesgo), valorando además la proporción de los diferentes genotipos de HPV y los porcentajes de negativización en cada grupo hasta la fecha estudiada.

Material y métodos: Se seleccionaron del servicio de Anatomía Patológica aquellas citologías diagnosticadas de ASCUS, LSIL o HSIL entre septiembre de 2012 y septiembre de 2013, a las que se les realizó simultáneamente la detección de HPV con genotipado (16, 18, otros HPVBR y HPVBR) y técnica dual P16INK4a/Ki67, obteniéndose una muestra de 152 casos pertenecientes a mujeres con edades comprendidas entre 21 y 67 años. Se realizó su seguimiento hasta septiembre de 2016 mediante sucesivos frotis ginecológicos, detección y genotipado de HPV, biopsias y piezas quirúrgicas (piezas de conización e histerectomía).

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS (versión 21.0) considerando $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: 99 de los 152 casos presentaron infección por HPV. 32 de ellas fueron HPV 16 + (32'32%), 6 HPV 18 + (6'06%), 16 HPVBR + (16'16%) y 76 HPVBR + (76'8%). De 27 casos no se obtuvieron datos.

El 67'32% negativizaron durante el seguimiento:

- 14 (43'75%) del grupo HPV 16 +, con $p > 0'05$.
- 4 (66'7%) del grupo HPV 18 +, con $p > 0'05$.
- 46 (60'53%) del grupo HPVBR +, con $p > 0'05$.
- 4 (25%) del grupo HPVBR, con $p = 0'01$.

La edad media de las mujeres del grupo HPV + era 36'4 años y de 41'47 para el grupo HPV - ($p = 0'013$).

La sensibilidad y especificidad observadas para P16INK4a/Ki67 en la predicción de HSIL resultaron del 61% en ambos casos, y del 54% y 77% respectivamente para la detección de infección por HPV.

Conclusiones:

- Los genotipos de HPV más frecuentemente observados en nuestro área fueron aquéllos de alto riesgo distintos al 16 y 18.
- HPV 18 obtuvo la mayor tasa de negativizaciones.
- La técnica dual P16INK4a/Ki67 presentó una baja sensibilidad en nuestro medio, siendo de dudosa utilidad práctica. Se propone un plan de mejora.

Tabla de resultados de la técnica dual P16INK4a/Ki67

	HPV				LESIÓN DE ALTO GRADO				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Dual+	54	81'8%	12	18'2%	25	37'9%	40	60'6%	66	43'42%
Dual -	45	52'4%	41	47'7%	16	18'6%	62	72'1%	86	56,58%
TOTAL	99	65'1%	53	34'9%	41	27%	102	67'1%	152	100%

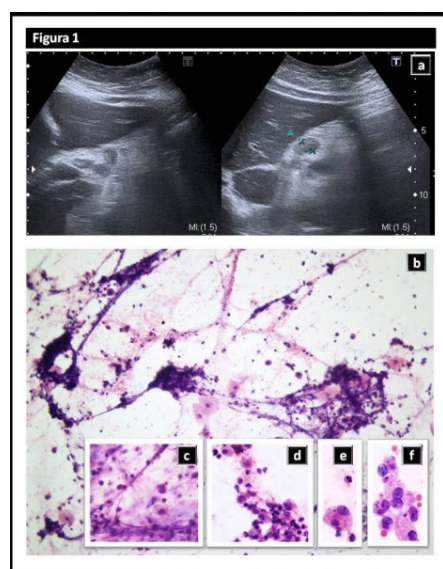
Leyenda tabla: En la tabla se refleja el número y porcentaje de mujeres con infección por HPV y evolución a HSIL en relación a los resultados obtenidos de la técnica dual P16INK4a/Ki67.

08:30

7024- 8

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. DIAGNÓSTICO DE LINFADENITIS GRANULOMATOSA POR BARTONELLA MEDIANTE PAAF TRANSGÁSTRICA ECOENDOSCÓPICA CON CITOPATÓLOGO EN LA SALA DE PUNCIÓN.

Héctor Enrique Torres Rivas(1), Luis Manuel Fernández Fernández(1), Gustavo Pérez Álvarez(1) y Ana Belén Dávila Lemos(2) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y (2)Complejo Asistencial Universitario, León.



Linfadenitis granulomatosa.

Introducción: Dentro del espectro de las linfadenitis granulomatosas, debemos tener muy en cuenta la infección por Bartonella, cuyo cuadro clínico de presentación usual se manifiesta por adenopatías de localización superficial, fiebre y malestar general, con el antecedente previo del arañazo de gato.

Caso clínico: Mujer de 66 años, quien vive en medio rural en contacto con animales, y presenta fiebre de 12 días de evolución, dolor abdominal y malestar general, sin foco infeccioso aparente. Se pauta tratamiento sintomático, sin mejoría de su cuadro clínico, por lo que se decide hospitalización para estudio de fiebre de origen desconocido. Se realiza estudio ecográfico abdominal, en el que se objetivan múltiples adenopatías, la mayor de ellas de 12mm, próximas al hilio hepático y la cabeza del páncreas (fig.1a), planteándose el diagnóstico diferencial entre síndrome linfoproliferativo vs proceso inflamatorio/infeccioso. Se decide realizar PAAF transgástrica ecoendoscópica (EUS) de los ganglios linfáticos mencionados.

Estudio anatomopatológico y microbiológico: Con el citopatólogo en la sala de EUS, se efectúa evaluación in situ (ROSE) de la muestra obtenida. En los extendidos citológicos de la PAAF se observó un fondo sucio – inflamatorio (fig.1b), con abundantes polimorfonucleares y linfocitos de pequeño tamaño y maduros (fig.1c,d), con numerosas células macrofágicas de aspecto epitelioides, formando pequeños granulomas (fig.1e,f). Ante el diagnóstico citológico de linfadenitis granulomatosa abscesificada, se decide enviar material al servicio de Microbiología, con determinación positiva de Bartonella sp. por PCR.

Discusión y conclusiones: Aunque el cuadro clínico de presentación de la paciente antes mencionada no es el característico (sin adenopatías superficiales, ni el antecedente claro de arañazo de gato), en el diagnóstico diferencial de una linfadenitis granulomatosa, independientemente de su localización, siempre debemos tener en cuenta los agentes etiológicos infecciosos más frecuentes. El diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato en muestras obtenidas por punción de adenopatías abdominales por PAAF-EUS es anecdótico, con muy escasas referencias en la literatura científica. La presencia del citopatólogo en la sala de EUS y la ROSE permiten mejorar la gestión de la muestra y la precisión del diagnóstico.

08:35

7024- 9

PAAF DE GANGLIO AXILAR EN METÁSTASIS DE CARCINOMA LOBULILAR DE MAMA.

Alba Zanca Càlix(1), Eva Mancebo Marco(1), Isabel Català Costa(1), Raúl Ortega Martínez(2), Anna Maria Petit Montserrat(1), Carmen Vidal Lancis(3), Noémie Travier(3), Núria Baixeras González(1), Eider Rodiño Díaz(1) y María Elisa López Bua(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Servicio de Radiodiagnóstico, Hospitalet del Llobregat (Barcelona) y (3)Programa de Prevención y Control de Cáncer, Institut Català d'Oncologia, Barcelona.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de metástasis de carcinoma lobulillar de mama en ganglio es difícil debido al tamaño y morfología celular. El objetivo es analizar el rendimiento de la Punción Aspiración de Aguja Fina (PAAF) y de los hallazgos ecográficos de ganglios axilares en pacientes con carcinoma lobulillar de mama.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 46 casos recogidos entre los años 2011-2016 de carcinoma lobulillar de mama con PAAF axilar guiada por ecografía; correlación con OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) y/o biopsia (Bx).

Diagnósticos citológicos: insuficiente, benigno, sospechoso y carcinoma.

Hallazgos ecográficos: sospecha moderada y sospecha alta.

Diagnósticos OSNA/Bx: benigno, micrometástasis y macrometástasis.

PAAF's teñidas con DiffQuick y Papanicolaou; 15 casos con Bloque Celular; en 5 casos se realizaron técnicas de Inmunohistoquímica.

Cálculo de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) de la citología y de la ecografía (eco). Test de concordancia (coeficiente kappa de Cohen) entre citología-eco, citología-bx y eco-bx.

Resultados:

Citología-Bx:

Citología negativa; OSNA/Bx negativa: 9 casos

Citología negativa; OSNA/Bx positiva: 10 casos

Citología sospechosa de malignidad; OSNA/Bx positiva: 6 casos

Citología positiva; OSNA/Bx negativa: 1 caso

Citología positiva; OSNA/Bx positiva: 17 casos

Citología insuficiente para diagnósticos: 3 casos

Eco-Bx:

Eco sospecha alta; OSNA/BX positiva: 26 casos

Eco sospecha alta; OSNA/BX negativa: 1 caso

Eco sospecha moderada; OSNA/BX negativa: 9 casos

Eco sospecha moderada; OSNA/BX positiva: 10 casos

Citología-eco:

Citología positiva; eco sospecha alta: 23 casos

Citología positiva; eco sospecha moderada: 1 caso

Citología negativa; eco sospecha moderada: 17 casos

Citología negativa; eco sospecha alta: 2 casos

PAAF: Sensibilidad de 64%, especificidad de 90%, VPP 96%, VPN 41%. Concordancia PAAF-Bx de 70%

Eco: Sensibilidad de 72%, especificidad de 90%, VPP 96% y VPN 47%. Concordancia eco y bx 76%.

Coeficiente Kappa entre Citología-Eco de 89%.

Conclusiones: La citología y la ecografía axilar tienen resultados muy semejantes en la detección de metástasis axilares en casos de carcinoma lobulillar de mama (micro-macrometástasis) con una alta especificidad pero una baja sensibilidad entre el 64-72%.

La concordancia entre ambas pruebas diagnósticas es muy elevada (89%).

08:40

7024- 10

PENSANDO EN MYCOBACTERIUM. UN VIEJO DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE PAAF A TENER EN CUENTA, EN UNA NUEVA ERA EPIDEMIOLÓGICA.

Héctor Enrique Torres Rivas(1), Luis Manuel Fernández Fernández(1), Ana Belén Dávila Lemos(2) y Nuria Zapico Ortiz(1) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y (2)Complejo Asistencial Universitario, León

Introducción: A pesar de los avances en el ámbito sanitario, la infección por Mycobacterias sigue siendo hoy en día una de las más prevalentes, con una incidencia con tendencia a la alza, condicionada entre otros aspectos por la implantación de nuevos medicamentos inmunosupresores y el aumento de la esperanza de vida, y por ende mayor susceptibilidad a procesos infecciosos.

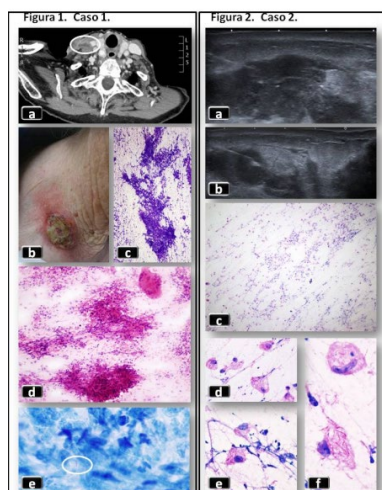
Presentación de Casos:

Caso 1. Mujer de 86 años, quien presenta cuadro clínico de 1 mes, caracterizado por anemia, pérdida de peso, sudoración nocturna y lesión nodular en región supraclavicular derecha.

Caso 2. Mujer de 22 años, con antecedente de fibrosis quística, diabetes mellitus y trasplante pulmonar, quien presenta nódulo de reciente aparición en mama derecha, sin otro signo de flogosis.

Estudio Rx y Anatomopatológico:

Caso 1: TAC: Adenopatía en rango y aspecto patológico en región supraclavicular derecha con aumento de planos blandos adyacentes y burbuja de aire atípica en su interior (fig.1a). La adenopatía se ulcera (escrófula) (fig.1b) Se realiza PAAF, observando un fondo hiper celular, con numerosos granulomas y células gigantes multinucleadas (fig.1c,d). Con la tinción de Ziehl Neelsen (ZN)(fig.e) se objetivan escasos bacilos ácido alcohol resistentes. Positividad para M. tuberculosis en el cultivo microbiológico.



Diagnóstico precoz mediante PAAF de infección por *Mycobacterias*

Caso 2: ECO: Nódulo de bordes mal definidos, heterogéneo, de 34x14mm, ubicado en cuadrante inferointerno de mama derecha, sugestivo de proceso inflamatorio/infeccioso (fig.2a,b). Se realiza PAAF, apreciando en los extendidos citológicos un fondo sucio, con abundante infiltrado inflamatorio mixto, y numerosos macrófagos (fig.2c), visualizando innumerables bacilos con la tinción de ZN (fig.2d,e,f). El cultivo microbiológico reveló que se trataba de un *M. abscessus*.

Discusión y conclusiones: Lejos de ser un agente infeccioso erradicado, la infección por *Mycobacterias* está muy en boga en tiempos actuales, sobre todo si tenemos en cuenta estados que comprometen el sistema inmune como el envejecimiento de la población (caso1), o tratamientos inmunomoduladores (caso2).

Contamos con herramientas sencillas y poco costosas, como la PAAF, que nos permiten efectuar diagnósticos precisos. En ambos casos expuestos, además de la sospecha clínica, el procedimiento de PAAF fue esencial para realizar una aproximación diagnóstica rápida, e instaurar un tratamiento precoz.

08:45

7024- 11

DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOSARCOMA DE LA ARTERIA PULMONAR MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN POR AGUJA FINA TRANSBRONQUIAL OBTENIDA POR ECO-BRONCOSCOPÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mónica Bauza(1), Vicent Martínez i Còzar(1), Carlos Zac Romero(1), Ticiano Pablo Guastella(1), Luis Manuel Scavino Pinto(1), Astrid Herrera Rabadán(1), Daniel Felipe Riaño Alarcón(1), Mireya Prieto Rodríguez(1) y María José Artés Martínez(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Los sarcomas de arteria pulmonar son entidades raras. El más común es el sarcoma intimal seguido por el leiomiosarcoma. Esta entidad se debe sospechar en pacientes con tromboembolismo crónico, especialmente si no mejora con anticoagulantes.

Usualmente son diagnosticados en piezas quirúrgicas o en estudio post mortem, habiendo pocos casos reportados en la literatura de su diagnóstico por punción aspiración con aguja fina transbronquial (PAAF) por eco broncoscopia (EBUS).

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 58 años de edad que ingresa por empeoramiento de tromboembolismo crónico de 3 meses de evolución. Se realizan estudios paraclínicos observándose masa infiltrante que ocupa la arteria pulmonar izquierda por lo que se realiza PAAF transbronquial por EBUS.

De las muestras obtenidas se realizan extensiones (en seco y fijadas en alcohol), disolución en cytolyt y bloque celular. Para las extensiones en seco se utiliza la tinción de Diff Quick, y en el material fijado en alcohol y cytolyt, la tinción de Papanicolaou.

El bloque celular se procesa como material: histológico obteniendo secciones para tinción de hematoxilina-eosina y técnicas de inmunohistoquímica.

El estudio de la muestra revela, sobre un fondo hemático, grupos cohesivos, en ocasiones de disposición fascicular, y células aisladas. Las células muestran núcleos ovalados y fusiformes con moderado pleomorfismo. Las técnicas de inmunohistoquímica muestran inmunorreactividad de la celularidad neoplásica frente a vimentina, actina de músculo liso y desmina y negatividad frente a CK AE1/3, p63, TTF1, pS100, HMB45 y MyoD1.

Con estos resultados el diagnóstico emitido fue leiomiosarcoma.

Conclusión: La PAAF transbronquial por EBUS es una técnica útil y poco invasiva que permite el diagnóstico de diversas patologías torácicas. Aunque hay pocos casos reportados, también es útil en el diagnóstico de patologías vasculares pudiéndose usar en el diagnóstico de los tumores mesenquimales de vasos pulmonares como lo es el leiomiosarcoma de la arteria pulmonar.

08:50

7024- 12

DETERMINACIÓN DE SV40 EN CITOLOGÍA DE ORINA EN MEDIO LÍQUIDO.

Ricardo Suárez Pardo(1), Beatriz Martín Alcántara(1), José Ignacio Cornejo Ladrero(1), Francisco Javier Sánchez García(1) y Alicia Cazorla Jiménez(1) de (1) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Quirónsalud, Madrid.

Introducción: El BK virus pertenece a la familia de los Poliomavirus que produce infección en humanos mayoritariamente de forma asintomática. Se calcula que el 80% de los adultos están infectados por él. En pacientes inmunodeprimidos puede reactivarse produciendo Nefropatía y rechazo en pacientes con trasplante renal. Produce cambios citopáticos virales en células uroteliales detectables en citología de orina. Dichos cambios pueden objetivarse en pacientes no inmunodeprimidos y se relaciona con el Carcinoma urotelial

Objetivos: Detección de infección por Poliomavirus en citologías de orina con cambios citopáticos virales con SV40. Reclasificación diagnóstica según Clasificación de Paris. Valoración de la evolución clínica.

Material y métodos: Se revisan 63 citologías de orina de 59 pacientes (55 hombres y 4 mujeres) con edades entre 37 y 96 años (media 68 años) seleccionadas por mostrar cambios citopáticos virales. Se realiza estudio inmunocitoquímico (ICQ) para detección de SV40. De las 63 muestras, 15 tenían antecedentes de Carcinoma urotelial. 32 de las muestras (50.8%) fueron inicialmente diagnosticadas como Negativas para malignidad, 29 (46%) como Atipia urotelial de significado incierto (AUS) y 2 (3.2%) como Sospechosas de malignidad.

Resultados: Se detecta SV40 en 41 de las muestras (65.1%), siendo 4 casos no valorables y los restantes 18 (28.6%) negativos. De las citologías negativas se expresó en 23 casos (71.9%), de las AUS en 18 (62.1%) y de las sospechosas de malignidad fue siempre negativo. Tras reclasificar el diagnóstico según la Clasificación de Paris se incrementó el número de citologías negativas a 50 muestras (79.4%).

En cuanto a la evolución no hay seguimiento de 15 casos; de los restantes están descritas lesiones sospechosas pendientes de biopsia en 9 (14.3%). De esos casos, 3 muestras habían quedado reclasificadas como benignas por positividad en SV40.

Conclusiones: La detección de SV40 por ICQ muestra incidencia mayor a la esperada, estando presente en pacientes sin inmunosupresión ni sintomatología específica. Su detección es importante para no sobrediagnosticar displasia urotelial. Reclasificar dichos casos como muestras negativas es un tema controvertido, ya que en ocasiones dichos pacientes desarrollan lesiones uroteliales, por lo que estudios posteriores con mayor tiempo de seguimiento y número de pacientes son necesarios.

08:55

7024- 13

CITOLOGÍA ANAL Y DETERMINACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUESTRAS ANALES: ESTUDIO COMPARATIVO SEGÚN EL MÉTODO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.

Tamara Terrón Zapata(1), María Cruz García Díaz(1), Isabel Català Costa(1), Núria Baixeras González(1), Rosa María Campos de Pablo(1), Loris Trenti(1), Ana Silva Martos(1), Elisabet Urrea Marcos(1), Montserrat Torres Hortal(2) y Beatriz Quirós Blasco(2) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (2)Institut Català d'Oncologia, Barcelona.

Introducción: La relación entre la infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) y el carcinoma anal está ampliamente documentada. La detección precoz de lesiones preneoplásicas se realiza mediante citología anal y técnicas para la determinación de HPV. La toma anal se realizaba con un cepillo pero en el último año se ha sustituido por una torunda de dacron que es menos cruenta para el paciente y permite la realización de anoscopia y biopsia en el mismo acto.

Objetivo: Comparar los resultados citológicos y de estudio de HPV de las muestras obtenidas mediante cepillo y torunda de dacron y comprobar si el método de recogida condiciona los resultados.

Material y métodos: Estudio de 78 muestras anales de pacientes homosexuales HIV+ (39 con cepillo y 39 con torunda de dacron) recogidas desde abril de 2015 hasta enero de 2017. Se realizó citología líquida y estudio de HPV mediante Captura de híbridos (CH) y Linear Array (LA).

El estudio citológico incluyó la presencia/ausencia de células glandulares rectales y el diagnóstico de lesiones preneoplásicas.

Para el cálculo de las diferencias estadísticamente significativas se ha utilizado el test de Chi cuadrado y el test de Fisher.

Resultados: Muestras recogidas con cepillo: 39, presencia de glandulares en 35 y ausencia en 4. Muestras con torunda de dacron: 39, presencia de células glandulares en 18 y ausencia en 21. 90% de presencia de células glandulares en muestras realizadas con cepillo y sólo 48% en las recogidas con torunda de dacron (p 0.031).

Diagnóstico citológico en muestras recogidas con cepillo: Benigno:18, ASCUS:9, L-SIL:7, ASC-H:1 y H-SIL:4.

Diagnóstico citológico en muestras recogidas con torunda de dacron: Benigno:18, ASCUS:13, L-SIL:4, y H-SIL:4.

Detección de HPV (ver tabla).

Conclusiones: Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de células glandulares entre los dos métodos de recogida.

Existen diferencias significativas respecto a la positividad detectada con LA entre muestras recogidas con cepillo y muestras recogidas con torunda. La positividad para HPV es más baja cuando las muestras se recogen con torunda, tanto si se analiza la muestra con LA como con CH.

En la distribución del diagnóstico citológico no se aprecian diferencias entre los dos métodos de recogida. La presencia de células glandulares no parece afectar al diagnóstico.

Resultados detección HPV

	Cepillo	Dacron	
Captura de Híbridos	Positivo	21	12
	Negativo	18	27
Linear Array	Positivo	33	24
	Negativo	6	15

09:00 7024- 14 CONTROL DE CALIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE HPV.

Francisco Alameda Quitllet(1), Miguel Ángel Carrasco(2), Francesc Treserra(3), Merce Muset(1), Beatriz Bellosillo Paricio(1), I. Kopsteva(2) y Belén Lloveras Rubio(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona, (2)Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) y (3)Clínica Quirón, Barcelona.

Introducción: El Test de HPV es el test que presenta mayor sensibilidad para ser utilizado para cribado de cáncer de cérvix. El Cobas 4800 es un test aprobado por la FDA para cribado de cáncer de cérvix. Se recomiendan, y son necesarios, controles de calidad de los distintos test. Uno de los métodos es el intercambio de muestras entre distintos hospitales que usen el mismo método, con objeto de efectuar un control de calidad externo.

Presentamos los resultados del control de calidad efectuado entre tres Hospitales que usan el Cobas 4800.

Material y métodos: Los tres Hospitales participantes escogieron 30 casos, 10 con positividad en ciclos inferiores al 35, 10 con positividad entre los ciclos 36 y 40 y 10 casos negativos. Se efectuó un intercambio a modo de rueda, comparando resultados entre dos hospitales.

Resultados: La concordancia en negativos fue del 100%. La concordancia en positivos en ciclo inferior o igual al 35, fue del 100%; La concordancia en positivos en ciclo superior al 35, fue del 88.3%. Por tipos de virus, la concordancia en HPV 16 y 18 fue del 100%. La concordancia en HPV de alto riesgo no 16 no 18 fue del 88.3%.

Conclusiones: El cobas 4800 muestra una excelente concordancia interlaboratorio, tanto en negativos como en HPV 16 y 18. Los casos discordantes se sitúan siempre en la zona "gris" (Positivización en ciclo superior al 35), y en casos de HPV de alto riesgo no 16 no 18.

09:05 7024- 15 ¿ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO DE LINFOMA ANAPLÁSICO ALK POSITIVO MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marta Colmenar Uribe(1), Judit Blavi Torres(1), Yolanda Rodríguez Díez(1), Susana Celaya Ibáñez(1), Susana Ubalde Rizos(1), Carmela Iglesias Felip(1), Josep Castellví Vives(1), Francisco García Fouz(1), Santiago Ramón y Cajal Agüeros(1) y Carme Dinarès Fernández(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducción: El linfoma anaplásico de células grandes (LACG)ALK positivo es un linfoma de células T que expresa CD30. Más frecuente en varones, representa 3% de los linfomas No Hodgkin en adultos y 20% en niños. De presentación ganglionar y extranodal y pronóstico favorable.

Casa clínico: Paciente de 63 años con síndrome adenopático y masa pretraqueal que provoca estenosis y estridor inspiratorio. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de ganglio supraclavicular izquierdo.

Examen citológico: Extensiones hemáticas con cuerpos linfoglandulares, linfocitos maduros y abundantes células atípicas sueltas, grandes, con escaso citoplasma basófilo y pleomorfismo nuclear (arriñonados, en "donut" y binucleados), cromatina granular y nucleolos prominentes. Perfil inmunohistoquímico: CD45, vimentina, CD30 y ALK positivos, CKAE1/AE3 y TTF-1 negativos. Resultado citometría de flujo: población linfocitoide B policlonal.

Diagnóstico Compatible con LACG ALK positivo.

Discusión: El LACG, tiene distintas variantes morfológicas: clásica, linfocitocítica, célula pequeña, hodgkiniana, sarcomatoide y mixta, planteando un amplio diagnóstico diferencial: linfoma de Hodgkin, tumores de partes blandas (sarcomas), carcinomas indiferenciados y metastásicos, melanomas, tumores germinales y linfoma de células grandes B.

Su diagnóstico precisa de una combinación de criterios. Morfológicamente la presencia de las células "clave" (como las de nuestro caso), los cuerpos linfoglandulares y el componente linfocitario maduro pueden orientarlo. Con técnicas adicionales se confirma. Mediante inmunohistoquímica se demuestra expresión CD30 (+) en todos los casos y de proteína ALK (determinante como factor pronóstico)(60-85% de los casos). La fusión de los genes NPM-ALK (t(2;5) (p23;q35)) se observa con citogenética (70-80% de los casos). El estudio molecular demuestra clonalidad de los reordenamientos de los genes TCR. La citometría de flujo puede ser policlonal. El estudio quirúrgico de la adenopatía fue concordante con el diagnóstico citológico.

Conclusiones: La PAAF es un método sencillo, inocuo y efectivo permitiendo el diagnóstico de muchas entidades y también el LACG.

La experiencia del citopatólogo es importante en la orientación diagnóstica, y el manejo de la muestra para la elección y realización de técnicas adicionales.

09:10 7024- 16 LINFOMA B FOLICULAR CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN PAAF DE PÁNCREAS.

Francisco Javier Sánchez García(1), Cristina Serrano del Castillo(1), Carlos Santonja Garriga(1), Alicia Cazorla Jiménez(1), José Ángel Merino García(1) y José Ignacio Cornejo Ladrero(1) de (1)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 63 que consulta por dolor abdominal y síndrome constitucional.

Se realiza una ultrasonografía endoscópica (USE) observándose en cabeza pancreática, una masa de aspecto sólido, heterogénea, hipoeogénica, de bordes mal definidos, de 45 x 39 mm.

Materiales y métodos: Se realiza PAAF con aguja de 19G de la lesión, con control presencial por parte del patólogo.

La PAAF es informada como: fondo hemático con abundante infiltrado linfocitoide polimorfo dispuesto en células sueltas y grupos. Las células son

pequeñas y medianas de contorno nuclear irregular, algunas con núcleo claro y nucléolo patente, otras de núcleo hipercromático sin nucléolo. Se identifican frecuentes vacuolas intracitoplasmáticas ópticamente vacías, que rechazan el núcleo a la periferia dando una morfología en "anillo de sello". Ésta población expresa CD20, CD10, BCL2 y BCL6, siendo negativas para ciclina D1. Se acompañan de un infiltrado CD3 positivo.

El resultado del material remitido para citometría de flujo fue: infiltración por un proceso linfoproliferativo B, compatible con LNH-B folicular como primera opción diagnóstica. El diagnóstico definitivo, tras el análisis citológico e inmunohistoquímico, fue de Linfoma B folicular con células en anillo de sello.

Discusión y conclusiones: Los linfomas de células en anillo de sello son extremadamente raros, la mayor parte se han descrito en ganglio linfáticos aunque pueden darse en cualquier localización anatómica.

Citológicamente se presentan como células linfoides de pequeño/mediano tamaño, dispuestas de forma suelta o en grupos discohesivos, con núcleos elongados, retorcidos o escindidos, con ribete citoplasmático claro o eosinófilo y vacuolización intracitoplasmática. El diagnóstico diferencial principal, debe hacerse con metástasis de carcinoma (más comúnmente de estómago).

En la actualidad la USE es la técnica de imagen más sensible para detección y diagnóstico de masas sólidas pancreáticas. Siendo la aspiración con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica una técnica segura, fácil, mínimamente invasiva y de precisión en el diagnóstico de neoplasias malignas pancreáticas. Si bien, el diagnóstico de síndromes linfoproliferativos en material de punción supone un reto diagnóstico, la USE-PAAF con control, es un procedimiento eficaz y seguro, pudiendo evitar laparotomías innecesarias.

09:15 7024- 17 CARCINOMA MICROCÍTICO PRIMARIO DE PARÓTIDA.

Ana Caso Viesca(1), Cristina Díaz del Arco(1), Luis Ortega Medina(1), Mónica Negueruela López(1), Jorge Palomar Ramos(1), Guillermo Jesús García Diego(1) y M^a Jesús Fernández Aceñero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El carcinoma de célula pequeña (oat cell) primario parotídeo es muy poco frecuente y representa solo 2,5-5% de todos los carcinomas de células pequeñas. La forma primaria de glándulas salivales es más frecuente en parótida; representa el 1,1% de los tumores malignos de glándulas salivales mayores y el 0,3% del total de tumores de glándulas salivales mayores. Es una de las neoplasias de peor pronóstico, aunque es más favorable que los microcíticos de otras localizaciones.

Presentación de un caso: Mujer de 30 años consultó por una masa parotídea izquierda de rápido crecimiento en los últimos dos meses. La ecografía mostraba una masa de 2,5 x 3 cm y adenopatías cervicales ipsilaterales de aspecto maligno. Se realizó PAAF con control ecográfico de la que se obtuvieron 2 DQ y 2 PAP. El diagnóstico fue carcinoma de células pequeñas. La masa duplicó su tamaño en una semana y produjo invasión del facial, por lo que de cara al tratamiento y dada la rareza del diagnóstico, se obtuvo una biopsia, que confirmó el diagnóstico. La paciente recibió QT (carboplatino + etopósido) y RT. En el primer control PER-TC tras tratamiento se observa respuesta completa del tumor intraparotídeo, persistiendo las adenopatías aunque con menor tamaño y no se objetivaron metástasis en otras localizaciones. La paciente se encuentra actualmente en control y sigue viva y libre de enfermedad a los 7 meses.

Discusión: El carcinoma de células pequeñas parotídeo es uno de los tumores primarios de glándula salival con peor pronóstico. La edad media de aparición de estos tumores es de 64 años y es más frecuente en hombre que en mujeres. Los factores predictores de mal pronóstico son: edad, metástasis a distancia y tamaño tumoral; siendo este último predictor de mortalidad..

En otro estudio se ha observado que es más frecuente la invasión de ganglios linfáticos (50% de los casos) que las metástasis a distancia (41,7% de los casos; principalmente a cerebro, hígado, pulmón y hueso).

Conclusión: Se presenta un caso muy poco frecuente de carcinoma microcítico primario de parótida diagnosticado mediante PAAF, herramienta útil para el manejo de los casos no quirúrgicos.

09:20 7024- 18 PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL NÓDULO TIROIDEO: EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS DURANTE UN PERIODO DE 6 AÑOS, EN EL HOSPITAL DE VALME.

Lucía Molina Jiménez(1), Francisco Campoy Balbontín(2), Rubén Martínez Castillo(1), Frida Mejía-Izaguirre(1), Helber Daniel de Celis Rodríguez(1), Pilar Jurdo Escamez(1), Antonio Robles Frías(1), Antonio Félix Conde Martín(1), Juan Manuel López Garrido(1) y Rafael C. Martínez García(1) de (1)UGC de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ntra. Sra de Valme, Sevilla.

Introducción: La prevalencia de las lesiones nodulares de tiroides es alta. Una minoría de estos son palpables, y del total, entre un 5% y un 7% son malignos. El manejo del nódulo tiroideo requiere un abordaje multidisciplinar, en el que la punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un elemento central, siendo fundamentales la evaluación ecográfica, la técnica de la obtención de muestra y la correcta interpretación del material citológico. Describimos una serie de 2.623 PAAF de tiroides con correlación cito-histológica y hallazgos ecográficos.

Pacientes y métodos: Los pacientes fueron seleccionados para PAAF según el riesgo de malignidad en base a las clasificación TIRADS. Los casos con características ecográficas de benignidad (TIRADS 2) fueron valorados mediante seguimiento según protocolo. Los casos con características sospechosas (TIRADS 3 en adelante) fueron tributarios de PAAF. Se revisaron los diagnósticos de PAAF y posterior estudio histológicos de lesiones nodulares de tiroides. Todos los diagnósticos citológicos fueron codificados según la clasificación de Bethesda. Posteriormente se revisaron los diagnósticos histológicos de los casos tributarios de cirugía.

Resultados: Entre 2010 y marzo de 2016 se realizaron un total de 2.623 PAAF de tiroides. En 206 piezas quirúrgicas de tiroides con PAAF previa encontramos un diagnóstico de malignidad, generalmente carcinomas papilares. Por categorías, un 9% de los casos clasificados por PAAF como T3 resultaron ser malignos. En las categorías T4, T5 y T6, terminaron con diagnóstico histológico de malignidad el 30%, el 60% y el 99%, respectivamente.

Conclusiones: A lo largo de los años, observamos en nuestra área sanitaria un incremento en la proporción de las categorías T3 a T6 con respecto a T2, debido a la mejor selección de pacientes tributarios de PAAF en base a criterios clínicos y ecográficos. En las categorías T3 a T6, el riesgo de malignidad observado en nuestra serie se encuentra dentro de los límites estimados para las distintas categorías diagnósticas de la clasificación de Bethesda. La correcta selección de los casos tributarios de PAAF, y la adecuada interpretación de los hallazgos de la PAAF son cruciales en el manejo eficiente del nódulo tiroideo.

09:25

7024- 19

DEL CYTOSPIN A LA CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO EN LA CITOLOGÍA URINARIA. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CORRELACIÓN CITOHISTOLÓGICA DE AMBAS TÉCNICAS EN 60 CASOS SOSPECHOSOS O POSITIVOS.

Raquel Dolz Gaitón(1), Patricia Pose Lapausa(1), Natalia Camarasa Lillo(1), José Miguel Pérez Gadea(1) y Virginia Cortes Vizcaíno(1) de (1)Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

La citología urinaria es una técnica que resulta de gran utilidad para el cribado y seguimiento del carcinoma urotelial, sobre todo para los de alto grado. Nuestro objetivo es evaluar la correlación citohistológica comparando dicha correlación entre muestras procesadas mediante cytospin y citología en medio líquido (CML), técnica recientemente implantada en nuestro servicio.

Entre noviembre del año 2014 y julio del año 2016 se localizaron dentro del pool de 4826 citologías registradas como cribado de cáncer, 60 casos de citologías con diagnóstico de "sospechosa" o "positiva" para carcinoma urotelial (30 cytospin y 30 CML). Dado que se hicieron 2-3 citologías consecutivas por paciente, se tomó en cuenta la de peor diagnóstico de cada serie y además se desestimaron las citologías sin biopsia posterior. La búsqueda de los casos, así como de los diagnósticos de las citologías y las biopsias se efectuaron con el programa Patwin v.4.6.3.10, y los datos de los casos se procesaron con Excel v.14.1.0.

De los 30 casos de cytospin, 24 (80%) correspondían a positivos y 6 (20%) a sospechosos. Los casos positivos resultaron en biopsias positivas en un 54%, displasias en un 8% y negativos en un 38%. De los casos sospechosos nos encontramos con un 83% de biopsias positivas y un 17% de displasias, sin ninguna biopsia negativa. Considerando ambos (positivos y sospechosos) la sensibilidad es de un 70% para cytospin.

Entre los 30 casos de citologías procesadas con CML, encontramos 15 casos con resultado de sospechoso y 15 con resultado positivo. En los casos sospechosos se confirmó, en sus biopsias, carcinoma en el 80% y en el 20% no se detectó presencia de malignidad; no hubo casos de displasia. De los casos con citología positiva, el 74% fueron carcinomas en la biopsia, 13% fueron displasias y el 13% fueron negativos. Considerando ambos (positivos y sospechosos) la sensibilidad es del 83% para la CML.

Podemos concluir que ambas técnicas de procesamiento presentan una buena correlación diagnóstica con la biopsia, teniendo la técnica de CML una mayor sensibilidad para detectar carcinomas uroteliales. En cuanto a la detección de carcinomas, los resultados han sido mejores para los de alto grado que para los de bajo grado en ambas técnicas. Como debilidad de ambas técnicas cabe destacar la presencia de un porcentaje de falsos positivos no despreciable.

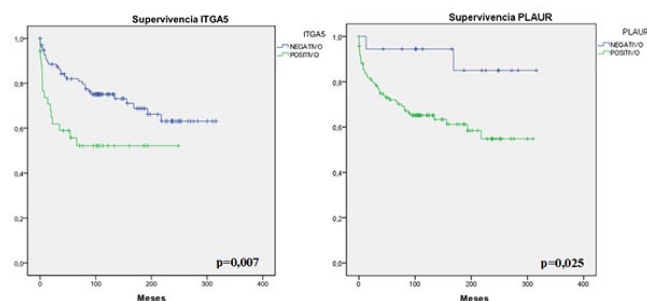
VIERNES 26 de mayo**08:00 - 09:30 h.****SALA 6+7****2013****INMUNOHISTOQUÍMICA Y
PATOLOGÍA MOLECULAR****2013-1 MODERADORES**

José Javier Gómez Román, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Fernando López Ríos Moreno, Madrid.

08:30 2013-2 LA EXPRESIÓN DE ITGA5 Y PLAUR PREDICEN UNA MENOR SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER RENAL.

Javier Freire Salinas(1), Nuria Cadenas González(2), Pilar García-Berbel Molina(1), José A. Portillo Martín(1) y José Javier Gómez Román(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (2)Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Santander (Cantabria)



Curvas de Supervivencia

El cáncer renal constituye en torno al 3% de las neoplasias pero es un tumor altamente agresivo y está considerado como el más letal de los tumores urológicos. Mediante el proceso de transición epitelio-mesénquima (TEM) las células tumorales con fenotipo epitelial pueden adquirir propiedades mesenquimales, afectando a su movilidad e invasividad y por ende a la malignidad tumoral. Entre los muchos factores y genes implicados en este proceso de transición, se encuentran la Integrinas (ITGA5, ITGA6), el Receptor Activador del Plaminógeno Uroquinasa (PLAUR) y la Desmogleína 2 (DSG2).

Nuestra hipótesis se basa en que la expresión de cualquiera de estas proteínas ligadas a la TEM en el cáncer renal, podría estar relacionada con la agresividad biológica y comportarse como marcadores pronósticos.

Se reclutó una población de 156 pacientes (95 carcinomas de células claras, 17 carcinoma sarcomatoide, 15 oncocitomas, 7 y 22 carcinomas papilares) con un seguimiento mínimo de 9 años. Se realizó inmunohistoquímica contra ITGA5, ITGA6, PLAUR y DSG2 según protocolos descritos anteriormente. La evaluación del marcaje se llevó a cabo por dos patólogos.

La expresión de ITGA5 se relacionó con una menor supervivencia medida por curvas de Kaplan-Meier ($p=0,007$). De la misma manera, el análisis de la supervivencia categorizado por la expresión de PLAUR, refleja que existe un descenso significativo de la supervivencia ($p=0,025$) en las muestras positivas para la expresión de dicho marcador. Del análisis de los datos se desprende, además, que tanto ITGA5 como ITGA6 no se expresan en los oncocitomas, mientras que en el resto de los subtipos histológicos de cáncer renal se observó tinción de al menos una de esta proteínas en más del 85% de los casos.

Por tanto se puede concluir que la expresión de PLAUR o ITGA5 por los tumores renales puede ser un biomarcador pronóstico negativo, ya que su expresión está relacionada con una menor supervivencia. Además, una inmunotinción negativa para ITGA5 e ITGA6 puede ser un marcador diferencial específico de los oncocitomas renales.

08:45 2013-3 ANÁLISIS DEL ESTABLECIMIENTO DE LA ELONGACIÓN TELOMÉRICA EN NEUROBLASTOMA.

Susana Martín-Vañó(1), Ana P. Berbegall Beltrán(1), Irene Tadeo Cervera(2), Rebeca Burgos-Panadero(1), Samuel Navarro Fos(2) y Rosa Noguera Salvá(2) de (1)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA, Valencia y (2)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA, Valencia; CIBER de Cáncer (CIBERONC), Madrid.

Antecedentes: La elongación telomérica y la alta inestabilidad genómica (alteraciones cromosómicas segmentarias (SCA) múltiples, incluidas amplificaciones) son factores relacionados y asociados a mal pronóstico en cáncer. En neuroblastoma (NB) se han descrito diferentes patrones de disfunción telomérica teniendo en cuenta aspectos histológicos y genómicos, con posible utilización para la estratificación terapéutica.

Objetivos: Establecimiento de patrones de elongación telomérica en una cohorte de NB con amplificación de MYCN y/o SCA múltiples. Puesta a punto de softwares de cuantificación y comparación de resultados subjetivos y objetivos.

Materiales y métodos: 23 NB incluidos en una micromatriz de tejido fueron analizados mediante la técnica de hibridación in situ fluorescente cuantitativa (Q-FISH) utilizando una sonda telomérica (DAKO, Dinamarca). Se realizó un análisis subjetivo del número de señales por núcleo, su tamaño e intensidad. Para la cuantificación objetiva se captaron al menos 3 fotografías de 4 áreas de cada cilindro con un tiempo de exposición constante, y se analizaron mediante los softwares TFL-Telo y Telometer. Para cada núcleo se obtuvo la media y la suma de los valores de intensidad y área de cada señal telomérica.

Resultados: Se evidenció con ambos métodos una elongación telomérica marcada relacionada con la histopatología desfavorable y la inestabilidad genómica tumoral. El análisis subjetivo reveló un número de señales por núcleo que osciló entre 2 y 15. La cuantificación objetiva de los

resultados de Q-FISH mostró una alta correlación con el análisis subjetivo. Los resultados de intensidad y área obtenidos por ambos softwares presentaron una correlación directa. El rango de valores en ambos parámetros fue mayor cuando se utilizó Telometer. Además, mediante este software, se pudieron normalizar los datos de fluorescencia de la sonda telomérica y de DAPI para cada núcleo, corrigiéndose así las diferencias nucleares por el efecto de corte y contenido de ADN.

Conclusión: La utilización del software Telometer permite la caracterización de la elongación telomérica y su asociación con características nucleares. El estudio automatizado de una cohorte mayor ayudará a establecer diferentes grupos pronósticos de NB. Financiación: FIS(PI14/01008), CIBERONC(CB16/12/00484 y CB16/12/00473), Instituto Carlos III, Madrid & FEDER

09:00

3013- 4

ESTUDIOS DE METILACIÓN DE MLH1 EN CRIBAJE UNIVERSAL DE SÍNDROME DE LYNCH EN CÁNCER ENDOMETRIAL Y COLORECTAL.

Rubén Carrera Salas(1), Rosa Ballester Victoria(1), Paula Serret Miralles(1), José Antonio Vázquez Luque(1), Mari Carmen Ramos Guijo(1), Carmen Blázquez Maña(1), Irmgard Costa Trachsel(1), Alex Casals Casado(1), Joan Carles Ferreres Piñas(1) y Francisco Javier Andreu Navarro(1) de (1)Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

Introducción y objetivos: Alrededor de 1-3% de cánceres endometriales y colorectales muestran mutaciones germinales en los genes codificantes de las proteínas del sistema Mismatch Repair (MMR), dando lugar al síndrome de Lynch (SL), siendo éste uno de los síndromes hereditarios más frecuentes.

La insuficiente sensibilidad de los diferentes criterios clínicos hace necesaria la implantación del cribaje universal para detectar nuevos casos de SL. En los algoritmos de cribaje se implementan estudios de inmunohistoquímica de los genes MMR y estudios moleculares que excluyen el origen epigenético (principalmente de MLH1) de las neoplasias.

Diversos autores relacionan el origen epigenético de los carcinomas endometriales (CE) con inmunohistoquímica (IHQ) MLH1(-) en pacientes >50 años y, de carcinomas colorectales (CCR) con la mutación p.V600E de BRAF.

Proponemos en nuestra serie validar la correlación de IHQ MLH1(-) e hipermetilación, en casos de CE independientemente de la edad de las pacientes; así como la correlación en casos de CCR entre la hipermetilación de MLH1 y la ausencia de mutación p.V600E de BRAF.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del estado de metilación del promotor de MLH1 (junio 2015 a diciembre 2016) de casos CE y CCR con IHQ MLH1 (-). Se analiza mediante estudio de conversión de bisulfito y posterior pirosecuenciación el grado de metilación del promotor de MLH1, en casos CE IHQ MLH1(-) (n=19) y CCR IHQ MLH1(-) y BRAF no mutados (n=9).

En los casos de CCR IHQ MLH1(-) se determinó (previo al estudio de metilación de MLH1) las mutaciones de BRAF mediante pirosecuenciación.

Resultados: El 100% casos (19/19) de CE MLH1(-) mostraron hipermetilación, siendo todas las pacientes mayores de 50 años. De los 9 casos CCR IHQ MLH1(-) que no presentaron mutación en BRAF, 3 de ellos (3/9, 33%) resultaron hipermetilados en el estudio de promotor de MLH1.

Conclusiones: El estudio de metilación de MLH1 en casos de carcinoma endometrial IHQ MLH1 (-) pone en duda su indicación en el algoritmo de cribaje universal. La negatividad de IHQ MLH1(-) siempre se ha visto asociada a origen epigenético, independientemente de la edad de la paciente. En el caso de los carcinomas colorectales se demuestra que un porcentaje significativo (33%) de casos BRAF no mutados resultaron hipermetilados, con lo cual se recomienda la determinación de MLH1 en todos los casos IHQ MLH1(-).

09:15

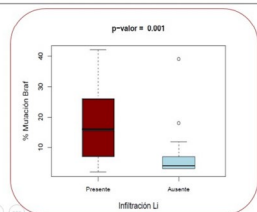
3013- 5

LA POSITIVIDAD Y EL PORCENTAJE DE LA MUTACIÓN BRAF EN EL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SE ASOCIA POSITIVAMENTE A LA INFILTRACIÓN LOCAL CON "PINK" ATIPIA Y A LA DESMOPLASIA MIXOIDE.

María Soledad Martínez Martín(1), María Eugenia Galán García(1), Macarena Centeno Haro(1), Eduardo Araujo Ruano(2) y Juan José Cabrera Galván(2) de (1)Hospital Universitario Materno - Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y (2)Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Variables significativas en el estudio de porcentaje por escala numérica. Medianas (IQR) de la mutación BRAF.

Medianas (IQR).	Factor		P
	Mutado	No mutado	
Infiltración LI (41 / 19)*	16 (7 ; 26)	4 (3 ; 7)	.001



Relación entre mutación e infiltración bordes tumorales

Introducción y objetivos: El Carcinoma Papilar de Tiroides (CPT) es una de las neoplasias más frecuentes y representa el 80-90 % de todos los tumores tiroideos, siendo responsable virtual del incremento de esta patología. La mutación oncogénica T1799A BRAF está presente aproximadamente en el 50% de estos tumores, debiéndose su potencial oncogénico a la activación aberrante y constitutiva de la vía Ras-Raf-MapKinasas/ERK, lo que les da un comportamiento más agresivo con mayor infiltración local y regional adenopática, así como, recidivas frecuentes que empeoran la calidad de vida estos pacientes oncológicos.

Los cambios morfológicos del CPT mutado y no mutado han sido descritos y recogidos en la literatura. Por métodos de secuenciación se puede establecer el porcentaje de dicha transición. Con la intención de estudiar la relación entre el porcentaje de la mutación BRAF y los cambios histológicos precisos del CPT, planteamos la presente comunicación.

Material y métodos: Hemos seleccionado un total de 60 casos de Carcinoma Papilar de Tiroides intervenidos quirúrgicamente en los últimos 10 años en el Complejo Hospitalario Insular MI de Las Palmas. Los bloques de parafina se cortaron a 10µ c/u y después de la macrodissección, se extrajo el ADN y amplificó el gen BRAF por PCR mediante primers, cuantificando y evaluando en gel de agarosa. Dicho producto, se sometió a Pirosecuenciación de Qiagen® para la mutación T1799A/V600E, considerando su

positividad en T/A > 10% de alelo mutado. Por último, todas las variables establecidas se valoraron estadísticamente por Análisis Multivariante y Medianas QR para la tendencia del porcentaje.

Resultados y conclusión: Hallamos relación entre el pronóstico y la predicción morfológica del CPT, para las variable Infiltración de los límites de Tumor, con $p < 0.001$, significativa e independiente. Para los cambios citoplásmicos eosinófilos o "Pink-atipia", el Estadio >1, la Fibrosis y la Desmoplasia tumoral, la relación fué igualmente significativas mediante el estudio estadístico del porcentaje de alelos mutados. Detectamos una relación significativamente opuesta entre la Fibrosis y la Desmoplasia tumoral respecto de la mutación BRAF, favorable a la segunda. Ello permite concluir que los cambios morfológicos citados pueden predecir con antelación que el CPT tiene casi un 87% de posibilidades de presentar la mutación BRAF.

09:30

3013- 6

ANÁLISIS DE MUTACIONES DE RAS EN ADN CIRCULANTE PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.

Alba Dalmases Massegú(1), Laura Munielo Romay(2), Joana Vidal Barrull(1), Mari Carmen Vela Ortiz(1), Mercè Muset Viarnes(1), Mar Iglesias Coma(1), Frederick S. Jones(1), Rafael López(2), Beatriz Bellosillo Paricio(1) y Clara Montagut Viladot(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona y (2)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción: La determinación de mutaciones en RAS es imprescindible para seleccionar los pacientes con cáncer de colon metastásico (mCRC) que van a recibir tratamiento anti-EGFR. Actualmente estas determinaciones se hacen en tejido tumoral. La obtención de ADN tumoral circulante (ctDNA) ofrece claras ventajas al ser un método mínimamente invasivo y representativo de la heterogeneidad tumoral. Nuestro estudio quiere evaluar la determinación de RAS en ctDNA para el diagnóstico y la monitorización de mutaciones durante el tratamiento como un componente de la práctica clínica rutinaria.

Pacientes y métodos: La determinación de mutaciones de RAS mediante el kit OncoBEAM™ RAS CRC en plasma de pacientes con mCRC se ha comparado retrospectivamente con el protocolo estándar de determinación del status de RAS en tejido. Prospectivamente, se han monitorizado las mutaciones de RAS en muestras de plasma de algunos pacientes durante el curso del tratamiento.

Resultados: La concordancia global del análisis de RAS en muestras de tejido y plasma de 115 pacientes con mCRC ha sido del 93%. Las discrepancias entre RAS en plasma/tejido se explican mayoritariamente debido a la heterogeneidad espacial y temporal del tumor. El análisis de las características clínico-patológicas muestra que la localización de la metástasis (peritoneo, pulmón), la histología del tumor (mucinoso) y la administración de tratamiento previa a la obtención de las muestras tienen un impacto negativo en la detección de mutaciones de RAS en ctDNA. El análisis longitudinal de RAS en ctDNA en pacientes con mutaciones de RAS al diagnóstico, refleja la respuesta al tratamiento con quimioterapia y antiangiogénicos, siendo un factor temprano de predicción de respuesta. En pacientes no mutados, la monitorización de RAS en ctDNA con el kit OncoBEAM es útil para detectar la aparición de mutaciones de resistencia.

Conclusión: La buena concordancia entre la determinación de RAS en tejido y en plasma indica que la determinación en ctDNA mediante el kit OncoBEAM es una alternativa viable para el análisis de RAS en la práctica clínica diaria. Nuestro estudio describe las especificaciones clínico-patológicas para optimizar la determinación en ctDNA. Finalmente, la monitorización de RAS en ctDNA es útil para predecir la respuesta y la aparición de resistencia a tratamientos sistémicos.

09:45

3013- 7

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR Y GENÓMICA, MEDIANTE NGS, DE CÁNCERES DE MALA EVOLUCIÓN.

Patricia Pose Lapausa(1), Raquel Dolz Gaitón(1), Inmaculada Maestu Maiques(2), Carmen Espinós Armero(3), M. Teresa Casado Nieto(4), Pablo Marín(5), Javier García-Planells(5), Iván Lesende(6), Pilar Molina Aguilar(7), Jerónimo Forteza Vila(8) y Natalia Camarasa Lillo(1) de (1)Patóloga. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, (2)Oncóloga. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, (3) Bióloga. Genómica y Genética. Centro de Investigación Príncipe Felipe, (4)TEAP. Instituto Valenciano de Patología. Universidad de Valencia, (5)Instituto de Medicina Genómica - IMEGEN, (6)Agilent Technologies, (7)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia y (8)Instituto Valenciano de Patología. Unidad Mixta de Investigación Oncológica. CIPF-IVP. Valencia.

Los resultados terapéuticos en relación con la curación del cáncer no han sido los esperados a lo largo de la historia a pesar del gran aumento de conocimiento. Los objetivos de este trabajo son determinar mutaciones en cánceres de mala evolución, para obtener información molecular con valor diagnóstico y evaluar los cánceres más agresivos con una correlación molecular que valore mejor su evolución y abra camino a una nueva clasificación molecular del cáncer y a nuevas dianas terapéuticas individualizadas, que nos permitan cambiar el curso de la enfermedad.

Para ello hemos reunido de forma retrospectiva una serie de 30 pacientes con cánceres frecuentes y que han tenido una mala evolución, peor de la esperada. Se ha estudiado el ADN de las muestras parafinadas tumorales y de tejido no tumoral de cada paciente, mediante secuenciación masiva NGS (Next Generation Sequencing), a partir de paneles prediseñados con 160 genes y cuyos resultados se han correlacionado con los datos clínicos. NGS nos permite secuenciar masivamente más bases nitrogenadas y a un coste inferior que con las técnicas tradicionales.

Analizamos las mutaciones obtenidas tanto en tejido tumoral como no tumoral para seleccionar únicamente las que forman parte de la línea celular somática del paciente e interpretar los resultados de las mismas. En la mayor parte de los casos se han identificado alteraciones genéticas no esperadas que se relacionan con pathways que dan opción a otras alternativas terapéuticas con fármacos que ya se han probado fuera de los protocolos clásicos.

Por tanto concluimos que, aunque por el momento la mejor forma de estadificación de los distintos cánceres sigue siendo el estudio de la expresión génica de microarrays correlacionada con la inmunohistoquímica y los tissuearrays, la disponibilidad actual de secuenciación de NGS, con paneles diseñados previamente, constituye una herramienta fundamental para obtener información molecular individualizada de cada tumor, con intención de acelerar el camino hacia la identificación de nuevas dianas terapéuticas y hacia tratamientos personalizados.

10:00

3013- 8

VALIDACIÓN DEL ANÁLISIS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV) MEDIANTE EL SISTEMA COBAS 4800 CON MUESTRAS DE CITOLOGÍA LÍQUIDA PREVIAMENTE PROCESADAS CON EL SISTEMA THINPREP.

Mercè Muset Viarnes(1), Alba Dalmases Massegú(1), Gemma Navarro Viu(1), Belén Lloveras Rubio(1), Francesc Alameda Quítillet(1) y Beatriz Bellosillo Paricio(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El análisis del HPV mediante el sistema cobas 4800 es totalmente cerrado y automatizado garantizando la trazabilidad máxima de las muestras procesadas. En nuestro centro, la mayoría de citologías líquidas se procesan mediante ThinPrep para que el patólogo pueda realizar el diagnóstico citológico de la muestra. Para evitar que la muestra sea procesada por ThinPrep antes de la determinación del HPV debemos hacer una alícuota de la muestra perdiendo la trazabilidad del procedimiento. El objetivo del estudio es validar el análisis de HPV mediante el sistema Cobas 4800 en muestras que han sido previamente procesadas con el sistema de citología líquida ThinPrep.

Metodología: Se han incluido en el estudio 103 casos correlativos. Se ha separado una alícuota de 4 ml previo al procesamiento con ThinPrep (muestra 1). De cada caso se ha analizado la muestra 1 y la muestra restante después del procesamiento ThinPrep (muestra 2) mediante el sistema HPV Cobas 4800 (Roche Diagnostics), que analiza mediante PCR cuantitativa la presencia de HPV16, HPV18 y otros 12 HPV de alto riesgo (HPV HR).

Resultados: La concordancia global del estudio ha sido del 94%. Dos muestras han resultado no valorables; 1 de ellos en la Muestra 1 y el otro en la Muestra 2. De los 101 casos restantes ha habido 4 casos discrepantes; 2 casos solo detectados en la Muestra 1 (HPV HR Y HPV16) y 2 casos solo detectados en la Muestra 2 (HPV HR). EL ciclo umbral (ct) de amplificación de estos 4 casos discrepantes ha sido superior a 35. El ct de amplificación de la beta-globina (control interno) ha resultado igual o inferior en la Muestra 2 en todos los casos analizados excepto en 1, resultando un promedio de amplificación de 1,5 ciclos antes.

Conclusiones: La concordancia global en la detección del virus del HPV mediante el sistema COBAS en muestras antes y después de procesar por ThinPrep es muy elevada. Todos los casos discrepantes el ct de detección del HPV es superior a 35. Los casos que amplifican con una ct >35 son casos con poca carga viral y la misma muestra puede dar discrepancias de resultado. La ct de amplificación de la beta-globina nos indica que en ningún caso el procesamiento mediante ThinPrep altera la calidad de la muestra.

10:15

3013- 9

DETERMINACIÓN DE DNA TUMORAL EN BIOPSIA LÍQUIDA DE PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO.

María Concepción Garrido Ruiz(1), Erica Riveiro-Falkenbach(1), Yolanda Ruano(1), Beatriz Bellosillo(2), Juan José Ríos-Martín(3), Javier Hernández-Losa(4), Eva Muñoz-Couselo(4), Clara Montagut(2), Joana Vidal(2) y José-Luis Rodríguez-Peralto(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, (2)Hospital del Mar, Barcelona, (3)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (4)Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

La detección de DNA tumoral circulante en sangre periférica puede ser utilizada en la monitorización de la progresión tumoral en pacientes oncológicos, evitando así la necesidad de biopsias invasivas. Asimismo, la cuantificación seriada de ADN tumoral en sangre periférica podría ser utilizada como un marcador de recidiva tumoral o respuesta terapéutica. En pacientes con melanoma metastático, la identificación de ADN tumoral se realiza mediante la extracción de ADN circulante del plasma y la identificación molecular de mutaciones frecuentemente encontradas en el melanoma, como del gen BRAF.

Identificar la presencia de la mutación BRAFV600 en plasmas y tumores de pacientes con melanoma metastático, para así determinar el grado de concordancia de detección de la mutación en estos dos tipos de biopsias.

En total, muestras de 46 pacientes con melanoma en estadio III y IV diagnosticados en 4 hospitales universitarios fueron incluidas en este estudio. La detección de las mutaciones BRAFV600 en muestras de plasma y de tumores fueron realizadas a través de pruebas moleculares basadas en la técnica de PCR en tiempo real.

De los 46 pacientes estudiados, se detectaron mutaciones BRAFV600 en 22 de los plasmas (47,8%) y en 24 de los tumores (52,2%). Se observó concordancia del status de la mutación en 40 de los 46 casos estudiados (87%). Solamente 6 casos han presentado resultados discordantes, incluyendo 4 casos con mutaciones BRAFV600 detectadas únicamente en tumores y 2 casos detectadas exclusivamente en muestras de plasma.

Este estudio demuestra un buen grado de concordancia en la detección de DNA circulante mutado en biopsias líquidas y sólidas de pacientes con melanoma metastático, lo que corrobora la utilidad clínica del uso de este tipo de biopsia en el seguimiento de pacientes oncológicos.

VIERNES 26 de mayo**08:30 - 09:30 h.****3011****OSTEO Y PARTES BLANDAS Y GESTIÓN****SALA 1+2****3011-1 MODERADORES**

María del Carmen Gómez Mateo, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

08:30**3011- 2****CARACTERIZACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA TRANSICIÓN A MALIGNIDAD DE LOS NEUROFIBROMAS PLEXIFORMES. HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEUROFIBROMA, NEUROFIBROMA ATÍPICO Y TUMOR MALIGNO DE VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA.**

Carolina Montecino Romanini(1), Gabriela Bernal(1), Eduard Serra Arenas(2), Ernest Terribas Pérez(2), Meritxell Carrió Llach(2), Irma Ramos Oliver(1), Teresa Moliné Marimón(1), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Cleofé Romagosa Pérez-Portabella(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona y (2)Institut for HHealth Scinece Research Germans Tries i Pujol (IGTP-TMTPC), Badalona (Barcelona).

Introducción: La neurofibromatosis tipo I es una enfermedad genética, progresiva y multisistémica. Los pacientes con dicha enfermedad tienden a desarrollar neurofibromas plexiformes (NP) con riesgo de evolucionar a tumores malignos de vaina nerviosa periférica (TMVNP). Los cambios de transición se conocen como neurofibromas atípicos (NA) y pueden presentarse en forma de nódulos sin relación con NP preexistentes.

Histológicamente los NA se caracterizan por mayor densidad celular y mayor grado de atipia que los neurofibromas (Nf), aunque debido a la subjetividad y a la variabilidad en cuanto al diagnóstico en estas zonas de transición, surge la necesidad de buscar marcadores inmunohistoquímicos que ayuden a discriminar entre lesiones benignas, premalignas y claramente malignas.

Material y métodos: Se recogieron y evaluaron las características clínico-patológicas de 23 Nf, 13 NA y 20 TMVNP. El 60% de los Nf, el 100% de los NA y el 50% de los TMVNP se desarrollaron en el contexto de pacientes con NF1. Se re- clasificaron como Nf, NA y TMVNP, considerando NA aquellos Nf con atipia que no cumplían criterios de TMVNP. Se realizaron TMA's incluyendo tres muestras de cada lesión sobre las que se realizaron las siguientes técnicas inmunohistoquímicas: S100, p53, p16 y H3K27me.

Resultados: Se observaron diferencias significativas en la expresión de p16 y s100 entre Nf y NA ($p=0,004$ y $P=0,045$) y entre NA y TMVNP ($p=0,001$ y $p=0,001$), mientras que P53 y H3K27me solo presentaron diferencias entre NA y TMVNP ($p=0,001$ y $p=0,002$). Sin embargo, el rango de expresión de todas ellas es muy similar entre los tres tipos de lesiones (Tabla 1).

Finalmente, la expresión de H3K27me se pierde en el 30% de los TMVNP.

Conclusiones: Los resultados de este estudio confirman las diferencias descritas previamente desde el punto de vista molecular para S100, p16, p53 y H3K27me entre Nf, NA y TMVNP. Sin embargo, la heterogeneidad celular de los Nf y los NA hace que inmunohistoquímicamente encontremos niveles de expresión muy variables y que en algunas ocasiones se solapen con los observados en los TMVNP. Por este motivo, su utilidad diagnóstica es relativa y siempre debe contextualizarse con los cambios morfológicos. Además, se confirma la utilidad de H3K27me para el diagnóstico de un subgrupo de TMVNP.

Tabla 1

		Nf	NA	TMVNP
p16	Mediana	10	10	0
	Rango	0-100	0-50	0-60
S100	Mediana	50	40	1
	Rango	0-90	1-90	0-100
P53	Mediana	0	0	1
	Rango	0-5	0-1	0-20
H3K27me	Mediana	70	70	5
	Rango	10-90	10-90	0-100

Mediana y rango de los distintos marcadores evaluados en Nf, NA y TMVNP

08:45 3011-3 SARCOMAS EWING-LIKE. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gema Civantos Jubera(1), Rosa López Irizo(1), David Marcilla Plaza(1), Michele Biscuola(1) y Enrique de Álava Casado(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los Sarcomas Ewing-like (SEL) constituyen un grupo heterogéneo de tumores que afecta a adultos jóvenes. Su morfología es similar a la del sarcoma de Ewing. Recientemente, gracias a la aparición de nuevas técnicas de secuenciación, se han definido dos subtipos específicos: los sarcomas con reordenamiento CIC (65% de los SEL) y con BCOR (5%).

Objetivos, material y métodos: El objetivo del estudio es la revisión de casos de sarcomas de células redondas con morfología e inmunofenotipo similares al sarcoma de Ewing pero sin translocación de EWSR1 y FUS, para realizar un correcto diagnóstico y la comparación de los resultados con la literatura.

La serie incluye 14 casos con estas características. Se incluyeron muestras representativas de 13 de ellos en un TMA-tissue microarray. Se estudió mediante FISH el reordenamiento de EWSR1 (Vysis), FUS(Vysis), CIC(Agilent) y BCOR(Agilent). Los resultados se compararon con la edad, sexo, localización, diagnóstico previo, metástasis, evolución, patrón morfológico e inmunofenotipo (CD99).

Resultados: Se comprobó ausencia de reordenamiento EWSR1 y FUS en todos los casos. 6 casos mostraron reordenamiento de CIC y 1 de BCOR, quedando pendiente el estudio de BCOR en los 7 tumores restantes. Los casos con reordenamiento CIC presentaron predominio en mujeres (2:1), edad media de 24 años (10-45 años), CD99 positivo y localización en partes blandas. Se describió una metástasis axilar. Tras un seguimiento medio de 12 meses la supervivencia es del 83% (3-24 meses). El caso con reordenamiento BCOR correspondía a un paciente de 40 años, con localización en riñón, sin metástasis conocidas y CD99 positivo. El paciente falleció.

Conclusiones: El perfil clínico-patológico de los casos con reordenamiento CIC coincide con lo publicado recientemente. La localización del caso con reordenamiento BCOR difiere de la localización ósea habitual en este subtipo tumoral. Consideramos fundamental la tipificación molecular de los sarcomas de células redondas sin translocación de EWSR1 y FUS para detectar reordenamientos CIC y BCOR, que permitan alcanzar un diagnóstico más preciso.

09:00 3011-4 UTILIDAD DE LA PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOMAS.

José Joaquín Paricio Martínez(1), Pablo Panadero Meseguer(1), Carlos de Andrea(1), Luis Daniel Mejías Sosa(1), Jorge Ali Árabe Paredes(1), José Echeveste(1), Marta Abengozar Muela(1), Nerea Gómez Pérez(1), M. Amada Maset Cañada(1) y María Dolores Lozano Escario(1) de (1)Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Los sarcomas son neoplasias relativamente poco frecuentes y suponen un reto diagnóstico. Cada vez con más frecuencia la punción aspiración con aguja fina (PAAF) forma parte del abordaje inicial de estas entidades. La posibilidad de realizar estudios de inmunohistoquímica (IHQ) y análisis moleculares aumenta la eficiencia diagnóstica de la PAAF.

Presentamos una serie de 35 casos de sarcomas diagnosticados por PAAF.

Material y métodos: De un total de 56 casos de sarcomas diagnosticados por citología, seleccionamos 35 casos diagnosticados por PAAF. El método de punción fue: PAAF directa por patólogo en 11 casos, y en 24 PAAF guiada con control de imagen.

25 casos tienen biopsia y/o resección quirúrgica. En 20 casos se realizaron estudios complementarios de IHQ y en 9 IHQ y FISH.

Resultados: La serie incluye 17 mujeres y 18 varones con edad media de 51,67 años.

Los diagnósticos fueron: 16 sarcomas, NOS; 2 leiomiomas; 5 sarcoma sinoviales; 3 sarcomas alveolares; 4 schwannomas malignos; 1 sarcoma epiteloide; 1 condrosarcoma extraesquelético; 1 sarcoma de Ewing; 1 tumor fibroso solitario maligno; 1 histiocitoma fibroso maligno pleomórfico. En 4 casos el diagnóstico se realizó exclusivamente con extensiones citológicas y en 31 en extensiones y bloque celular.

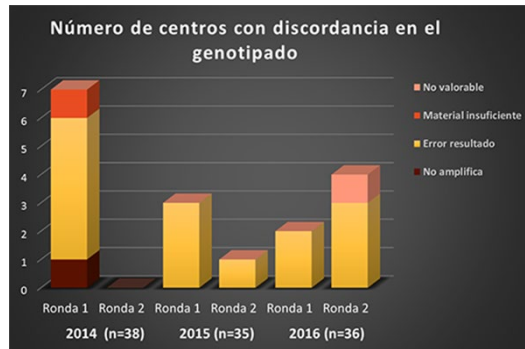
En 23 casos (92%) la correlación citología / Bx o resección fue exacta. En dos casos diagnosticados inicialmente por citología como sarcoma NOS, fueron diagnosticados posteriormente en la biopsia definitiva como melanoma y miositis osificante respectivamente. Estos dos casos tenían bloque celular y extensiones.

Conclusiones: La PAAF es un método útil y válido en el diagnóstico de sarcomas. La concordancia entre citología y biopsia y/o resección es del 92% en esta serie. Es recomendable la realización de bloques celulares. La aplicación de técnicas complementarias apoya el diagnóstico morfológico. Es necesario disponer de datos clínicos y radiológicos en todos los casos.

09:15 3011-5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DE LAS DETERMINACIONES EN LAS MUTACIONES DE BRAF DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN PATOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Elena Gonzalvo Mallón(1), Mireia García Gerona(1), Teresa Hernández Iglesias(2), Pedro Luis Fernández(1), Julián Sanz(3), José Javier Sola(2), Antonio Martínez Pozo(1), Javier Hernández Losa(3) y Pedro Jares Gerboles(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona, (2)SEAP, Madrid y (3)Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El estado mutacional del oncogén BRAF condiciona el tratamiento farmacológico en algunos tumores (melanoma), y es de valor pronóstico en otras neoplasias (carcinoma colorectal).



En el presente trabajo analizamos los resultados “Mirando al gen” de los últimos tres años del módulo BRAF, programa garantía de calidad SEAP.

Material y métodos: Se han revisado las seis rondas de BRAF de los años 2014, 2015 y 2016. En cada ronda se analizaron 4 casos enviados en secciones de tejido parafinado. Cada centro selecciona el área tumoral y estima el porcentaje de celularidad neoplásica. En cada ronda analizamos cuatro muestras cuyo genotipo ha sido confirmado mediante dos metodologías diferentes y en dos centros independientes. Hemos revisado los resultados y el cuestionario sobre la metodología empleada reportados por los centros participantes para cada una de las muestras.

Resultados: La revisión de las rondas mostró que de los centros inscritos, más de un 83% enviaron resultados.

El porcentaje de coincidencia entre los genotipos esperados y los remitidos fue superior al 96% con menos de un 4% de resultados erróneos frente al 24% reportado en UKNQAS (Deans et al, J Clin Pathol 2014)

Las discordancias se debieron a: ausencia de amplificación, insuficiente representación tumoral en la muestra recibida, errores de transcripción de los resultados y resultado no valorable.

El análisis del cuestionario reveló que aproximadamente sólo la mitad de los centros usaron kits comerciales en el proceso de extracción de ácidos nucleicos. En la genotipación, sólo el 79% de los centros indicaron el uso de kits comerciales y el 21% indicaron un protocolo del propio laboratorio.

Conclusión: Aunque existe una gran diversidad de metodologías, el alto porcentaje de resultados correctos indica que los protocolos utilizados son adecuados y se aplican de forma correcta. Una mejora y simplificación de la encuesta metodológica actual ayudaría y facilitaría analizar de forma más eficiente la información remitida. La variabilidad en la presentación de los informes y la amplia gama de metodologías utilizadas indican una necesidad continua de evaluación de la calidad de BRAF.

En definitiva la supervisión externa de la calidad asegura la estandarización de resultados y permite identificar procesos deficientes en la implementación de técnicas diagnósticas complejas.

VIERNES 26 de mayo**08:30 - 09:30 h.****SALA 8+9****2012****CABEZA Y CUELLO, PEDIATRÍA Y OTRAS****2012-1 MODERADORES**

Rosa Ortiz Durán, Gerona (Girona).

Joan Carles Ferreres Piñas, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

08:30 2012-2 FACTORES MOLECULARES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO.

Julián Sanz Ortega(1), Carmen Sáez Rodríguez(1), Victoria Álvarez(1), Eva Rodríguez(1), M^a Ángeles Bermúdez(1), Pedro Pérez Segura(1) y M^a Cruz Iglesias(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Antecedentes: El subgrupo "localmente avanzado" es un porcentaje importante de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello localmente avanzado (CECCLA) en los que el tratamiento quimioterápico de inducción puede evitar resecciones enormemente agresivas y mantener la funcionalidad oral. Los pacientes con respuesta completa pasan a tratamiento combinado con radioterapia y quimioterapia/terapia biológica y evitan la cirugía; y en pacientes que persista enfermedad van a cirugía de rescate.

Material y métodos: 40 pacientes con CECCLA (12 de base de lengua y trigono retromolar, 8 seno piriforme y orofaringe, 12 supraglóticos y 8 glóticos), irresecables de inicio, recibieron tratamiento quimioterápico de inducción. Se tomaron dos muestras: pre y post neoadyuvancia y PET-TAC pre y post. Construcción de tissue-microarray.

Determinaciones: HPV (CLART), IHQ: p16, p53, PTEN y ciclina D1 y FISH de PTEN, EGFR y CDKN2A/CEP9. Valoración de respuesta por criterios RECIST y respuesta patológica en casos con cirugía de rescate.

Resultados: De los pacientes estudiados un 30% tuvieron respuesta completa, 44% respuesta parcial y 26% estabilización o progression. HPV por PCR y/o p16 sólo fue positivo en 5 pacientes, todos ellos con respuesta parcial. No se identificó HPV en respuestas completas o progresión. Del resto de biomarcadores la expresión de ciclina D1 y p53 en más del 50% de los núcleos se asoció con respuesta a la inducción ($p < 0.05$). El resto de las variables no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: todos los casos asociados a HPV mostraron respuesta parcial a la terapia de inducción. La expresión de ciclina D1 y p53 puede emplearse como biomarcadores predictores de respuesta.

08:45 2012-3 LA MICROVASCULARIZACIÓN LINFÁTICA COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN NEUROBLASTOMA.

Irene Tadeo Cervera(1), Samuel Navarro Fos(1), Víctor Zúñiga Zaragoza(2), Celia Borja Almarcha(2), María-Milagro Fernández-Carrobles(3) y Rosa Noguera Salvá(1) de (1)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA; CIBER de Cáncer (CIBERONC), Madrid, (2)Departamento de Patología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia/INCLIVA, Valencia y (3)VISILAB, E.T.S.I. Industriales, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real.

Antecedentes y objetivos: La vascularización linfática constituye una de las principales vías de invasión tumoral, pero su papel en el neuroblastoma (NB) ha sido muy poco estudiado. Pretendemos estudiar el valor pronóstico de la vascularización linfática con el fin de encontrar nuevos factores para la estratificación de los pacientes y nuevas dianas terapéuticas.

Métodos: Utilizamos el software Angiopath® para estudiar la vascularización linfática con podoplanina (anti-D240). Esta herramienta permite caracterizar la vascularización en preparados histológicos, extrayendo información de densidad, forma y tamaño de los vasos detectados en una muestra, agrupada en 4 subtipos vasculares en función de su tamaño.

Se analizaron 400 NBs en diferenciación, pobremente diferenciados (pd) e indiferenciados (i), incluidos en 19 micromatrices de tejido.

Resultados: Encontramos una mayor densidad de vasos linfáticos de pequeño calibre (15-20 μ m) y una mayor irregularidad en la forma de los vasos linfáticos de mayor calibre, (50-200 μ m), en NBpd/i, con amplificación del oncogen NMYC, delección de la región 1p36 y en los NB de pacientes con características clínicas de mal pronóstico (edad superior a 18 meses y estadio 4).

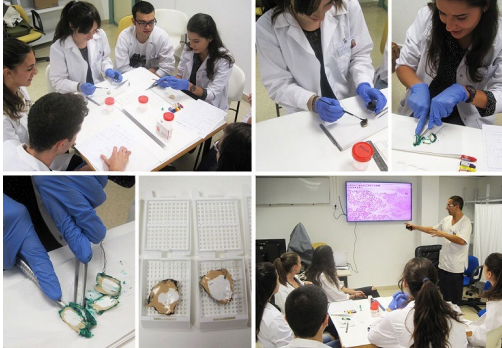
Una densidad superior a la mediana de vasos de 15-20 μ m de diámetro, se relacionó con menor supervivencia libre de eventos. Localizamos una proporción de casos sin estructuras vasculares D240 positivas con expresiones variables de otros marcadores endoteliales.

Conclusiones: La caracterización objetiva de la microvascularización linfática puede ser empleada como indicativo de mal pronóstico en neuroblastoma y para monitorizar la respuesta a tratamientos con el sistema linfático como diana, así como en inmunoterapia.

Financiación: FIS (PI14/01008), RTICC (RD12/0036/0020) y CIBERONC (CB16/12/00484), Instituto Carlos III & FEDER.

09:00 3012-4 SIMULACIÓN MÉDICA EN MACROSCOPÍA. EXPERIENCIA UNIVERSITARIA.

Eduardo Alcaraz Mateos(1), Francisco García Molina(1), Gema Ruiz García(2), Irene García Velasco(3), Juan Moya Correas(3), Inmaculada Navarro García(3), Paula Pérez González(3), María Sánchez García(3), Alanis Soler Díaz(3) y Pablo Victoria Campillo(3) de (1)Hospital Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia, (2)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y (3)Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.



Alcaraz Mateos E - Simulación en Macroscopia

Introducción: La importancia dada en los últimos años a la adquisición de habilidades prácticas en los programas de formación universitaria, se debe principalmente al Proceso de Bolonia (1999) y a la implementación de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) como método evaluativo. Este nuevo marco educativo implica una autoevaluación y renovación de la forma de enseñar del profesorado. Con este propósito, se ha realizado en el curso académico 2016/17, un ensayo práctico de simulación para el estudio macroscópico de piezas quirúrgicas en Anatomía Patológica.

Material y métodos: Se han utilizado simuladores hechos de silicona con distintas formas, tamaños y combinación de colores. Con ellos, los alumnos pudieron, en distintos contextos clínicos simulados, realizar de manera guiada el estudio macroscópico, incluyendo: correlación clínica con impreso de solicitud, descripción de la pieza quirúrgica, con medición y peso, uso de tintas de colores para evaluación de márgenes quirúrgicos, sección de la muestra y su inclusión en casetes.

Para la resolución definitiva de los casos y la comprensión de la correlación macro-microscópica, se emplearon preparaciones histológicas digitalizadas. Las prácticas con simulación fueron desarrolladas con los alumnos de tercer año de Medicina de la Universidad de Murcia, a los que se les entregó un cuestionario para valoración de las mismas.

Resultados: Un total de 42 alumnos (26 mujeres/16 hombres) participaron en la simulación, guiados en todo momento por el facilitador o profesor. Los resultados del cuestionario mostraron una valoración media de 4,3 sobre 5, en los siguientes ítems: entendimiento de una cirugía tumoral (3,9), comprensión del manejo macroscópico (4,2), valoración de márgenes quirúrgicos (4,6), visualización microscópica y diagnóstico (4,5) y significado pronóstico (4,1).

Conclusiones: La simulación en macroscopía puede representar un buen sistema de aprendizaje, como apoyo al método tradicional, en el que los alumnos tenían un papel más pasivo. La implementación de estas metodologías interactivas de enseñanza tiene buena aceptación por parte de los estudiantes. La experiencia desarrollada se adecúa a los nuevos requerimientos en la formación médica, con adquisición de habilidades y competencias clínicas, al mismo tiempo que transmite al estudiante una idea más realista del trabajo en Anatomía Patológica.

09:15 3012-5 ESTUDIO DE TIMOMAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE HIPEREXCITABILIDAD PERIFÉRICA.

Luis Manuel Scavino Pinto(1), Estefanía Torres Vega(2), Nuria Mancheño Franch(1), Luis Bataller(1) y Francisco José Vera Sempere(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia y (2)Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

El timoma es una neoplasia rara, siendo sin embargo, el tumor mediastínico más frecuente en adultos, con una incidencia que oscila entre 1.3-1.5 por millón/año. Frecuentemente el timoma se asocia con enfermedades autoinmunes concomitantes. La patología más comúnmente asociada con el timoma es la miastenia gravis (MG), que acontece entre un 30-50% de los pacientes. Esta enfermedad neurológica ocurre por el bloqueo de la transmisión neuromuscular debido a la presencia de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina o dirigidos contra otros componentes de la terminal post-sináptica.

El timo es un órgano central en el mantenimiento de la tolerancia, alteraciones en su estructura podrían estar implicadas en la pérdida de tolerancia y la aparición de enfermedades autoinmunes.

Analizamos los compartimentos tímicos de 20 pacientes con timoma (17 con MG, 3 con MG y neuromiotonía) y 25 tejidos tímicos procedentes de autopsias fetales o perinatales. Se tipificaron mediante marcadores inmunohistoquímicos los distintos elementos celulares y su localización dentro del tejido: timocitos corticales (CD1a), linfocitos T maduros (CD3), células epiteliales (CKAE1/AE3), células B (CD20); marcadores de función inmunitaria (complejo mayor de histocompatibilidad MHC clase II, autoinmune regulator [AIRE] y células T reguladoras [FOXP3]) y marcadores neuroendocrinos y musculares (cromogranina A y desmina). En los 3 de los casos con timoma y neuromiotonía se estudió además la presencia de antígenos (contactin-associated protein-related 2 caspr2, deleted in colorectal carcinoma DCC, y uncoordinated netrin receptor 5A UNC5A).

Dentro de los casos analizados se observó una mayor proporción de células epiteliales e infiltrados de células B en los timomas respecto a los controles ($p < 0.034$, 0.024 respectivamente). No existían diferencias significativas en la expresión MHCII, AIRE, FOXP3 ($p = 0.15$, 0.15 y 0.287 respectivamente). No se observó expresión de marcadores neuroendocrinos ni de diferenciación muscular en los timomas. Sin embargo, en los pacientes con neuromiotonía expresaban los antígenos caspr2, DCC, UNC5A así como AIRE.

Estas variaciones podrían explicar la rotura de la tolerancia inmunitaria en algunos de estos pacientes.

VIERNES 26 de mayo**09:30 - 10:30 h.****SALA 1+2****2014****PULMÓN Y NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA****2014-1 MODERADORES**

Ana Belén Enguita Valls, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Miguel Ángel Idoate Gastearena, Clínica Universidad de Navarra. Facultad de Medicina, Pamplona (Navarra).

09:30**2014-2****ESTUDIO DE CORRELACIÓN DEL PORCENTAJE DE CÉLULAS TUMORALES POSITIVAS PARA PD-L1 ENTRE BIOPSIAS DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN Y SUS DERRAMES PLEURALES PATOLÓGICOS.**

Ignacio Pinilla Pagnon(1), María Luisa Zamorano Almendra(1), Luis Miguel Mendoza de la Fuente(1), Fernando Escartín López(1), María Belén Huesa López(1), Inmaculada Ramos León(1), Almudena Santón Roldán(1), M^a Eugenia Reguero Callejas(1), Mónica García-Cosío Piqueras(1) y Amparo Benito Berlinches(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

La determinación de PD-L1 en pacientes con carcinoma de pulmón de células no pequeñas en estadios avanzados resulta de gran importancia para decidir la terapia a aplicar. Actualmente, los anticuerpos de los que disponemos sólo están aprobados para su uso en muestras tisulares. El objetivo de este estudio es comparar la expresión inmunohistoquímica de PD-L1 (el porcentaje de células tumorales positivas o PCTP) entre la biopsia diagnóstica del paciente y una citología de derrame pleural positiva, con menos de 6 semanas de intervalo entre ambas muestras ya que la expresión de PD-L1 varía con el tiempo y las terapias recibidas.

Hemos seleccionado 9 muestras pareadas de biopsias de adenocarcinoma de pulmón con derrame pleural positivo del que disponemos de bloque celular con más de 200 células, con un lapso de tiempo inferior a 6 semanas entre ambas. Se han teñido con el anticuerpo 22C3 y hemos valorado el PCTP considerando como positivas las células con tinción lineal de membrana parcial o completa, independientemente de la intensidad. Hemos empleado como puntos de corte $\geq 1\%$ y $\geq 50\%$. La lectura se ha hecho de forma independiente por dos patólogos. Además hemos revisado el resto de hallazgos moleculares de los tumores.

De los 9 casos 6 son varones con una media de edad de 68 años. El intervalo medio de tiempo entre las muestras citológica e histológica es 5 días (0- 36). Si empleamos un PCTP $\geq 1\%$ los casos positivos por citología suponen el 55%, siendo los positivos por biopsia el 66%. La tasa de concordancia histo-citológica (considerando la histología como el valor real) es del 90%. Con el punto de corte $\geq 50\%$, los casos positivos citológicos son el 11% y de las muestras histológicas el 22%. La concordancia es del 88%.

Hemos encontrado de gran ayuda en la citología una sección teñida con BerEp4 o TTF1 para saber qué grupos valorar y no contar histiocitos (positivos con PD-L1) ni mesoteliales.

Pese al escaso número de pacientes estudiados, parece que hay una buena correlación cito-histológica en el nivel de expresión de PD-L1, lo que sugiere que el material citológico podría ser adecuado para la determinación. No obstante, como aún no está aprobado, una positividad intensa en material citológico de bloque celular podría justificar una actitud más agresiva (toma de biopsia) por parte del clínico con el fin de poder pautar inmunoterapia en primera línea.

09:45**2014-3****EXPRESIÓN Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE PD-L1 EN CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULA NO PEQUEÑA ESTADIOS I Y II SIN GANGLIOS POSITIVOS.**

Fco. Ignacio Aranda López(1), Carlos Gálvez Muñoz(1), Estela Costa Navarro(1), Francisco José Illán Gambín(1) y María Fernanda Sánchez de la Fuente(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Evaluar la prevalencia y significado pronóstico de la expresión de PD-L1 en pacientes con carcinoma de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) tratados con cirugía, en estadios iniciales con ganglios negativos.

Material y método: Se han estudiado 150 pacientes con CPCNP estadios I y II (pN0), sin tratamiento neoadyuvante, con seguimiento. La tinción inmunohistoquímica de PD-L1 (PD-L1 IHC 22C3 pharmDx) se realizó sobre secciones obtenidas de matrices de tejido (TMA). Los resultados se correlacionaron (ji cuadrado y test de Fisher) con variables clinicopatológicas (género, edad, tabaquismo, tamaño tumoral, estadio patológico, tipo histológico, grado nuclear, número de mitosis, Ki67). Para el análisis de supervivencia (libre de enfermedad y global) se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier con la prueba de los rangos logarítmicos (Log rank test) y el método proporcional de Cox tomando los valores negativos como referencia. Resultados. La edad media de los pacientes fue de 66 años (44-85), 117 hombres (78%) y 33 mujeres (22%). El 90% eran fumadores. La mediana de seguimiento fue de 64 meses (rango 2-161). El 48% correspondían a estadio patológico IA, el 30% a estadio IB y el 20% a estadio II con pN0. El 61% fueron adenocarcinomas (ACA), el 33% carcinomas de células escamosas (CCE) y el 6% carcinomas de célula grande (CCG). El 28% de los casos fueron positivos en sus células tumorales (membrana) para PD-L1 (mayor o igual a 1%). Para el análisis se estableció 5% como punto de corte. Se observó asociación entre expresión de PD-L1 y menor edad ($p=0,006$), tabaquismo ($p=0,040$), grado nuclear alto ($p=0,042$), Ki67 alto ($p=0,006$) y tendencia a la asociación con tipo histológico (mayor en CCG y CCE, $p=0,057$) y mayor número de mitosis ($p=0,07$). No se observó asociación con tamaño tumoral y estadio. El análisis de Kaplan-Meier demostró menor supervivencia libre de recaída en los pacientes PD-L1 positivos (79 versus 120 meses; HR 1,96; IC 95% 1,11-3,48; $p=0,018$). No se observaron diferencias significativas en relación con la supervivencia global ($p=n.s$).

Conclusión: La expresión de PD-L1 se asocia con datos morfológicos de mayor agresividad y es un factor de riesgo de recaída en el CPCNP en estadios iniciales sin ganglios positivos. No se ha observado significación en relación con la supervivencia global.

10:00 3014-4 MUTACIONES DE BRAF Y TERT EN XANTOASTROCITOMA PLEOMÓRFICO.

Jaime Ferrer Lozano(1), Sarai Palanca(2), Gemma Pérez Simó(2), Almudena Vidal Tarrazona(1), Sonia Escrivà Fèlix(1), Leticia Gómez de Manuel(1) y Francisco José Vera Sempere(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Análisis Clínicos, Laboratorio de Biología Molecular. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Antecedentes: El xantoastrocitoma pleomórfico (XP) es un glioma poco frecuente caracterizado por su presentación en personas jóvenes, una celularidad heterogénea y un pronóstico más favorable que los gliomas difusos. El XP se asocia frecuentemente a la mutación de BRAF (V600E), pero más allá de la aparición de la variedad anaplásica del tumor (XP-A), no existen datos moleculares que permitan predecir el pronóstico de los pacientes. Por otro lado, la mutación de TERT, que determina un aumento de la actividad del complejo telomerasa en un gran número de neoplasias malignas, aparece con frecuencia en gliomas difusos y se asocia a una peor evolución de los mismos. Nuestro objetivo es analizar la presencia de las mutaciones de BRAF y TERT en una serie de XP.

Métodos: El estudio comprendió una serie de 14 casos con diagnóstico histológico de XP. Todos los casos fueron reevaluados histológicamente y asignados a una categoría de XP grado II o XP-A grado III (OMS, 2016). El estudio inmunohistoquímico incluyó el análisis de la expresión de GFAP, CD34, sinaptofisina, proteína de neurofilamentos, NeuN, p53, IDH1 y Ki67. En ocho de los casos incluidos (cuatro de ellos con muestra del tumor primario y de la recidiva) se estudió la presencia de las mutaciones de BRAF y TERT, a partir de ADN del tejido parafinado. El estudio del estado mutacional del gen BRAF se realizó mediante PCR en tiempo real seguida del análisis de las curvas fusión de alta resolución, mientras que el de la región promotora del gen TERT se llevó a cabo mediante secuenciación directa. Los datos radiológicos y clínicos relevantes se recogieron tras revisión detallada de las historias clínicas.

Resultados: la media de edad inicial fue de 23,9 años. Diez casos mostraron una histología inicial de XP y cuatro de XP-A. Un 64,3% de todos los tumores recidivaron, con una media de 2,1 episodios quirúrgicos por paciente. Un 44,4% de ellos mostró transformación anaplásica en la recidiva. El perfil inmunohistoquímico no difirió sustancialmente entre ambos subgrupos. La mutación de BRAF V600E apareció en el 62,5% de los pacientes, manteniéndose en los casos recidivados, sin revelar una asociación con el pronóstico de la enfermedad. La mutación de TERT ocurrió en un 27,5% de los casos, asociándose a un fenotipo XP-A y a menor supervivencia global.

Conclusiones: la mutación de TERT podría ayudar a definir un subtipo agresivo de XP, mejorando su manejo clínico.

10:15 3014-5 CRANEOFARINGIOMAS: ESTUDIO CLÍNICOPATOLÓGICO. EXPERIENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

Beatriz Moreno Torres(1), Yolanda Campos(1), Carlos Quimbayo(1), Almudena Vicente(2), Francisco Díaz-Crespo(1), Irene Alonso(1), Javier Gómez-Serranillos(1), Cristina Murillo(1), Barbara Meléndez(1) y Manuela Mollejo(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: Los craneofaringiomas son tumores histológicamente benignos, localizados en la región selar que derivan embriológicamente de los restos de la bolsa de Rathke, y pueden ser sólidos, quísticos o mixtos. Se han descrito dos variantes clínicopatológicas, el papilar (PCP) que suele presentar mutación BRAF V600E y el adamantinomatoso (ACP) mutación CTNNB1. El objetivo de nuestro estudio es revisar las características clínico-patológicas de los craneofaringiomas diagnosticados en el Complejo hospitalario de Toledo.

Métodos: Se han seleccionado los craneofaringiomas diagnosticados entre 1999 y 2016. Se ha revisado los datos clínicos: edad, sexo, localización, tratamiento y evolución.

Técnicas histológicas e inmunohistoquímicas: HE, p63 y betacatenina.

Técnicas moleculares: Estudio de mutaciones de BRAF mediante la técnica de HRM (High Resolution Melting).

Resultados: Se realizó el diagnóstico de craneofaringioma en 26 pacientes (14 hombres / 12 mujeres), con una edad media de 37 años (1,5-73 años). Los síntomas más frecuentes fueron: alteraciones visuales (21), cefaleas (14) y trastornos del comportamiento (3). Estos tumores se localizaban a nivel selar, excepto en un caso, localizado en el IV ventrículo. El tratamiento fue quirúrgico en 26/26 casos, siendo la resección parcial en el 50% de los casos. En 3 casos se añadió radioterapia.

Tipos: 1) Adamantinomatoso: 19 casos, con expresión nuclear de betacatenina en 16/16, mutación BRAF en 0/15, y expresión difusa de p63 en 17/17. 2) Papilar: 7 casos, sin expresión nuclear de betacatenina en ningún caso (0/7), con mutación de BRAF en 4/4 y expresión difusa de p63 en 6/7.

Evolución: En un periodo de seguimiento entre 24-190 meses, dos pacientes fallecieron, y 24/26 desarrollaron complicaciones médicas derivadas del tumor y/o tratamiento. El 34,6 % (9/26) de los casos presentó recidiva tumoral (7ACP/2 PCP), siendo más precoces las recidivas en los casos con mutación de BRAF, y las recidivas múltiples en los PCP.

Conclusiones: El craneofaringioma, es un tumor que asocia importante morbilidad, a pesar de ser un tumor benigno. En nuestra serie, el tiempo libre de recidiva se asoció a la mutación de BRAF. Series más amplias son necesarias para obtener datos relevantes para el pronóstico de estos pacientes.

VIERNES 26 de mayo**09:30 - 10:30 h.****SALA 8+9****2015****TEAP****3015-1 MODERADORES**Jose M^a Corominas Torres, Hospital del Mar-UAB, Barcelona.

Virginia de Lucas López, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

09:30 3015-2 AUTOMATIZACIÓN, OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD PREANALÍTICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNIC.

Olga Luna Lozano(1), Eva Rodríguez Triano(1), Elena Rull(1) y Antonio Martínez Pozo(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La fase preanalítica del laboratorio de AP incide en la calidad en el estudio morfológico, inmunofenotípico y molecular necesario para el diagnóstico. Dos normativas, respecto al Formol (UE 605/2014) y respecto a trazabilidad y calidad de las muestras biológicas (Protocolo Seguridad del Paciente) obligan a revisarla.

Material y métodos: Entre marzo 2015 y julio 2016 se realiza el proceso de automatización, optimización y mejora de la calidad preanalítica en Hospital Clínic. Se analizan 45000 biopsias anuales, 100.000 bloques de parafina y 1200 muestras criopreservadas.

Los tejidos se tallan en LeanStation (Milestone) con trazabilidad de peticiones, contenedores y casetes. Se introducen en contenedores de seguridad, ParaformTM (Sakura Tissue-Tek). Se realiza fijación inferior a 2 horas en formol y pretratamiento personalizado con PPS® (Sakura) según el contenido graso del tejido y tamaño. Se procesan en Xpress1200 (Sakura) en ciclos de 2h30 min.

Se forman los bloques en robot AutoTek 1200(Sakura), se cortan a 2-3 micras en robot AutoSection. Se estudian aleatoriamente 60 muestras para determinar la estabilidad y calidad de ADN y ARN en 30 procesadas antes y 30 durante el estudio.

Resultados: El 100% de las muestras endoscópicas se manipulan y reprografían en LeanStation mejorando la trazabilidad de muestras, contenedores, peticiones, identificativos de hospital y del laboratorio, y de los paraform impresos, con imágenes en formato JPEG.

El 95% de de las muestras se procesan con el Xpress 1200. Se reduce el tiempo total, sin procesado no supervisado y flujo de trabajo continuo.

Mejora del ADN obtenido a partir de las muestras fijadas e incluidas en parafina, obteniéndose en el 90% fragmentos de hasta 400 pb. En las de procesado convencional, en el 60% se obtienen hasta 300 pb y en las procesadas durante el fin de semana, solo el 20%.

Conclusiones: La fijación externa de la procesadora permite controlar y adaptar los tiempos de fijación y pretratamiento a las características de las muestras, mejorando la calidad preanalítica y del ADN. Reduce la exposición del personal al formol.

El uso de la mesa de tallado y del Paraform reducen la manipulación en la formación de bloques, permite la correcta orientación y trazabilidad de las muestras. El Microtomo automatizado permite una orientación óptima de la muestra con menor pérdida de material, dejando más excedente para biobanco.

09:45 3015-3 NIVELES DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y PERSONAL AL FORMALDEHIDO EN LOS LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:IMPACTO DE DOS TIPOS DE ACCIONES CORRECTORAS.

M^a Ángeles Barbera Pla(1), Ruth Marginet Flinch(1), Esther Sayós Ortega(1), José Luis Mate Sanz(1), Ana Isabel Rodríguez Vila(1), Julia Aquilina Valles(1), Silvia Pecero Cacho(2) y Nieves Alcaide Altet(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Antecedentes: El formaldehído está clasificado (1 abril 2015) como cancerígeno 1B con peligro H350 (puede provocar cáncer) y como mutágeno categoría 2 con peligro H341 (1 enero 2016).

Objetivo: Medir la eficacia de distintas acciones correctoras para reducir los niveles de formol ambiental y del personal laboral.

Métodos utilizados: Se realizaron mediciones periódicas entre 2005 y 2016 en la sala de tallado según el método 2016 NIOSH (empleando bombas portátiles y análisis por cromatografía líquida de alta resolución). Se realizaron mediciones personales a técnicos y patólogos y mediciones ambientales en periodos de actividad. Para categorizar las mediciones en inaceptables, moderadas o tolerables se emplearon las definiciones estándar de la legislación vigente, considerando niveles aceptables cuando todas los valores eran inferiores a 0,37 mg/m³ (valor límite ambiental – exposición corta duración). Se ha utilizado como control los datos registrados hasta 2010, analizando el impacto de las acciones correctoras entre 2010 y 2014.

Resultados: Los resultados obtenidos hasta el 2009 eran inaceptables. Se implementaron medidas correctoras estructurales con instalación de campanas de extracción, revisiones regladas, programación del cambio de filtros, armarios extractores, mejora de la climatización y redistribución de espacios. Las medidas correctoras se completaron el 2009 y las mediciones del 2010 objetivaron una mejora significativa. En 2012 se evidenció un deterioro en los controles debido al aumento de actividad y del número profesionales que trabajaban simultáneamente. Se

implementaron medidas correctoras orientadas al uso adecuado de las medidas de protección de los equipos y la eliminación de residuos. Los resultados fueron óptimos el 2013. En el 2014 se volvieron a detectar niveles no aceptables causados por la falta de seguimiento de los protocolos de seguridad. Se instauró un renovado sistema de vigilancia de buenas prácticas consiguiendo niveles tolerables dos años consecutivos.

Conclusiones: Las medidas correctivas estructurales y de equipamientos fueron insuficientes para mantener niveles tolerables de formaldehído siendo necesarias valoraciones funcionales, nuevos sistemas de trabajo, de gestión de muestras y residuos así como los controles de buena praxis profesional para mejorar los resultados.

10:00

3015-4

COMPARACIÓN ENTRE PATÓLOGOS/RESIDENTES Y TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EN INCLUSIÓN EN LA DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS DE PIEZAS DE RESECCIÓN DE COLON Y RECTO.

Ana Gómez Villalba(1), Patricia García Fernández(1), Cristina Navarro López(1), Áxel Rodríguez Vázquez(1), Marta Contreras Felip(1), Mónica Guerrero Campos(1), Sara María Márquez del Pozo(1), Jennifer Osuna García(1), Nuria Ruiz Roig(2) y Xavier Matías-Guiu Guia(2) de (1)TEAP Servicio de Anatomía Patológica y (2)FEA Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

Objetivo: Demostrar que los técnicos formados pueden diseccionar ganglios con la misma eficacia que un patólogo/residente.

Material y métodos: Se exponen 80 casos de resección de colon/recto de los cuales 40 han sido diseccionados por técnicos especializados, formados durante un periodo de seis meses y los 40 restantes por patólogos/residentes. Se realiza estudio estadístico descriptivo y contraste de hipótesis para dos variables de datos independientes.

Resultados: Las características clinicopatológicas de ambos grupos son similares, por lo tanto son comparables:

- De 40 casos diseccionados por técnicos, 32 son resecciones de colon y 8 de recto, de los cuales 3 son de neoadyuvancia. La media de longitud de las piezas es 28,52cm y del tamaño tumoral 4,5cm. El TNM más frecuente es pT3 (57,5%) pN0 (72,5%), la media de ganglios diseccionados es de 30,45 y la media de positivos es 2,2.
- De 40 casos diseccionados por patólogos/residentes, 31 son resecciones de colon y 9 de recto, de los cuales 5 son de neoadyuvancia. La media de longitud de las piezas es 27,25cm y del tamaño tumoral 4,715cm. El TNM más frecuente es pT3 (65%) pN0 (65%), la media de ganglios diseccionados es de 26,40 y la media de positivos es 4.

Según la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes se demuestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de ganglios diseccionados entre patólogo/residente y técnicos ($p=0,09$).

Conclusión: A través de este estudio podemos demostrar que entre patólogos/residentes y técnicos formados no existen diferencias a la hora de incluir linfadenectomías de colon/recto. Por lo tanto siempre y cuando un técnico esté bien formado tendrá la misma eficacia que un patólogo/residente para diseccionar ganglios.

10:15

3015-5

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MÉTODOS DE EXTRACCIÓN DE ADN CIRCULANTE.

Gabriel Piquer Velasco(1), Arnau Zafra Ponce(1), Rebeca Rueda Miret(1), Alba Dalmases Massegú(1), Gemma Navarro Viu(1), Eva López García(2), Francesc Alameda Quittllet(1) y Beatriz Bellosillo Paricio(1) de (1)Servicio de Patología y (2)Servicio de Oncología. Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El estudio de biomarcadores de tumores sólidos a partir del ADN tumoral circulante en sangre periférica es una tecnología novedosa y prometedora que permite: analizar biomarcadores en casos en los que no se puede disponer de biopsia tumoral representativa, monitorizar la respuesta de los tumores a los tratamientos así como estudiar los mecanismos de resistencia, y obtener una información de la biología del tumor contemplando la heterogeneidad tumoral. El objetivo del presente estudio es comparar el rendimiento y la calidad del ADN circulante obtenido a partir de plasma mediante diferentes kits existentes en el mercado.

Métodos: Se han analizado muestras de 20 casos (10 muestras de pacientes con cáncer de colon metastásico y 10 muestras de pacientes con adenocarcinoma de pulmón). La extracción de ADN circulante se ha realizado por duplicado con un kit que utilizan columnas de sílica y un kit basado en separación con partículas magnéticas. Se ha cuantificado la concentración de ADN circulante obtenido con Qubit y se ha analizado el tamaño del ADN obtenido con Bioanalyzer.

Resultados: Se han obtenido cantidades valorables de ADN en las 20 muestras procesadas por duplicado con los dos kits. El análisis estadístico de los valores de ADN mostró que utilizando el kit con columnas de sílica se obtuvieron concentraciones ligeramente superiores que con el kit basado en partículas magnéticas, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La cantidad de ADN circulante total obtenido fue superior con el kit que utilizaba columnas de sílica. El análisis mediante Bioanalyzer mostró perfiles similares en la distribución de tamaño del ADN obtenido con los dos kits.

Conclusiones: El kit de extracción basado en columnas de sílica obtiene concentraciones ligeramente superiores, y mayor cantidad de ADN total. La calidad del ADN circulante obtenido es comparable entre los dos kits utilizados, si bien en algunos casos la calidad es mejor cuando se obtiene el ADN circulante con partículas magnéticas, ya que se arrastra menos cantidad de ADN genómico acompañante.

VIERNES 26 de mayo
10:30 - 11:30 h.

7025

SEPAF. POSTER DISCUTIDO EN SALA

SALA 8+9

7025-1 MODERADORES.

José Luis Laborda Gálvez, Sevilla.

10:30 7025-2 CAUSAS DE MUERTE POR BUCEO EN GIRONA, DE 2003 A 2016.

Josep Maria Casadesús Valbí(1), Fernando Aguirre Lirón(2), Anna Carrera Burgaya(3), Joan San Molina(3) y Francisco Reina de la Torre(3) de (1)Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (Divisió de Girona), (2)Grupo de Especialistas en Actividades Subacuáticas (GEAS), Guardia Civil, Girona y (3)Departament de Ciències Mèdiques. Grup de Recerca NEOMA. Universitat de Girona.

Antecedentes y objetivos: Existen diferentes causas potencialmente letales en el buceo, siendo el ahogamiento la principal.

Objetivo: Conocer causas de muerte según la modalidad de buceo y la edad del buceador.

Metodología: Hemos analizado los datos recogidos por el GEAS de Girona. De 2003 a 2013 hemos accedido a los expedientes judiciales según Reglamento 1/2005, de aspectos accesorios de las actuaciones judiciales y de 2014 a 2016 hemos accedido las bases de datos del Centro de Patología Forense de Girona con la aprobación de la Comisión de Docencia e Investigación del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.

Realizamos un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de víctimas mortales de buceo en Girona (2003-2016), aplicando un análisis estadístico multivariante (tabla de frecuencias, paquete estadístico IBM-SPSS).

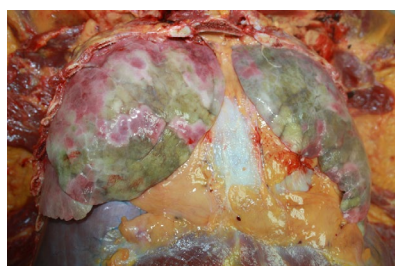
Resultados: Causas de muerte según modalidad de buceo: 16 casos de buceo en apnea (28,5%), siendo un 87,5% ahogamientos y un 12,5% patología natural. 40 casos de buceo con escafandra autónoma (71,5%), siendo un 60% ahogamientos, un 20% embolias gaseosas, un 17,5% patología natural, y un 2,5% otras causas.

En la distribución por edad, el 79% de los casos se encuentran entre la 4ª-6ª década de la vida, siendo entre los 50-59 años el rango más prevalente con un 39,5% del total de los casos.

Conclusiones: En este estudio, el ahogamiento es la principal causa de muerte. Se describen otras causas de muerte como la embolia gaseosa. En España no existen estudios epidemiológicos de mortalidad en el buceo. Desde 2014, por convenio entre la Universidad de Girona y la Secretaría de Estado de Seguridad (Dirección General de la Guardia Civil) se propone la creación del Observatorio de Mortalidad de Accidentes de Buceo (OMAB). Se pretende recoger todos los datos necesarios para realizar estudios prospectivos de este tipo de muertes.

10:34 7025-3 UN CASO DE SUMERSIÓN SUICIDA EN MEDIO ACUOSO ÁCIDO.

Manuel López Alcaraz(1), Pedro Manuel Garamendi González(1) y Manuel Salguero Villadiego(2) de (1)Instituto de Medicina Legal de Huelva y (2)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Sevilla.



Pulmones de sumersión en agua ácida

Todo cadáver hallado en medio acuoso siempre plantea dudas diagnósticas desde el punto de vista de la Patología Forense, no sólo sobre su etiología Médico-Legal, mayoritariamente suicida o accidental, sino también sobre la causa del fallecimiento, por si se tratara de una muerte por sumersión o por otra causa diferente.

Las publicaciones relacionadas con las muertes por sumersión se centran en identificar qué hallazgos macroscópicos, microscópicos y aquellas pruebas complementarias caracterizan a la sumersión y si ésta se ha producido en agua dulce o salada. No hay sin embargo estudios relacionados con casos de sumersión en otros medios líquidos.

Se pretende exponer un caso de sumersión en agua ácida que tuvo lugar en una corta minera que vierte a la cuenca hidrográfica del río Odiel, correspondiente a la conocida como Faja Pirítica Ibérica.

10:38 7025-4 EMBARAZO ECTÓPICO COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA.

Pedro Manuel Garamendi González(1) y Manuel López Alcaraz(1) de (1)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva.

El embarazo extrauterino es una entidad clínica que se observa en 1 a 2% de las gestaciones. Sin una causa aparentes, la incidencia de estos embarazos ha aumentado en los últimos años. En países de África esta incidencia es mayor (3,4 en Camerún) y en EEUU es actualmente de un 2%. La mortalidad por esta condición, sin embargo ha disminuido en las últimas décadas en países como España. No obstante, algunos autores siguen indicando que el embarazo ectópico es causa de un 10% de la mortalidad materna en nuestro entorno.

La mortalidad materna por todas las causas en España es relativamente escasa. Desde 1980 a 2014 según datos del INE la incidencia anual promedio es de 20 nuevos casos por año, con valores por debajo de esta media desde 1989. Entre estas causas de muerte materna el embarazo extrauterino es excepcional. En una serie de la SEGO de 1995 a 1997 no se identifica ningún caso y en los registros del INE en los últimos 5 años solo se identifica dos casos.

Presentamos un caso de muerte súbita e inesperada en una mujer de 44 años de edad de origen marroquí. La fallecida estaba trabajando en un campo, acababa de llegar a España y, al parecer, no había referido antecedente médico alguno. El cuadro clínico debuta como un dolor abdominal cólico acompañado de debilidad y palidez progresivas. Los medios sanitarios tienen dificultades para acceder al asentamiento donde se encuentra la paciente. A su llegada se encuentra en situación de parada cardíaca irreversible. Durante la autopsia se identifica una hemorragia intraperitoneal masiva y la presencia de un útero y anejos gestantes, así como un producto de gestación de aspecto humano, aparentemente estadio 23 de Carnegie y de 3,4 cms de longitud talla vértex-nalgas, libre en la cavidad abdominal.

Lo infrecuente del caso, la edad de la fallecida, su origen no español y su reciente llegada a España y las difíciles condiciones para la asistencia médica explican el interés del caso como muerte súbita del adulto.

10:46 7025-5 SÍNDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN EN SEPSIS POR CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS.

M^a Ángeles Andreu Roca(1), Ana Rosa Polaino Jiménez(2), Esther Roselló Sastre(3), Álvaro Herrero Regalado(1), Mónica Pérez Mola(2), Manuel Fenollosa González(1), Alicia Baños Delgado(2), Fernando González-Romo(4), Amparo Fernández-Rodríguez(2) y Pilar Molina Aguilar(1) de (1)Servicio de Patología. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valencia, (2)Servicio de Biología. Departamento de Madrid. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid, (3)Servicio de Patología. Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana y (4)Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 56 años con antecedente de mordedura de perro en los días previos que asocia cuadro de malestar general de 48 horas de evolución, con síndrome febril, dolor abdominal, y parestesias en extremidades inferiores. Durante la autopsia se observan dos pequeñas heridas en proceso de cicatrización en el dorso de la mano derecha y en tercio distal de cara anterior de pierna derecha, y una llamativa necrosis hemorrágica de las glándulas suprarrenales.

Material y método: Autopsia judicial con estudio histológico (histoquímico e inmunohistoquímico) y microbiológico (Cultivo bacteriológico e identificación por espectrometría de masas (sistema Maldivit)).

Resultados: El estudio microbiológico confirmó la sospecha, detectando la presencia de Capnocytophaga canimorsus en el hemocultivo. Histológicamente se confirmó la infección subclínica de la herida y la coagulación intravascular diseminada, detectándose una histiocitosis que desplazaba en bazo a las poblaciones linfoides y en dermis ocupaba a modo de banda toda la dermis media.

Discusión: El síndrome de Waterhouse-Friderichsen letal tras la infección por C. canimorsus ha sido descrito en muy pocos casos en nuestro país (5), asociado a factores predisponentes (esplenectomía, hepatopatía alcohólica) o no. En estos últimos casos se sospecha la posibilidad de alguna deficiencia del complemento de base.

Conclusiones: La muerte tras la infección por C. canimorsus no es un hallazgo habitual en nuestro medio, aunque sí existen casos reportados en la literatura. Ante el hallazgo de una necrosis hemorrágica en suprarrenales deberemos incluir esta posibilidad en el diagnóstico diferencial e investigarla clínica y microbiológicamente. El estudio microbiológico postmortem es necesario para su correcta filiación etiológica.

10:50 7025-6 CAUSAS DE MUERTE EN DROGADICTOS FALLECIDOS: REVISIÓN DE 232 CASOS.

María Soledad Sánchez de León Robles(1) y María Paz Suárez Mier(1) de (1)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Las Rozas de Madrid (Madrid).

Antecedentes y objetivos: El consumo de drogas es un complejo problema planteado en la sociedad actual por su elevado coste social y económico. En 2014 se estimaron 6.800 sobredosis letales en la Unión Europea y ese mismo año el Plan Nacional sobre Drogas señaló a los opioides como la droga detectada en mayor número de fallecidos (77,3%) y a la cocaína como la sustancia ilegal relacionada con mayor número de urgencias por drogas (44,9%). El objetivo de este estudio es revisar la causa de muerte en consumidores de drogas estudiados en nuestro centro para aportar datos reales sobre las muertes relacionadas con drogas.

Material y método: Se revisan 232 casos de fallecidos con antecedentes de consumo de drogas: 195 varones y 37 mujeres, de 13 a 55 años (32,6 ± 6,2). Se analizan datos del levantamiento, autopsia y resultados de análisis toxicológico cuantitativo e histopatológico.

Resultados: El análisis químico fue positivo en 95,6 % de casos (dos o más sustancias 88,2%): heroína 55,6%; benzodiazepinas 47,4%; cocaína 38,6%; metadona 36,6%; alcohol 22,8%; cánnabis 14,6%; anfetaminas 3,8% y otros opioides 3%. En 132 casos (56,8%) la causa de muerte fue RASUPSI; en 41 casos (17,6%) se detectaron drogas y además importante patología concomitante (severa ateromatosis coronaria en 60% y asociación entre IAM o trombosis con cocaína en 40%); en 20 casos (8,6%) había causa de muerte súbita (40% por cardiopatía isquémica seguido de 30% por infección respiratoria); en 8 casos (4,4%) la causa fue sobredosis (2 cocaína, 2 metadona, 1 heroína, 1 anfetamina, 1 benzodiazepinas y 1 policonsumo de drogas y alcohol); en 18 casos (7,7%) la causa de muerte fue traumatismo o asfixia; y en 13 casos (5,6%) la causa de muerte fue indeterminada. En el pulmón el edema fue la lesión más prevalente (84%) en todos los grupos, seguida de lesiones por tabaquismo y/o inhalación de drogas (66,3%), granulomas (51%) y bronconeumonía (25,7%). En hígado se halló hepatitis crónica (59%), cirrosis (13%) y esteatosis (22%).

Conclusiones: En las muertes relacionadas con drogas es necesario un estudio multianálisis para determinar su causa y etiología valorando un conjunto de datos y resultados del análisis químico e histopatológico. De esta forma se obtendrán datos con valor epidemiológico comparables entre diferentes series y se podrán extraer recomendaciones de tipo preventivo y de actuación.

10:54

7025-7

MUERTE SÚBITA CARDIACA ASOCIADA AL CONSUMO DE TÓXICOS EN JÓVENES: ESTUDIO FORENSE DE BASE POBLACIONAL.

Benito Morentín Campillo(1) y Luis Felipe Callado Hernando(2) de (1)Instituto Vasco de Medicina Legal, Bilbao (Vizcaya) y (2)Universidad del País Vasco, Leioa (Vizcaya).

El abuso de drogas ilegales, tabaco y alcohol en personas jóvenes representa un serio problema de salud pública en Europa. Su consumo puede actuar como factor desencadenante o facilitador de la muerte súbita cardiaca (MSC). El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del consumo de estas sustancias en la MSC en una población bien definida.

Métodos: Estudio de las autopsias forenses practicadas en Bizkaia desde 1991 hasta 2016 en sujetos de 15 a 35 años. En todos los casos se efectuó una autopsia completa así como análisis histopatológico y toxicológico. Se analizaron los datos demográficos, la información sobre consumo de sustancias de abuso y la causa de la muerte.

Resultados: Se diagnosticaron 202 casos (81% varones) de MSC. Las causas de muerte fueron las enfermedades del miocardio (n=60), la cardiopatía isquémica (n=54), la MSC en corazón estructuralmente normal (n=48), la disección de aorta (n=12) y otras enfermedades (n=28). La frecuencia de hábito tabáquico, presente en 72 sujetos, fue superior entre varones que entre mujeres (42% vs 10%; $p < 0.001$) y fue especialmente alta entre los sujetos fallecidos por cardiopatía isquémica (74%). Los resultados del estudio toxicológico mostró consumo reciente de alcohol etílico ($>0.4\text{g/L}$) en 33 casos y de drogas ilegales en 28 (cannabis 19, cocaína 14, anfetaminas 5 y opiáceos 3). Todos los consumidores de drogas ilegales eran varones (16% vs 0%; $p = 0.006$). La frecuencia más baja de consumo de drogas ilegales se observó entre los fallecidos por MSC en corazón estructuralmente normal (8%).

Conclusiones: La identificación de factores modificables que se asocian con la MSC es importante porque posibilita una aproximación útil en el desarrollo de estrategias de prevención. La prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas de abuso es superior en los casos de MSC que la descrita en las encuestas de la población general, lo que sugiere que el riesgo de MSC se podría incrementar por el consumo de estas sustancias. A destacar, la alta prevalencia de tabaquismo en la cardiopatía isquémica. La posibilidad de abuso de drogas debería ser tenida en cuenta en las enfermedades cardiovasculares en jóvenes, principalmente varones.

10:58

7025-8

SUICIDIO POR "ARMA" DE TEJO.

Francisco García Gutiérrez(1), Silvia Carnicero Cáceres(1), Óscar Quintela Jorge(2) y Rosario María Mosquera Blázquez(2) de (1)Instituto de Medicina Legal de Cantabria, Santander (Cantabria) y (2)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid.

El Tejo (*Taxus baccata*) es un árbol del orden de los taxales, muy utilizado en ornamentación, cuyos letales efectos cardiotóxicos tras la ingestión de sus hojas son conocidos desde hace más de 2000 años. Sin embargo, la mayoría de los casos publicados en la actualidad se deben a intoxicaciones accidentales. Pocos son los casos de suicidios intencionales con resultado final mortal. Por otro lado, aunque existen varias publicaciones centradas en aspectos cardiológicos o toxicológicos, no hay ningún caso que se acompañe de estudio autopsico completo e histológico complementario.

Presentamos el único caso registrado en el Instituto de Medicina Legal de Cantabria de intoxicación voluntaria por Tejo, y, hasta donde sabemos, el único publicado en España. Corresponde a un individuo con antecedentes de depresión (sin control médico) y varios intentos autolíticos previos, que es hallado cadáver en la cama de su domicilio. En el acto del levantamiento se objetiva la presencia de ramas de tejo a los pies de la cama. La autopsia revela presencia de restos vegetales similares en cavidad oral, esófago y estómago, así como hemorragia gástrica de características agudas. El examen microscópico es anodino, sin cambios histopatológicos reseñables. El estudio quimicotoxicológico confirma la intoxicación por Tejo tras detectar la presencia de alcaloides del tejo en orina y contenido gástrico.

11:02

7025-9

ENFERMEDAD CORONARIA ATROSCLERÓTICA Y MUERTE SÚBITA EN PERSONAS JÓVENES (1-35 AÑOS).

Joaquín Lucena Romero(1) y José Luis Laborda Gálvez(1) de (1)Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal, Sevilla.

Objetivos: Analizar la mortalidad por enfermedad coronaria aterosclerótica (ECA) en sujetos de 1-35 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las muertes debidas a ECA en personas de 1-35 años sometidas a autopsia judicial en un periodo de 12 años (2004-2015) en la provincia de Sevilla (Media de población total 1,9 millones, población entre 1-35 años 863,454 hab.). Se analizaron los antecedentes personales, familiares y clínicos, circunstancias de la muerte, lugar de la muerte, autopsia completa, macro y microscópica, y análisis químico-toxicológico. En la autopsia se tomaron medidas antropométricas para valorar la obesidad: índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA) y el índice cintura-talla (ICT).

Resultados: Durante el periodo de estudio se practicaron un total de 10,743 autopsias, 1,618 (15%) en personas de 1-35 años, y en 243 casos (15%) el fallecimiento sucedió de forma súbita e inesperada (MSI) (76,5% de origen cardiovascular -MSCV- y 23,5% no cardiovascular -MSNCV-. En 37 casos (20%) la causa de MSI fue debida a una ECA (81% varones; edad media $30,9 \pm 4,1$ años; intervalo 20-35 años). Antecedente de obesidad en la mayor parte de los casos (media del IMC en ambos sexos: $30,4 \pm 6 \text{ kg/m}^2$; media del PA en varones 99,2 cm y del ICT 0,58; media del PA en mujeres 99,4 cm y del ICT 0,59). La media del peso cardíaco fue de $426,2 \pm 110,2 \text{ g}$. La ECA afectaba a un vaso en 25 casos (67,6%), fundamentalmente a la ADA (51,3%), a dos vasos en 8 y a 3 vasos en 4. En 15 casos (40,5%) se observó la presencia de trombosis aguda oclusiva (TAO) sobre placa (13 en ADA y 2 en ACD). Un IAM se observó en 14 casos e infarto curado en 5. Ocho (21,6%) fallecimientos estaban asociados a un consumo reciente de cocaína (87,5% varones, edad media 32,6 años, intervalo 28-35 años). En estos casos la ECA afectaba a dos vasos con TAO en 50% e IAM en 75% de los casos.

Conclusiones: 1/ La ECA es la primera causa de MSCV en jóvenes y afecta principalmente a varones con índices antropométricos de obesidad. 2/ Es una enfermedad univiso localizada principalmente a la ADA con TAO asociada. 3/ El consumo de cocaína es un factor precipitante en un número importante de casos.

11:06

7025-10

SHOCK SÉPTICO POR ENDOCARDITIS AGUDA EN EL CONTEXTO DE CARDITIS REUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO EN PATOLOGÍA FORENSE.

Ana Isabel Hernández Guerra(1), Emilio González Arnay(2), Francisco Javier González Delgado(3) y Hugo Álvarez Arguelles Cabrera(2) de (1)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Delegación en Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife), (2)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y (3)Instituto de Medicina Legal de Tenerife.

La fiebre reumática es una enfermedad sistémica mediada por la inmunidad después de una infección por estreptococos del grupo A. El corazón es uno de sus órganos diana, siendo la carditis reumática uno de los criterios diagnósticos mayores. Una válvula cardíaca previamente lesionada puede constituir lugar de asiento para una endocarditis bacteriana en pacientes pluripatológicos con puerta de entrada.

Presentamos el caso de una mujer de 75 años ingresada en un centro hospitalario por traumatismo craneoencefálico que evolucionó de forma tórpida con inestabilidad hemodinámica hasta fallecer por shock séptico secundario a endocarditis aguda con hemocultivo positivo para *S. aureus* treinta días después del ingreso, solicitándose autopsia judicial ante la denuncia familiar por mala praxis. A la Sección de Histopatología se remiten corazón y encéfalo así como fragmentos de pulmones y vísceras abdominales.

El estudio histopatológico puso de manifiesto endocarditis aguda úlcero-poliposa de válvulas tricúspide y mitral con miocarditis y pericarditis aguda purulenta sobre carditis reumática (miocarditis crónica granulomatosa con nódulos de Aschoff), así como signos morfológicos de shock séptico con infartos sépticos cerebrales, cardíacos y hepáticos junto a fallo multiorgánico.

El diagnóstico final es de sepsis por endocarditis aguda sobre carditis reumática. Se discute la importancia de la carditis reumática crónica como factor predisponente a endocarditis bacteriana en pacientes con riesgo de bacteriemia, así como las aportaciones de la autopsia judicial en casos de denuncia por mala praxis.

11:11

7025-11

EVOLUCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Ana Monzo Blasco(1), Pilar Molina Aguilar(1), Manuel Más Asencio(2), Begoña Cardona Valencia(3), Purificación Marín Reina(4), María Carmen Negre Muñoz(5), M^a Ángeles Andreu Roca(1), Juan Giner Blasco(1), Isabel Izquierdo Macián(4) y Esther Zorio Grima(4) de (1)Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia, (2)Hospital de Vinalopó, Elche (Alicante), (3)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Alicante, (4)Hospital Universitario La Fe, Valencia y (5)Instituto de Medicina Legal, Castellón de la Plana (Castellón).



Gráfica de la evolución de natalidad y mortalidad en Comunidad Valenciana

Introducción: El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es la primera causa de muerte en el primer año de vida. Atendiendo a la clasificación San Diego, la autopsia médico legal debe complementarse con datos clínicos y examen de las circunstancias de la muerte.

Objetivo y material: Aplicación de esta clasificación en los 109 casos de muerte súbita de lactantes en la Comunidad Valenciana desde septiembre del 2006 a diciembre del 2015.

Método: examen del lugar del levantamiento, recogida de datos perinatales, encuesta epidemiológica, autopsia judicial con estudios complementarios (químico-toxicológico, microbiológico, histopatológico), y estudio cardiológico (screening de canalopatías), con posterior tratamiento estadístico de los datos con Power BI.

Resultados: Ver tabla y gráfica.

Discusión: En los 109 casos (54 muertes por SMSL/ 48 muertes de causa explicada/ 7 muertes de causa indeterminada) estudiados en un periodo de 10 años se observa una disminución gradual de los casos de muerte de causa explicada y los casos de SMSL se mantienen en cifras muy similares cada año.

Débil correlación entre la mortalidad y el número de nacimientos, siendo la tendencia bajista de los nacimientos mucho más pronunciada que la de mortalidad.

El mayor número de casos se registra en invierno del año 2009 y 2011, pudiendo seguir el patrón estacional de las infecciones de vías respiratorias altas con forma de presentación epidémica durante los meses fríos. En las muertes de causa explicada se observa un pico de muertes infecciosas en 2008 y 2009, y los años posteriores disminuye a cifras de muerte de causa cardíaca.

En la última década se mantienen los factores de riesgo asociados a dormir en un entorno inseguro.

Conclusiones: Esta tendencia a la disminución del número de casos de muerte explicada con mantenimiento del número de casos de SMSL en un contexto de disminución de la natalidad, refuerza la necesidad de estudio de los mismos por grupos de trabajo multidisciplinares para dirigir y reforzar estrategias y medidas de prevención.

Clasificación de San Diego en las muertes súbitas de lactante en Comunidad Valenciana

Año	n	SMSL	MS explicada	tipo IB	tipo II FRS	tipo II	indeterminada	Causas MS explicada
2006	7	4 (57%)	3	1	3	0	0	2 infecciosas 1 Cardíaca
2007	13	7 (54%)	6	1	4	2	0	3 infecciosas 2 Cardíaca 1 violenta
2008	16	7 (44%)	9	0	4	3	0	6 infecciosas 2 Cardíaca 1 metabolopatía
2009	15	6 (40%)	8	0	5	1	1	7 infecciosas 1 Cardíaca
2010	11	6 (54%)	4	1	3	2	1	1 infecciosas 2 Cardíaca 1 patología congénita
2011	12	5 (42%)	5	2	3	0	2	2 infecciosas 3 Cardíaca
2012	11	7 (64%)	4	0	5	2	0	2 infecciosas 2 Cardíaca
2013	12	4 (33%)	6	0	4	0	2	3 infecciosas 2 Cardíaca 1 patología congénita
2014	8	6 (75%)	2	1	4	1	0	2 patología congénita
2015	4	2 (50%)	1	0	1	1	1	1 Cardíaca

11:14

7025-12

EL ESTUDIO GENÉTICO COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO EN CASOS DE MUERTE SÚBITA INEXPLICADA.

Óscar Campuzano Larrea(1), Anna Fernández-Falgueres(1), Georgia Sarquella-Brugada(2), Sergi César(2), Esther Carro(2), Elena Arbelo(2), Josep Brugada(2), Josep Castella(3), Jordi Medallo(3) y Ramón Brugada(1) de (1)Universidad de Girona, (2)Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona) y (3)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Catalunya, Barcelona

Las arritmias cardíacas familiares pueden presentarse por primera vez como síncope y muerte súbita. Estas arritmias son de base genética, por lo tanto, heredables en una familia. Las técnicas genéticas actuales pueden permitir la resolución de la etiología y la identificación de familiares a riesgo. Muchas de estas patologías no implican alteración cardíaca macroscópica por lo que una parte de los casos quedan sin causa concluyente de la muerte.

Como parte de la investigación forense, se realizó el estudio genético de los principales genes asociados a muerte súbita cardíaca mediante tecnología NGS. También se realizó estudio genético en aquellos casos con diagnóstico macroscópico de enfermedad cardíaca hereditaria.

En nuestro estudio analizamos un total de 789 casos consecutivos (77.2% hombres) menores de 50 años (media 38.6 ± 12.2 años) que murieron súbitamente. La causa de la muerte se resolvió durante la autopsia en la mayoría de los casos (81.1%), gran parte de ellas debidas a enfermedad cardíaca (56.87%). El estudio genético identificó variantes potencialmente patogénicas en el 50% de las muestras clasificadas como miocardiopatías. En los casos sin una causa concluyente de muerte, el estudio genético identificó un 41.2% de las muestras portadoras de una variante potencialmente patogénica como causa de muerte.

La autopsia molecular debería realizarse cuando se identifica una miocardiopatía así como en los casos sin una causa concluyente de muerte debido a posibles canalopatías. Se debe ofrecer asesoramiento genético a todos los individuos con historia familiar de muerte súbita. La identificación de variantes genéticas permite la realización de estudios de segregación y la implementación de medidas preventivas en los familiares a riesgo.

11:18

7025-13

UTILIDAD DE LA GLICOFORINA A PARA LA DETECCIÓN DE HEMORRAGIAS EN CUERPOS EN PUTREFACCIÓN.

Álvaro Herrero Regalado(1), Angélica María Losada Suárez(2), Jennifer Sancho Jiménez(1), Paloma Hevia Ruiz(1), Alejo Sempere Crespo(3), José María Ortiz Criado(1), Ana Monzo Blasco(1) y Pilar Molina Aguilar(1) de (1)Servicio de Patología. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valencia, (2) Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, Bogotá D.C. (Cundinamarca) y (3)Departamento de Patología. Universidad de Valencia.

Introducción: Los cambios tisulares debidos al proceso de descomposición cadavérica han sido ampliamente descritos en la literatura; sin embargo, su presentación varía de un cuerpo a otro aun teniendo el mismo intervalo postmortem, ya que existen otros factores que influyen en su instauración tales como exposición al medio ambiente, fauna cadavérica insectaria o no insectaria, enfermedades en el individuo etc. La degradación de los hematíes puede dificultar el diagnóstico histopatológico de las lesiones hemorrágicas, lo cual abre una gran brecha en la determinación de la vitalidad de las lesiones. El objetivo de este trabajo es mostrar la utilidad de la inmunohistoquímica en estos casos.

Material y método: Se realizó el abordaje de un cuerpo en proceso de descomposición para el estudio de la vitalidad de un surco de estrangulación. El intervalo postmortem establecido fue de aproximadamente un mes teniendo en cuenta la ventana de muerte y los datos proporcionados por la autoridad con respecto al estudio de la escena. Se tomó una muestra de una lesión cutánea hemorrágica reciente y se

dividió en tres fragmentos: fijando uno de ellos y dejando los otros dos sin conservar en formol (uno de ellos durante una semana y el otro durante dos) para comparar los resultados. Las muestras fueron procesadas histológicamente y teñidas con diferentes tinciones histoquímicas e inmunohistoquímicas (glicoforina A).

Resultados: Se obtuvieron resultados positivos tanto en el caso, como en las dos pruebas pudiendo ver que se marcaban los hematíes degradados con la glicoforina A independientemente del tiempo transcurrido, y del estado de putrefacción de la muestra.

Conclusiones: Dada la dificultad que supone la putrefacción a la hora de confirmar ciertos diagnósticos a nivel histológico, la patología forense puede servirse de técnicas como la inmunohistoquímica. La utilización de la Glicoforina A es un método útil para la confirmación inequívoca de hemorragias en casos dudosos con trascendencia medicolegal. Creemos por ello, que debería ser una técnica de fácil acceso en los laboratorios de referencia.

11:22

7025-14

ETIOLOGÍA MÉDICO-LEGAL DE LA MUERTE COMO OBJETIVO MULTIDISCIPLINAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

José Manuel Muñoz-Quirós Caballero(1), Salvador Giner Alberola(1), Miguel Ángel Devesa Sais(2), Jorge Sánchez Gálvez(3) y Juan Carlos García Expósito(2) de (1)Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante, (2) Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante y (3)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Servicio de Química, Barcelona.

Se presenta el caso del cadáver de mujer hallado envuelto en mantas en el interior de un armario por parte de personal laboral de una inmobiliaria. Al parecer, había hablado por teléfono con una amiga, manifestándole que si pasados dos días no sabía nada de ella es porque su pareja la había asesinado. Para su estudio se realizó investigación médico-legal de la muerte completa, descartando lesiones violentas, hallando infiltrado hemático compatible con punción en flexura de codo izquierdo, y detectando en tejidos drogas de abuso habituales, psicofármacos y alcohol etílico.

Tras descartar causa de muerte natural evidenciable o violenta traumática como causa del óbito, y al detectar en el organismo sustancias que pueden originar depresión severa del sistema nervioso central y respiratoria, así como alteraciones cardiovasculares letales, nada se opone a considerar el shock cardiogénico secundario a reacción aguda a sustancias psicoactivas como mecanismo del fallecimiento.

Con respecto a la etiología médico-legal de la muerte, a nuestro juicio es indeterminada, con inclusión de varias hipótesis, siendo necesaria la intervención de expertos en otras disciplinas para la realización de un informe colegiado que dictamine la etiología médico legal.

VIERNES 26 de mayo**10:30 - 11:30 h.****7026****NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA****ZONA POSTER****7026-1 MODERADOR**

Miguel Ángel Idoate Gastearena, Clínica Universidad de Navarra. Facultad de Medicina, Pamplona (Navarra).

10:30**7026-2****IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA, DEL MICROAMBIENTE TUMORAL Y DE LA MONOSOMÍA 3 EN EL PRONÓSTICO DEL MELANOMA UVEAL.**

Montserrat Mora Cabezas(1), María José Ríos Moreno(1), María Dolores Nepomuceno Sánchez(1), José Luis Villar Rodríguez(1) y Juan José Ríos Martín(1) de (1)UGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes: El melanoma uveal es el tumor maligno primario intraocular más frecuente del adulto. Se han propuesto factores pronósticos clínicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y genéticos, pero aún no se ha alcanzado un suficiente grado de consenso sobre el valor de cada uno de ellos.

Objetivos: Caracterizar los distintos tipos clínico-patológicos de melanoma uveal. Estudiar los rasgos histopatológicos, inmunohistoquímicos y genéticos que condicionan el pronóstico de esta neoplasia.

Material y método: Se han estudiado retrospectivamente 79 melanomas uveales diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Se ha realizado estudio clínico-patológico, análisis inmunohistoquímico de las subpoblaciones macrofágicas y linfocitarias del microambiente tumoral (expresión anti-CD68, anti-CD163 y anti-CD3), y el estudio de la monosomía 3 mediante FISH.

Resultados: Se han caracterizado cuatro tipos histopatológicos de melanoma uveal: el de células fusiformes (35,4%), epitelioides (7,6%), mixto (12,7%) y de células intermedias (44,3%). El de células fusiformes se asocia con la ausencia de afectación del cuerpo ciliar, menor número de mitosis y menor índice de proliferación. El de células intermedias presenta mayor número de mitosis que el de células fusiformes. El melanoma de células fusiformes se asocia con mayor frecuencia a una escasa población de células anti-CD68 y anti-CD163 mientras que el melanoma de células epitelioides se relaciona con un número muy abundante de población acompañante anti-CD68 y anti-CD163.

La expresión de anti-CD3 se asocia con el número de células acompañantes anti-CD68 y anti-CD163. La monosomía 3 se asocia de manera estadísticamente significativa con el melanoma de células intermedias, el de células epitelioides y el de tipo mixto y no con el melanoma de células fusiformes. Esta alteración molecular se asocia significativamente con un microambiente inflamatorio rico en células anti-CD68 y anti-CD163.

Conclusiones: La clasificación histopatológica en cuatro tipos de melanoma uveal tiene valor pronóstico. Los melanomas de células fusiformes presentan menor agresividad biológica que el resto. El fenotipo inflamatorio (anti-CD68 y anti-CD163 positivos) del microambiente tumoral se asocia, junto a la monosomía 3, con un peor pronóstico.

10:35**7026-3****ASTROCITOMA/GANGLIOGLIOMA DESMOPLÁSICO INFANTIL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES DE BRAF.**

Eloy Rivas Infante(1), Rogelio Rainiero Ávila Polo(1), Michele Biscuola(1), Javier Márquez Rivas(1) y Mónica Rivero(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los astrocitomas / gangliogliomas desmoplásicos infantiles (ADI/GDI) son tumores glioneuronales mixtos de bajo grado, extremadamente infrecuentes, que se presentan típicamente en niños de menos de dos años. Aunque su perfil molecular aún es poco conocido, los escasos estudios que han sido publicados sugieren que las mutaciones en el gen BRAF, a diferencia de otros tumores glioneuronales mixtos, son raras y se ven en menos del 10% de los casos. El objetivo de este estudio es el de analizar la presencia de las alteraciones en el gen BRAF y realizar una revisión de las características clínico-patológicas y moleculares de los ADI/GDI.

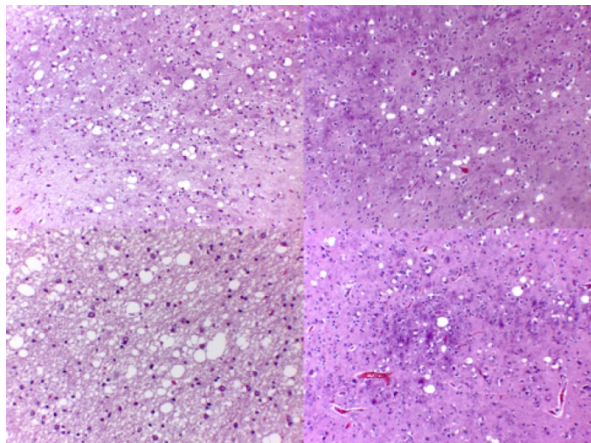
Metodología: El estudio incluye 3 casos que fueron diagnosticados en nuestro centro en los últimos diez años: dos ADI y un GDI. Se ha completando el estudio inmunohistoquímico con GFAP, sinaptofisina, IDH-1, INI-1, p53, y Ki-67, y se ha analizado la presencia de delecciones del gen p53 y de la fusión del gen BRAF-KIAA1549 por FISH, así como de la mutación V600 en el exón 15 del gen BRAF por PCR-RT.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 7 meses y todos los casos se presentaron como grandes lesiones supratentoriales corticales quísticas. La evolución tras la cirugía fue favorable en todos los casos, sin recidivas tras un seguimiento medio de 4 años. Todos presentaban un patrón clásico predominante astrocitario y desmoplásico, y el GDI además mostraba células ganglionares y un componente neuroepitelial primitivo con una actividad mitótica y un índice proliferativo elevados. Ningún caso presentaba ni mutación puntual V600 ni fusión del gen BRAF-KIAA1549.

Conclusión: En concordancia con otros trabajos previamente publicados, nuestro estudio confirma la baja frecuencia de alteraciones en el gen BRAF en los ADI/GDI y el buen pronóstico que presentan a pesar de la existencia de un componente neuroepitelial primitivo en algunos casos. Son necesarios estudios moleculares adicionales en series más grandes para intentar dilucidar las bases moleculares estos tumores.

10:40 7026-4 TUMOR MULTINODULAR Y VACUOLADO CEREBRAL. UNA ENTIDAD RARA.

Emma Sola Vendrell(1), Héctor Pian Arias(2), Lain Hermes González-Quarante(3) y Miguel Ángel Idoate Gastearena(4) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, (3)Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y (4)Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).



Hematoxilina-Eosina

Varón de 52 años de edad, en estudio por crisis de ausencia desde hace 2 años. En enero de 2016 acude a urgencias de nuestro hospital por crisis de ausencia y recuperación con postcrítico. Las pruebas de radiología informan una lesión seudonodular, cortico-subcortical, de localización temporal derecha, compatible con una "tumoración glial de bajo grado, posible oligodendroglioma".

El paciente es intervenido, realizándose una craneotomía y lobectomía temporal derecha. Histológicamente se observa un infiltrado moderadamente celular, en corteza y sustancia blanca, que corresponde a células de aspecto neuronal/gangliomar y oligodendrocitario, con vacuolización pericelular.

No se observa una mayor densidad de vasos y el componente glial acompañante es de aspecto reactivo. Dichas células muestran positividad inmunohistoquímica para PGP 9.5, ATRX, OLIG 2, SOX 10, p16, nestina y sinaptofisina. Son negativas para Neu-N, neurofilamentos, GFAP, cromogranina, CD34, IDH1 y p53.

El caso es revisado por varios neuropatólogos, planteando el diagnóstico diferencial entre entidades con un componente neuronal (tumores de células ganglionares), el tumor neuroepitelial disembrionárico, malformaciones en el desarrollo de la corteza y el oligodendroglioma con diferenciación neuronal. Tras descartar que se trate de cualquiera de estas entidades, se llegó a la conclusión de que se trata de una nueva entidad, descrita por primera vez en el 2013 (Huse y cols), denominada "Tumor multinodular y vacuolizante cerebral", del que solo hay 15 casos publicados hasta la fecha, con características superponibles a nuestro caso. Todos ellos son adultos, asociado a epilepsia crónica y con un comportamiento benigno.

En la nueva clasificación de la OMS 2016 el Tumor multinodular y vacuolizante cerebral se describe como una lesión de bajo grado, o incluso malformativa, con un patrón multinodular y vacuolado, que pudieran estar en relación con tumores de células ganglionares, en los que las células tumorales muestran diferenciación glial y/o neuronal. Describen que es necesario un mayor número de casos y un seguimiento más largo para poder situar esta entidad en un lugar concreto en la clasificación.

10:45 7026-5 ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE P16 EN ASTROCITOMAS PILOCÍTICOS: APLICACIONES DIAGNÓSTICAS.

Armando Reques Llanos(1), Jessica Camacho Soriano(2), Nikaoly Ciriaco Cortes(2), Adriana Zucchiatti Llanos(2), Ana Aula Olivar(2), Luisa Sofía Silva Alcoser(2), Teresa Moliné Marimón(2), Santiago Ramón y Cajal(2) y Elena Martínez Sáez(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona, y (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El astrocitoma pilocítico (AP), es el glioma pediátrico más frecuente. Es un glioma grado I que muestra activación de las vías de señalización celular y mínima proliferación celular. Tienen alteraciones genéticas del gen BRAF (duplicación en tándem y fusión con KIAA1549 en más del 70%, mutación V600E en el 5%) y son considerados tumores senescentes por algunos autores. Como ocurre en los nevus melano-cíticos, la activación de las vías de señalización, las alteraciones de BRAF y el hecho de que sean células senescentes apoyarían su benignidad clínico-patológica.

La proteína supresora de tumores p16 tiene un papel en la senescencia inducida por oncogénesis. Pretendemos estudiar el valor de este marcador como parte del algoritmo diagnóstico de AP, y principalmente su importancia en el diagnóstico diferencial con astrocitomas infiltrantes difusos de bajo grado (ADs).

Material y métodos: Se seleccionaron 40 APs y 24 ADs. Se realizó estudio inmunohistoquímico de p16 (valoración semicuantitativa: ausencia, <10%, 10-50% y >50%) y estudio de proliferación celular con Ki67 (%).

Resultados: Se encontró una expresión de p16 estadísticamente mayor en APs que en ADs ($p=0,006$). El valor predictivo positivo de una expresión de $p16>50\%$ en el diagnóstico de APs fue del 90%. Cuando el AP presentaba una morfología bifásica típica, la expresión de p16 era mayor en el componente microquístico. La combinación con el índice de proliferación celular no aportó mayor seguridad diagnóstica debido al elevado solapamiento de valores entre ambos grupos.

Conclusiones: La valoración de la proteína p16 en APs es una herramienta útil en el diagnóstico diferencial con los ADs. Un patrón de expresión difuso de p16 apoya el diagnóstico de AP.

La expresión diferencial de p16 en los APs, más intensa en células tumorales periquísticas, sugiere un mayor grado de senescencia y podría explicar los cambios morfológicos característicos de los APs. El significado clínico-patológico de la expresión de p16 en algunas células de ADs está en estudio.

10:50

7026-6

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WALDENSTRÖM.

Issa Subhi Issa Ahmad(1), Isabel Casado Fariñas(1), Melchor Saiz-Pardo Sanz(1), Ana Álvarez Carmona(1) y Cristina Díaz del Arco(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad infrecuente que afecta principalmente a pacientes VIH positivos, con neoplasias malignas hematológicas y con esclerosis múltiple (EM) en tratamiento con natalizumab. Puede aparecer también en pacientes trasplantados o con enfermedades autoinmunes. Está causada por el virus JC, un poliomavirus ADN bicatenario que produce lesiones desmielinizantes en la materia blanca.

Presentación del caso: Mujer de 74 años con macroglobulinemia de Waldenström diagnosticada hace 11 años. Presentaba enfermedad sintomática con leucopenia, anemia e infiltración de la médula ósea. Había recibido múltiples ciclos de quimioterapia, principalmente combinación de fludarabina, genoxal y rituximab. Desarrolló anemia hemolítica autoinmune refractaria que precisaba transfusión cada 4 semanas. La paciente comenzó a mostrar afasia progresiva y se realizaron TC y RM cerebral que mostraron lesiones subcorticales de predominio parietal bilateral, hipoatenuadas en TC, hiperintensas en T2 e hipointensas en T1 en RM. Se sugirieron diagnósticos de isquemia crónica, linfoma linfoplasmocítico (síndrome de Bing-Neel) y LMP. Se realizó biopsia de ganglio cervical aumentado de tamaño que mostró linfoma linfoplasmocítico, por lo que se sugirió síndrome de BN como primer diagnóstico. La paciente sufrió empeoramiento de síntomas neurológicos y un mes después se realizó RM sin cambios respecto a las anteriores y biopsia cerebral. La biopsia mostró sustancia blanca con infiltrado de linfocitos T principalmente perivascular, histiocitos y aumento de la celularidad glial con algunas células de citoplasma eosinófilo y núcleo hiper cromático. Con IHQ se observaron focos de desmielinización y positividad en el núcleo de células gliales para virus JC (SV 40). Dado el mal estado de la paciente no se realizaron más intervenciones terapéuticas y murió 3 meses tras el diagnóstico de LMP.

Discusión: El virus JC está presente en un 50-70% de la población, en general en estado latente. La LMP aparece por infección por virus JC en SNC y se da en pacientes inmunocomprometidos. Presenta desmielinización, oligodendrocitos con cuerpos de inclusión y astrocitos atípicos. Es importante su diagnóstico porque el tratamiento consiste en restablecer la respuesta inmune, lo que conlleva riesgo de desarrollo de SRIS por infiltración de las lesiones por linfocitos T CD8+.

10:55

7026-7

PROTOCOLO DE TALLADO DE LA PIEZA DE ENUCLEACIÓN OCULAR POR MELANOMA UVEAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA.

Montserrat Mora Cabezas(1), María José Ríos Moreno(1), Sonia López Overa(1), José Luis Villar Rodríguez(1) y Juan José Ríos Martín(1) de (1)UGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

El melanoma uveal es el tumor intraocular primario maligno más frecuente del adulto y la segunda localización de melanoma. El creciente interés por parte de cirujanos y oncólogos de mejorar las tasas de supervivencia ha incidido directamente en la actividad de los Servicios de Anatomía Patológica, exigiendo de los mismos una estandarización en el tallado.

Presentamos el protocolo de tallado utilizado en el Hospital Virgen Macarena, centro de referencia en Andalucía (con experiencia en más de 100 casos) para el diagnóstico y tratamiento de los melanomas uveales:

- 1º Fijación: volumen de fijación de al menos 60 ml de formol neutro tamponado al 10% durante al menos 24 horas antes del tallado. No es necesario seccionar el globo ocular.
- 2º Orientación: utilizando los puntos anatómicos claves de referencia.
- 3º Examen externo: medición de la pieza de enucleación, diámetros corneales y nervio óptico. Examinar conjuntiva, pupila, córnea, iris, epiesclera/esclera, nervio óptico y venas vorticosas.
- 4º Sección del globo ocular: tras valorar la información clínica (lateralidad, tamaño y localización) e identificar el tumor mediante palpación y/o transluminación se secciona con una cuchilla de afeitar o cuchilla de micrótopo. Previamente debe de incluirse el borde de resección del nervio óptico y muestreo de las venas vorticosas. El plano de corte dependerá de los hallazgos del examen externo y localización del tumor. El objetivo es conseguir un corte anteroposterior central que incluya la mayor superficie tumoral junto con la pupila y el nervio óptico, que debe ser fotografiado. La seriación completa de la pieza se realizará mediante cortes paralelos.
- 5º Descripción macroscópica: localización (en el tracto uveal y cámaras oculares), tamaño, forma y patrón de crecimiento, consistencia, grado y homogeneidad de la pigmentación, estructuras afectadas (en particular el cuerpo ciliar, nervio óptico y extensión extraocular) y distancia a la papila.

Estandarizar el método de tallado permite obtener resultados más fiables y reproducibles.

11:00

7026-8

KI67 COMO FACTOR PRONOSTICO EN GLIOBLASTOMAS.

Natalia Papaleo(1), José María Velarde(2), Cristina Carrato(2), Carme Bañana(2), Teresa Ribalta(3), Noemi Vidal(4) y Francisco Alameda Quittlet(1) de (1) Hospital del Mar, Barcelona, (2) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), (3) Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona y (4) Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Introducción: El índice proliferativo (ki67), se ha determinado como factor pronóstico en astrocitomas grados II y III cuando IDH1 no está mutado. No está claro el papel de dicho índice proliferativo en glioblastomas (GB Nuestra intención en este trabajo es tratar de establecer si el índice proliferativo es un factor pronóstico en GB

Material y método: Se realizó determinación inmunohistoquímica de Ki67 en 264 casos de GB, utilizando matrices de tejidos (TMA), en el contexto de un estudio multicéntrico (GLIOCAT). Se valoró la positividad para Ki67 como mayor del 4% o bien igual o menor del 4%, tal y como parece útil en astrocitomas grados II y III.

Resultados: 40 casos resultaron no valorables. Ki67 igual o inferior a 4%, se observó en 100 casos (44.6%) y Ki67 superior a 4%, en 124 casos (55.4%). En relación al tiempo de supervivencia no se hallaron diferencias estadísticamente significativas cuando se valoró el índice proliferativo como está establecido en este trabajo.

Conclusiones: El índice proliferativo evaluado como superior o bien igual o inferior a 4, no tiene significación pronóstica estadísticamente significativa en GB.

11:05 7026-9 ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI EN UN PACIENTE CON ENOLISMO SEVERO.

Rebeca Ruiz Onandi(1), Emma Camacho Urkaray(1), Íñigo Gorostiaga Altuna(1), Ana María Villagra García(1), Juan Carlos Gainzarain Arana(1), Carmen Romera de la Fuente(1) y Gonzalo González Chinchón(1) de (1)Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Introducción: La enfermedad de Marchiafava-Bignami es una encefalopatía poco frecuente, que puede estar asociada o no al consumo crónico del alcohol, con un desenlace habitualmente fatal. Se caracteriza por una desmielinización y necrosis del cuerpo caloso.

Método: Se realiza estudio anatomopatológico del sistema nervioso central de un paciente de 57 años, ingresado en nuestro centro por crisis comiciales asociadas a traumatismo craneoencefálico tras caída casual en domicilio posterior a la ingesta de alcohol. Se trata de un paciente bebedor activo de unos 200g/d de etanol, malnutrido, con descompensación ascítica y diagnosticado previamente de cirrosis hepática enólica, que fallece tras 29 días de ingreso.

Resultados: Lo más destacable a nivel macroscópico es la atrofia fronto-parieto-temporal, de la parte superior del vermis cerebeloso y de ambas olivas bulbares, así como el reblandecimiento, cambio de coloración y vacuolización del cuerpo caloso, comisura anterior y de la sustancia blanca frontal, insular y temporal.

Microscópicamente llaman la atención la desmielinización del cuerpo caloso y de la sustancia blanca en varias áreas, la presencia de esclerosis laminar de Morel y la pérdida neuronal muy intensa en las olivas bulbares y el hipocampo.

Conclusiones: En nuestro paciente la enfermedad de Marchiafava-Bignami está asociada al consumo de alcohol y a la malnutrición. Presenta concomitantemente otra serie de alteraciones del sistema nervioso central, también relacionadas con el hábito enólico crónico, como son la esclerosis laminar de Morel, la atrofia del vermis cerebeloso y la pérdida neuronal intensa en las olivas bulbares.

11:10 7026-10 LO QUE OCULTA UN HEMATOMA TEMPORAL CEREBRAL.

Greissy Tibisay Vázquez Benítez(1), Ana Simarro Díaz(1), María Henedina Torregrosa Martínez(2), Bairon Alfonso Paz Fernández(3), Mariam Cabezas(4) y Aurelio Hernández Laín(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, (2)Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), (3)Hospital Universitario de Móstoles, Madrid y (4)Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Identificar etiología de hematoma intraparenquimatoso en paciente con inmunosupresión, considerando como primeras posibilidades causas frecuentes de hematomas.

Métodos: Varón de 55 años con antecedentes personales de VIH. Inicia con cefalea, somnolencia, náuseas, vómitos, fiebre y alteración de la conducta. En el examen físico neurológico muestra tendencia al sueño, no disartria ni disfasia, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservada, no signos meníngeos, dismetría ni disdiadococinesia. Se realiza RMN cerebral en el que se identifica hematoma temporal derecho con datos de herniación por lo que se decide intervención quirúrgica.

Resultados: Se recibe pieza de lobectomía temporal en el que se identifican leptomeninges y corteza cerebral con presencia de infiltrado inflamatorio mononuclear denso predominantemente CD3+. La inflamación tiene preferentemente localización perivascular pero se identifican asimismo frecuentes células inflamatorias infiltrando el parénquima cerebral. Se observan "nódulos microgliales", neuronofagia y frecuentes focos hemorrágicos.

La corteza presenta aspecto vacuolizado donde las neuronas presentan retracción y eosinofilia citoplasmática con picnosis nuclear. Existe astrogliosis reactiva en corteza y sustancia blanca.

No se identifican inclusiones nucleares intraneuronales con técnica de HE. Las técnicas de inmunohistoquímica para virus herpes simple (VHS) muestra muy escasos núcleos tanto neuronales como gliales con positividad (inclusiones virales), se confirmó por PCR para VHS con DNA obtenido del tejido cerebral.

Diagnóstico anatomopatológico: Meningo-encefalitis herpética.

Conclusiones: La meningoencefalitis cursa con disfunción neurológica, cuya causa puede ser infecciosa en el 50% de los casos, siendo más frecuente VHS1. No clara relación con inmunosupresión o HIV (Incidencia de 0-3%). La incidencia de meningoencefalitis por VHS se estima de 2-4 casos por 1.000.000 de habitantes a nivel mundial. La presencia de hematomatoma intraparenquimatoso es una complicación infrecuente de la meningoencefalitis herpética, encontrándose sólo 24 casos en la literatura descritos.

Algunos autores piensan que se debe a que el virus produce daño endotelial y posible ruptura vascular. La mortalidad de este grupo de pacientes se estima en un 15%.

11:15

7026-11

CLAVES DIAGNÓSTICAS DEL TUMOR RABDOIDE/TERATOIDE ATÍPICO DE LOCALIZACIÓN Y DIFERENCIACIÓN INUSUALES.

María Teresa Sánchez Medianero(1), Rosa Ortega Salas(1), Ana Martínez López(1), Antonio Rizo Barrios(1), Alicia Sanz Zorrilla(1), Rafael Sánchez Sánchez(1) y Manuel Medina Pérez(1) de (1)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El tumor rabdoide/teratoide atípico (TRTA) es una neoplasia embrionaria maligna (Grado IV de la OMS) del sistema nervioso central (SNC), de mal pronóstico y preferentemente de localización hemisférica, que representa el 1-2% de todos los tumores pediátricos cerebrales. Morfológicamente son tumores muy heterogeneos que suelen contener células de características rabdoides aunque en ocasiones de forma muy focal.

Método: Presentamos el caso de un niño de 1 año que ingresa por hemiparesia izquierda; En RM se informa como tumoración expansiva intra-axial localizada en fosa posterior, afectando a tronco del encéfalo, de 28x25x22 mm, que sugiere Glioma de alto grado, TRTA o principalmente Meduloblastoma. En su evolución, tras la resección, el paciente progresa rápidamente hacia una situación terminal e irreversible.

Resultados: Histologicamente se trata de un tumor muy poco diferenciado y de elevada actividad mitótica, con una alta densidad de células, de nucleos redondeados u ovals, con citoplasma escaso o en ocasiones claro, con focos de necrosis entre ellas, sin formar nodulos o rosetas. La proliferación microvascular es escasa pero la actividad proliferativa (Ki 67) alcanza el 50% de las células tumorales. En el estudio inmunohistoquímico desmina, actina de músculo liso, CD 117 y sinaptofisina fueron negativas; citoqueratinas (AE1/AE3) y vimentina positivas; PGFA y EMA positivas focalmente. INI1 muestra una pérdida de expresión nuclear en la mayoría de las células tumorales.

Conclusiones: El TRTA es un tumor embrionario raro y altamente maligno del SNC que, en ocasiones, es histologicamente indistinguible de otros tumores embrionarios, utilizando únicamente criterios morfológicos. La mayoría tienen componentes variables de neuroectodermo primitivo, epitelio y mesénquima, aunque puede predominar el componente de células pequeñas embrionarias. A pesar de que el rasgo más característico es la presencia de células rabdoides, no son imprescindibles para el diagnóstico. En los casos como el que presentamos, la morfología es de tipo indiferenciado, hay que tener en cuenta otras entidades similares como meduloblastoma, germinoma o glioma de alto grado; la expresión inmunohistoquímica de sinaptofisina, CD 117 o PGFA, respectivamente, serán claves en este proceso diferencial. La inactivación del gen INI-1 es diagnóstica.

11:20

7026-12

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE BCL2 EN UNA SERIE DE 55 GLIOBLASTOMAS MULTIFORMES: UN NUEVO SCORE DE VALORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA CON DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DE RELEVANCIA PRONÓSTICA.

Emma Camacho Urkay(1), José Javier Aguirre Anda(1), Francisco Borja Gutiérrez Corres(1), Lidia Maestro Gómez(1), Laura Lorente Gea(1), Íñigo Gorostiaga Altuna(1), Isabel Guerra Merino(1) y Iván Fernández Vega(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Introducción: El glioblastoma multiforme (GBM) es el tumor maligno glial más frecuente y más agresivo. La proteína codificada por el gen Bcl2 es una proteína antiapoptótica con importantes funciones fisiológicas. Además, corresponde a un oncogén esencial para el desarrollo de determinados tumores como el linfoma B centrofolicular. Tanto la interpretación de la expresión inmunohistoquímica como la valoración mediante un Score, con la creación de un umbral con relevancia clínica, en proteínas relacionadas con la carcinógenesis, supone un hecho científico de interés.

Material: Se realizó un tissue microarray con 55 casos de GBM y sus tejidos control correspondientes. Se realizó IHQ contra Bcl2. Para la valoración se utilizó un Score de 0 a 300 puntos resultado de multiplicar intensidad (0-3) y extensión (0-100% de las células). La valoración se realizó por duplicado. Además, se realizó análisis estadístico con variables clínicas relevantes.

Resultados: En todos los casos estudiados de GBM hemos observado Scores mayores que cero. El Score medio fue de 46,0±43,1, la puntuación máxima de 280 puntos y la puntuación mínima de 15 puntos. Se ha determinado una mayor supervivencia estadísticamente significativa para aquellos GBMs con Score < 60 puntos (p=0.001) con una supervivencia media de 50,3±6,5 semanas frente al otro grupo con peor pronóstico (17,6±4,5 semanas de media).

Conclusiones: Se ha establecido un Score de rango amplio para facilitar la determinación de un umbral con relevancia clínica en el análisis inmunohistoquímico para Bcl2 en GBMs.

VIERNES 26 de mayo

10:30 - 11:30 h.

7027

AUTOPSIAS

ZONA POSTER

7027-1 MODERADORA

María Teresa Hermida Romero, Xerencia de Xestión Integrada A Coruña.

10:30 7027-2 PRIMER CASO DE ENCEFALITIS POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN ESPAÑA.

Elena Martínez Sáez(1), Clayton Wiley(2), Laura Alonso García(3), Alexandra Navarro Jiménez(1), Ignacio Delgado Álvarez(4), Jessica Camacho Soriano(1), Mario Giner Pichel(1), Joan Balcells Ramírez(5), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Gemma Codina Grau(6) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2)University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh (Pennsylvania), (3)Servicio de Onco-Hematología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (4)Servicio de Neuroradiología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (5)Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona y (6)Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

El Virus del Nilo Occidental (West Nile Virus, WNV) es un virus ARN (flavivirus), zoonótico, que se transmite al humano desde su reservorio animal mediante picadura de mosquito. La mayoría de las infecciones en humanos son asintomáticas y menos del 1% desarrollan enfermedad neuroinvasiva (meningitis, encefalitis o pseudopoliomielitis). Hasta el momento se han descrito 3 casos de meningitis aséptica en España, con recuperación clínica total.

Varón de 8 años procedente de Rumanía, diagnosticado en su país de origen de leucemia aguda linfocítica B en 2013. Recibe quimioterapia con recaída en noviembre de 2015. Ingresa en nuestro centro en enero de 2016 para continuar tratamiento y recibir trasplante de progenitores hematopoyéticos. En el día +15 post-trasplante presenta temblores distales finos, cefalea e hiperreflexia, con discreta pérdida difusa de volumen del parénquima encefálico en RM. El día +58 post-trasplante presenta empeoramiento brusco neurológico, con temblor distal de extremidades superiores y afectación progresiva de pares craneales, hiperreflexia y alteración de la conciencia. Hallazgos radiológicos compatibles con encefalitis infecciosa. Se realiza estudio infeccioso con PCR víricas en sangre y LCR positivas para BK y Epstein Barr. A pesar del tratamiento, se observa un empeoramiento radiológico y finalmente fallece (día +92 post-trasplante).

Se realiza estudio autopsico limitado a SNC, con palidez talámica bilateral como hallazgo macroscópico más relevante. Histológicamente se observan extensas lesiones de meningoencefalitis con nódulos microgliales y focos de neuronofagia, con áreas de pérdida neuronal evidente y necrosis, con afectación predominante de tálamo, troncoencéfalo, cerebelo y médula espinal. No se encontraron inclusiones citopáticas ni expresión inmunohistoquímica de poliovirus. Se amplió el estudio virológico en muestras de tejido cerebral y LCR, con positividad para WNV. La presencia del virus en neuronas se detectó mediante inmunofluorescencia. La secuenciación fue 100% coincidente con una cepa descrita en Bulgaria en el 2015.

Ante los flujos migratorios actuales, hemos de ampliar el abanico de diagnósticos diferenciales en casos de patología infecciosa. El WNV no tiene hallazgos neuropatológicos patognomónicos, pero presenta un patrón de afectación predominante de afectación de tálamo, cerebelo, troncoencéfalo y médula espinal.

10:35 7027-3 INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA POR MIOCARDITIS NECROTIZANTE INMUNE EN TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB POR MIELOMA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS.

Luis Daniel Mejías Sosa(1), Pablo Panadero(1), Bruno Paiva(2), Jesús San Miguel(1), Susana Inogés(1), María Dolores Lozano(1), José Echeveste(1), José Paricio(1) y Miguel Idoate(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra) y (2)Centro de Investigación Médica Aplicada, Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

Caso clínico: Se presentan una serie de hallazgos inmunopatológicos singulares asociados al tratamiento con inmunoterapia antitumoral. Se trata de una mujer de 75 años diagnosticada en octubre de 2016 de mieloma múltiple oligosecretor kappa, estadio III, ISS-2 en ensayo clínico con pembrolizumab (anticuerpo monoclonal anti PD1). La paciente acude a urgencias con un cuadro de disnea progresiva de 48-72h de evolución, asociado a cambios en el electrocardiograma con aumento de enzimas cardíacas. En los estudios de imagen se identifica infiltrado intersticial en ambos pulmones. Se le realiza cateterismo en el que no se objetivan lesiones sugestivas de daño coronario. Se establece la sospecha diagnóstica de miocarditis y de neumonitis y se inicia tratamiento con metilprednisolona a dosis 1,5 mg/kg. La paciente fallece y se realiza autopsia.

Métodos: Se ha realizado estudio inmunohistoquímico con un amplio panel de anticuerpos que ha incluido los marcadores CD3, CD8, CD20, Tia1, CD68, CD163, FoxP3, granzima, perforina, PDL1 (clones 328-8 y 22C3), PD1, CD 56, CD 44, TIM3 y HLA-DR y un análisis citométrico tisular.

Resultados: Se ha observado una selectiva marcada miocarditis y panmiositis de músculo estriado de carácter necrotizante producida por una reacción inflamatoria inmune de tipo macrofágico (CD68y CD163 positivos) y linfocitario T citotóxico (CD3, CD8, Tia1, granzima y perforina positivos), que expresaba HLA-DR de forma intensa. Existía además un componente menor linfocitario B FoxP3 positivo. La expresión de PDL1 en las células musculares cardíacas y esqueléticas lesionadas fue muy marcada para ambos anticuerpos testados. La afectación renal y hepática tenía un carácter muy focal. No se observó neumonitis inmune. El tumor mostró extensión esplénica.

Conclusión: El tratamiento con pembrolizumab puede asociarse a una marcada y selectiva miocarditis y panmiositis esquelética inmune de carácter necrotizante y naturaleza macrofágica y T citotóxica, que ha conllevado el desarrollo de una insuficiencia cardíaca aguda letal.

10:40

7027-4

CONTRIBUCIÓN DE LA AUTOPSIA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LA EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN NIÑOS DE ÁFRICA SUBSAHARIANA.

Natalia Rakislova(1), Paola Cecilia Castillo Fernández(2), Miguel J. Martínez(2), Mamudo R. Ismail(3), Carla Carrilho(3), Cesaltina Lorenzoni(3), Clara Menéndez Santos(2), Quique Bassat Orellana(2) y Jaume Ordi Maja(2) de (1)Hospital Clínic, Barcelona, (2)Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Barcelona y (3)Maputo Central Hospital, Maputo.

Introducción: Cada año fallecen en el mundo casi 6 millones de niños, con la mayoría de estas muertes sucediendo en países de renta baja o media. Desgraciadamente, nuestros conocimientos sobre las causas de muchas de estas muertes son muy limitados debido a la gran imprecisión de los métodos de evaluación existentes.

Métodos: Estudio observacional en el que se valoró la validez de la AMI (autopsia mínimamente invasiva) para determinar la causa de muerte en 54 óbitos pediátricos post-neonatales en el Hospital Central de Maputo, Mozambique. Los resultados obtenidos se compararon con los de la autopsia completa. La AMI utilizada consistió en la toma de muestras de hígado, pulmones y cerebro con agujas de biopsia, y el análisis de los especímenes obtenidos mediante métodos histológicos y microbiológicos.

Resultados: La AIM permitió identificar una causa de muerte en 52/54 casos (96,3%). La AIM mostró una buena concordancia con la autopsia completa ($\kappa = 0,70$, concordancia substancial, $p < 0,0001$), con una sensibilidad y especificidad superiores al 93% y el 75%, respectivamente, para infecciones y tumores. Los códigos diagnósticos ICD-10 de la AMI y de la autopsia completa fueron coincidentes en 36/48 casos (75%). La AMI permitió la identificación de los organismos causantes de la enfermedad en 25/32 (78,1%) de las muertes de origen infeccioso.

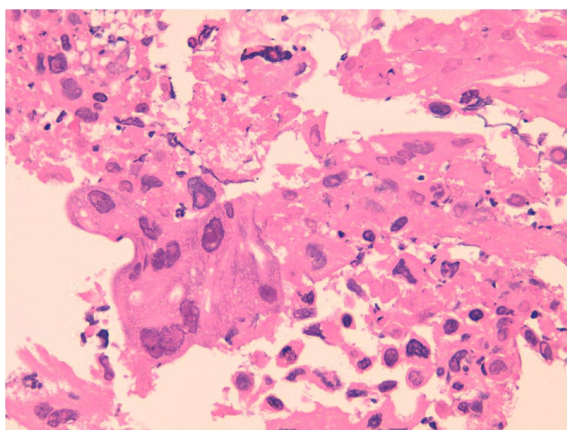
Conclusiones: La autopsia mínimamente invasiva permite identificar de forma precisa la mayoría de las causas de muerte pediátricas en un país de baja renta como Mozambique. Este método puede contribuir a proporcionar datos científicamente fiables sobre causa de muerte en niños de países de baja renta y ayudar a dirigir las estrategias para disminuir en el futuro la mortalidad infantil.

10:45

7027-5

CORIOCARCINOMA EXTRAGONADAL RETROPERITONEAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Eduardo Lisandro Hernández Suárez(1), María de los Ángeles Muñoz Fernández(1), Bairon Alfonso Paz Fernández(1), Eduardo Sobrino Reig(1), Cristina Diego Hernández(1) y Francisco Alijo Serrano(1) de (1)Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.



BAG hepática

Los tumores de células germinales (TCG) primarios extragonadales son raros y sólo representan del 1 al 4% de todos los TCG. El coriocarcinoma puro representa el 0,19 % de los TCG testiculares sin claras referencias de la incidencia del coriocarcinoma puro retroperitoneal primario.

Dada la infrecuencia de este tumor se presenta un caso de una autopsia de nuestro hospital.

Los estudios se realizan en BAG hepática y posteriormente en necropsia. Se utilizan técnicas de histoquímica e inmunohistoquímica.

Se trata de un varón de 26 años que consulta por dolor en la región lumbar de predominio derecho, de un mes de evolución, con empeoramiento progresivo. En la radiografía de tórax se aprecian múltiples lesiones pulmonares nodulares radiopacas en suelta de globos. El TAC toracoabdominal y cerebral describe nódulos pulmonares bilaterales múltiples, lesiones hepáticas metastásicas y del SNC y un conglomerado adenopático retroperitoneal derecho. La ecografía testicular es normal. La BHCG sérica se encuentra elevada.

La BAG hepática muestra un grupo celular atípico positivo para BHCG, negativo para CD30 y otros marcadores de células germinales, compatible con origen germinal. El paciente ingresa para tratamiento quimioterápico con evolución tórpida y fallece.

En la autopsia, macroscópicamente se aprecian lesiones metastásicas cerebrales, pulmonares y hepáticas, así como una masa tumoral retroperitoneal.

En el estudio microscópico de la masa retroperitoneal se aprecian células de aspecto sincitial, multinucleadas, con atipia citológica, núcleos irregulares con nucleolos prominentes y citoplasma eosinófilo que expresan positividad para BHCG y negatividad para el resto de marcadores germinales. Se diagnostica de coriocarcinoma extragonadal retroperitoneal con metástasis. La ausencia de lesiones macroscópicas y microscópicas de ambos testículos nos lleva a plantear el origen primario retroperitoneal.

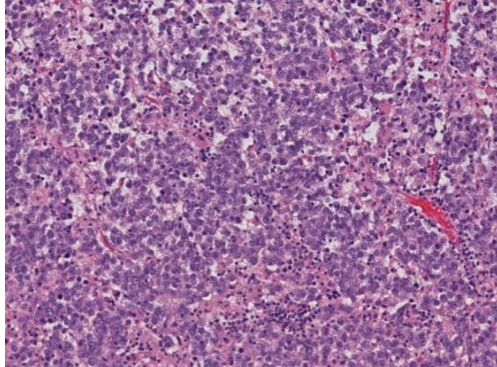
La positividad exclusiva para BHCG sin otros marcadores germinales apoya el diagnóstico de coriocarcinoma puro.

El coriocarcinoma extragonadal retroperitoneal a pesar de ser un tumor muy poco frecuente hay que tenerlo presente a la hora de realizar diagnósticos diferenciales en tumores retroperitoneales.

Se confirma que se trata de neoplasias de rápida evolución, de comportamiento agresivo y altamente metastásicas.

10:50 7027-6 GERMINOMA CEREBRAL DIAGNOSTICADO EN AUTOPSIA.

Lidia González Hernández(1), Rosa García González(1), Julio José Delgado Sánchez(1), Sara Bisshopp Alfonso(1), David Carrera Giraldo(1), Saulo Carrión Marrero(1), Marta González Vega(1) y David Bongiovanni(1) de (1)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).



Hematoxilina-eosina, 10x

Se presenta el caso de un paciente varón de 33 años con el diagnóstico clínico de neurocisticercosis sin respuesta al tratamiento. Tras éxitus, se solicita estudio necrópsico de confirmación diagnóstica.

Se realiza necropsia completa destacando los hallazgos del sistema nervioso central. El estudio macroscópico muestra una lesión diencefálica de 4.5x4x3 cm, con áreas quísticas, de contenido gelatinoso y signos de sangrado reciente. La masa condiciona una hidrocefalia obstructiva con dilatación de los ventrículos laterales y compresión del tercer ventrículo.

El estudio histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina revela una lesión tumoral de distribución en sábana, con células de morfología oval, nucléolo prominente y abundante citoplasma.

Se realiza estudio inmunohistoquímico con CD45, pancitoqueratina, S-100, sinaptosina, c-kit, PLAP, D2-40, CD3, CAM 5.2, alfafetoproteína, HCG, CD30 y EMA.

El panel inmunohistoquímico muestra positividad en las áreas de lesión para c-kit, D2-40, PLAP y CAM 5.2, confirmando el diagnóstico de germinoma cerebral primario y descartando otras entidades como tumores de estirpe neural, linfóide y resto de tumores de células germinales.

En conclusión se resalta la importancia de realizar biopsia de los tumores del sistema nervioso central cuando sea posible, ya que entidades como el germinoma responden bien al tratamiento con radioterapia y pueden ser letales si no se sospechan. Realizar una buena correlación clínica con las pruebas radiológicas y la anatomía patológica resulta imprescindible en estos casos.

La autopsia clínica cobra importancia en aquellos casos en los que no se ha podido establecer un diagnóstico o este no ha sido el adecuado, correlacionando los hallazgos clínico-patológicos de forma certera en situaciones difíciles.

10:55 7027-7 EL LADO OCULTO DEL ESTREPTOCOCCO PYOGENES.

Ivet Bescansa Pous(1), María Teresa Hermida Romero(1), Eladio Busto Lodeiro(1), Ana Reguera Arias(1), Ana Teijo Quintáns(1), Laura Solache López(1), Inés Torres Beceiro(2), Teresa González Triviño(1), Eva Cortina Herranz(1) y Ángel Concha López(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y (2)Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Los *Streptococcus* del grupo A son uno de los agentes infecciosos más habituales. El incremento actual de las formas invasivas causadas por las cepas virulentas, sobre todo por los serotipos M1 y M3, obliga a un mayor conocimiento de la biología del proceso, a lo que puede contribuir la autopsia clínica.

Material y métodos: En un periodo de 29 meses hemos realizado 5 autopsias a pacientes con sepsis fulminante, 4 varones y 1 mujer de edades comprendidas entre los 32 años y los 79 años.

En todos los casos se tomaron muestras. 4 fueron enviadas en fresco y otra ya fijada al servicio de Microbiología el cual, una vez determinada la presencia de *Streptococcus Pyogenes*, lo remitió al centro de referencia para secuenciación del gen *emm* y su serotipaje.

Resultados: Hubo distintas formas de presentación: 2 fascitis necrotizantes (una con artritis séptica asociada), una miositis necrotizante, una neumonía hemorrágica supurativa y un sdr. shock tóxico.

Todos fallecieron en un intervalo de entre 3 y 7 días desde el inicio de la clínica y de entre 16 y 96 horas desde el ingreso hospitalario, a pesar del tratamiento antibiótico e incluso el desbridamiento quirúrgico en dos de los casos.

La puerta de entrada sólo pudo identificarse en un caso, una vía periférica. En los cuatro restantes la puerta de entrada sospechada (picadura de insecto, inyección im, inyección sc. e infección orofaríngea) no pudo demostrarse. Los serotipos identificados fueron M1 en dos casos, M3 y M12.

Conclusiones: La autopsia tiene relevancia en estos pacientes, confirmando o posibilitando el diagnóstico mediante la toma de muestras y colaborando en la necesaria vigilancia epidemiológica.

11:00 7027-8 ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ANGIOINVASIVA EN PACIENTE CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PULMÓN EN TRATAMIENTO CON ANTI-PD1.

Ana Cuesta Díaz de Rada(1), Francisco Miguel Izquierdo García(1), Lucía Pérez Vidal(1), Ana de la Hera Magallanes(1) y Emiliano Honrado Franco(1) de (1) Hospital Universitario de León.

Introducción: PD1 es un receptor de linfocitos T que modula la respuesta inmune uniéndose a ligandos PDL-1 y PDL-2. PD1 está expresado en linfocitos tumorales y las células cancerígenas pueden sobreexpresar PDL-1 para evadir la respuesta inmune de los linfocitos T.

Anticuerpos contra PD1 y PDL-1 pueden reactivar el sistema inmune manteniendo la activación de las células T del microambiente tumoral y están siendo usados para el tratamiento de melanomas y carcinomas no de célula pequeña avanzados entre otros.

Los efectos adversos de estos tratamientos no están muy estudiados debido al poco tiempo que llevan en el mercado aunque se estima que su incidencia es de al rededor del 15% incluyendo rash cutáneo, diarrea, trombocitopenia e hipotiroidismo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 42 años fumadora desde los 18 años diagnosticada de carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV (metástasis pulmonares y hepáticas) en tratamiento en oncología con moduladores del sistema inmune (anti PD1) que evoluciona con neumonitis y linfangitis carcinomatosa e insuficiencia respiratoria siendo exitus.

Resultados: En el examen postmortem se observa una extensa aspergilosis broncopulmonar angioinvasiva con múltiples infartos secundarios en pulmones, riñones, corazón, cerebro y glándula tiroidea. Se observan además úlceras gástricas y duodenales secundarias a aspergilosis digestiva. Se identifica también infección diseminada por citomegalovirus.

La paciente presenta persistencia de su enfermedad con carcinoma epidermoide pobremente diferenciado en pulmón derecho con metástasis en ganglios hiliares y paratraqueales bilaterales así como metástasis hepáticas.

Conclusiones: Los nuevos tratamientos moduladores del sistema inmune están teniendo buenos resultados en el tratamiento de carcinomas avanzados usándose cada vez con más frecuencia en la práctica oncológica. Los efectos secundarios de estos tratamientos no están bien estudiados aunque hasta el momento parecen tener buena tolerancia a pesar de casos como el que describimos con múltiples infecciones probablemente secundarias a la inmunosupresión terapéutica.

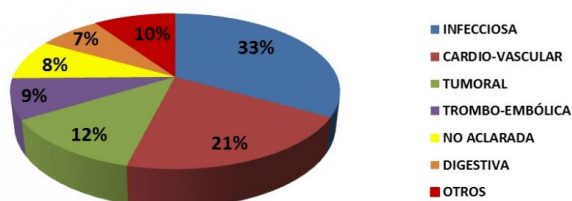
11:05

7027-9

DESCRIPCIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS, DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y CLÍNICOS EN UNA COHORTE DE AUTOPSIAS DE 4 AÑOS.

Adrià Lloret Dagà(1), Javier Gimeno Beltrán(1), Dolores Naranjo Hans(1), Mar Iglesias Coma(1), Lorena Sánchez Díaz(1), Ignacio Sánchez Guerri(1), María Teresa Rodrigo Calvo(1), Natalia Florencia Papaleo(2), M^a Jesús López Casanova(2) y Francesc Alameda Quítillet(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Urgencias. Hospital del Mar, Barcelona.

Causa final de muerte



Introducción: La autopsia, pese a los avances tecnológicos y médicos, sigue proporcionando importantes conocimientos fisiopatológicos de enfermedades así como información sobre las causas directas y predisponentes del exitus.

Material y métodos: Se analizaron las autopsias realizadas en el Hospital del Mar durante 4 años (2012-2015), recogiendo datos demográficos (edad, género, estancia hospitalaria media, servicio solicitante), técnicas de laboratorio y reclasificando diagnósticos según causas finales y predisponentes de muerte, según como recomienda la guía publicada en el Libro Blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP).

Resultados: Se revisaron un total de 207 autopsias (40 en 2012, 61 en 2013, 52 en 2014 y 55 en 2015), 178 de adultos (65% hombres y 35 % mujeres) y 29 fetales. Con respecto a las autopsias de adultos, la edad media de los pacientes era de 61 años y el tiempo medio de ingreso hospitalario de 11 días. Los servicios médico-quirúrgicos más solicitantes fueron Unidad de Cuidados Intensivos (23%), Obstetricia (29%) y Urgencias (12%). Para el estudio histológico se generaron 6100 bloques de parafina (29,46 de media), precisando tinciones especiales, inmunohistoquímicas y moleculares en un 52, 46 y 14% de los casos, respectivamente. Las causas finales de muerte en adultos fueron infecciosas (33%), cardiovasculares (20%) y neoplásicas (12%), con una baja tasa de causas no aclaradas (8%). En un 57% de los casos se encontraron causas predisponentes, siendo la más frecuente la ateromatosis arterial. En la mayor parte de las autopsias fetales no se pudo establecer la causa final de muerte (68%).

Conclusiones: El número de autopsias solicitadas en nuestro centro es bajo pero se mantiene estable. Los servicios de UCI, Obstetricia y Urgencias acostumbran a ser los servicios más solicitantes. A diferencia de en la población general (cuya causa principal de mortalidad es la patología cardio-vascular), la causa final de muerte es la infecciosa, probablemente al tratarse de una población seleccionada. Por otro lado, el número de bloques y de técnicas generado debería ser inferior al obtenido.

11:10

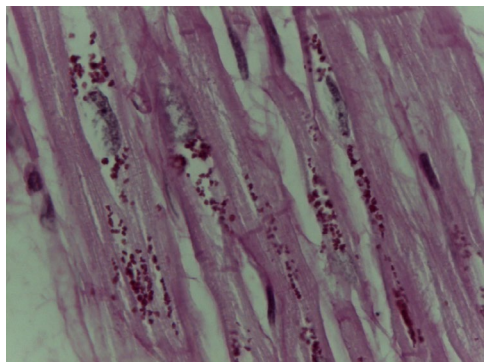
7027-10

ENFERMEDAD CARDÍACA INFLAMATORIA POR HONGOS.

Alex Alberto Castillo Pereira(1), Asunción Paradis Alós(2) y Gema Salinas Reyes(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Anatomía Patológica y (3)Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Comarcal de Vinarós, Castellón.

Introducción: La miocarditis es un proceso inflamatorio que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes químicos, físicos o infecciosos por invasión directa, producción de toxinas o mediada inmunológicamente. Debido a la poca especificidad de los síntomas clínicos de presentación, la miocarditis es habitualmente difícil de reconocer clínicamente en su episodio inicial y probablemente, es por ello una enfermedad infradiagnosticada.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 70 años que consultó en urgencias por presentar 4 días de fiebre, vómitos, dolor abdominal difuso y malestar general. Es tratada con antibióticos de amplio espectro y fluidoterapia. Persiste mal estado general, y es ingresada en UCI con diagnóstico de shock séptico de origen no aclarado. Los resultados urocultivos y hemocultivos son negativos. El TAC describe derrame pleural bilateral, condensaciones alveolares y realce de la pared vesicular. Se le practica laparotomía exploradora por sospecha de



Miocardio. PAS (40X)

colecistitis aguda, pero no se hallaron signos de inflamación aguda en el acto quirúrgico ni en el estudio histológico posterior. A su regreso a la UCI persiste la inestabilidad hemodinámica y respiratoria, con progresión a fracaso multiorgánico, a pesar de las medidas terapéuticas fallece y se solicita estudio necrópsico.

Resultados: Los hallazgos macroscópicos fueron: Cardiomegalia, hipertrofia ventricular concéntrica de predominio izquierdo, cicatrices de infartos antiguos, derrame pericárdico, hepatización pulmonar y derrame pleural bilateral. Diagnósticos finales: Miocarditis intersticial secundaria a infección por *Cándida parapsilosis*, miocardioesclerosis, neumonía aguda con edema pulmonar difuso y pancreatitis aguda. Con técnicas de histoquímica PAS y Grocott se identifican formas compatibles con esporas en miocardio y pulmón, y en el cultivo de líquido pericárdico y pleural se aísla: *Cándida parapsilosis*.

Conclusiones: La miocarditis por hongos representa una enfermedad poco frecuente pero se trata de una patología con una alta tasa de mortalidad por la alteración de la función cardíaca. La nutrición parenteral, la inmunosupresión, antibióticos de amplio espectro, drogas parenterales son factores de riesgo. El pronóstico parece determinado por la realización de un diagnóstico precoz que permita establecer la indicación del tratamiento.

función cardíaca. La nutrición parenteral, la inmunosupresión, antibióticos de amplio espectro, drogas parenterales son factores de riesgo. El pronóstico parece determinado por la realización de un diagnóstico precoz que permita establecer la indicación del tratamiento.

11:15 7027-11 ICTUS DE REPETICIÓN DE CAUSA INFRECUENTE. ESTUDIO POST-MORTEM.

José Rolando Ortega Ramírez(1), María Teresa Cantón Yebra(1), Javier Doña Girón(1) y Francisco Javier Velasco Albendea(1) de (1)Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.



Autopsia. Hallazgos macroscópicos e histológicos- Inmunohistoquímica.

Mujer de 70 años, que consulta por hemiplejía derecha, episodios de desconexión, convulsiones, bradipsiquia. Las pruebas de neuroimagen orientan hacia ictus isquémico y crisis comiciales secundarias. 3 meses más tarde y tras 2 semanas asintomática reaparecen episodios de desconexión, ingresa para estudio con cuadro de trastorno confusional, convulsiones, agitación, ataxia y deterioro de funciones corticales, la analítica destacaba elevación de LDH y anemia, las pruebas de imagen identificaban múltiples lesiones en hemisferios cerebrales de localización frontal, talámica derecha, occipital y cerebelosa afectando a sustancia blanca juxtacortical y subcortical.

Tras mejoría se realiza alta con diagnóstico de epilepsia sintomática secundaria a lesiones cerebrales isquémicas en estudio. 2 meses después presenta disminución de fluidez del lenguaje acompañada de tatrapiresia evolucionando progresivamente hasta deterioro del nivel de conciencia, posteriormente presenta crisis comiciales y marcado deterioro neurológico, la TAC informa de extensión de las lesiones isquémicas cerebrales, el deterioro progresa hasta el exitus letal 6 meses después de iniciado el cuadro clínico.

El estudio post-mortem limitado a la cavidad craneal reconoce un encéfalo de 425gr. En los cortes coronales se constatan múltiples lesiones de apariencia petequeal difusas en la corteza cerebral y sustancia blanca. La zona correspondiente a putamen y globo pálido presenta lesión mal delimitada reblandecida que desplaza el ventrículo ipsilateral. Los cortes histológicos identifican numerosos vasos de pequeño y mediano calibre ocupados por células linfoides atípicas grandes con escaso citoplasma, núcleos vesiculosos irregulares con nucleolos prominentes y frecuentes mitosis con expresión positiva para CD20, CD45 y CD79a, Ki67 70%.

Con estos hallazgos se realiza el diagnóstico de Linfoma Intravascular de Células B grandes con infartos isquémicos múltiples asociados y secundarios a fenómenos de trombosis tumoral de vasos de pequeño y mediano calibre. Entidad infrecuente, pero que a pesar de su baja frecuencia y clínica inespecífica debería ser incorporada en nuestro panel de sospechas diagnósticas ante un cuadro de deterioro neurológico progresivo agudo/subagudo con pruebas de neuroimagen que revelen la presencia de ictus isquémico sin etiología clara que lo justifique y con parámetros analíticos como elevación de LDH.

11:20 7027-12 CRISIS HIPERCALCÉMICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE AUTOPSIA.

Mario Martínez López(1), Alba Espárrago de Mingo(1), Guadalupe López Alonso(1), Andrés Pérez Barrios(1) y Yolanda Rodríguez Gil(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La hipercalcemia es un trastorno crónico del metabolismo que rara vez se presenta como crisis hipercalcémica. En nuestro medio suele detectarse en fases asintomáticas durante análisis rutinarios. La causa más frecuente es el hiperparatiroidismo, seguido de los casos asociados a enfermedades malignas. Presentamos un caso de hipercalcemia aguda (crisis hipercalcémica) asociada a hiperparatiroidismo primario asintomático, diagnosticado en autopsia.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico, Varón de 51 años que acude a urgencias con mareos, polidipsia, poliuria, dolores articulares y vómitos, de dos semanas de evolución. En la analítica se observan niveles altos de creatinina y las pruebas de imagen revelan un aumento del tamaño renal. La calcemia es de 22 mg/dl en analíticas sucesivas. Se instaura tratamiento, a pesar del cual, evoluciona con deterioro



Laringe

neurrológico progresivo e insuficiencia respiratoria que requiere traslado a unidad de cuidados intensivos. El paciente fallece en un plazo de 48 horas desde su llegada a urgencias, sin determinar la causa de la hipercalcemia.

Resultados: Hallazgos morfológicos, en el estudio macroscópico se encuentra una masa laterocervical derecha (figura 1), bien delimitada. Mide 3,5 cm y pesa 9 gramos. Posteriormente confirmó corresponder a un adenoma de paratiroides con hemorragia y necrosis.

En el resto de órganos las alteraciones más importantes fueron el aumento de peso y consistencia de los pulmones que en el estudio histológico corresponde a neumonía aspirativa y múltiples focos de calcificación metastásica en vasos y tabiques alveolares. Esta calcificación se encontró también en pleura, miocardio, hígado, bazo y mucosa gástrica. Ambos riñones mostraron nefrocalcinosis difusa con depósitos calcificados en los túbulos.

Discusión y conclusiones: Presentamos un ejemplo de la importancia del diagnóstico precoz de la hipercalcemia antes de la aparición de los síntomas de hipercalcemia grave que se asocian a una alta mortalidad. Nuestro caso presenta signos de hipercalcemia mantenida, con depósitos metastásicos de calcio en órganos vitales. Ante una hipercalcemia asintomática, deben explorarse las glándulas y función paratiroidea, ante la posibilidad de tratamiento quirúrgico curativo, en los casos del hiperparatiroidismo primario, especialmente en caso de adenoma único.

VIERNES 26 de mayo

10:30 - 11:30 h.

7027

CABEZA Y CUELLO

ZONA POSTER

7028-1 MODERADORA

Margarita Alberola Ferranti, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

10:30 7028-2 MEK Y SU IMPORTANCIA EN LAS NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO EN ESTADIOS AVANZADOS.

Lidia Pérez Villa(1), Bella Isabel Pajares Hachero(2), Martina Álvarez Pérez(3), M^a Dolores Toledo Serrano(4), M^a José Lozano León(3), Vanesa de Luque Ibáñez(5), M^a Jesús García Anaya(4) y Jaime Gómez Millán Barranchina(4) de (1)UGC Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (2)UGC Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (3)Departamento de Fisiología Humana, Histología Humana, Anatomía Patológica y Educación Física y Deportiva. Universidad de Málaga, (4)Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y (5)Laboratorio de Biología Molecular. CIMES.

La proliferación celular es una de las principales causas en el fallo de los tratamientos con radio y quimioterapia en las neoplasias de cabeza y cuello en estadios avanzados.

La vía de señalización mediada por las MAPquinasas ERK1 y 2 es fundamental en la proliferación celular. Entre otras muchas, en la activación de dicha vía interviene la quina de especificidad dual MEK 1 y 2. En estado basal las ERKs se localizan en el citoplasma ancladas mediante su interacción MEK. Al ser fosforiladas por MEK se rompe dicha interacción, las ERKs se dimerizan y se distribuyen por la célula y así comienza su activación.

Con el fin de conocer esta vía e intentar establecer la inmunohistoquímica de MEK como posible factor pronóstico en la neoplasia de cabeza y cuello en estadios avanzados se han realizado inmunohistoquímica para fosfoMEK, Ki-67, P16 y p53 en neoplasias de cabeza y cuello.

En el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario Virgen Victoria, se seleccionaron a los pacientes diagnosticados de carcinoma de cabeza y cuello en estadio avanzado (III y IV no metastásico) desde 2010 al 2015, que eran candidatos a recibir tratamiento radical con radio y quimioterapia, resultando un total de 105 pacientes, de los cuales en 96 teníamos suficiente material para realizar las correspondientes técnicas inmunohistoquímicas.

Las técnicas inmunohistoquímicas previamente mencionadas fueron valoradas por dos patólogos de manera independiente.

La cuantificación de MEK se realizó mediante intensidad, considerándose cuatro grupos (0, 1+, 2+, 3+), considerándose 0 y 1+ negativos, y 2 y 3+ positivos. Además, se clasificó si la tinción de MEK era nuclear o citoplasmática.

Al analizar los diferentes resultados observamos que aquellas neoplasias con marcada expresión de MEK nuclear se asocian a aquellas que tienen un índice proliferativo (ki-67) mayor. Asimismo, la expresión nuclear de MEK se asoció significativamente con la expresión de P53.

Aquellos pacientes con neoplasias que muestran elevada tinción nuclear para MEK presentaron una peor supervivencia y menor tiempo libre de enfermedad; mientras que los pacientes con neoplasias que mostraban mayor tinción citoplasmática para MEK presentaron mayor supervivencia y mayor tiempo libre de enfermedad.

La expresión de MEK pudiéramos considerarlo un factor pronóstico en los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello en estadios avanzados.

10:35 7028-3 ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE DISTINTOS AGENTES HEMOSTÁTICOS EN CIRUGÍA ENDODÓNTICA.

Norberto Quispe-López(1), M. Jesús Fernández-Aceñero(2), Cristina Rico-Romano(1), Rosa Rodero(2), Cristina Díaz del Arco(2), Ana Caso Viesca(2), P. García-López(1) y Jesús Mena-Álvarez(1) de (1)Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid y (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El uso de materiales hemostáticos para conseguir mejorar el control del sangrado a nivel local está aumentando en muchas cirugías. Existen muchos compuestos en el mercado, pero pocos estudios han comparado los efectos histopatológicos de los mismos.

Material y métodos: Modelo experimental en 36 ratas Sprague Dawley. Se realiza un defecto en la calota craneal y se emplean cinco tipos distintos de hemostáticos: oxichelulosa, sulfato de calcio, cloruro de aluminio, sulfato férrico y esponja de gelatina, que se compararon con un grupo control sin hemostático. Se sacrifican los animales en períodos distintos (3, 6 y 12 semanas) para valorar los cambios histopatológicos a lo largo del tiempo. En el estudio histopatológico se valora la cantidad de inflamación y el grado de cicatrización de la lesión.

Resultados: El uso de cloruro de aluminio y gelatina aumentó la respuesta inflamatoria local de forma prolongada, con el consiguiente retraso en el proceso cicatrizal. La oxichelulosa fue el hemostático que menos interfirió con el proceso cicatrizal. Ninguno de los hemostáticos mejoró el resultado comparado con el control.

Conclusiones: El uso de hemostáticos no parece mejorar de forma significativa el proceso de cicatrización de las lesiones. Algunos podrían incluso prolongar el proceso inflamatorio, interfiriendo con la misma.

10:40

7028-4

ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA Y DE LA PIEZA QUIRÚRGICA DE LOS TUMORES DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR: UN ESTUDIO DE 215 CASOS

M^a Dolores Martín Salvago(1), Bélgica Márquez Lobo(1), Rocío Solorzano Mariscal(1), Miguel Ángel Gentil Jiménez(1), César Luis Ramírez Tortosa(1), Francisco Manuel Ramos Pleguezuelos(1), Vicente Crespo Lora(1), José M. Martínez de Victoria Muñoz(1), Fernando Elosegui Martínez(1) y Rafael J. Luque Barona(1) de (1)Complejo Hospitalario de Jaén.

La PAAF es una herramienta muy útil en el diagnóstico de neoplasias de glándula salival mayor, a pesar de la controversia sobre su precisión diagnóstica. La finalidad de este estudio es analizar la concordancia diagnóstica con el resultado en la pieza quirúrgica en nuestro centro, comparando nuestros resultados con los de la literatura.

Se estudiaron todos aquellos casos de glándula salival mayor operados desde 2008, cuyo diagnóstico histológico fue un tumor primario de glándula salival. Descartamos las metástasis de otros primarios, tumores mesenquimales, lesiones no neoplásicas y estructuras anatómicas normales como ganglios intraparotídeos. Finalmente se seleccionaron aquellos casos que tuvieron previamente un estudio citológico mediante PAAF.

De los 215 PAAF seleccionadas, 200 fueron directas y solo 15 ecodirigidas, 97 fueron anteriores al 2012, momento en que se inició el proceso de especialización en nuestro servicio, y 118 posteriores. 33 tuvieron un diagnóstico no concluyente, 8 por **Material:** insuficiente, 10 por error de muestreo (siendo todas punciones directas) y 15 por facilitar un diagnóstico impreciso. De las 182 restantes, 171 fueron concordantes con el diagnóstico histológico (índice de concordancia de 94%), con 165 verdaderos negativos (VN) y 6 verdaderos positivos (VP) y en 11 casos el diagnóstico fue no concordante, con 9 falsos negativos (FN) y 2 falsos positivos (FP), siendo estos últimos anteriores a la especialización. Se obtuvo una sensibilidad del 40%, una especificidad del 99%, un valor predictivo positivo (VPP) de 75% y un valor predictivo negativo (VPN) de 95%.

La sensibilidad en diferentes publicaciones oscila entre 50 y 98% y la especificidad entre 85 y 100%, indicando una mayor precisión de la PAAF para el diagnóstico de los tumores benignos de glándula salival. En nuestro caso, los FN responsables de la baja sensibilidad y del VPP, fueron todos tumores de bajo grado citológico, con atipia mínima: 6 carcinomas de células acinares, 2 carcinomas adenoides-quísticos y 1 carcinoma polimorfo de bajo grado. Además, el escaso número de lesiones malignas puncionadas en nuestro centro (solo 15) contribuye a disminuir la sensibilidad. Con el tiempo, la reciente incorporación de la PAAF con control ecográfico ha disminuido el número de PAAF no diagnósticas y desde la especialización de los patólogos no se ha detectado ningún caso FP.

Título tabla: Resultados de las PAAF diagnósticas

		Diagnóstico histológico		
		Malignidad	Benignidad	Total
Diagnóstico	Malignidad	6 (VP)	2 (FP)	8
citológico (PAAF)	Benignidad	9 (FN)	165 (VN)	174
Total		15	167	182

10:45

7028-5

UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA LÍQUIDA ORAL/OROFARÍNGEA Y DETECCIÓN DE VPH EN EL DIAGNÓSTICO Y MONITOREO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

Jorge de la Oliva Alfonso(1), Silvia Alos(1), Rania Kilzieh(1), Paula Mackers(1), Isabel Vilaseca(1), Carles Martí(1) y Lluçia Alós(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Debido a la alta recurrencia de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (CCE) y el desarrollo de tumores secundarios de-novo, se requiere un estrecho monitoreo de los pacientes. El objetivo de este estudio es establecer la utilidad de la citología y la detección molecular del virus del papiloma humano (VPH) de citologías orales y orofaríngeas por cepillado, la detección temprana de CCE de-novo y el monitoreo de las recurrencias y respuesta después del tratamiento.

Material y método: 39 citologías líquidas por cepillado de 34 pacientes con CCE (26 de orofaringe y 8 de cavidad oral) fueron recogidas previamente a la toma de biopsia (29 muestras fueron recogidas antes del diagnóstico histológico inicial de CCE; 10 muestras fueron recogidas en el período post tratamiento, después de radio/quimioterapia. Se realizaron en todos los casos determinación de ADN del VPH por medio la reacción en cadena de la polimerasa utilizando Roche Cobas 4800 para virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR).

Resultados: 32 muestras citológicas mostraron células escamosas atípicas consistentes con CCE (26 en el diagnóstico inicial y 5 en el periodo de post tratamiento). El diagnóstico de CCE fue confirmado por posterior biopsia en 33 casos. Un caso de cavidad oral tratado con radio-quimio terapia mostró células atípicas pero la biopsia posterior mostró necrosis y un epitelio reactivo (citología falso positivo). Un diagnóstico negativo en la citología fue hecho en 8 casos, y fue confirmado en 6 casos por biopsia. En tres casos negativos en la citología el diagnóstico de CCE fue realizado por biopsia. La citología mostró una sensibilidad del 96% y una especificidad del 85,7%.

Nueve de 26 CCE orofaríngeos (35%) estaban asociados a VPH, confirmado por estudio histológico. Excepto en un caso, todos los demás casos se detectó ADN del VPH por medio de Cobas HPV-DNA test. No se detectaron falsos positivos. La sensibilidad fue del 85% y la especificidad del 100% para el sistema HPV-DNA Cobas.

Conclusiones: La citología oro-faríngea es un método útil y económico para detectar CCE y para el monitoreo y detección de recurrencias después del tratamiento. El sistema Cobas para la detección de HPV-DNA es un método útil en el diagnóstico de CCE asociado a VPH.

10:50

7028-6

ESTUDIO DE VIRUS DE EPSTEIN BARR Y DEL PAPILOMA HUMANO EN CARCINOMA NASOFARÍNGEO. REVISIÓN DE CASOS.

Montse Gomà Gállego(1), Eduard Dorca Duch(1), Laura Ferrazza Martín(1), María López Zambrano(1), August Vidal Bel(1), María Pané Foix(1), Mónica Cos Domingo(2) y Xavier Matías-Guiu(3) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (2)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Radiología, Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y (3)Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El carcinoma nasofaríngeo es una neoplasia maligna rara en nuestro medio que, en zonas endémicas, está relacionada en el 100% de los casos con el virus de Epstein-Barr (VEB). Recientemente, se ha descrito en zonas no endémicas (EEUU principalmente), la asociación con el virus del papiloma humano en una minoría de casos. Es por ello, que se ha propuesto la necesidad de estudiar y determinar el estado del virus del papiloma humano (VPH) en los casos de carcinoma nasofaríngeo (CNF) VEB negativo.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 48 casos de carcinoma nasofaríngeo en un Hospital Universitario diagnosticados entre enero de 2010 y diciembre de 2016, analizando las características histológicas e hibridación in situ del VEB.

En los casos de carcinoma nasofaríngeo EBERs negativo se estudió el estado del VPH mediante tinción inmunohistoquímica para proteína p16 y mediante PCR Linear Array HPV Genotyping test (Roche) con la intención de identificar carcinoma nasofaríngeo relacionado con el VPH.

Resultados: Más de la mitad de los casos eran varones (68%) y en un 80% de raza caucásica. El CNF no queratinizante indiferenciado resultó la variante histológica más frecuente (33/48). El resto, resultaron CNF no queratinizante diferenciado (14/48) y CNF queratinizante (1/48). No se obtuvo ningún caso de CNF basaloide.

La hibridación in situ para VEB resultó positiva en 42 casos. De los cinco casos de CNF no relacionado con el VEB, tres resultaron positivos para proteína p16. Únicamente se obtuvo un caso de carcinoma nasofaríngeo asociado a VPH, que resultó p16 positivo y VPH de alto riesgo, serotipo 18 (se excluyó radiológicamente que la neoplasia tuviera origen fuera de la nasofaringe). Histológicamente se trataba de un carcinoma no queratinizante indiferenciado indistinguible del CNF asociado a VEB.

Conclusión: El estudio confirma la presencia de CNF asociado a VPH. Podemos afirmar que el VPH participa en la etiología de algunos casos de CNF no asociados a VEB en pacientes de raza caucásica, aunque con una incidencia muy baja. Debemos estudiar el estado del VPH en pacientes con CNF en los que no se puede demostrar asociación al VEB.

10:55

7028-7

FIBRODENTINOMA AMELOBLÁSTICO MANDIBULAR. UN TUMOR ODONTOGÉNICO POCO FRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

María Dolores Berenguer Romero(1), I. Rosalía Sarabia Ochoa(1), Laura Sánchez Torres(1), María Victoria Rueda Narváez(1), Legna Viguera Garrido(1) y Adriana Canosa Fernández (1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: El fibrodentinoma ameloblástico (FDA) es un tumor odontogénico benigno, infrecuente, del cual existen pocos casos reportados en la literatura. Su diagnóstico clínico, biológico e histopatológico es controvertido. La presentación clínica y radiológica puede simular al fibro-odontoma ameloblástico, odontoma, fibroma ameloblástico y fibroma cemento-osificante.

Materiales y métodos: Varón de diez años con antecedentes de crisis convulsivas febriles y déficit cognitivo. En una RM cerebral de control, se identifica una lesión de 4 cm, expansiva y heterogénea en la rama mandibular derecha. Se realiza quistectomía y para estudio anatomopatológico se reciben cuatro fragmentos blanquecinos lobulados de 3 x 2cm que se incluyen totalmente.

Resultados: El estudio histológico corresponde a una neoplasia mixta constituida por epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico. El epitelio consiste en células cuboidales similares a los ameloblastos rodeando a células que semejan al retículo estrellado del órgano del esmalte, circunscrito por una membrana basal formando islotes o cordones celulares.

El tejido conjuntivo laxo de aspecto fibromixioide presenta células angulares, colágeno escaso que semeja a la papila dental y dentina pobremente organizada dentro del ectomesénquima más profundo.

En el estudio inmunohistoquímico, las células son positivas para CK5/6 y negativas para p-53 y MDM2. El índice mitótico con Ki67 es de aproximadamente 1-2%. El diagnóstico definitivo fue de tumor del epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico de tipo fibrodentinoma ameloblástico.

Conclusión: El FDA es una neoplasia asintomática de lento crecimiento que se caracteriza por presentarse durante las dos primeras décadas de la vida con mayor predisposición por el sexo masculino. Afecta comúnmente a la región posterior mandibular. Algunos autores consideran que puede ser un tumor intermedio entre el fibroma ameloblástico y el fibro-odontoma. En la última publicación de la WHO, se ha definido como "neoplasia muy rara compuesta por epitelio odontogénico y tejido conectivo odontogénico inmaduro, y caracterizada por la formación de dentina displásica".

El tratamiento principal es la exéresis quirúrgica. Se requiere más conocimiento para entender esta neoplasia con un seguimiento regular de los casos intervenidos, ya que existe el riesgo de transformación maligna y recurrencia.

11:00

7028-8

ANGIOSARCOMA INDUCIDO POR RADIOTERAPIA BIEN DIFERENCIADO EN OROFARINGE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Gina Patricia de Lima Piña(1), Marta Saiz Ruiz de Loizaga(1), Mikel Luque García(1), Ana Comontes Valverde(1), María Idoia Larraya Sanromán(1), Elisabet Agirre Bert(1) y María Joaquina Capellán Guemes(1) de (1)Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa

Introducción: Los Angiosarcomas inducidos por radioterapia (ASIR) son tumores vasculares poco frecuentes que constituyen la cuarta parte de todos los angiosarcomas y se asocian a una elevada tasa de recidivas (50%) y metástasis (40%). Los más frecuentemente se encuentran en piel, mama y cavidad abdominal en pacientes con antecedentes de radioterapia (RT) previa por carcinomas loco-regionales.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de un varón de 59 años, con antecedente de Carcinoma por diferenciado de cavum en el año 2011, que recibió tratamiento con quimio y RT. En el 2016, presenta epistaxis recurrentes, evidenciando una tumoración violácea en fosa nasal izquierda de 3.5 cm que protruye hacia orofaringe y desplaza en el septo nasal sin clara afectación ósea.

Resultados: Recibimos múltiples fragmentos de material de aspecto hemático que midieron 2.5cm. La microscopía reveló una neoformación vascular ulcerada con extensos cambios isquémicos, constituida una proliferación vascular exagerada con atipia citológica moderada que expresaba positividad para CD31, CD34, c-MYC y ERG. Eran negativas para D240 y HHV8.

Conclusiones: El ASIR es una complicación rara, que representa el 0.09 a 0.16% de todos los sarcomas y suele presentarse entre 1 año y varias décadas después de la radioterapia con una latencia media de 5 a 6 años, como en el caso presentado. El ASIR en cavum es un hecho anecdótico por la baja incidencia del tumor primario.

Los ASIR expresan positividad inmunohistoquímica para marcadores vasculares. El uso del c-MYC han sido de gran utilidad en el diagnóstico dado a que suelen expresarse en los ASIR y no en las lesiones vasculares atípicas ni en los angiosarcomas primarios.

Al tratarse de un tipo histológico bien diferenciado, las lesiones suelen estar mejor delimitadas, siendo el tratamiento quirúrgico el tratamiento de elección. Al paciente se le realizó embolización y exéresis de la tumoración. Se encuentra libre de enfermedad en el seguimiento a 6 meses.

11:05

7028-9

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES LARÍNGEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON ORIGEN EN CARTÍLAGO TIROIDES.

Javier Ibarra de la Rosa(1), Francisca Salva Ramonell(1), Ana Isabel de Hita Santabaya(1), Fernando Terrasa Sagristá(1), Bartomeu Colom Oliver(1), Guillermo Amengual Alemany(2), Helena Sarasibar Ezcurre(2), Amaya Roldán Fidalgo(3) y Antoni Arbona Amer(3) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Diagnóstico por Imagen y (3)Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears).

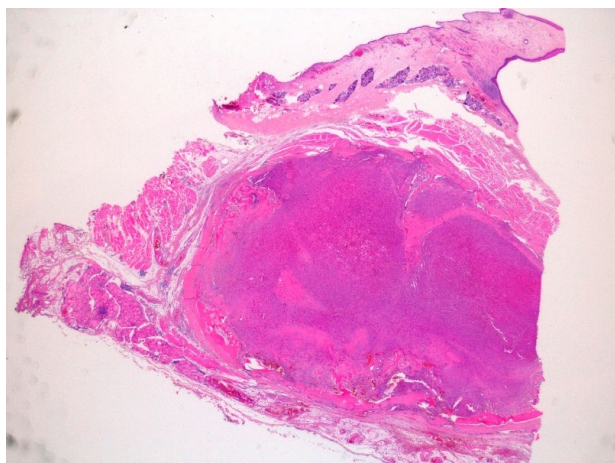


Imagen panorámica de la tumoración

Introducción: El tumor de células gigantes es propio de los huesos largos del sistema esquelético. Un 2% aparece en cabeza y cuello y su localización laríngea es excepcional.

Caso clínico: Varón de 59 años con ronquera de 7 meses de evolución y tumoración laterocervical izquierda.

En ECO lesión hipocogénica en ala izquierda de cartílago. El TAC muestra lesión insuflante sugestiva de baja agresividad.

Se realiza PAAF mostrando células mesenquimales sin atipia junto a células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto, compatible con tumor de células gigantes.

Se decide laringectomía total supracricoides. La pieza muestra abombamiento difuso del cartílago tiroideo ala izquierda y tercio medio de ala derecha por tumor expansivo, con áreas de hemorragia. Expande la cortical tiroidea.

La histología revela una proliferación compuesta por células mononucleares y células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto y disposi-

ción dispersa. Hasta 5 mitosis por 10 campos. Estroma con áreas de hemorragia, degeneración quística y hemosiderófagos. En periferia, restos de hueso con áreas de osificación endondral. Compatible con tumor de células gigantes de cartílago tiroides.

Discusión: El tumor de células gigantes de laringe es un tumor raro. El 80% afecta al cartílago tiroides, 15% cricoides y 5% epiglotis. Aparece en cartílago con osificación endondral y es más frecuente en varones (4ª década). Sin una etiología reconocida, debuta con ronquera, disfagia y/o masa cervical.

Es un tumor submucoso sin conexión con el epitelio de superficie (sin ulceración), compuesto por fibroblastos, histiocitos y células gigantes tipo osteoclasto dispersas sin agregación. Media de 4 mitosis por 10 campos sin elementos atípicos. Hemorragia y degeneración quística son frecuentes. El diagnóstico diferencial incluye entre otros el granuloma reparativo de células gigantes, tumor pardo del hiperparatiroidismo o el quiste óseo aneurismático. El tratamiento de elección es la cirugía conservadora con extirpación completa.

Conclusiones: El tumor células gigantes de laringe es propio de varones de edad media y con sintomatología obstructiva. Surge de los cartílagos con áreas de osificación endondral y presenta la histología clásica de este tumor. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico excelente, sin evidencia de recurrencias o metástasis.

11:10

7028-10

CARCINOMA NEUROENDOCRINO POCO DIFERENCIADO SOBRE PAPILOMA SCHNEIDERIANO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Francisco José Farfán López(1), Ana Mª Martínez de Mandojana Pérez(1), María Serrano Jiménez(1), Rosa María López Irizo(1), Gema Civantos Jubera(1), José Alberto García Bolaños(1), Gema Narciso Repilado(1) y José Luis Domínguez Miranda(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

El papiloma schneideriano es una entidad benigna de fosa nasal y senos paranasales que se clasifica en base a sus diferentes características histológicas (papiloma oncocítico, papiloma invertido y papiloma fungiforme). Todas las variantes presentan una alta recurrencia tras la excisión local. La transformación de papiloma schneideriano a carcinoma se ha descrito entre el 5 y el 15 % de los casos. La mayoría de las veces que evoluciona a carcinoma, lo hace a carcinoma epidermoide, aunque también se han descrito casos de carcinoma mucoepidermoide o carcinoma nasosinusal indiferenciado.

Se presenta el caso de un paciente varón de 64 años con obstrucción nasal crónica y poliposis de años de evolución. A raíz de un episodio de diplopia, se observa en TAC una masa que invade esfenoides, silla turca y fisura orbitaria superior. Se informa en biopsia diagnóstica de papiloma invertido y se planifica la cirugía. Se realiza extirpación incompleta de la lesión, al afectar a la duramadre del clivus y a ambos senos cavernosos.

La pieza quirúrgica muestra una lesión de doble componente, con las áreas de papiloma schneideriano y una neoplasia maligna compuesta por nidos sólidos de células intermedias, con núcleos hiper cromáticos, nucleolos prominentes y numerosas figuras de mitosis. No se aprecia diferenciación escamosa ni glandular. Se observan amplias áreas de necrosis. Ambas lesiones coinciden con focos de carcinoma insitu en el epitelio del papiloma. La inmunohistoquímica mostraba positividad para sinaptofisina, cromogranina, CD56, EMA y CK AE1-AE3. Negatividad para CK5/6 y CK7. El Ki-67 observado fue del 40%. El diagnóstico final fue de carcinoma neuroendocrino poco diferenciado grado 3 de célula grande.

La transformación de papiloma schneideriano a carcinoma con características neuroendocrinas es excepcional, habiéndose reportado casos de carcinoma nasosinusal indiferenciado, que puede tener expresión neuroendocrina focalmente. El caso presentado tiene una expresión neuroendocrina mucho más extensa, lo que apoya el diagnóstico emitido de carcinoma neuroendocrino.

11:15

7028-11

CARCINOMA EPIDERMOIDE Y LINFOMA PLASMABLÁSTICO DE LARINGE: UNA INFRECIENTE ASOCIACIÓN.

Mario Martínez López(1), Alba Espárrago de Mingo(1), Ana Belén Enguita Valls(1) y Claudio Ballestín Carcavilla(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El carcinoma epidermoide es el más frecuente de los tumores de cabeza y cuello. El riesgo de neoplasias múltiples es de un 2-11%, siendo el segundo primario más frecuente el carcinoma epidermoide, y resultando extremadamente infrecuente un tumor de estirpe linfóide. El linfoma plasmablastico se ha asociado clásicamente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), representando un 5-10% de los procesos linfoproliferativos asociados al VIH. En los últimos años se ha visto un aumento de casos reportados en individuos seronegativos.

Caso clínico: Un varón adulto, fumador y consumidor crónico de alcohol, VIH-negativo, consulta por disfagia y pérdida de peso de meses de evolución. Las técnicas de imagen muestran una masa supraglótica en RAE izquierdo, afectando a hemiepiglótis izquierda y vallécula, así como adenopatías bilaterales, sugestivas de metástasis. Se realiza biopsia, la cual muestra, en el mismo fragmento, dos poblaciones celulares distintas, de fenotipos epitelial y linfóide. El componente epitelial corresponde a un carcinoma epidermoide infiltrante (AE1-AE3 y p63 positivo, MIB-1 90%) y el componente linfóide se muestra como un linfoma de alto grado de morfología plasmablastica (positividad para CD138, CD38 y negatividad para CD20, CD79alfa, con restricción para cadena ligera lambda y con un MIB-1 del 70%), lo que resulta compatible con linfoma plasmablastico.

Conclusión: La mayoría de los linfomas plasmablasticos relacionados con pacientes VIH negativos de presentación extranodal se presentan en cavidad oral, seguido de región nasosinusal y tracto gastrointestinal. A propósito del caso, y tras revisión de la literatura, no hemos encontrado ningún caso descrito de asociación de ambos tumores, por ello consideramos necesario el reporte del presente caso.

11:20

7028-12

LARINGE "AFUNCIONAL". CASO AUTOINDUCIDO. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN PACIENTE-CLÍNICO-PATÓLOGO.

María Eulalia García Solano(1), Ana Buendía Alcaraz(1), Sebastián Ortiz Reina(2), Alberto Raposo Jiménez(3), Diana González Olmos(4), Ana Isabel Sánchez Pérez(4), Mónica Henarejos Flores(4), Encarnación Sánchez Baeza(4), José Víctor Bolarín Lucas(4) y Raimundo Caballero López(4) de (1)Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (2)Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia), (3)Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (4)TEAP del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia)

Antecedentes: Varón de 53 años, sin alergias medicamentosas, con DM tipo II, HTA, enfermedad por reflujo gastroesofágico, bebedor moderado y fumador de 4 paq/día. En Mayo 2015 acudió a consulta por disfonía, se realizó rinofibroscopia, TAC y microcirugía laríngea, con anatomía patológica de displasia leve, sin observarse malignidad en ninguna de sus biopsias.

Evolución: A partir de julio 2015 el paciente presenta un intenso edema laríngeo que precisa traqueotomía de urgencia. Se realiza un control mensual del paciente en la consulta de ORL y múltiples biopsias laríngeas todas negativas para malignidad (9 biopsias), con mejoría que hace planear el cierre del traqueostoma. En septiembre 2016, acude a urgencias por múltiples abscesos cervicales y periestomales. El diagnóstico AP: Biopsias múltiples de masa cervical y partes blandas adyacentes con QUSITE ESCAMOSO ABSCESIFICADO DE LARGA EVOLUCIÓN, así como cambios epiteliales reactivos secundarios a la intensa respuesta inflamatoria.

La importancia de la comunicación: Hablando sobre el diagnóstico AP emitido con el clínico, debido a la morfología y extensión de la lesión, cuenta que en una consulta, la hija del paciente le relata como su padre entra en las cuerdas y se extiende excrementos de caballo en el traqueostoma.

El paciente debía ingresar en prisión desde hacía meses, pero al tener que asistir a las consultas de ORL para el control de su patología, el ingreso carcelario se estaba posponiendo. Ante la mejoría inminente por el cierre del traqueostoma, se autoinduce una infección incontrolada...

La evolución posterior es muy tórpida a pesar del tratamiento quirúrgico y médico.

Se realiza (21/02/2017) laringuectomía y linfadenectomía bilateral.

Conclusiones: Nos consta que el paciente era conocedor del daño autoinfligido, pero en ningún momento lo comunicó al facultativo de ORL. Aunque sea un caso excepcional por las circunstancias tan excepcionales del paciente, con este caso se quiere enfatizar la importancia de la comunicación multidisciplinar y la relación clínico-paciente. El desconocimiento de la información supuso un mayor gasto de recursos económicos: repetición de biopsias (14 procesos en total), así como la necesidad de consultas a otros especialistas debido a la "dificultad" del caso.

VIERNES 26 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA POSTER

7029

PULMÓN

7029-1 MODERADORA

Clara Salas Antón, Madrid.

10:30

7029-2

LESIONES QUÍSTICAS DEL MEDIASTINO: REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2016.

Mónica Saiz Camín(1), Emma Camacho Urkaray(2), Marta Atienza Robles(1), Ena Fernández-Lomana Idiondo(1), Alexandre Nogueria Gregorio(1), Gonzalo García de Casasola Rodríguez(1), Aitziber Marcos Muñoz(1) y José Ignacio López Fernández De Villaverde(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Introducción: Las lesiones quísticas del mediastino son lesiones benignas poco frecuentes comprendiendo del 10 al 20 % de todos los tumores primarios mediastínicos. Generalmente son asintomáticos y aparecen como hallazgo casual. Presentan un tamaño variable. Su clasificación histológica depende del tipo de revestimiento epitelial que presenten. Su tratamiento definitivo es quirúrgico.

Objetivo: Estudiar la distribución por edad, sexo, localización, tamaño y tipo histológico.

Método: Se realiza una revisión clínico-patológica de quistes mediastínicos intervenidos quirúrgicamente en nuestro Hospital entre los años 2006 y 2016.

Se revisan muestras teñidas con hematoxilina y eosina y se realizan pruebas de inmunohistoquímica en las muestras que lo precisan.

Resultados: Se encontraron 21 casos en este periodo de tiempo, de los cuales 10 correspondían a hombres y 11 a mujeres, de una edad media de 59,47 años. La mayoría de ellos (11, 52.38%) estaban situados en el mediastino anterior; 6 casos (28.57%) en el medio, 2 casos (9.52%) en el superior y otros 2 casos (9.52%) en el posterior. El tamaño medio de los quistes mediastínicos fue de 4.82 cm.

En cuanto al tipo histológico de los quistes, 9 casos (42.85%) fueron mesoteliales/pericárdicos, 7 casos (33.33%) tímicos y 5 casos (23.8%) broncogénicos.

Conclusión: La localización más frecuente (mediastino anterior y medio) en nuestra serie de casos junto con el tamaño y la no predilección por sexo, coincide con los datos encontrados en la bibliografía.

El tipo histológico más frecuente en nuestra serie fue el mesotelial/pericárdico, a diferencia de otras series en la bibliografía consultada en las que fue el broncogénico.

10:35

7029-3

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A TABAQUISMO. ESTUDIO EN TEJIDO PULMONAR PROCEDENTE DE RESECCIONES QUIRÚRGICAS.

Francisco José Illán Gambín(1), Estela Costa Navarro(1), Laura Valentina Greco Bermúdez(1), María Fernanda Sánchez de la Fuente(1), Juan Arenas Jiménez(1), Concepción Martín Serrano(1) y Francisco Ignacio Aranda López(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial asociada a tabaquismo incluye cuadros morfológicos como la bronquiolititis respiratoria (BR), el patrón tipo neumonía intersticial descamativa (NID) y, de descripción más reciente, la fibrosis intersticial relacionada con tabaquismo (FPRT/SRIF). En el presente trabajo se describen las alteraciones morfológicas relacionadas con el grado de tabaquismo y su correlación con las pruebas de función respiratoria.

Material y método: Se han estudiado de forma prospectiva los hallazgos morfológicos en el tejido pulmonar no neoplásico procedente de 42 resecciones quirúrgicas por cáncer (lobectomías y segmentectomías). Tras insuflación y fijación con formaldehído se obtuvieron entre 3 y 6 bloques de tejido en zonas alejadas del tumor.

Se aplicó un protocolo de recogida de datos para identificar y realizar una estimación semicuantitativa de las siguientes variables morfológicas: BR, NID, fibrosis peribronquiolar (FPB) y fibrosis tipo FPRT. Se estudió el nivel de asociación de los resultados con el grado de tabaquismo: no fumador (NF), fumador moderado (MF 10-34 años/paquete) y gran fumador (GF ≥ 35 a/p), y en la alteración en las pruebas de función respiratoria (obstrucción, difusión).

Resultados: El 57% de los pacientes eran GF, 26% MF y 7 NF. Se identificó BR en el 60% de los pacientes: 83% de GF, 36% MF y 14% de NF ($p=0,001$); NID en el 57%: 75% GF, 46% MF y 14% NF ($p=0,009$); FPB en 33%: 54% de GF, 9% de MF y 0 de NF ($p=0,001$); FPRF en el 38% del total: 58% de GF, 18% de MF y 0 de NF ($p=0,002$). En relación con las pruebas de función respiratoria, se observó asociación entre obstrucción y BR ($p=0,01$), NID ($p=0,04$), y FPRT ($p=0,03$), así como entre menor difusión y presencia de NID ($p=0,026$), FPB ($p=0,040$) y FPRT (0,029).

Conclusión: La presencia de BR, NID, FPB y FPRT es altamente prevalente en pacientes fumadores y guarda relación directa con el grado de tabaquismo así como con alteraciones en las pruebas de función respiratoria.

10:40

7029-4

¿SON TODAS LAS FIBROSIS PULMONARES IDIOPÁTICAS REALMENTE IDIOPÁTICAS? REVISIÓN DE PULMONES DE EXPLANTE CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.

Alicia León del Castillo(1), Emma M. Linares Martín(1), Steliana F. Racean(1), Sara Marcos González(1), Pablo M. Bueno Ortiz(1), Ainara Azueta Etxebarria(1), Víctor Mora Cuesta(1), David Iturbe Fernández(1) y José J. Gómez Román(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una neumonía intersticial crónica, fibrosante, de causa desconocida, caracterizada por un empeoramiento progresivo de la disnea y función pulmonar, asociados a un mal pronóstico, con una evolución variable entre pacientes. Se realizó una revisión de pulmones explantados con diagnóstico clínico-radiológico de FPI con el objetivo de identificar casos no idiopáticos de fibrosis pulmonar.

Material y métodos: Se revisaron 30 pulmones de explante diagnosticados de FPI según criterios clínico-radiológicos. La serie de casos estaba compuesta por 30 pacientes, cinco mujeres y 25 varones, con edad media de 60.1 años [51 y 66 años], trasplantados entre los años 2011 y 2016 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resultados: Los 30 casos presentaron un patrón morfológico de neumonía intersticial de tipo usual (NIU). En 20 de los 30 casos (67%) se logró identificar una etiología causante de la fibrosis pulmonar: Diez casos (33%) presentaron características histológicas sugestivas de enfermedad autoinmune, 9 casos (30%) mostraron una histología compatible con alveolitis alérgica extrínseca y un caso (3%) se diagnosticó de asbestosis severa, no identificándose una etiología desencadenante en los 10 casos restantes (33%).

Conclusión: El diagnóstico de FPI se basa en la exclusión clínica de causas conocidas de enfermedad intersticial pulmonar, un patrón radiológico en TC de alta resolución de NIU y/o una histología de NIU sin datos de un diagnóstico alternativo. Este patrón histológico está caracterizado por fibrosis de predominio subpleural y paraseptal, lesiones parcheadas con zonas de parénquima preservado y presencia de focos fibroblásticos.

En las guías actuales, la realización de una biopsia no es un requisito diagnóstico de esta entidad. Sin embargo, se admite que una histología no característica de NIU descarta el diagnóstico de FPI, independientemente de la radiología. Esto podría ser más frecuente de lo esperado; en nuestro estudio, el 67% de explantes demostraron no ser FPIs histológicamente. Así, en aquellos casos en los que se realizara una aproximación multidisciplinar que incluyera el diagnóstico previo del patólogo, el número de FPIs se podría ver reducido a favor de diagnósticos de etiología concreta, ofreciendo al paciente un mejor tratamiento y conocimiento de la progresión de su enfermedad.

10:45

7029-5

MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA: CORRELACIÓN CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICA: SERIE DE 31 CASOS 2009-2016.

Ana Isabel Gil Liñan(1), Beatriz Ocaña Castillo(1), María Ángeles Paniza Mendoza(1), Francisco Antonio Pastor Quirante(1), Francisco Martínez Díaz(1), María Isabel Arcas Martínez Salas(1), Enrique Poblet Martínez(1) y Alejandro Martínez Torrano(1) de (1)Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La miocardiopatía arritmogénica es una enfermedad caracterizada por arritmias ventriculares debido a degeneración fibrograsa del miocardio y que puede causar muerte súbita en pacientes jóvenes. El objetivo del presente trabajo, es el estudio de las lesiones morfológicas observadas en los casos de MAVD (Miocardiopatía Arritmogénica del Ventrículo Derecho), tanto macro como microscópicos y su correlación clínica.

Material y métodos: Presentamos 31 casos recopilados desde 2009 a 2016 estudiados por muerte súbita de origen cardíaco que presentaron degeneración fibroadiposa del miocardio compatible con MAVD. De todos los casos se recopilaron datos clínicos (edad, sexo, enfermedad fundamental, consumo de fármacos/tóxicos, relación con realización de actividad física vs reposo..), parámetros macroscópicos (peso del corazón, grosor ventricular, medidas valvulares, infiltración grasa del miocardio, lesión en coronarias..) y microscópicos (degeneración fibroadiposa, fibrosis, apoptosis, disposición de fibras, infiltrado inflamatorio...).

Resultados: 19 hombres y 12 mujeres, con edades comprendidas entre 16 y 57 años. En el momento de la muerte, 21 estaban realizando actividades, 5 de ellos deporte, frente a 20 sujetos en reposo, 6 durmiendo. Consumo de tóxicos en 2 de ellos y síntomas cardíacos previos en 5 sujetos.

Conclusiones: De los datos extraídos de este estudio podemos destacar que la cardiopatía arritmogénica es causa de muerte súbita en sujetos alrededor de los 30 años de edad. Macroscópicamente predomina una dilatación biventricular junto a un incremento del tejido adiposo, fibrosis miocárdica de patrón preferente difuso y localización frecuente en cara anterior y pared libre. Principalmente se observa afectado el Ventrículo Derecho de manera transmural, el tabique en más de dos tercios de los casos y los signos de inflamación miocárdica de tipo focal e hipertrofia fibrilar.

10:50

7029-6

METÁSTASIS OCULAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pilar Machin Andreu(1), M^a Victoria Fuste Chimisana(1), M^a Ángeles Cañas Tello(1), Lina Palacio Arteaga(1), María Sancho(1), Rosana Blavia(1), María Plana Serrahina(1), Xavier Araque Pascual(1), José Nieto Enríquez(1) y Víctor Fumal Orús(1) de (1)Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona).

Paciente varón de 85 años con antecedentes de laringectomía por carcinoma escamoso supraglótico en 2002. Presenta desde mayo del 2016 dolor ocular izquierdo, a la exploración se objetiva edema microquístico con hiperemia y exudados duros en retina por lo que se orienta como desprendimiento de retina exudativo e infiltrado coroideo. Requiere de cuatro intervenciones hasta que se decide enucleación.

Se recibe globo ocular con aspecto deslustrado y opacidad de córnea. Al corte, no se identificaban cambios evidentes. Microscópicamente se identifica infiltración difusa de coroides por tumor que se dispone en forma de placa y que está constituido por células de citoplasmas amplios con marcado pleomorfismo nuclear y nucléolo prominente. El estudio inmunohistoquímico es positivo para CKAE1-AE3, CK7 y TTF1 y negativo para S-100, MelanA, CK20, p63, CK5, PSA y RCC. El índice de proliferación celular medido mediante Ki-67 es del 25%. Ante estos hallazgos se sugiere como primera opción la metástasis de un adenocarcinoma de pulmón.

Tras estos hallazgos se realiza TAC de tórax en el que se identifica nódulo de 17 mm localizado en segmento apical del LII, de contornos lobulados que contacta con pleura mediastínica, sospechoso de malignidad. Además dos nódulos en LMD, uno subpleural de 6mm y otro de 4 mm, sugestivos de M1.

Las metástasis oculares pueden producirse a cualquier edad, pero son más frecuentes en pacientes de edades comprendidas entre 40-70 años. Los signos y síntomas de presentación ocular son variables dependiendo del tamaño, la localización y los efectos secundarios que produzca el tumor. La visión borrosa y el dolor ocular suelen ser los síntomas más frecuentes. La complicación que se puede presentar con más frecuencia es el desprendimiento de retina (75% de los casos)

Las metástasis uveales son el tumor intraocular maligno más frecuente y de ellas, más del 80% se localizan en la coroides.

La etiología varía según el sexo del paciente, siendo el carcinoma de pulmón el que con más frecuencia metastatiza en el varón y el de mama en la mujer, seguidos de riñón, tracto gastrointestinal, testículos y por último, próstata, páncreas, tiroides y melanoma cutáneo.

El 50% de los tumores de pulmón se diagnostican posteriormente a la aparición de la metástasis, al contrario de lo que ocurre con el cáncer de mama en que los pacientes suelen tener una historia de carcinoma conocido en el 90% de los casos

10:55

7029-7

BENEFICIOS DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL CON PUNCIÓN ASPIRACIÓN (EBUS), SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA.

Vanessa Moreno Ramírez(1), Antonia Moreno Ramos(1), Rocío Olalla de la Rosa(1) y Esther Izurrategui Hidalgo(1) de (1)Hospital Quirón Málaga.

Antecedentes y objetivos del estudio: La PAAF-EBUS (ultrasonografía endobronquial con punción aspiración) es una técnica novedosa y mínimamente invasiva que permite obtener material citológico de masas y ganglios linfáticos mediastínicos e hiliares para el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón. Entre otras indicaciones estaría la diferenciación de procesos inflamatorios e infecciosos de linfoproliferativos y metástasis de tumores extrapulmonares.

Materiales y métodos: Hemos realizado una revisión retrospectiva de todas las PAAF-EBUS desde junio de 2015 hasta enero 2017. De las 20 pruebas, revisando las historias clínicas, encontramos 13 casos de masas pulmonares primarias, 3 casos de procesos linfoproliferativos y 4 casos de metástasis de tumores extrapulmonares.

Resultados: De los 13 casos de masas pulmonares, dos fueron negativos, 10 carcinomas de células grandes (carcinoma escamocelular, adenocarcinoma, carcinoma neuroendocrino y carcinoma indiferenciado) y 1 de carcinoma de células pequeñas neuroendocrino. De los 3 casos de procesos linfoproliferativos, 1 fue linfoma de Hodgkin y 2 sarcoidosis. De los 4 casos de metástasis extrapulmonares, en 3 se confirmó la metástasis y 1 fue sarcoidosis.

Conclusiones: El PAAF-EBUS es una prueba mínimamente invasiva, ambulatoria, que reduce hospitalización y costes. Tiene impacto en el manejo del paciente evitando toracotomías innecesarias. Permite, ante la sospecha clínica de adenopatías o masas mediastínicas sin filiar, diferenciar procesos inflamatorios e infecciosos de tumorales. Es muy sensible para detectar ganglios linfáticos malignos.

11:00

7029-8

TIMOMA QUÍSTICO MICRONODULAR CON HIPERPLASIA LINFOIDE B. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS.

Laura Valentina Greco Bermúdez(1), María Planelles Asensio(1), María Fernanda Sánchez de la Fuente(1), Francisco José Illán Gambín(1), Estela Costa Navarro(1) y Francisco Ignacio Aranda López(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: El timoma micronodular con hiperplasia linfóide de células B (TMNHLB) es un tumor epitelial de comportamiento benigno, muy poco frecuente, incluido en la clasificación OMS desde 2005, que representa el 1% de los timomas. El objetivo del presente trabajo es describir las características de los casos de TMNHLB diagnosticados en nuestro hospital.

Material y métodos: Se han revisado un total de 83 timomas diagnosticados entre el periodo 1997-2017 en el servicio de Patología y se han identificado tres casos de TMNHLB. Se revisaron las características patológicas y su forma de presentación clínica. En los tres casos se realizó estudio inmunohistoquímico con citoqueratinas AE1/AE3 y 5/6, marcadores linfoides T y B, bcl2, CD1a y TdT.

Resultados: Los pacientes, 2 hombres y 1 mujer, presentaron edades comprendidas entre 67 y 78 años. La presentación clínica en los tres fue incidental en forma de tumoraciones quísticas de entre 8 y 16 cm en mediastino anterior, ocupando en dos casos algún hemitórax. El estudio anatomopatológico mostró crecimiento multinodular de células de aspecto epitelial, acompañado de tejido linfóide con folículos hiperplásicos, así como componente quístico revestido por epitelio plano. En uno de ellos presentó características mixtas, con zonas sólidas fusocelulares sin componente linfóide y áreas microquísticas concordantes con timoma de tipo A. El estudio inmunohistoquímico confirmó la naturaleza epitelial con CK AE1/AE3 (+) y un componente linfóide folicular CD20 (+) con centro claro bcl-2 (-), así como población dispersa de linfocitos T.

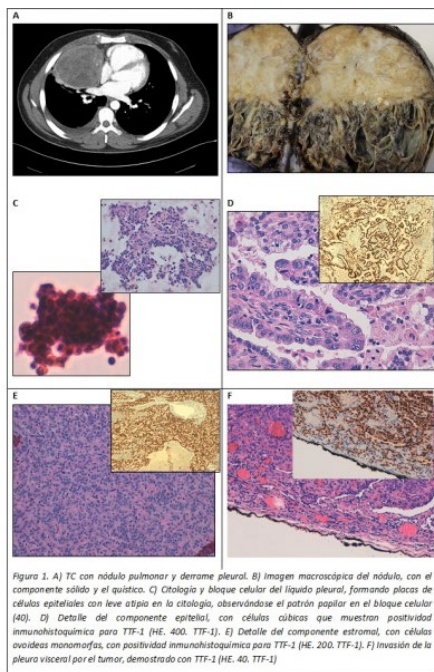
Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia del TMNHLB es de 3,6%, significativamente más alta que lo reflejado en la literatura. El diagnóstico diferencial puede plantearse con la hiperplasia linfóide folicular asociada a miastenia gravis. La presentación en forma de masa quística en mediastino anterior sin clínica de miastenia gravis, junto a la presencia de nidos epiteliales en estroma linfóide folicular, debe hacer pensar en esta variedad de timoma.

11:05

7029-9

DOS CASOS DE NEUMOCITOMA PULMONAR (HEMANGIOMA ESCLEROSANTE) CON INFILTRACIÓN FOCAL DE PLEURA VISCERAL: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.

María Isabel Ortuño Moreno(1), Luis Alberto Polo García(1), Belén Ferri Níguez(1), Josefa Parra García(1), Gema Ruiz García(1) y Laura Barona García(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

**Presentación de los casos:**

Caso 1: Varón de 22 años con tumor en lóbulo superior derecho, que en TC muestra una presentación atípica con afectación de la pleura y derrame. En la citología del derrame se observan placas de células epiteliales con atipia leve.

Caso 2: Mujer de 66 años con sospecha de metástasis pulmonares de cáncer de colon.

Descripción macroscópica y microscópica:

Caso 1: Nódulo de 9 cm en contacto focal con la pleura. Al corte es heterogéneo, con un área multiquística y otra sólida blanquecina.

Caso 2: Dos nódulos de 2 cm y 0,3 cm bien delimitados.

A nivel microscópico, en ambos casos se observa una tumoración con cuatro patrones distintos: papilar, pseudoangiomatoso, sólido y esclerosante. Se identifica, asimismo, un doble componente celular, epitelial y estromal. La inmunohistoquímica en ambos casos mostraba en el primer componente positividad intensa para CKAE1/AE3, con menor intensidad para EMA, TTF1 y CK7, y positividad parcial para vimentina. El segundo mostró positividad débil para CKAE1/AE3, EMA parcheado, siendo TTF1 y vimentina intensamente positivas, y CK7 negativa. Por tanto, la morfología y el panel inmunohistoquímico es compatible con neumocitoma o hemangioma esclerosante pulmonar. Infiltraba focalmente la pleura visceral.

Diagnóstico: Neumocitoma pulmonar que infiltra focalmente la pleura visceral.

Conclusiones: El neumocitoma o hemangioma esclerosante es un tumor infrecuente cuya histogénesis es controvertida, pero se cree que deriva de una célula epitelial primitiva respiratoria (TTF-1+).

Tiene un curso clínico normalmente benigno, aunque hay casos descritos de metástasis en ganglios linfáticos. Suele presentarse como masa solitaria circunscrita de crecimiento lento, con un tamaño entre 1 y 10 cm, de localización periférica en lóbulos inferiores, en mujeres de edad media. Es raro que sea multicéntrico, que haya afectación de la pleura visceral o mediastino, o que se presente a modo de masa endobronquial polipoide.

Puede tener cuatro patrones: sólido, papilar, esclerosante y angiomatoso. Existen dos tipos de células: superficiales cúbicas que remedan a los neumocitos tipo II y estromales redondas. La inmunohistoquímica de este tumor se recoge en la Tabla 1.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con adenocarcinoma papilar, tumor carcinoide, carcinoma de células claras primario o metastásico, tumor de células claras (PEComa).

Inmunohistoquímica típica del neumocitoma

	Componente epitelial	Componente estromal
panCK	+	-
CK7	+	-
CAM 5.2	+	-
EMA	+	+
TTF-1	-	+
Vimentina	-	+

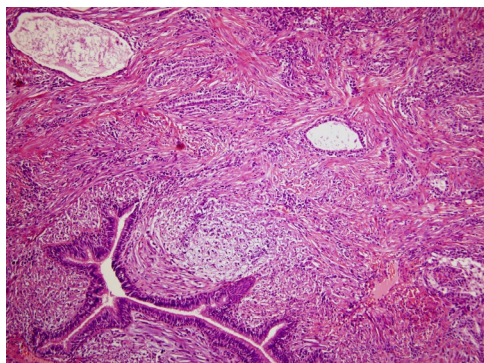
11:10

7029-10

HAMARTOMA FIBROLEIOMIOMATOSO EN LÍNGULA.

Silvia Margarita García Acuña(1), Nuria Escudero García(1), Noel Alejandro González Ortega(1), Adriana Fernández García(1), José Ramón Antúnez López(1) y José Manuel Suárez Peñaranda(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción: Los hamartomas fibroleiomiomatosos pulmonares son un tipo raro de hamartoma con unos hallazgos histopatológicos característicos. Hay mucha controversia respecto a su origen. Los pacientes en general son asintomáticos y la lesión se detecta incidentalmente por imágenes. La resección completa parece ser el tratamiento más adecuado.



Hamartoma Fibroleiomiomatoso - HE10x

Materiales y métodos: Presentamos el caso de un varón de 18 años con hallazgo incidental en TAC torácico de un nódulo bien delimitado de 8 mm de diámetro que al cabo de un año en control de imágenes aumenta de tamaño. Se realiza resección de llingula.

Resultados: El estudio macroscópico de la pieza mostró un nódulo blanquecino, indurado, bien delimitado de 1.5 cm de diámetro. En la histología se observó una lesión tumoral benigna, circunscrita, bifásica, constituida por una proliferación de células fusiformes de citoplasma eosinófilo, con formación de haces que se entrecruzan. El otro componente, de tipo epitelial, está constituido por epitelio bronquial dispuesto entre los haces de células fusiformes. No se identificaron elementos adiposos o cartilaginosos. Tampoco se observaron mitosis, necrosis o atipia celular. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica con positividad para actina de músculo liso y actina HHF35 en el componente estromal. La CK AE1/ AE3 fue positiva en el componente epitelial. Fueron negativos desmina, caldesmón, BCL-2 y CD34. El índice de proliferación celular medido con Ki-67 fue bajo. Estos hallazgos corresponden a un hamartoma fibroleiomiomatoso.

Conclusiones: El hamartoma fibroleiomiomatoso fue descrito por primera vez en 1953. Son excepcionalmente raros y se han descrito en dos contextos. Por un lado, se consideran depósitos metastásicos en los pulmones de leiomiomas uterinos preexistentes, denominándose entonces "leiomioma metastatizante benigno". La otra hipótesis sugiere que aparecen de manera primaria en el pulmón llamándose así "hamartomas fibroleiomiomatosos verdaderos". Ambos son indistinguibles histopatológicamente y por tanto deben estudiarse y diagnosticarse teniendo en cuenta la historia clínica del paciente para evitar tratamientos agresivos dado que la resección completa parece ser el tratamiento más adecuado.

11:15

7029-11

NUEVA VARIABLE PRONÓSTICA Y PREDICTIVA EN EL CARCINOMA NO CÉLULA PEQUEÑA DE PULMÓN. RESULTADO PRELIMINAR.

Miguel Ángel Gentil Jiménez(1), Nuria Cárdenas Quesada(2), Bélgica Márquez Lobo(1), Antonio Rizos Barrios(1), María Carmen Vivo Molina(3), Carmen Rosa Garrido(3), Pedro Sánchez Rovira(3), Isabel Núñez Torres(4), Rocío Solorzano Mariscal(5) y Fernando Elosegui Martínez(5) de (1)Unidad de Gestión Clínica Anatomía Patológica C. H. Jaén, (2)Unidad de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Jaén, (3)Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO), (4)Dpto. de Radiología y Medicina Física. Universidad de Granada y (5)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción y objetivos: En los últimos años el cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNCP) ha mejorado en estadiaje, clasificación histológica y biología molecular. Estos avances aún no nos aportan datos medibles que nos hagan predecir la evolución y elegir un tratamiento adyuvante en el momento del diagnóstico en un estadio inicial operable.

Algunas variables histológicas se relacionan con factores pronósticos y predictivos en la mayoría de tumores conocidos. Nos preguntamos si además de las ya conocidas (tamaño, grado, invasión, supervivencia libre de enfermedad) existen otras como el microambiente inmunológico.

Material y métodos: Se recogen los datos de 95 pacientes con CPNCP intervenidos en nuestro hospital, durante los años 2010 al 2013 (ambos incluidos) con seguimiento hasta agosto de 2016 (mediana de seguimiento de 44,87 meses desde el diagnóstico). La mayoría de los tumores intervenidos (49'6%) son Adenocarcinomas (ADC) con sus distintas variedades (acinar, lepidico, sólido, mucinoso, papilar, micropapilar). El análisis de supervivencia se calculó por el Método de Kaplan-Meier y se comparó con las diferentes variables por el método Log-Rank. El nivel de significación estadística (riesgo alfa) asumido durante todo el estudio fue del 5%. El programa usado fue SPSS versión 21.

Resultados: La mediana de supervivencia libre de enfermedad (SLE) es de 15 meses y de supervivencia global (SG) 49 meses. No encontramos diferencias significativas en la SG, ni en la SLE ($p=0,299$) por tipo ni subtipo histológico, tamaño o grado de diferenciación; ni tampoco en cuanto a presencia o no de signos de invasión o necrosis. Sin embargo, en cuanto a "respuesta linfoide" (dividida en leve, moderada o intensa), hubo diferencia significativa en SLE a favor de la respuesta leve, con una $p=0,027$.

Conclusiones: Los resultados invitan a reflexionar sobre el papel del microambiente inmunológico en la respuesta tumoral (de la respuesta leve en nuestro caso), quedando aún por afinar qué tipo de celularidad linfoide interviene y contrastar con la literatura.

11:20

7029-12

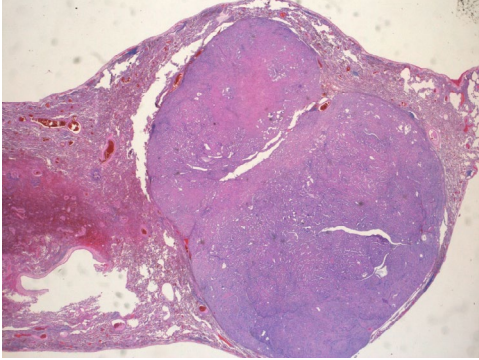
ADENOFIBROMA PULMONAR: UNA RARA LESIÓN BENIGNA CON INTERESANTES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.

Teresa Hermida Romero(1), Roberto Álvarez Rodríguez(1), Mónica Álvarez Martínez(1), Ivet Bescansa Pous(1), Ana Reguera Arias(1), Ignacio Galed Placed(1), Pilar Iglesias Díaz(1), Jesús Alberto Veiga Barreiro(1), Juan Bonome(2) y Ángel Concha López(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Varón de 67 años con lesión nodular en lóbulo medio pulmonar de 10 años de evolución y crecimiento radiológico actual.

Métodos: Mediante videotoroscopia uniportal se realiza resección atípica de lóbulo medio, sin estudio intraoperatorio y envío a Anatomía para estudio diferido. Macroscópicamente se describe como una lesión bien delimitada, redondeada de 1.5x 1.2 cms y alejada de la pleura visceral. Es fijada durante 24 horas en formol al 10% e incluida por completo en tres bloques de parafina.

Los cortes histológicos son teñidos con hematoxilina-eosina, visualizándose un tumor bifásico, no encapsulado, las dos poblaciones celulares: epitelial y mesenquimal, con características ambas de benignidad.



Se plantea diagnóstico diferencial con hamartoma, adenofibroma de mama, tumor fibroso solitario intrapulmonar de patrón adenofibromatoso, blastoma pulmonar, leiomioma y sarcoma de bajo grado metastásico. El sexo del paciente excluyó origen en tracto genital femenino.

Se realizaron estudios con técnicas de masson y pas y estudio inmunohistoquímico con Ac TTF1, vimentina, actina, EMA, CEA, CD34, Bcl2, PGF, S100, CD31, estrógenos, progesterona y MIB-1.

Resultados: El estudio inmunohistoquímico mostró positividad nuclear en las células epiteliales con TTF1, EMA y CEA. En estroma predominaba la expresión de la actina y la vimentina. Las células de ambos componentes fueron negativas con Bcl2, CD34, estrógenos, progesterona. El índice de proliferación fue menor del 2%.

Se concluyó con el diagnóstico de adenofibroma pulmonar.

Conclusiones:

- El adenofibroma pulmonar es una entidad benigna con escasos casos publicados en varones.
- Es imprescindible el estudio de la historia del paciente para excluir tumores mesenquimales metastásicos.
- El tratamiento quirúrgico es a la vez diagnóstico y tratamiento, con evolución favorable en nuestro caso, así como en los revisados en la literatura.

VIERNES 26 de mayo

10:30 - 11:30 h.

ZONA POSTER

7030

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

7030-1 MODERADORA

Beatriz Madrigal Rubiales, Hospital Río Hortega, Valladolid.

10:30 7030-2 MELANOMA ANORRECTAL: "CHECK LIST" EN EL INFORME ANATOMOPATOLÓGICO.

Rafael Revestido García(1), Beatriz Segovia Blázquez(2), Verónica Yuste del Pozo(2), Waleska Salcedo Mercado(2), Raquel Tur González(2), María del Rocío Martín López(3), Juan Parra Cáceres(3), Antonio Carmona Sáez(4) y Esther Rojo Conejo(4) de (1)Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental del Complejo Asistencial de Ávila, SACYL. Unidad Asociada al CSIC. CIBER-BBN, (2)Sº de Anatomía Patológica del Complejo Asistencial de Ávila, (3)Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental del Complejo Asistencial de Ávila, SACYL. Unidad asociada al CSIC. CIBER-BBN y (4) Sº de Cirugía del Complejo Asistencial de Ávila.



Melanoma anal hmb45

El melanoma anorrectal (MAR) es uno de los tumores más agresivos y raros (entre 1-2% de la zona). Su pronóstico es desfavorable por su alta tendencia metastásica. Es importante tener siempre en cuenta esta posibilidad diagnóstica cada vez que nos encontremos ante nodulaciones anorrectales, con o sin pigmentación macroscópica o microscópica.

El diagnóstico es mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es la cirugía (resección local o abdominoperineal), y tratamiento adyuvante (inhibidores de BRAF).

Presentamos tres casos de melanoma anorrectal:

Caso nº 1: Mujer de 55 años que presenta lesiones nodulares en ano y recto distal. El estudio microscópico demostró celularidad neoplásica de morfología epitelioides con alto índice proliferativo, S100 y Melan A positivo, Ckit negativo y BRAF mutado. El PET evidenció metástasis hepáticas. Se realizó tratamiento adyuvante (inhibidores de BRAF), con éxito a los 6 meses.

Caso nº 2: Mujer de 79 años que presenta un nódulo pigmentado en recto inferior. La biopsia mostró una proliferación maligna, con alto índice mitótico y expresión de Melan A y HMB45, Ckit negativo y BRAF no mutado. Se realiza resección abdominoperineal, que presenta un tumor que infiltra hasta la serosa, con espesor de 16 mm y extensión ganglionar (5 de 8 ganglios). Posteriormente la paciente presenta metástasis diseminadas, y fallece a los 12 meses de la cirugía.

Caso nº 3: Varón de 67 años que presenta sangrados rectales, con úlcera rectal que se biopsia identificándose una proliferación neoplásica maligna con células poligonales agrupadas en nódulos, sin pigmento melánico con positividad para S100 y HMB45, Ckit positivo y BRAF no mutado. Se realiza resección abdominoperineal, que muestra un tumor de 13 mm de espesor, que infiltra hasta la muscular propia, y extensión ganglionar (4 de 28 ganglios). El paciente sigue vivo 4 meses después del diagnóstico.

Conclusiones:

1. El MAR tiene mal pronóstico: supervivencia 30 meses (estadio I) y 22 meses (estadio II).
2. Su tratamiento incluye cirugía y/o tto. adyuvante (inhibidores de BRAF).
3. "Check list" en informe anatomopatológico: profundidad de infiltración y extensión (ver tabla), espesor (peor pronóstico si >4 mm), invasión linfovascular y determinaciones moleculares (BRAF y Ckit).

Nueva estadificación propuesta para MAR (tomada de: Melanoma anorrectal. Revision de conjunto. A Reina, J Errasti, E Espin. Cir Esp 2014; 92(8), 510-516.)

Estadio I	Tumor no infiltra la muscular propia
Estadio II	Tumor si infiltra la muscular propia
Estadio III	Metastasis ganglios linfaticos locorregionales
Estadio IV	Metastasis a distancia

10:35

7030-3

DEBUT DE CARCINOMA DE MAMA COMO METÁSTASIS EN COLON. ESTUDIO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE NUESTRO HOSPITAL EN EL PERIODO 2000-2016.

Beatriz Rueda Villafranca(1), Ana Isabel Romero Ortiz(1) y Patricia Becerra Massare(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Mujer de 77 años que acude a consulta de digestivo por rectorragias. Tras la realización de colonoscopia, se advierte una neoforación estenosante a 65 cm de margen anal.

Métodos: Recibimos biopsia incisional de colon, que tras su procesamiento en parafina, corte y tinción con hematoxilina-eosina, pone de manifiesto la presencia de un carcinoma. Debido a su patrón de infiltración, hace sospechar que el origen tumoral no sea primario intestinal. Se realizan técnicas inmunohistoquímicas para determinar el tipo histológico.

Resultados: El resultado de las técnicas inmunohistoquímicas realizadas fue: CKAE1/AE3 +, CK7 + focal, CK19 +, MAMAGLOBINA +, GCDFP15 +, R. ESTRÓGENOS +, R. PROGESTERONA +, p53 -, WT1 -, CA125 -, PAX2 -, PAX5 -, CDX2 -, CK20 -, CROMOGRANINA -, SINAPTOFISINA -, CD56 -, PAX8-, CD117 -, CD45 -. El índice de proliferación celular Ki67 fue bajo (<5%). Ante este inmunofenotipo, se concluyó que el carcinoma era de origen mamario. A raíz de esta biopsia y tras estudio de extensión de la paciente, se obtuvo un juicio clínico: Carcinoma de mama estadio IV (axilar bilateral, colon, posible carcinomatosis y ósea múltiple).

Conclusiones: Hemos revisado nuestra base de datos para buscar casos similares al que nos ocupa, metástasis de carcinoma de mama en intestino grueso. En total, hemos encontrado 8 casos en el plazo de 16 años, en 3 de ellos se conocía de antemano el diagnóstico del carcinoma primario de mama (1 carcinoma ductal y 2 carcinomas lobulares), pero en los 5 restantes se confirmó a posteriori. 3 de estos casos fallecieron por meningitis carcinomatosa. Una vez revisada la bibliografía, queremos remarcar varios datos que nos parecen interesantes. El cáncer de mama es el segundo proceso maligno más frecuente y la quinta causa de muerte por cáncer a nivel mundial. El cáncer de mama contribuye con casi un 24% de todas las metástasis, siendo sus órganos diana hueso, hígado, pulmón y cerebro. Es especialmente raro que metastatice a intestino grueso (0,5% en algunas series). Siendo el carcinoma lobular invasivo el que puede tener cierta tendencia a metastatizar a cavidad abdominal (tracto gastrointestinal, ovario, serosas).

10:40

7030-4

CÉLULAS PROGENITORAS HEPÁTICAS Y CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS EN LA HEPATITIS AGUDA FULMINANTE Y EN LA CIRROSIS HEPÁTICA.

María José Morandeira García(1), Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), María Teresa Ramírez Gasca(1), Sara Lorente(1) y Trinidad Serrano(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Se ha demostrado la implicación de células progenitoras hepáticas (LPC) y células madre hematopoyéticas (HSC) en procesos de regeneración hepática. Sin embargo, el papel de ambos tipos de células en el hígado enfermo es todavía desconocido.

El objetivo es estudiar la presencia de LPC y HSCs en el hígado y la sangre periférica durante la enfermedad hepática aguda y crónica y determinar la expresión del tejido hepático y los niveles séricos de los factores de crecimiento que parecen estar implicados en su activación y migración.

Se recogieron muestras de sangre de 22 pacientes con insuficiencia hepática aguda (IHA), 28 con enfermedad hepática crónica (EHC) y 25 sanos y se analizó el porcentaje de células CD34 y cKit positivas mediante citometría de flujo. En las muestras de suero de los mismos se evaluaron los niveles de SDF-1 (factor derivado del estroma) y SCF (factor de la célula madre) por ELISA. En tejido hepático de 5 pacientes con hepatitis aguda, 5 con cirrosis hepática y 5 controles sanos, la expresión de CD34, cKit, SDF1 y SCF se determinó por inmunohistoquímica.

Los pacientes con IHA mostraron un mayor porcentaje de HSC (células CD34 +) en sangre periférica que los sujetos sanos y los pacientes con EHC. En el tejido hepático, se observó un aumento de células CD34 +, en pacientes con enfermedad aguda en comparación con pacientes cirróticos y controles sanos. Sin embargo, los pacientes con EHC mostraron una mayor expresión de cKit en muestras de tejido hepático que pacientes con IHA y sujetos sanos. El porcentaje de células positivas a cKit en sangre periférica no difirió entre los grupos. Los niveles séricos de SDF1 fueron significativamente mayores en los pacientes con enfermedad hepática en comparación con sujetos sanos, siendo mayor en pacientes con cirrosis que en aquellos con IHA. La concentración sérica de SCF resultó más alta en pacientes con EHC que en aquellos con IHA y controles sanos. A pesar de las diferencias en el nivel de sangre periférica, SCF y SDF1 expresión en el tejido hepático fue similar entre los tres grupos.

La respuesta de LPC y HSC durante la lesión hepática parece estar relacionado con el tipo de enfermedad hepática. La IHA induce una movilización de HSC que parece estar implicada en la reparación del tejido hepático.

Este aumento podría estar relacionado con un aumento de los factores de crecimiento a nivel periférico.

10:45

7030-5

TUMOR NEUROENDOCRINO BIEN DIFERENCIADO SOBRE HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rosa Ortiz Durán(1), Laura Castillo Fernández(1), Gemma Mateu Esquerda(1), Diana Ladino Orjuela(1), Albert Gaspa Maynou(1), Sergi Juanpere Martí(2), María Victoria Huerta Anaya(1) y Eugenio López Bonet(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Radiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: El hamartoma quístico retrorrectal (HQR) es una lesión malformativa quística rara localizada en la región presacra, que ocurre con más frecuencia en mujeres de mediana edad. Raramente se asocia a tumores malignos, siendo los más frecuentes el adenocarcinoma y

el tumor neuroendocrino (TNE). Los TNE de la región presacra son muy poco frecuentes y suelen corresponder a extensiones directas de un tumor rectal. Los TNE asociados a HQR son incluso más infrecuentes, con sólo 20 casos publicados en la actualidad.

Métodos: Mujer de 40 años actualmente asintomática, cuyo TAC de control realizado por litiasis renal revela una masa redondeada retrorrectal, de 3.5x2.5 cm. La RMN muestra una lesión expansiva bien delimitada pararectal izquierda de aspecto quístico unilocular, con focal componente sólido. No muestra comunicación con la luz rectal ni lesiones a este nivel. No se aprecia destrucción ósea. Se realiza escisión transanal de la masa rectal.

Resultados: Macroscópicamente se observa una masa quística unilocular de 2x2 cm, de contenido líquido seroso con un área sólida de 1,8 x 1,7 cm a nivel de la pared. Microscópicamente se aprecia una estructura quística revestida por epitelio columnar y focalmente por epitelio escamoso con una pared fibrosa que contiene haces desorganizados de músculo liso. No muestra doble capa muscular ni presencia de plexos mientéricos a nivel de la pared. Focalmente se observa una proliferación homogénea de patrón sólido y trabecular con células monomorfas de núcleo redondo y cromatina fina en el seno de un estroma conectivo vascular. Se identifican menos de 1 mitosis por 10 CGA. Inmunohistoquímicamente (Ventana Benchmark, Roche) se detecta expresión fuerte y difusa de sinaptofisina, cromogranina y CD56 a nivel de las células tumorales. El índice proliferativo (ki-67) es del 1,6%. Los hallazgos histopatológicos son compatibles con un tumor neuroendocrino de grado 1 sobre un hamartoma quístico retrorrectal. El tumor no contacta con el margen circunferencial. La paciente sigue controles periódicos y 9 meses después sigue sin evidencia de enfermedad.

Conclusiones: El componente maligno en el HQR puede ser muy focal, por lo que esta lesión debe ser extirpada completamente e incluida en su totalidad. Aunque en general el comportamiento del TNE asociado a HQR suele ser benigno, su pronóstico suele depender de una resección quirúrgica completa con márgenes libres.

10:50 7030-6 ENFERMEDAD POR RETENCIÓN DE QUILOMICRONES.

Marta Atienza Robles(1), Mónica Saiz Camín(1), Ena Fernández-Lomana Idiondo(1), Alexandre Nogueira Gregorio(1), Aitziber Marcos Muñoz(1) y Gonzalo García de Casasola Rodríguez(1) de (1)Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Antecedentes: La enfermedad por retención de quilomicrones (Enfermedad de Anderson) es un tipo de hipocolesterolemia familiar, con patrón de herencia autosómico recesivo, caracterizada por malnutrición, retraso del desarrollo y déficit de vitamina E. Se produce por una mutación en el gen SAR1B que codifica para la proteína Sar1b, implicada en el transporte de quilomicrones desde el retículo endoplásmico al aparato de Golgi, lo que provoca la acumulación de vesículas de transporte de pre-quilomicrones en el citoplasma de los enterocitos.

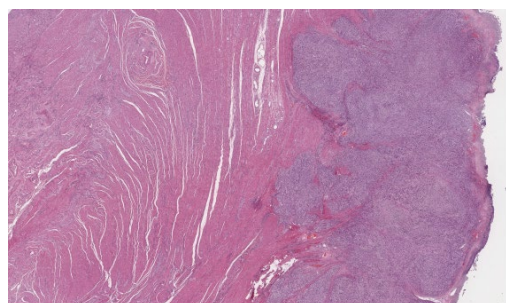
Métodos: Presentamos dos pacientes hermanos de 2 y 6 años que presentan distensión abdominal, diarrea crónica con fallo de medro y un perfil lipídico con valores muy bajos de colesterol.

Resultados: El examen histológico de ambos pacientes muestra una mucosa duodenal de arquitectura vellositaria conservada. Se observan focos parcheados de microvacuolización intracitoplasmática supranuclear en el epitelio que reviste las vellosidades.

Conclusión: A pesar de la mejor comprensión de la patogenia de esta enfermedad, el diagnóstico y manejo continúa siendo un reto. El diagnóstico se basa en la historia de diarrea crónica con malabsorción de grasas y un perfil lipídico anormal, aunque este suele retrasarse debido a que los síntomas son inespecíficos. La anatomía patológica lo certifica. Una dieta baja en lípidos de cadena larga mejora los vómitos, la diarrea y la distensión abdominal.

10:55 7030-7 LEIOMIOSARCOMA COLORRECTAL, UN TUMOR INFRECLENTE. REVISIÓN DE UN CASO.

María Dolores Berenguer Romero(1), Legna Viguera Garrido(1), Luisa García Mauriño Guelbenzu(1), Adriana Canosa Fernández(1) y Rubén Darío García Ángel(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.



Leiomyosarcoma colorrectal

Introducción: Los leiomyosarcomas del tracto gastrointestinal son extremadamente raros (<1%), siendo difícil estimar su incidencia. Pueden encontrarse en todo el tracto gastrointestinal, siendo más frecuentes en el intestino delgado y grueso, produciendo diferente clínica según la localización anatómica. Son más habituales en adultos de edad media y avanzada, ligeramente más frecuentes en varones.

Material y métodos Mujer de 74 años con anemia, cansancio, pérdida de peso y dolor abdominal en hipogastrio. En el TC tóraco-abdomino-pélvico se identifica inversión del ciego, engrosamiento difuso e irregular parietal con afectación del íleon terminal, rarefacción de la grasa y adenopatías locorregionales. Se solicita una colonoscopia y se observa en la porción proximal-medial del colon ascendente una tumoración poliploide redondeada cubierta de fibrina e indurada a la toma de biopsias. Con el diagnóstico anatomopatológico se lleva a acto quirúrgico, donde se realiza colectomía derecha oncológica.

Resultados: Tanto en la biopsia como en la pieza quirúrgica se observa una proliferación fusocelular, dispuesta en haces entrecruzados, erosionando la mucosa y desestructurando toda la pared intestinal, sin infiltrar el tejido pericólico. La celularidad que la compone muestra marcado pleomorfismo nuclear, con alta actividad mitótica (31 mitosis x 10 c.g.a.) y presencia de imágenes mitóticas aberrantes. La celularidad muestra: actina ML HHF35 positivo, actina ML 1A4 positivo, vimentina positivo, caldesmon positivo, CKAE1/AE3 positivo, CK8/18 positivo, CK7 negativo, CK20 negativo, CK34BE12 negativo, CDX-2 negativo, CD117 negativo, DOG-1 negativo, CD34 negativo, S100 negativo y desmina negativo.

Conclusión: El leiomioma del tracto gastrointestinal es una neoplasia muy infrecuente (<1%) con comportamiento localmente agresivo y alto riesgo de metástasis a distancia, con tendencia a metastatizar a las superficies intraabdominales y al hígado, pulmones o hueso y rara extensión a los ganglios linfáticos regionales. La terapia agresiva multimodal es el tratamiento de elección.

11:00

7030-8

LA EXPRESIÓN DE CDX2 PUEDE PREDECIR LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN CARCINOMA GÁSTRICO.

Estela Aguilar Navarro(1), María Jesús Fernández-Aceñero(1), María Luisa Sánchez de Molina(2), Peter Vorwald(2), Damián García Olmo(2), Jorge Palomar Ramos(1), Lourdes Estrada Muñoz(1) y Cristina Díaz del Arco(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid y (2)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El CDX2 es un gen que codifica un factor de transcripción intestinal. Se ha descrito su expresión aberrante o pérdida en muchos tumores. Un trabajo reciente lo propone como un factor de buen pronóstico en el carcinoma gástrico. Sin embargo, no existen estudios previos sobre la posible implicación pronóstica del mismo en pacientes con adenocarcinoma gástrico que han recibido neoadyuvancia.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo sobre 57 pacientes con carcinoma gástrico que recibieron neoadyuvancia. Se ha determinado la expresión de CDX2 mediante inmunohistoquímica en las muestras de endoscopia. Como variable de resultado se ha medido el grado de regresión según los criterios de Becker y Ryan modificados en la pieza de gastrectomía postneoadyuvancia y el pronóstico medido como supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Resultados: Nuestro estudio demuestra asociación estadísticamente significativa entre la expresión de CDX2 y una pobre regresión tumoral. Sin embargo, no se observa asociación con el pronóstico.

Discusión: Algunos pacientes no responden a la neoadyuvancia y existe interés por definir los factores que puedan predecir la respuesta a la misma. Esto se ha estudiado en muchos tumores, pero no se ha analizado ampliamente en el carcinoma gástrico.

Nuestro estudio indica que la expresión de CDX2 puede predecir una pobre respuesta a la neoadyuvancia sin confirmar la asociación con el pronóstico que afirman otros estudios.

Nuestros resultados no concuerdan con otros estudios que hablan de una buena influencia pronóstica. De hecho, indican que la expresión de CDX2 se asocia a una pobre respuesta a la terapia neoadyuvante. Además no podemos confirmar la asociación con una menor afectación linfática o mejor diferenciación tumoral como la mostrada por otros autores.

No tenemos una explicación definitiva para estos hallazgos contradictorios, pero el que nuestros pacientes hayan recibido neoadyuvancia debe influir en la evolución de estos pacientes. Podría ser que aquellos tumores de pacientes con expresión de CDX2 sean menos agresivos y por tanto respondiesen menos a la terapia neoadyuvante que otros de alto grado.

Conclusión: Son necesarias series más amplias antes de poder obtener conclusiones definitivas sobre la utilidad de este marcador.

11:05

7030-9

NUESTRA EXPERIENCIA CON LOS PÓLIPOS MALIGNOS PT1.

María Concepción Llanos Chávarri(1), Begoña Aguiar Losada(1), María Socorro Razquin Lizarraga(1), Marta Montes Díaz(1), Begoña Oronoz Martínez(1), M^a Rosario Aznarez Barrio(1), Alicia Córdoba Iturriagagoitia(1) y Tamara Zudaire Fuertes(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Existen unos rasgos histológicos que se consideran adversos en pólipos colorectales malignos pT1, como son: adenocarcinoma pobremente diferenciado, invasión tumoral linfática y si alcanza el margen de resección quirúrgica. Estos factores condicionan la conducta a seguir de estos pacientes, si cirugía o seguimiento clínico. Hemos revisado los casos consecutivos de pólipos malignizados PT1 de nuestro hospital, durante el último trimestre del 2015 y año 2016, para conocer nuestra realidad.

Nuestra serie consta de 59 pacientes con pólipo pT1. 41 varones y 18 mujeres, con edad media de 65 años (44-87 años). En el 75% de los casos el pólipo estaba localizado en recto-sigma. El informe de anatomía patológica se basaba en un protocolo consensuado entre patólogos, cirujanos y gastroenterólogos, para recoger los factores adversos. En este momento en 46 casos ya se ha realizado tratamiento quirúrgico posterior.

De los 46 pacientes operados, 44 fueron con técnica convencional, y dos con TEO (transanal endoscopic operation). Revisando en estos 46 casos los factores histológicos adversos, solo 3 casos eran pobremente diferenciados, 17 (37%) alcanzaban margen de resección, 34% planteaban invasión tumoral linfática, 43% tenían gemación (budding) alta, la infiltración en submucosa variaba, medida desde muscularis -mucosa (0,3 a 6mm) o desde la superficie (2,5-7mm). En el 65% la polipectomía fue en un fragmento, solo en el 17% se recogió como pediculado y el nivel de Haggitt se informó en el 17%. En las piezas quirúrgicas en el 76% no había tumor residual y el 71% eran pN0.

Se puede concluir que el margen de resección afectado no se correlaciona con el tumor residual, ni con las metástasis ganglionares en la pieza quirúrgica. Que el patólogo debe informar de todos los posibles factores histológicos adversos, además de los clásicos. Se necesitan estudios más amplios sobre estos factores para determinar en qué pacientes es suficiente solo seguimiento clínico.

11:15

7030-10

SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DE MUC1 EN EL CARCINOMA COLORRECTAL.

Carmen Colado(1), Cristina Díaz del Arco(1), Pilar Garre(1), Elena Molina Roldán(1), Araceli Hernández-Zazo(1), M. de los Ángeles Cerón Nieto(1), Ana Caso(1), Guillermo García Diego(1), Estela Aguilar Navarro(1) y M^a Jesús Fernández Aceñero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: MUC1 es una glucoproteína transmembrana expresada extensamente a bajos niveles en el epitelio glandular normal. Su sobreexpresión e hipoglucosilación se asocia al desarrollo de carcinomas y suele relacionarse con mayor invasividad, estadio al diagnóstico y frecuencia de metástasis linfoganglionares y a distancia. Su significado pronóstico es controvertido.

Material y métodos: Estudio de la significación pronóstica de la expresión inmunohistoquímica de MUC1 en 96 casos de carcinoma colorectal.

Resultados: El 55,2% de los pacientes eran mujeres y el 44,8% hombres, con edad 37-89 años (media: 65,9). Los tumores se localizaban con mayor frecuencia en recto y sigma (60,4 y 21,9%). El 60,3% de tumores eran T3, 17,6% T2, 8%T0, 8%T1 y 6% T4. Un 36,9% de los pacientes presentaban metástasis linfoganglionares y un 58% metástasis a distancia al diagnóstico. El 61% de los carcinomas eran moderadamente diferenciados y 12,8% pobremente diferenciados. MUC1 mostró positividad intensa en el 46% de tumores, focal y débil en el 16,1% y fue negativo en el 37,9%. Durante el seguimiento un 61% de los pacientes recidivaron y un 40,4% murieron. El intervalo libre de enfermedad mediano fue de 29,76 meses y la supervivencia global mediana de 36,94 meses. Un 58,5% de los carcinomas en pacientes que no murieron presentaban positividad intensa para MUC1 y un 29,5% fueron negativos, en contraste con un 28,5% y 51,4% en el grupo de pacientes que murieron ($p=0,022$). Un 65% de carcinomas en pacientes sin recaídas mostraron positividad intensa para MUC1 y un 23% fueron negativos frente a un 33,9% de positividad y 47% de negatividad en los pacientes que presentaron recaídas ($p=0,019$).

Conclusión: Observamos pérdida de expresión de MUC1 con más frecuencia en los tumores de pacientes que presentaron recaídas y/o muerte por tumor durante el seguimiento, en comparación con los pacientes con enfermedad estable. La positividad intensa se detectó con más frecuencia en pacientes con tumores estables. Estos hallazgos contradicen gran parte de estudios previos sobre el valor pronóstico de MUC1 y apoyan las teorías de heterogeneidad de su significado dependiendo de factores ambientales y de líneas celulares, descritas en estudios experimentales.

11:20

7030-11

HEPATOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DESARROLLADO SOBRE UN ADENOMA TELANGIECTÁSICO HEPÁTICO.

Caterina Fumagalli(1), Celina Paola Vásquez Gámez(1), María del Valle Rodríguez Santas(1), Ana Mozos Rocafort(1), Manel Solé Arqués(2), Rubén Guerrero Vara(1), Vicens Artigas Raventos(1) y Justyna Szafranska(1) de (1)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y (2)Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El adenoma telangiectásico (AT) representa el 15% de los adenomas hepatocelulares y pertenece al subgrupo de los adenomas inflamatorios. En el 90% de los casos se presenta en mujeres con ingesta previa de contraceptivos orales esteroideos. Puede complicarse con hemorragia (25%) o transformación maligna (4,2%), siendo estas las causas más frecuentes de indicación a su resección quirúrgica. Presentamos el caso de un hepatocarcinoma bien diferenciado desarrollado en un AT.

Material y métodos: Paciente mujer de 84 años sin antecedente patológicos de interés, que consulta por molestias abdominales y dispepsia. Se realiza una TAC abdominal, que evidencia una masa heterogénea de 7 cm de diámetro localizada en los segmentos III y IVb hepáticos, con una calcificación lineal excéntrica, una imagen de neo-vascularización y realce en fase tardía. Con la sospecha de hepatocarcinoma vs colangiocarcinoma, se indica su exéresis quirúrgica.

Resultados: El estudio anatómo-patológico macroscópico muestra un tumor multinodular y bien delimitado de 8x6x6 cm, con superficie de corte rojiza, de aspecto gelatinoso, con tractos fibrosos. Histológicamente, la lesión corresponde a un AT, donde predomina una proliferación trabecular de hepatocitos sin atipia nuclear que delimita estructuras vasculares dilatadas y con paredes finas. En la periferia del tumor, representando el 10% de la masa tumoral, se observan focos de hepatocarcinoma bien diferenciado con atipia citológica leve y distribución trabecular y pseudoglandular. El estudio inmunohistoquímico para la beta-catenina es negativo. A un año de la exéresis quirúrgica, la paciente está libre de enfermedad.

Conclusión: El AT es un tumor benigno que precisa resección en caso de complicaciones, como la hemorragia o la malignización. Los principales factores de riesgo para la transformación maligna son el tamaño tumoral, el uso de andrógenos o esteroides anabolizantes, el sexo masculino y las glucogenosis. Recientes estudios genéticos y moleculares evidencian un mayor riesgo de malignización en los adenomas con mutación en el gen de la beta-catenina. El desarrollo de un hepatocarcinoma sobre un AT es raro, habiendo sido descritos únicamente trece casos en la literatura. Dada su infrecuencia, sus características inmunohistoquímicas y genéticas y su comportamiento biológico son aún poco conocidos.

VIERNES 26 de mayo

10:30 - 11:30 h.

7031

GINECOLOGÍA Y MAMA

ZONA POSTER

7031-1 MODERADOR

José Santos Salas Valián, Complejo Asistencial Universitario de León.

10:30

7031-2

TUMOR BASALOIDE DE OVARIO CON PATRÓN AMELOBLÁSTICO Y DIFERENCIACIÓN DE CÉLULAS FANTASMA EN MUJER GESTANTE.

Sandra Barbera Bosch(1), Nuria Santonja López(1), José Ángel García García(1), Lorena Valdivieso Almeida(1) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1) Servicio de Anatomía Patológica del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Resultados: Macroscópicamente era un tumor sólido, encapsulado, con microquistes de 5 a 10 mm de contenido seroso, sin necrosis ni hemorragia. Histológicamente el tumor mostró patrón de tipo ameloblastoma y nidos de células fantasma, todo ello en estrecha relación con un rico componente estromal fusocelular. La celularidad basaloide se disponía en nidos sólidos, sábana y cordones, con empalizada periférica acompañada de células elongadas, que recordaba al retículo estrellado característico del ameloblastoma, con atipia nuclear, pleomorfismo leve y menos de 2 mitosis por 10 HPF. Las células fantasma se distribuyeron de forma aislada con una transición abrupta entre las células basaloideas. El estudio completo de la lesión no reveló otro elemento tumoral ni de teratoma. Inmunohistoquímicamente tanto el componente epitelial como el estromal mostraron positividad frente CKAE1-AE3, CK19, CK5/6, CK5 y CK903; y negatividad para CK7, CK20 y BerEp4. Además, S-100, CD56, NSE, D2-40, β -catenina, CD10, CD138, calretinina y WT1 fueron positivos y TTF1, RP, RE, p53, sinaptofisina, cromogranina, inhibina, HCG, α -fetoproteína, p16, PLAP, CD99, CD117, CD30 calponina, GFAP y SMA fueron negativos. EL Ki67 fue del 5-10% y la mutación BRAF V600E negativa.

Conclusiones: La neoplasia ovárica primaria de morfología basaloide es extremadamente rara. Este es el primer caso descrito en una mujer embarazada que presenta patrón de tipo ameloblastoma y diferenciación de células fantasma. La mayoría de los tumores basaloideos ováricos descritos están asociados a otros carcinomas de alto grado de linaje epitelial de superficie ovárica o teratomas maduros. En este caso, debido a los hallazgos histológicos, el perfil inmunohistoquímico, el grado de malignidad y la edad de la paciente; la histogénesis podría estar relacionada con un origen teratogénico.

10:35

7031-3

CORIOCARCINOMA EN GESTACIÓN ECTÓPICA TUBÁRICA.

Lucía Molina Jiménez(1), Rubén Martínez Castillo(1), Helber Daniel Cely Rodríguez(1), Juan Manuel López Garrido(1), Pilar Jurado Escamez(1), Rafael C. Martínez García(1), Antonio Robles Frías(1) y Antonio Félix Conde Martín(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

El coriocarcinoma es un tumor maligno originado a partir del trofoblasto gestacional con alto riesgo metastásico. Rara vez afecta a trompas uterinas, ovarios, cérvix u otros órganos pélvicos. Clínicamente se manifiesta como sangrado vaginal, dolor abdominal y aumento de los niveles de beta-HCG o con signos y síntomas asociados a la presencia de metástasis.

Presentamos los dos únicos casos registrados en nuestro hospital en los últimos 25 años. Ambos casos se manifestaron con clínica de dolor abdominal y sangrado vaginal. Tras el diagnóstico de gestación ectópica tubárica se practicó en ambos casos salpinguectomía derecha.

Al estudio histológico, en ambos casos se observó una neoplasia maligna, con patrón de crecimiento bifásico, con nidos de células citotrofoblásticas y trofoblásticas intermedias separadas por sincitiotrofoblasto, con atipia, pleomorfismo, abundantes mitosis, áreas de necrosis y hemorragia. La tumoración provocó un notable adelgazamiento de la pared de la trompa y mostraba prominente invasión vascular. A las pacientes se les realizó estudio de extensión, sin hallazgos patológicos en la primera de ellas, mientras que en la segunda se identificó un nódulo pulmonar sugestivo de metástasis de coriocarcinoma. Fueron tratadas con quimioterapia y se realizó seguimiento semanal de la Beta-HCG, estando actualmente ambas pacientes libres de enfermedad.

El coriocarcinoma es la forma más agresiva de la enfermedad trofoblástica gestacional con una incidencia en gestaciones normales de 1/160.000 y 1/5000 en gestaciones ectópicas. Muestra buena respuesta al tratamiento quimioterápico, con buen pronóstico tras el tratamiento. Sin embargo, el coriocarcinoma asociado a gestación ectópica tubárica tiene un comportamiento más agresivo con frecuentes metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, debido a la fina capa muscular de las trompas uterinas, lo que facilita la rotura de la pared y la extensión del tumor a la cavidad pélvica.

10:40

7031-4

DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS DE SARCOMA DE EWING EN CITOLOGÍA VAGINAL.

Fernando Escartín López (1), María Belén Huesa López(1), Marco Tulio Martínez Membreño(1), Ana Isabel Gozalo Lázaro(1), Isabel Mayo Melchor(1), Alejandra Martín Arévalo(1), María Luisa Zamorano Almendra(1), Amparo Benito Berlinches(1), Dolores Rubio Marín(1) y Purificación Domínguez Franjo(1) de (1)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 27 años, con antecedente de sarcoma de Ewing multicentrico en estadio IV diagnosticado en el año 2002, acude a consulta de Ginecología por metrorragia.

En la sección de Citología de nuestro hospital se recibe una doble muestra de citología ginecológica CML (citología medio líquido) y un cepillado endocervical extendido en portaobjetos.

Se procesa de rutina mediante CML y ambas se tiñen con la técnica de Papanicolaou, con posterior lectura automatizada de la CML.

En las extensiones llama la atención la presencia de grupos de células de pequeño tamaño, escaso citoplasma, cromatina en "sal y pimienta" y morfología monomorfa, inmersas en un fondo hemorrágico con inflamación intensa y células escamosas sin atipia. Estos grupos son más abundantes y llamativos en el cepillado endocervical.

Dadas las características citológicas, se diagnostica metástasis de su proceso primario, descartando un origen ginecológico.

Con el material restante del vial se realiza un bloque celular que tiñe intensamente positivo para CD99 y se realiza FISH para t(11-22) con resultado positivo, confirmando el diagnóstico citológico.

Pese a ser poco frecuente el diagnóstico de procesos metastáticos mediante citología ginecológica, es un hecho muy descrito siendo mayoritariamente tumores epiteliales. El diagnóstico de metástasis de sarcoma de Ewing por citología ginecológica es excepcional. Se ha comunicado previamente 1 tumor de Ewing primario de cérvix con presencia de células tumorales en citología, siendo este el primer caso de metástasis de sarcoma de Ewing diagnosticado mediante citología ginecológica.

10:45

7031-5

PSEUDOMIXOMA OVARIUM ORIGINADO SOBRE COMPONENTE HETERÓLOGO MUCINOSO MALIGNO Y HEPATOIDE EN TUMOR DE SERTOLI-LEYDIG RETIFORME.

Nelly Cruz Viruel(1), Vicente Crespo Lora(2), Clara Eugenia Chamorro Santos(3) y Francisco Nogales Fernández(1) de (1)Universidad de Granada, (2) Complejo Hospitalario de Jaén y (3)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: El pseudomixoma peritonei y ovarii se caracteriza por un sustrato de tumor mucinoso, altamente diferenciado poco atípico con extrusión mucinosa estromal originado sobre epitelio intestinal, habitualmente originados en el apéndice o raramente en tejido intestinal de teratoma ovárico. Excepcionalmente, los tumores de Sertoli-Leydig (TSL) pueden mostrar epitelio mucinoso como componente heterólogo. Dicho componente raramente presenta rasgos patológicos.

Objetivo: Presentar un caso único de pseudomixoma ovarii originado sobre el componente heterólogo mucinoso maligno y hepatoide de un TSL retiforme.

Presentación del caso: Adolescente de 17 años con irregularidades menstruales y tumor ovárico izquierdo de 18 cm, predominantemente quístico y elevación de alfa-fetoproteína (3305UI/ml). Se realizó ooforectomía izquierda. Histológicamente se observó un predominio de elementos glandulares de tipo intestinal con arquitectura compleja, recubiertas por epitelio columnar estratificado, con atipia acentuada y numerosas mitosis, así como extravasación de mucina que diseca el parénquima ovárico. Su identidad intestinal se demostró en base a expresión de CDX2 y CK20 y células intersticiales positivas a cromogranina. Igualmente se delimitaron nidos de células de aspecto hepatoide positivas a GPC3 y Hep-Par1. Íntimamente asociados se observaron patrones de TSL positivos a inhibina, SF-1, con áreas retiformes Cam 5.2 positivas. El apéndice vermiforme, era normal.

Conclusiones: El componente heterólogo de los TSL ha sido raramente objeto de análisis. Este es habitualmente de tipo intestinal, más raramente hepatoide, muscular estriado o condroide. El epitelio mucinoso intestinal, de marcada atipia de este caso determinó un cuadro de pseudomixoma ovarii, hecho que no ha sido comunicado en la literatura y añade una situación más para el origen de los cuadros de pseudomixoma, habitualmente originados sobre el apéndice y más raramente sobre epitelio intestinal de teratoma.

10:50

7031-6

TEJIDO ENDOMETRIAL EN VASOS LINFÁTICOS UTERINOS. IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON PROCESOS MALIGNOS.

Irene Millán Ortega(1), Karla Tello Collantes(1), Manuel Domínguez Gómez(1), Manuel Beltrán Ruiz-Henestrosa(1), María Jesús Palomo González(1) y Lidia Atienza Cuevas(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Tejido endometrial en vasos linfáticos uterinos. Importancia de su diagnóstico diferencial con procesos malignos.

Introducción: La presencia de tejido endometrial en el interior de vasos uterinos en pacientes histerectomizadas es infrecuente, no existiendo ningún caso documentado en vasos linfáticos.

Material y métodos: Mujer de 43 años con mioma subseroso sintomático. En la ecografía transvaginal se observa una masa que ocupa fondo de saco de Douglas y cara lateral derecha, sin otros hallazgos de interés. Se realiza histerectomía total por laparotomía con conservación de ambos ovarios.

Resultados: Recibimos por separado una formación nodular elástica blanquecina de superficie externa lisa y fasciculada al corte, de 10 cm de eje máximo; y útero de 8.5 x 6 x 4 cm con once formaciones nodulares de características similares a la anterior, intramurales y subserosas, de entre 0,5 y 2 cm.

Microscópicamente encontramos un endometrio en fase menstrual. El miometrio presenta leiomiomas, focos de adenomiosis y varios vasos dilatados con grupos de células en su interior sin atipia ni mitosis. Con técnicas de inmunohistoquímicas las células endoteliales expresan D2-40 y el componente intraluminal muestra expresión de CAM 5.2 en las células de aspecto epitelial y CD10 en las células de aspecto estromal acompañantes.

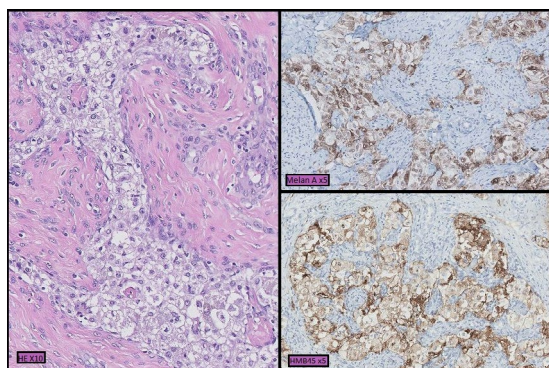
Discusión: La presencia de tejido endometrial intravascular es un fenómeno relacionado frecuentemente con la realización de histerectomías

coincidiendo con la fase menstrual del ciclo. Existen casos publicados relacionados con adenomiosis y endometriosis. Otros autores lo atribuyen a la técnica laparoscópica con manipulador RUMI. En ninguno de ellos el tejido endometrial se presenta en los vasos linfáticos, como en nuestro caso. Criterios como un elevado número de vasos involucrados, la naturaleza bifásica del tejido intraluminal y la ausencia de atipia citológica y mitosis, además de una adecuada correlación con los datos clínicos nos permiten descartar una invasión neoplásica.

Conclusión: Conocer este fenómeno es importante para evitar el diagnóstico erróneo de invasión vascular neoplásica y los procedimientos innecesarios que se derivan de él, con consecuencias negativas para la paciente. La realización de más estudios y un seguimiento de los casos a largo plazo podría ayudar a dar más luz sobre su relevancia y significado clínico.

10:55 **7031-7 PECOMA DEL TRACTO GENITAL: PRESENTACIÓN DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Adela Sabio González(1), Beatriz Rueda Villafranca(1), María Narváez Simón(1), Isabel Ruiz Ávila(1), Francisco Nogales Fernández(1) y M^a Teresa Medina Cano(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.



PEcoma

Los tumores epitelioides perivasculares (PEComas) son tumores raros de tipo mesenquimal, de diversa localización, constituidos por células epitelioides de citoplasma claro/eosinofílico y granular con diferenciación melanocítica y de músculo liso. Pertenecen a la misma familia que el angiomiolipoma, los "clear cell sugar tumors", la linfangioleiomiomatosis y el tumor miomelanocítico de células claras del ligamento falciforme.

En tracto ginecológico, se han descrito 108 casos, la mayoría en cuerpo uterino y solo 5 en ligamento ancho (entre los que se podría englobar nuestro caso).

Presentamos el caso de una mujer de 36 años que consulta por esterilidad primaria. En las pruebas de imagen se describe un leiomioma bilobulado de 9 x 5 x 5,4 cm, adherido a pared lateral-izquierda de útero y cérvix, con amplia base de sustentación y abundantes estructuras vasculares. Se realiza miomectomía por laparoscopia.

Microscópicamente, se observan células epitelioides, de citoplasma granular pigmentado, dispuestas en patrón trabecular, con vasos prominentes y focalmente distribución perivascular. Todos los fragmentos estaban afectados y no existían atipia nuclear, mitosis o necrosis. Inmunohistoquímicamente, son positivas para desmina, HMB 45, actina de músculo liso y Melan A, y negativas para S100, citoqueratina AE1/AE3 y TFE3.

El diagnóstico diferencial de los PEComas es amplio y guiado fundamentalmente por la morfología (epiteloide/fusocelular) y la localización tumoral. Folpe y posteriormente Schoolmeester han propuesto diversos criterios pronósticos: tamaño, mitosis, atipia nuclear, delimitación e invasión vascular. El gran tamaño de nuestra lesión es el único criterio de potencial malignidad, recomendándose extirpación completa mediante histerectomía y/o vigilancia de la paciente hasta maternidad.

De todas formas, el diagnóstico diferencial entre PEcoma y tumores de músculo liso, fundamentalmente leiomioma sarcoma epiteloide, puede representar un reto en cuerpo uterino. De ahí radica la importancia de conocer esta entidad y las diferencias fundamentales con el leiomioma sarcoma epiteloide, que suele ser negativo para Melan A y positivo para EMA y citoqueratinas.

11:00 **7031-8 METÁSTASIS OVÁRICA DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS. UN RETO DIAGNÓSTICO EN BIOPSIA INTRAOPERATORIA.**

María Fernanda Relea Calatayud(1), Cristina Murillo Lázaro(2), José Luis Sanz Trenado(1), Isabel María de Lara Simón(1), Pedro Montero Pavón(1), Natalia María Villasanti Rivas(1), Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1) y María Encarnación Sánchez-Escalonilla Relea(3) de (1)Hospital General de Ciudad Real, (2)Hospital Virgen de la Salud, Toledo y (3)Facultad de Medicina, Ciudad Real.

Introducción: Las metástasis ováricas en el cáncer de páncreas son poco frecuentes. La distinción entre un carcinoma mucinoso pancreático metastásico a ovario y un carcinoma ovárico mucinoso primario es difícil por su similitud morfológica y supone un importante reto diagnóstico en una biopsia intraoperatoria.

Caso clínico: Mujer de 39 años con antecedentes de adenocarcinoma mucinoso de páncreas intervenido 5 años antes que presenta actualmente un nódulo ovárico unilateral de 5 cms. Con la sospecha de metástasis se realiza anexectomía encontrándose en el ovario una formación quística de contenido mucoide con un área sólida de 3 cms. Los cortes realizados en biopsia intraoperatoria correspondían en su mayor parte a un cistadenoma mucinoso benigno con áreas de tumor borderline no pudiendo confirmarse por la imagen histopatológica la naturaleza metastásica de la lesión. En el examen posterior se observó una pequeña área de microinfiltración y el estudio inmunohistoquímico fué positivo para CK7, CK20, CDX2 y Ca19.9. Se observó la misma mutación de KRAS en el tumor pancreático y el ovárico y se concluyó que se trataba de una metástasis ovárica del cáncer de páncreas con una imagen histológica en intraoperatoria relativamente benigna.

Discusión: Algunos adenocarcinomas metastásicos en ovario se diferencian de forma que pueden ser quísticos aunque el primario no lo fuera y sus rasgos histopatológicos son similares a los de un tumor ovárico borderline e incluso un cistadenoma benigno. Sedman y col. propusieron un algoritmo diagnóstico para estas metástasis basado en el tamaño tumoral y la uni o bilateralidad de la neoplasia con el que se podían clasificar el 90% de los casos. Pero, aunque existen también rasgos histopatológicos más concluyentes de metástasis (como un patrón infiltrativo de invasión) el diagnóstico diferencial puede resultar muy difícil en biopsia intraoperatoria.

Conclusión: Ante el reto diagnóstico en biopsia intraoperatoria del origen primario o metastásico de una neoplasia ovárica mucinosa en una paciente con adenocarcinoma de páncreas, estas lesiones deben considerarse como metastásicas mientras no se demuestre lo contrario, a pesar de imágenes histológicas relativamente benignas. El diagnóstico definitivo de su naturaleza metastásica o primaria necesitará de técnicas complementarias (IHQ o molecular) en diferido.

11:05 7031-9 LEIOMIOMA COTILEDONOIDE DISECANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana I. García Salguero(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), M^a Victoria Ortega Jiménez(1), Virginia González Zafra(1), Dora Viveros García(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El leiomioma cotiledonoide disecante (LCD) del útero es un tumor benigno de músculo liso con patrón de crecimiento inusual, caracterizado por masas de músculo liso similares a cotiledones placentarios que se extienden por la superficie uterina junto a un componente que disea la pared miometrial. Presentamos el primer caso diagnosticado en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 42 años, asintomática, intervenida de anexectomía izquierda por una tumoración sólido-quística, centro-pélvica, localizada en cuerno izquierdo y que invade el ligamento ancho, compatible con neoformación anexial.

Hallazgos patológicos: Macroscópicamente, se reciben múltiples fragmentos irregulares de coloración anaranjada junto a áreas hemáticas y quísticas que drenan líquido seroso, similares a estructuras cotiledonoideas y en conjunto miden 14x6 cm, afectando tanto a ovario como a trompa uterina. Microscópicamente, se trata de una proliferación mesenquimal compuesta por células fusocelulares de núcleo vesiculoso y atipia leve focal, que crecen formando pequeños nódulos muy vascularizados disecando la serosa uterina y tubárica, con zonas de degeneración hidrópica y quística junto a áreas hialinizadas. No hay necrosis ni imágenes de infiltración vascular, observándose <5 mitosis/10 cga. Las células inmunoexpresan marcadores de músculo liso (actina, desmina, calponina, caldesmón y vimentina) llegando al diagnóstico de LCD.

Discusión: El LCD es una variante poco frecuente de leiomioma uterino, menos de 50 casos descritos en la literatura, afectando a mujeres entre 23 y 58 años. Está compuesto por masas bulbosas de músculo liso con marcada vascularización que protuyen desde la superficie lateral uterina hacia el ligamento ancho y la cavidad pélvica, continuándose con un componente intramiometrial que lo disea, presentando degeneración hidrópica perinodular. Requiere un amplio muestreo de la lesión para descartar características histológicas de malignidad. El diagnóstico diferencial incluye la leiomiomatosis intravascular, leiomiomatosis con degeneración hidrópica, leiomiomatosis peritoneal difusa, sarcoma estromal endometrial y leiomiomasarcoma. El tratamiento de elección es la cirugía conservadora. En definitiva, se trata de una entidad rara con buen pronóstico que debido a sus características macroscópicas de malignidad supone un reto para su diagnóstico y manejo.

11:10 7031-10 CORANGIOMA GIGANTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Karla Tello Collantes(1), Irene Millán Ortega(1), Manuel Domínguez Gómez(1), María Jesús Palomo González(1), Lidia Atienza Cuevas(1) y José María Báez Perea(1) de (1)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El corangioma es un tumor vascular benigno no trofoblástico de la placenta, cuya importancia clínica está en relación con el tamaño del tumor. Aunque es el más frecuente de los tumores primarios de la placenta, los corangiomas gigantes (mayores de 5 cm) son extremadamente raros y están asociados a complicaciones pre y post natales.

Materiales y métodos: Paciente de 39 años de edad, primigesta, con embarazo de 30 semanas, que durante la valoración en urgencias por rotura prematura de membranas se detectó polihidramnios severo y tumoración con marcada vascularización en borde placentario. Durante la estancia hospitalaria se precisa transfusión fetal intrauterina y amniodrenaje de 1800 cc con evolución favorable. Se programa cesárea en la semana 34.

Resultados: Se recibieron por separado placenta con cordón umbilical de 630 g de peso, y una tumoración pediculada de 12,5 x 11,5 x 4 cm de superficie externa lisa y aspecto sólido y homogéneo al corte. En el estudio histopatológico de la tumoración se evidenció una proliferación de vasos fetales de pequeño calibre con positividad para CD34 acompañado de áreas de necrosis, calcificación y cambios hialinos. En la placenta se encontraron cambios de Teney-Parker asociados a hipoplasia vellositaria distal.

Conclusiones: Los tumores primarios de la placenta son poco frecuentes y la incidencia real del Corangioma se estima en aproximadamente el 1% de los estudios de tumores placentarios. Si bien se trata de una neoplasia biológicamente indolente y usualmente no se asocia a complicaciones materno-fetales, el tamaño superior a 5 cm y/o una localización próxima a la zona de inserción del cordón en la placenta, se asocian a hipoxia feto-placentaria. El mayor número de casos han sido relacionados con primigesta añosa, embarazo gemelar, hipertensión y diabetes.

11:15 7031-11 AFECTACIÓN AXILAR EN PACIENTES CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DE MAMA.

Alicia Córdoba Iturriagoitia(1), Pilar Fernández Seara(1), Concepción de Miguel Medina(1), Carolina Arean Cuns(1), Begoña Aguiar Losada(1), Francisco Vicente García(1), Pedro Armendariz Rubio(1), Saioa Mendaza Lainez(2) y David Guerrero Setas(3) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra), (2)Grupo de Epigenética del Cáncer, Navarrabiomed, Departamento de Salud-UPNA, IdiSNA, Pamplona (Navarra) y (3)Complejo Hospitalario de Navarra, Navarrabiomed, Departamento de Salud-UPNA, IdiSNA, Pamplona (Navarra).

Introducción: El manejo de la axila en las pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento neoadyuvante es controvertido. El objetivo de esta revisión es evaluar la afectación axilar desde el momento del diagnóstico hasta la cirugía post-neoadyuvancia.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo que incluye 82 casos de pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia

neo-adyuvante entre los años 2013 y 2017. Se evaluó la afectación axilar previa al tratamiento. El análisis del estado ganglionar se realizó mediante biopsia o PAAF (en casos ecográficamente sospechosos) o utilizando la técnica de ganglio centinela (GC) para aquellas pacientes sin afectación ganglionar confirmada. Tras la finalización del tratamiento se les intervino quirúrgicamente y se realizó la valoración de la regresión tumoral en la lesión principal y en los ganglios linfáticos (Miller & Payne).

Resultados: Corresponden a carcinoma ductal infiltrante (CDI). El grado histológico más frecuente fue el grado 3 (49.4%), seguido por los grados 2 (45.6%) y 1 (5.1%). En 20 pacientes no se evidenció afectación axilar radiológica. Del resto, no se demostró histológicamente afectación axilar al diagnóstico en 15 pacientes (24.1%) frente a 47 pacientes (75.8%) con afectación axilar confirmada. Se realizó GC pre-neoadyuvante en un total de 33 pacientes. De ellas, el 43.8% de los casos resultaron positivos. La afectación axilar pre-neoadyuvante es de un 73.2%. En la cirugía posterior, se realizó linfadenectomía a 56 pacientes (68.3%) y resultaron positivos 23 de ellos (41.1%). De los casos inicialmente positivos mediante biopsia/PAAF ganglionar resultaron negativos tras el tratamiento un 50.0%, mientras que los positivos mediante GC fueron negativos en un 90.0%. Cabe destacar que el 66.7% de los casos Triple Negativo presentan tras el tratamiento ganglios linfáticos negativos.

Conclusiones:

- 1ª Los ganglios axilares positivos previos al tratamiento neoadyuvante se negativizan en un porcentaje del 56.6%.
- 2ª Se observa que este porcentaje varía en función de la técnica de estudio de la afectación axilar siendo: 50.0% en las pacientes estudiadas mediante biopsia/PAAF y 90.0% en las pacientes estudiadas mediante GC.
- 3ª La mayor tasa de negativización (66,7%) se produce en los tumores de fenotipo triple negativo.

11:20

7031-12

SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DE ANDRÓGENOS EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO.

Emiliano Honrado Franco(1), Ana Cuesta Díaz de Rada(1), Juan Pablo de la Fuente Escobar(1), Luis Felipe Sánchez-Cousido(2), Irene Pilar Delgado Sillero(2), Óscar Sanz Guadarrama(3), Ana López González(2), Francisco Miguel Izquierdo García(1), Ana de la Hera Magallanes(1) y Mª Teresa Ribas Ariño(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Oncología y (3)Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial Universitario, León.

Introducción: Los cánceres de mama triple negativo, no tienen una diana terapéutica que pueda ser atacada. El propósito de nuestro estudio es analizar la expresión del receptor de andrógenos (RA), en estos tumores, con el fin de ver si se puede establecer un grupo, con características clínicas y pronósticas propias que podrían beneficiarse de terapia hormonal anti-androgénica.

Material y métodos: En este estudio contamos con 67 cánceres de mama, triple negativo, diagnosticados entre 2008 y 2013 en el Hospital de León. Se trata de pacientes con edades comprendidas entre 27 y 86 años. Pretendemos ver la correlación de los tumores que expresan RA con parámetros clínicos y otros marcadores inmunohistoquímicos como el Ki-67, así como el pronóstico de los mismos.

Resultados: En nuestros casos, los tumores que mostraban expresión del RA, eran de menor grado (grado 3 35% Vs 80% p 0.003), menor tamaño, menor expresión de Ki-67 (<50% de ki-67, 100% Vs. 55% p 0.002) y se daban más frecuentemente en pacientes pre menopáusicas (60% Vs. 40% p 0.20). Por el contrario, eran tumores que mostraban ganglios positivos axilares (65% Vs. 35% p 0.45) en el momento de la cirugía con mayor frecuencia, que los tumores RA negativos. En cuanto a la supervivencia global y libre de enfermedad a los 5 años, no había diferencias significativas entre el grupo de tumores RA positivos y negativos. Dentro del grupo de los tumores RA positivos, la diferenciación apocrina, era del 80%.

Conclusiones: Los tumores que expresan RA, a pesar de que estos muestran unos parámetros clínicos más favorables debido a la diferenciación apocrina, no muestran una mejor supervivencia libre de enfermedad o supervivencia global que los tumores RA negativos. La supervivencia parece estar mediada principalmente por la no expresión de receptores de estrógenos. El tratamiento anti-androgénico en estos pacientes, podría ser de utilidad.

11:25

7031-13

HALLAZGOS PRELIMINARES EN EL ESTUDIO COMPARATIVO DE LA RESPUESTA INMUNE Y PATOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y PACIENTES TRATADAS CON VACUNAS DE CÉLULAS DENDRÍTICAS MÁS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE.

Luis Daniel Mejías Sosa(1), Álvaro López(1), Arturo Lecumberri(1), Susana Inogés(1), Ascensión López Díaz de Ceiro(1), Alicia Córdoba(2), Jaione García(1), Belén Pérez Solans(3), Marta Santisteban(1) y Miguel Idoate(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), (2)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra) y (3)Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

Antecedentes y objetivos: En la actualidad existen tratamientos innovadores en inmunoterapia antitumoral en el cáncer de mama, como son las vacunas de células dendríticas (VCD). El infiltrado linfocitario tumoral se asocia a un mejor pronóstico en el cáncer de mama. Se postula que el infiltrado inmune muestra asociación con los subtipos moleculares. Para valorar el efecto de la inmunoterapia en el cáncer de mama hemos comparado un grupo de pacientes vacunadas con VCD versus un grupo control cuantificando el infiltrado celular en una serie amplia de tumores bien caracterizados.

Métodos: Partiendo de 80 pacientes diagnosticados de cáncer de mama localizado, estadios II-III, (luminal A, luminal B, triple negativo: 24, 30 y 26 casos respectivamente) que fueron tratados mediante VCD-neoadyuvancia (n=36) o sólo tratamiento neoadyuvante (n=44). Se estudiaron las correspondientes biopsias al diagnóstico y post-tratamiento mediante H&E e inmunohistoquímica frente a CD8 y CD163 y se cuantificó el infiltrado inmune de forma semicuantitativa (recomendación internacional, un observador) y cuantitativa por análisis de imagen (ACIS III).

Resultados: Se ha observado una correlación alta entre los datos semicuantitativos y por análisis de imagen para CD8 (r de Pearson= 0,71) y CD163 (r de Pearson= 0,72). Igualmente existe una buena correlación entre el infiltrado CD8 y CD163 (r de Pearson 0,65). Se ha encontrado una reducción no significativa en el porcentaje de infiltrado linfomacrofágico en el grupo de VCD en las muestras post-tratamiento respecto a las biopsias previas (CD8, $p=0,08$; CD163, $p=0,09$; H&E, 0,95). A pesar de que el subtipo triple negativo concentra la mayor densidad de infiltrado inflamatorio también mostró la misma tendencia. La respuesta patológica completa fue mayor en la cohorte de pacientes vacunadas respecto al control (27% vs 7% $p=0,02$) especialmente en el subtipo triple negativo (vacunados 58% vs control 27%, $p=0,15$).

Conclusiones: La estimación cuantitativa mediante análisis de imagen permite obtener una valoración más precisa para los estudios de correlación. A pesar de que la vacunación de células dendríticas ha mostrado una mayor regresión tumoral, este hecho no parece estar justificado por un incremento en la densidad de células efectoras CD8 estromales.

VIERNES 26 de mayo
16:45 - 17:45 h.

7032

HEMATOPATOLOGÍA

ZONA POSTER

7032-1 MODERADOR

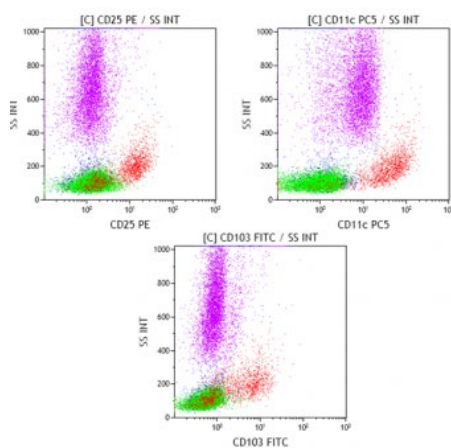
Santiago Montes Moreno, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

16:45

7032-2

SÍNDROME DE SWEET COMO UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS: REPORTE DE UN CASO.

Nhora María Silva Pérez(1), Elizabeth Arrieta López(1), Natalia Calvache Hernández(1), Álvaro Enrique Osorio Franco(1), Fabián Emiliano Ahumada Córdoba(1), Francisco Javier Jaramillo Echeverry(1), Joaquín Rosales Martínez(1), Juan Guillermo Restrepo Molina(1) y Juan Carlos Bravo Ocaña(1) de (1) Fundación Valle del Lili, Cali (Valle del Cauca).



Citometría de flujo

Introducción: La leucemia de células peludas (HCL) y el síndrome de Sweet son diagnósticos clínicos e histológicos poco frecuentes. La HCL es un trastorno linfoproliferativo caracterizado por citopenias, infecciones y esplenomegalia; mientras que el síndrome de Sweet es un proceso reactivo cutáneo que rara vez ocurre en pacientes con leucemia de células peludas. Presentamos el caso de un paciente con HCL que desarrolló síndrome de Sweet como manifestación inicial de la enfermedad hematológica de base.

Métodos: La información del reporte de patología y la historia clínica del paciente se extrajo desde las bases de datos de la Fundación Valle del Lili.

Resultados: Hombre de 72 años con antecedente de tuberculosis tratada. Consultó por un mes de evolución de múltiples placas eritematosas, dolorosas y pruriginosas en cuello, tórax, palmas y plantas, además, pérdida de peso y fiebre intermitente. Al examen físico presentaba hepato-esplenomegalia sin linfadenopatías. Hemograma con pancitopenia leve y pruebas infecciosas negativas. La biopsia de piel mostró infiltrado neutrofílico denso y escasos eosinófilos en la dermis, compatible con síndrome de Sweet. En sangre periférica se observaron células peludas. La citometría de flujo de médula ósea mostró 27% de linfocitos B maduros complejos CD20+,CD22+,CD25+,CD103+,CD11c+,CD123dim, compatibles con tricoleucemia (Imagen1). La biopsia de

médula presentó infiltración neoplásica difusa por células linfoides con fenotipo de tricoleucemia. La mutación de B-RAF fue positiva. Se inició quimioterapia con Cladribina con resolución de lesiones cutáneas a las 72 horas y posterior recuperación hematológica completa.

Conclusión: Este es un interesante caso de un paciente con HCL que se presentó de manera inusual con pancitopenia y síndrome Sweet. Los pacientes con tricoleucemia tienen un riesgo de hasta ocho veces más que la población general de desarrollar cáncer de piel melanoma y no melanoma. La mayoría de los reportes publicados de esta asociación se describen en pacientes con leucemia mieloide aguda. Actualmente existen solo nueve casos en la literatura de síndrome de Sweet asociado a tricoleucemia y en ninguno de estos, los hallazgos dermatológicos fueron la manifestación inicial. Lo anterior hace relevante este caso clínico, ya que permite ampliar el espectro de diagnósticos diferenciales de los hallazgos en piel en una HCL.

16:50

7032-3

LINFOMA FOLICULAR (LF): IDENTIDAD CLONAL Y DIFERENCIACIÓN DIVERGENTE.

Margarita E. Jo-Velasco(1), Julia González-Rincón(2), Rebeca Manso Alonso(1), Carlos Santonja Garriga(1), Miguel Ángel Piris Pinilla(1), Margarita Sánchez-Beato(2) y Socorro María Rodríguez Pinilla(1) de (1)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Quironsalud, Madrid y (2)Grupo de Investigación en Linfomas. Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro(IDIPHIM), Madrid.

Objetivo: La transformación y progresión temprana tras tratamiento del LF clásicamente se ha explicado según un patrón dinámico divergente desde un clon común

Método: Varón de 63 años con adenopatía inguinal aislada. Al año, tras radioterapia presentó recidiva locorregional. Ambas adenopatías se extirparon. Se realizaron estudio inmunohistoquímico (CD20,CD3,CD23,CD10,CiclinaD1,BCL2 (clones 124 y E17), BCL6,p16,KI67), y citogenético (FISH) de los genes BCL2(18q21), BCL6(3q27) y MYC(8q24). El diagnóstico fue de LF de bajo grado BCL2-positivo al diagnóstico y LF de alto grado (3a) BCL2-negativo con un foco aislado de neoplasia intrafolicular (NFIS) en la recidiva.

Tras macrodiseción del área de NFIS, se estudiaron mediante secuenciación masiva las 3 muestras con un panel customizado de región codificante de 38 genes para el MiSeq (Illumina). Así como, las cadenas pesadas de las inmunoglobulinas mediante IgH-PCR según secuencias consenso BIOMED-2 y resolución mediante Electroforesis Capilar en ABI3130

Resultados: El estudio molecular mediante PCR del gen IgH mostró el mismo pico clonal en las 3 muestras. Tanto las células neoplásicas del LF de bajo grado al diagnóstico como el foco de NFIS en la muestra de la recidiva expresaban BCL2. No se demostró reordenamiento mediante

FISH del gen BCL2 en el componente intrafolicular. Ni se observó expresión de BCL2 con ninguno de los AC utilizados ni reordenamiento del gen mediante FISH en el LF de alto grado en la muestra de la recidiva. El estudio mutacional detectó la presencia de delección en el gen CCND3 y mutaciones en los genes BCL2-T71, ARID1A-H205R, CREBBP-R1446C y TNFRSF14-Y47D al diagnóstico. El LF de alto grado mostró mutaciones en los genes CCND3-I240K, TNFRSF14-C57Y, FAT2-C3769Y y NOTCH1-G2281D. El componente de NFIS mostraba similitud con este en dos de los genes alterados; CCND3-I240K y TNFRSF14-C57Y, aunque con diferente frecuencia (26.29% y 50.94% en el primero y segundo frente a un 3% y 1%, respectivamente en el componente infiltrante). No se observaron alteraciones comunes entre la NFIS y el LF de bajo grado al diagnóstico. Ni entre este y el LF de alto grado.

Estos datos sugieren un origen común de ambos LF (bajo y alto grado). La progresión divergente de un mismo clon, influenciada por selección clonal postratamiento pudiera ser responsable de las diferencias genéticas y fenotípicas encontradas.

16:55

7032-4

LINFOMA T PERIFÉRICO DE FENOTIPO CITOTÓXICO EN PACIENTE CON LINFOMA DE LINFOCITOS PEQUEÑOS B/LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA B.

Mercedes Caba-Molina(1), Beatriz Rueda Villafranca(1), Ernesto Martín Medina(2), Esteban José Marín Salido(3), Raimundo García del Moral Garrido(1) y Mercedes Gómez Morales(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada, (2)CESUR, Málaga y (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén).

Antecedentes y objetivos del estudio: Varón de 41 años diagnosticado en 2014 de un linfoma de linfocitos pequeños B/leucemia linfocítica crónica B (LLP- B/LLC-B) en amígdala. Tratado con R-CHOP con respuesta completa. En febrero de 2016 presentó múltiples adenopatías que captaron en PET.

Queremos plantear que es necesario tener en cuenta a los linfomas de origen T en el diagnóstico diferencial de las posibles neoplasias que se producen en el contexto de LLP- B/LLC-B

Materiales y métodos: Se remitió ganglio linfático cervical. Los cortes histológicos remitidos y los realizados en el servicio se digitalizaron y se hicieron técnicas de biología molecular.

Resultados: El ganglio linfático mostró una población linfoide formada por células de tamaño pequeño e intermedio. Estas células se acompañaron de fibrosis y eosinófilos. Fueron positivas para CD3, CD5 con delección de CD2 y CD7. Además expresaron CD57, TIA-1 y perforina. Se identificaron escasas células de origen B.

El material analizado mostró reordenamiento clonal para los genes TCRbeta y TCRgamma. La biopsia previa fue revisada y tenía la morfología y fenotipo característico de una LLC-B/LLP- B. En la biopsia inicial se observó reordenamiento clonal para los genes IgH e IgK y para los genes TCR beta y TCR gamma. Sin embargo esta clona T fue diferente a la observada en la biopsia actual.

Discusión y conclusiones: En el contexto de LLP- B/LLC-B la transformación a un linfoma más agresivo suele ser a un linfoma B difuso de células grandes y con menor frecuencia a un linfoma de Hodgkin Clásico. Se ha descrito que pacientes con LLP- B/LLC-B rara vez pueden desarrollar linfomas T. Aunque la incidencia global de linfomas T no parece estar incrementada en estos enfermos, la mayoría de los linfomas T que desarrollan presentan fenotipo citotóxico. Un mecanismo potencial para el inicio de esta neoplasia en pacientes con LLP- B/LLC-B podría ser la estimulación crónica de linfocitos T citotóxicos que ocurre durante el curso de LLP- B/LLC-B dando lugar a una expansión clonal e incremento en la susceptibilidad para una transformación neoplásica de estas células.

Por tanto con este caso queremos poner de manifiesto que, aunque es infrecuente, la posibilidad de un linfoma T en el contexto de una LLP- B/LLC-B es una posibilidad que debe tenerse en mente.

17:00

7032-5

AFECTACIÓN MASIVA MEDIASTÍNICA POR LINFOMA FOLICULAR DIFUSO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Luis Colomo Saperas(1), Antonio Gutiérrez García(2), Ignacio Sánchez Guerri(1), Adrià Lloret Dagà(1), María Teresa Rodrigo Calvo(1), Ghita Tagmouti(1), Mònica González-Farré(1), Leyre Bento(2), Antonio Salar Silvestre(1) y Rafael Ramos Asensio(2) de (1)Unidad de Hematopatología y Servicio de Hematología, Hospital del Mar, Barcelona y (2)Servicios de Anatomía Patológica y Hematología, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Introducción: El linfoma folicular (FL) es el linfoma indolente más frecuente en nuestro medio; suele presentarse con afectación ganglionar y estadios avanzados. La variante difusa (FLd) muestra características clínico-patológicas determinadas: presentación inguinal en forma de masas grandes (tamaño medio 5 cm), crecimiento difuso (menos de 25% de folículos neoplásicos), expresión de CD23 y presencia de delecciones de 1p36 e infrecuente t(14;18)(Katzenberger, Blood 2009).

Método: Describimos 2 casos de FLd con afectación predominante mediastínica. Se describen las características clínicas, morfológicas, inmunofenotípicas y alteraciones cromosómicas de la región 1p36 y del gen BCL2.

Resultados: El primer paciente era un hombre de 50 años con clínica de síndrome de vena cava superior por una masa de 9-10 cm en mediastino medio y afectación del cayado aórtico e hilos pulmonares. Presentaba derrame pleural; se consideró un estadio IV-A, FLIP1. Recibió tratamiento con R-CHOP alcanzando remisión completa (RC). Presentó 2 recaídas a los 12 y 33 meses, con afectación inicial mediastínica y posterior abdominal, con RC tras diversas líneas de tratamiento. A los 61 meses presentó una 3ª recaída, progresión de enfermedad y complicaciones infecciosas, falleciendo 64 meses después del diagnóstico.

El segundo paciente era una mujer de 59 años con una masa de 9 cm en mediastino medio-posterior izquierdo con afectación de aorta descendente, vena álgigos y aurícula izquierda. Había derrame pleural y ganglios abdominales pequeños. Se consideró estadio IV-A, FLIP3, y recibió 6 ciclos de Bendamustina-Rituximab con RC y posterior tratamiento de mantenimiento con rituximab cada 2 meses (ha recibido 4 de 12 ciclos).

Ambas biopsias presentaron similares rasgos morfológicos. Se observaba una proliferación de células pequeñas con crecimiento predominantemente difuso, expresión de marcadores B, expresión débil de CD10 y BCL2, y positividad intensa para CD23. El índice proliferativo, valorado con Ki-67, era de un 10-20% en ambos casos. El estudio de FISH mostró en el primer caso la presencia de t(14;18) pero no deleciones de 1p36. En el segundo la t(14;18) fue negativa y se identificó pérdida de la región 1p36.

Conclusión: La afectación mediastínica debe incluirse entre las presentaciones extrainguinales del FLd. Las alteraciones en BCL2 y 1p36 pueden ser variables.

17:05

7032-6

EXPRESIÓN DE MDM2 EN SARCOMA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS FOLICULAR DE LOCALIZACIÓN ABDOMINAL: ¿UNA AYUDA O UN POTENCIAL INCONVENIENTE?

María del Carmen Gómez Mateo(1), Carmen Lobo Morán(1), Irune Ruiz Díaz(1), Samuel Navarro Fos(2) y Antonio Ferrández Izquierdo(2) de (1)Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa) y (2)Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El sarcoma de células dendríticas folicular (FDC) es una neoplasia poco frecuente descrita por primera vez en 1986 como un cuadro con afectación adenopática. En 1994 se describieron los dos primeros casos extranodales. Desde entonces se han descrito en distintas localizaciones como mediastino, hígado y tracto gastrointestinal entre otras.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 73 años con una gran masa abdominal (16cm) que fue intervenida de urgencia por un cuadro séptico. La tumoración afectaba a la grasa del meso, con áreas de necrosis y hemorragia y protruía hacia la luz de un fragmento intestinal. Destacaba la presencia de ganglios de aspecto patológico peritumorales.

Resultados: A nivel histológico la tumoración mostraba distintos patrones morfológicos (crecimiento estoriforme, difuso, patrón angiomatoide...). Las células también mostraban una morfología variada con células fusadas de núcleos ovalados y poca atipia y células de mayor tamaño, pleomórficas con nucleolo prominente y un acompañamiento inflamatorio mixto importante (tumor miofibroblástico inflamatorio-like). La tumoración afectaba principalmente a la grasa del meso aunque también existía afectación ganglionar.

Las técnicas inmunohistoquímicas revelaron expresión de CD68, CD21, CD23 y MDM2 mientras que el resto de marcadores fueron negativos (CKAE1-AE3, EMA, DOG-1, CD-117, CD34, ERG, SMA, DESMINA, ALK-1, S100, MELAN-A, HMB45, CD45, CD30, MOP, CD3, CD79A, CD1A, RE y RP). HIS cromogénico para EBER fue negativo y el estudio molecular mediante FISH no demostró amplificación de MDM2.

Conclusiones: Los sarcomas de FDC son tumores muy infrecuentes y en la mayor parte de la literatura publicada se trata de casos clínicos o series cortas. La morfología es muy variable incluso dentro del mismo tumor y cuando se presentan en localizaciones extranodales, el diagnóstico diferencial puede ser muy amplio.

En el caso de tumores abdominales y retroperitoneales debe realizarse el diagnóstico diferencial con GIST y liposarcomas desdiferenciados. Este último se caracteriza por sobreexpresar MDM2 y amplificación de dicho gen. La expresión MDM2 en los sarcomas de FDC ha sido recientemente descrita en varios casos, algunos de los cual también mostraron amplificación. Es por tanto importante ampliar el panel IHQ con marcadores de FDC para realizar un correcto diagnóstico.

17:10

7032-7

NEOPLASIAS DE CÉLULAS HISTIOCITARIAS Y DENDRÍTICAS: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Cristina Díaz del Arco(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Luis Ortega Medina(1), Mónica Negueruela López(1), Melchor Saiz-Pardo Sanz(1), Guillermo Jesús García Diego(1), M. Ángeles Cerón Nieto(1) y M^a Jesús Fernández Aceñero(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Las neoplasias de células histiocitarias y dendríticas (NHD) son poco frecuentes y constituyen menos del 1% de los tumores que afectan a ganglios linfáticos o partes blandas. Su biología, pronóstico, tratamiento y terminología están aún en estudio, y su diagnóstico supone un reto tanto para el clínico como para el patólogo.

Material y métodos: Revisamos los casos de NHD diagnosticadas en nuestro hospital entre el año 1990 y 2016. Describimos los principales hallazgos clínicos y patológicos de estas lesiones.

Resultados: En este periodo se diagnosticaron 22 histiocitosis de células de Langerhans (HCL), 2 sarcomas de células dendríticas foliculares (SDF) y 2 sarcomas histiocíticos (SH). Las HCL se dieron en pacientes de media 34 años, 63,6% de ellos hombres. La HCL estaba limitada al pulmón en 8 casos, hueso en 6, piel en 3, ganglios linfáticos en 2 y fue enfermedad diseminada en 3. En las limitadas a pulmón no se instauró tratamiento. En otras 6 localizadas se resecó la lesión.

De los 3 casos sistémicos, uno se trató con múltiples cirugías y terapia sistémica y los 2 restantes no se trataron. El seguimiento fue de 85 meses de media. 3 pacientes murieron, 2 por HCL sistémica 10 y 0,5 meses tras el diagnóstico. Los SDF se dieron en pacientes de 21 y 46 años, en ganglios cervicales. Los dos pacientes se encuentran estables tras 113 y 130 meses de seguimiento, aunque el primero precisó varias cirugías por recaídas. Los SH se detectaron en pacientes de 59 y 80 años, en ganglio axilar y vejiga.

Los 2 pacientes tenían antecedentes de linfoma. Se instauró tratamiento quimioterápico pero la enfermedad progresó y murieron en los dos primeros meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: Para diagnosticar correctamente las NHD es necesaria la integración de datos clínicos, histológicos y la realización de un amplio panel inmunohistoquímico. La patogenia es desconocida y se han propuesto varios sistemas de clasificación. El tratamiento en la mayor parte de casos de enfermedad diseminada no resulta efectivo. Tras la detección de mutaciones de BRAF en la HCL, el significado de otras alteraciones moleculares en estas lesiones está en estudio.

17:15 **7032-8** **MUTACIONES EN LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN JAK/STAT CONFIEREN PEOR PRONÓSTICO A PACIENTES CON LINFOMA T PERIFÉRICO.**

Rebeca Manso(1), Margarita Sánchez-Beato(2), Julia González-Rincón(2), Sagrario Gómez(2), Federico Rojo(1), Manuela Mollejo(3), Mónica García-Cosío(4), Javier Menárguez(5), Miguel A. Piris(1) y Socorro M. Rodríguez-Pinilla(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (2)Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro (IDIPHIM), Majadahonda (Madrid), (3)Hospital Virgen de la Salud, Toledo, (4)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y (5)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La vía de señalización de JAK/STAT está implicada en varios procesos celulares, cuya activación aberrante ha sido descrita en diversos tipos de tumores sólidos y hematológicos. Recientemente, mutaciones en la vía JAK/STAT han sido encontradas en diferentes tipos de neoplasias hematológicas. Diversos estudios han descrito el uso de inhibidores de JAK/STAT en líneas celulares y en pacientes.

El objetivo de este trabajo ha sido explorar la presencia de mutaciones en genes de la vía de señalización JAK/STAT, estudiar su significado clínico y pronóstico y su relación con otras vías de señalización implicadas en Linfoma T Periférico (LTP).

Métodos: El ADN genómico de una serie de 98 muestras fijadas en formol y embebidas en parafina (FFIP) fue utilizado para el estudio mutacional, utilizando un panel customizado de 48 genes de vías de señalización implicadas en Linfomas T, la tecnología Ampliseq™ (Life Technologies) y el secuenciador Ion Proton. Se realizó estudio inmunohistoquímico en los TMAs construidos. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL) y las estimaciones se consideraron estadísticamente significativas cuando el $p < 0.05$.

Resultados: Seis pacientes (4 Linfoma T Angioinmunoblástico (LTAI) y 2 Linfoma T Periférico no especificado (LTPNE)) mostraron mutaciones en genes de la vía de señalización JAK/STAT (6/98, 6.1%). Encontramos 3 pacientes (1 LTAI y 2 LTPNE) con mutaciones en JAK1 (G1097V, T901R y K696E), localizadas en el dominio quinasa de la proteína JAK. Además, encontramos 2 pacientes LTAI con mutaciones en el dominio de unión al ADN en los genes STAT (STAT1-E563K y STAT3-D566N). Señalar que únicamente el paciente con mutación en STAT3 mostró expresión nuclear de p-STAT3, mientras que el paciente con mutación en STAT1 mostró expresión de p-STAT6. Por otro lado, encontramos 1 paciente LTAI con la mutación Y331* en el gen CCR4, la cual produce un codón de parada prematuro. La presencia de mutaciones en genes de la vía JAK/STAT se relacionó de forma indirecta con la expresión nuclear de NFATc1 ($p=0.017$). Destacar que la presencia de mutaciones en la vía JAK/STAT confieren peor pronóstico ($p=0.016$) a pacientes con LTP.

Conclusión: Pacientes con mutaciones en la vía de señalización JAK/STAT, podrían ser susceptibles a un tratamiento con inhibidores específicos.

17:20 **7032-9** **CÉLULAS DENDRÍTICAS FOLICULARES: SECUENCIA HIPERPLASIA-NEOPLASIA EN ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. ESTUDIO CLINICOPATOLÓGICO DE OCHO CASOS.**

Catuxa Celeiro Muñoz(1), Marcos Mauricio Siliezar Tala(1), Santiago Montes Moreno(1) y Miguel Ángel Piris Pinilla(2) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (2)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La Enfermedad de Castleman Hialino-vascular (ECHV) puede acompañarse o complicarse de hamartomas o tumores y de varias proliferaciones estromales que muchas veces son difíciles de clasificar. El objetivo de este estudio es caracterizar los hallazgos clinicopatológicos de las alteraciones de las células dendríticas foliculares (CDF) asociadas a la Enfermedad de Castleman.

Métodos: Se han seleccionado de ocho casos procedentes de consultas y de patología quirúrgica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y se han estudiado los hallazgos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos.

Resultados: Los pacientes tenían una media de edad de 33 años, con predominio del sexo masculino. La mayoría presentaron adenopatías y sólo tres paciente mostraron localización extranodal. Las lesiones tenían un promedio de dimensión mayor de 7 cm. Todos los casos exhibieron sobrecrecimiento de CDF y todos ellos se asociaron con ECHV. La característica histológica más común fue la disposición arremolinada de células ovoides o fusiformes con núcleo oval y bordes celulares mal definidos. Tres casos mostraron expansión de las células dendríticas foliculares, uno de ellos con displasia (aumento relación núcleo/citoplasma, nucleolo evidente), en otros tres casos se identificó un tumor de CDF y dos casos presentaron un sarcoma de CDF. Las células hiperplásicas/neoplásicas fueron positivas con CD21 (8 de 8 casos), CD23 (8 de 8 casos), D240 (8 de 8 casos), P53>25% (3 de 7 casos) pero negativas con EBV/EBER.

Conclusiones: Los casos revisados muestran una secuencia de transformación neoplásica con las etapas: ECHV con hiperplasia/displasia de CDF – ECHV con tumor de CDF – ECHV con sarcoma de CDF, sugiriendo un proceso en el que aberraciones en las redes de células dendríticas de la ECHV podrían contribuir al desarrollo de tumores de CDF en ese contexto. Los hallazgos también sugieren que alteraciones en las CDF pueden jugar un papel en la patogenia de la ECHV.

Es importante reconocer el distinto espectro de estas proliferaciones y definir de forma precisa aquellos casos con capacidad de recurrir y metastatizar, para poder ayudar al correcto tratamiento del paciente.

Características clínico-patológicas

Caso	Sexo/Edad	Localización y tamaño del tumor	Tipo de alteración de células dendríticas	Expresión P53
1	F/25	Ganglio abdominal	Hiperplasia/displasia	>25%
2	M/36	Ganglio mediastínico	Hiperpla	Neg

Caso	Sexo/Edad	Localización y tamaño del tumor	Tipo de alteración de células dendríticas	Expresión P53
3	M/17	Ganglio retroperitoneal	Hiperplasia	Neg
4	M/76	Masa torácica	TCD	>25%
5	M/48	Partes blandas muslo izquierdo	TCD	>25%
6	F/28	Masa retroperitoneal	TCD	Neg
7	M/39	Ganglio axilar	Sarcoma	Neg
8	F/25	Ganglio axilar	Sarcoma	/

17:25

7032-10

REVISIÓN DE CASOS DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO POST-TRASPLANTE EN EDAD PEDIÁTRICA EN EL PERÍODO 2006-2017 EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

Yaroslav Brygadyr(1), Daniela Carolina Fuel Gómez(1), David Roldán Cortes(1), Blanca Rosich del Cacho(1), Diego Plaza López de Sabando(1), David Bueno Sánchez(1), Gabriel Olmedilla(1) y Eugenia García Fernández(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid.

El síndrome linfoproliferativo post-trasplante (SLPPT) es una complicación infrecuente pero grave de los paciente trasplantados. La incidencia oscila entre 1-20%. Los principales factores que influyen en su desarrollo son, el tipo de órgano trasplantado, la edad del paciente, Virus Epstein Barr (VEB) y nivel de inmunosupresión. El SLPPT es un espectro de lesiones que incluyen procesos benignos potencialmente reversibles y linfomas.

Se buscaron en la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica, los casos diagnosticados en el Hospital Universitario la Paz, durante el periodo 2006-2017. Se analizaron los datos clínicos (edad, sexo, tipo de trasplante -Tx-, serología de VEB, tratamiento recibido, evolución y causa del fallecimiento) y anatomopatológicos (tipo de SLLPT, presencia de infección por VEB y órgano trasplantado).

En el periodo de 2006-2017 se diagnosticaron 21 casos de SLPPT, 12 niños y 9 niñas con edad media de 6 años. Los trasplantes eran: Tx multivisceral-7, renal-5, hepático-4, intestinal-4 y de progenitores sanguíneos-1. La serología para VEB era negativa en 13 niños en el primer trasplante. La media hasta aparición de SLPPT fue de 34 meses (2-123). Entre los SLPPT diagnosticados 5 eran lesiones tempranas (3 tipo hiperplasia plasmocítica, 2 mononucleosis like), 9 SLPPT polimorfos, 5 SLPPT monomorfos (2LNH B de alto grado, 2 LNH T NOS, 1LNH tipo Burkitt) y 2 tipo LH-like. Las muestras eran de ganglio linfático(14), amígdala(5) y cavum(1), 14 casos eran positivos para VEB. Los SLLPT de grado I y II se trataron con disminución de la inmunosupresión o explante(1), los monomorfos con QT o Rituximab/QT y explante(2). Entre los 6 niños fallecidos, 3 presentaban SLPPT monomorfo y 1 tipo LH-like. Un niño se sometió a 2 Tx intestinales consecutivos con desarrollo de SLPPT tipo LNH B de alto grado en ambos trasplantes y en el tercer Tx multivisceral desarrolló un LNH T periférico tratado con QT, que se encuentra en remisión.

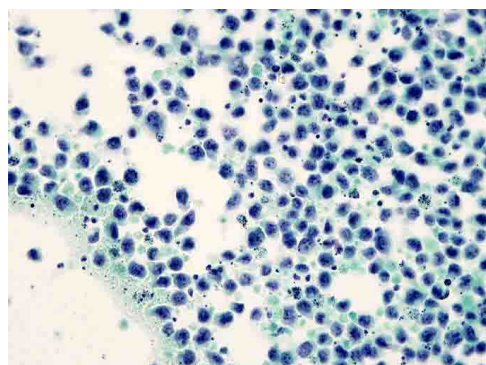
Se diagnosticaron 21 casos de SLPPT, predominante en niños con Tx multivisceral e intestinal (52.4%). En 3 casos se perdió el Tx por afectación por el SLPPT. El tiempo promedio de desarrollo de SLPPT es de 34 meses. La mortalidad global ha sido de un 29%, en su mayoría relacionadas con disfunción del injerto o efectos de la inmunosupresión y no directamente por la afectación por linfoma.

17:30

7032-11

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTE MAMARIO. ESTUDIO CITO-HISTOLÓGICO DE 1 CASO, REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA Y DE LA LITERATURA.

María Ángeles Torres Nieto(1), Pilar Isabel González Márquez(1), Diego González González(1), Patricia Callejo Pérez(1), Daniel Colinas Reyero(1) y Beatriz Bendito Guilarte(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.



Células neoplásicas con tinción de Papanicolaou

El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante mamario (ALCL-BI) es un linfoma T reconocido como entidad clínico-patológica independiente en la clasificación de linfomas de la OMS de 2016. Se estima una frecuencia anual entre 0,1-0,3/100.000 mujeres con implantes. Suele presentarse como una cápsula fibrosa asociada a un derrame que rodea el implante. El curso clínico generalmente es indolente.

Objetivo: Presentación de un nuevo caso de ALCL-BI en mama derecha, en una mujer de 49 años, 8 años después de haberle implantado una prótesis bilateral de mama por cirugía estética. El diagnóstico se realizó en la citología del líquido peri-implante. Posteriormente se realizó la retirada de los implantes, con legado del tejido periprotésico, capsulectomía derecha y biopsia de la cápsula izda. La paciente no ha recibido otros tratamientos posteriores tras el estudio de extensión negativo, desde mayo de 2016.

Material y métodos: A propósito de este caso hemos revisado los informes y preparaciones histológicas de 86 capsulectomías mamarias recibidas en nuestro servicio desde 1990 hasta 2016, habiendo detectado únicamente este caso.

En el estudio citológico del líquido peri-implante remitido utilizamos Papanicolaou y los siguientes marcadores inmunohistoquímicos: CD45, CK AE1/AE3, CD68, CD20, CD3, CD4, CD8, CD30, CD15, EBER, Ki67.

En el estudio histológico de la cápsula realizamos la estadificación pTNM propuesta para este tipo de linfoma Resultados

El líquido periprotésico contenía numerosas células grandes con núcleos polilobulados, excéntricos y nucleolo visible CD3+, CD4+, CD30+, CD15-, CD68-, CD20-, ALK -, EBER -.

El estudio histológico de la cápsula mostró signos focales de infiltración interna de la cápsula (pT2) por las células tumorales.

Conclusión: El ALCL-BI es un Linfoma T anaplásico de células grandes CD30+, ALK negativo . Su morfología, fenotipo, curso clínico favorable y expresión genética le asemejan al linfoma anaplásico cutáneo primario. La patogénesis no está clara, se relaciona con estimulación antigénica bacteriana crónica del biofilm que rodea las prótesis. Aunque se han descrito casos formando "masas", la presentación en forma de derrame, como nuestro caso, es lo más frecuente. El tratamiento quirúrgico con retirada del implante y escisión capsular es lo más adecuado. La quimioterapia y radioterapia se ha usado en el 50% de los casos descritos.

17:35 7032-12 EXPRESIÓN ABERRANTE DE CD10 EN UN LINFOMA ESPLÉNICO NO-HODGKIN DE LA ZONA MARGINAL.

Pilar Alemany(1), Antonio Cremades Mira(1), Aránzazu Lafuente Sanchís(2), Montserrat Ortiz Mengual(2) y Ángel Zúñiga Cabrera(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Biología Molecular. Hospital Universitario de la Ribera, Alcira (Valencia).

Antecedentes y objetivo: El linfoma de zona marginal representa un subtipo distintivo de linfoma no-Hodgkin de células B con un perfil morfológico e inmunohistoquímico definido. El patrón histológico puede ser nodular o difuso, a menudo con folículos linfoides reactivos, con un infiltrado de células centrocito-like que podrían colonizar los centros germinales reactivos. El inmunoperfil muestra usualmente negatividad para CD5, CD10, CD43 y ciclina D1.

Caso clínico: Mujer de 71 años de edad con sospecha de linfoma esplénico con un carácter infiltrativo extenso. El examen histológico mostró una proliferación de células linfoides pequeñas. A veces se observaron folículos linfoides con áreas centrales claras de células centrofoliculares y linfocitos rodeados que mostraban un patrón de crecimiento difuso.

Resultados: Las técnicas inmuno-histoquímicas mostraron marcaje positivo para CD20, CD79a, CD10 y bcl-2. Las áreas centrofoliculares expresaron bcl-6, pero fueron negativas para bcl-2. El resto de marcadores linfoides (CD3, CD23, CD43, CD30, CD5, ciclina D-1, CD4, CD8, CD7 y CD138) fueron negativos. El estudio mostró transposición de genes para las cadenas IgH y IgK/L. El reordenamiento para el receptor de células T y bcl-2t (14; 18) fue negativo.

Conclusión: Los estudios morfológicos e inmunohistoquímicos, junto con los resultados moleculares (bcl-2 t(14:18) transposición negativa) permitió el diagnóstico de linfoma esplénico de células B de zona marginal. Este es un caso muy raro de expresión aberrante de CD10 en un linfoma de zona marginal.

VIERNES 26 de mayo**16:45 - 17:45 h.****7033****OSTEO Y PARTES BLANDAS****ZONA POSTER****7033-1 MODERADORA**

Cleofé Romagosa Pérez Portabella, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

16:45 7033-2 EXPRESIÓN DE DOG1 EN SARCOMA FIBROMIXOIDE DE BAJO GRADO: ESTUDIO DE 19 CASOS.

Sara Pabón Carrasco(1), Ana Vallejo Benítez(1), Sofía Pereira Gallardo(1), Enrique Rodríguez Zarco(1), Javier Emilio Brugal Molina(2), Sebastián Umbría Jiménez(1), Antonio García Escudero(1) y Ricardo González Cámpora(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (2)Hospital de Vinalopó.

DOG1 es un marcador muy sensible y frecuentemente utilizado en el panel inmunohistoquímico para el diagnóstico de los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs). Recientemente se ha señalado que los sarcomas fibromixoides de bajo grado (LGFMSs) pueden expresar este marcador DOG1, hecho que podría inducir a un error diagnóstico cuando estas lesiones asientan en la cavidad abdominal.

El propósito de este estudio es investigar la expresión inmunohistoquímica de DOG1 en 19 casos de LGFMSs con dos anticuerpos monoclonales diferentes: K9 (Leica, Novocastra Laboratories, Newcastle upon Tyne, UK) y SP31 (Thermo Scientific, Fremont, USA).

Todos los casos LGFMSs presentaban el patrón histológico habitual de alternancia de áreas mixoides y fibrosas y escasa celularidad fusiforme con núcleos blandos.

La inmunorreacción al MUC4 fue positiva en 18/19 casos (94.7%) y el FISH mostró reordenamiento del gen FUS en 14/19 (73.7%) casos y del gen EWR1 en 2/19 (10.5%). El caso MUC4 negativo presentó reordenamiento del gen FUS. En secciones enteras encontramos inmunotinción positiva al DOG1 en 8/19 casos (42.1%), exclusivamente con la clona K9. En todos los casos la tinción fue citoplásmica y de membrana, con carácter focal (10-30%) e intensidad variable (1+ a 2+).

En conclusión: La clona K9 de DOG1 presenta baja sensibilidad (42.1%) para el diagnóstico del LGFMS, aunque mayor que la clona SP31. Puesto que ambas clonas tienen sensibilidad y especificidad semejante para el diagnóstico de GIST, consideramos a la clona SP31 más específica para este último diagnóstico, ya que no muestra reacción con lesiones potencialmente simuladoras de GIST, como el LGFMS.

16:50 7033-3 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ÓSEO TRATADO CON DENOSUMAB: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Caterina Fumagalli(1), Irma Ramos(2), Cleofé Romagosa(2), Celina Vázquez(1), Jaume Llauger(1), Isidro Gracia(1), Alan González(1), Cristina Pons(1), Fina Muñoz(1) y Sílvia Bagué(1) de (1)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y (2)Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El tumor de células gigantes óseo (TCGO) contiene células estromales mononucleadas que expresan RANKL y células gigantes multinucleadas con actividad osteoclástica que expresan RANK. La interacción RANKL-RANK induce la activación y proliferación de las células gigantes, responsables de la resorción/destrucción ósea.

Denosumab es un anticuerpo monoclonal que se une y bloquea el receptor RANKL, con inhibición de la actividad osteoclástica. Se utiliza en TCGO irresecables, recidivantes y/o metastáticos. Su uso induce cambios histológicos peculiares en el tumor que, en algunos casos, pueden confundir con un tumor maligno (pseudosarcoma).

Se describen los cambios histológicos en una serie de casos de TCGO tratados con Denosumab.

Material y métodos: De 33 pacientes con diagnóstico de TCGO tratados con Denosumab durante el período 2005-2017 (29 HSCSP; 4 HVH), se ha revisado la historia clínica, laminillas HE y estudios de imagen de nueve pacientes sometidos a cirugía (6 HSCSP; 3 HVH).

Resultados: Estudio de nueve pacientes con características clínico-radiológicas resumidas en la tabla adjunta. Las biopsias pre-tratamiento (tto) muestran un TCG convencional, con cambio fibrohistiocítico asociado en 1 caso. En las biopsias post-tto se observa desaparición completa de las células gigantes (8), focos residuales de TCG convencional (1), neosificación (9) e infiltración linfocítica y de células xánticas (9). En un caso se identifica quiste óseo aneurismático asociado.

En 2 biopsias se observan alteraciones morfológicas de pseudosarcoma consistentes en áreas fusocelulares con atipia nuclear leve-moderada, osteoide inmaduro, diferenciación condroide con atipia y pseudoinfiltración ósea. No recidivas locales (seguimiento medio: 13,7 meses).

Conclusiones: Denosumab es un tratamiento eficaz para estabilizar los TCGO y permitir la resecabilidad en algunos casos inicialmente inoperables. En nuestra serie se confirman los cambios histológicos, secundarios al tratamiento, descritos en la literatura.

Destaca la presencia de un componente inflamatorio linfohistiocítico intratumoral y, más relevante, cambios pseudosarcomatosos que pueden inducir a un diagnóstico erróneo de malignidad (principalmente osteosarcoma y/o TCG maligno).

Es fundamental conocer este antecedente farmacológico para evitar errores diagnósticos.

Características clínico-radiológicas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9
Sexo	H	M	M	H	M	M	M	M	H
Edad	22	38	16	26	43	30	43	41	33
Tamaño	4,2	5,2	2	11	4,4	6,7	5,2	5,3	4
Localización	Fémur	Húmero	Escafoides tarsal	Iliaco	Metacarpo	Húmero	Tibia	Fémur	Radio
Indicación tto	Irresecabilidad	Irresecabilidad	Recidiva	Persistencia tras legrado	Irresecabilidad	Irresecabilidad	Recidiva	Recidiva	Recidiva
Duración tto	12	20	16	11	8	6,5	12	7	7
Seguimiento	3	7	8	78	1	10	17	Caso reciente	Caso reciente

16:55

7033-4

FACTORES PRONÓSTICOS MORFOLÓGICOS EN EL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE HUESO: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 23 CASOS.

Empar Mayordomo Aranda(1), Jorge Solaz(2), Adolfo Valero(3), Cristina Ramírez(4), Isabel Elía(4), Manuel Angulo(5), María del Carmen Huart(1), Isidro Machado Puerto(6), Francisco José Vera Sempere(1) y Antonio Llombart Bosch(7) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Fe, Valencia, (2)Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia), (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia), (4)Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Fe, Valencia, (5)Servicio de Traumatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, (6) Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia y (7)Departamento de Patología, Universidad de Valencia.

Introducción: El tumor de células gigantes de hueso (TCGH) es una neoplasia primaria de hueso, benigna, pero potencialmente agresiva, que aparece en adultos jóvenes en la epífisis de huesos largos. Histológicamente presenta abundantes osteoclastos reclutados por células mesenquimales monomorfas redondeadas y fusiformes. Asocian células xantoidales, quistificación secundaria, mitosis no atípicas y osteoide reactivo hasta en el 20% de los casos. No existe consenso morfológico para la gradación de los mismos; siendo la clasificación radiológica de Campanacci y la técnica quirúrgica empleada, las que mejor predicen la evolución.

Material y métodos: Se analizaron parámetros morfológicos de los casos de TCGH tratados con fresado de alta velocidad y fenolización, en nuestro Hospital entre enero de 2000 y 2014, que pudieran predecir una presencia o ausencia de recidiva: mitosis en 50 CGA, necrosis, embolización vascular, rotura de cortical, presencia de osteoide, celularidad estromal y cantidad de células gigantes. Así como la expresión de marcadores biológicos como SATB2, p53 y Ki67.

Resultados: 23 casos fueron utilizados para el análisis estadístico, por disponer de un seguimiento de al menos 5 años. 10 casos presentaron recidiva local, con reintervención y 1 transformación maligna. Aquellos que recidivaron mostraron un número significativamente mayor de mitosis y un Ki67 más alto; concretamente 20 mitosis/ 50 CGA y un Ki67 superior al 6,5%. Así como un número menor a 30% de células fusiformes. El resto de parámetros evaluados no fueron estadísticamente significativos.

El SATB2, fue positivo en el 63% de los casos, con una expresión heterogénea pero intensa y difusa en alguno de ellos. No se observaron diferencias significativas entre los que recidivaron y los que no.

Conclusiones: En nuestro estudio se han perfilado como parámetros morfológicos y biológicos capaces de subclasificar los TCGH: Un número mayor de 20 mitosis en 50 campos, un Ki67 mayor al 6,5% y un porcentaje de células fusiformes <30%.

Los TCGH pueden expresar SATB2, dato a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial con otros tumores óseos, especialmente, el osteosarcoma. Sería interesante validar los resultados en una serie más amplia.

17:00

7033-5

SARCOMAS RADIO-INDUCIDOS: CASUÍSTICA DE NUESTRO HOSPITAL.

María Lutgarda Riasol Rodés(1), Xavier Sanjuán Garriga(1), María Pane Foix(1), Juan Azcárate Rodríguez(1), J. A. Narváez García(1), F. Portabella(1), D. Pérez Sidelnikova(1) y Xavier Matías-Guiu Guia(1) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivo: Análisis retrospectivo de sarcomas radio-inducidos, diagnosticados y tratados en la Unidad Funcional de Tumores Óseos y Sarcomas de nuestro centro, desde el año 2008, y que cumplen los criterios de Arlen para sarcomas radio-inducidos.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda en los archivos de la Unidad Funcional y del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, de sarcomas radio-inducidos operados desde el 1 de enero de 2008 hasta 31 de diciembre de 2016. Han quedado excluidos los angiosarcomas post-radioterapia por cáncer de mama, ya que son tratados en la Unidad de Mama. Se han revisado las laminillas para confirmar los diagnósticos. De la historia clínica se han tomado los datos clínico-patológicos.

Resultados: Se han identificado 14 casos, ocho hombres y seis mujeres. Las edades de los pacientes en el momento del diagnóstico del sarco-

ma varían entre los 22 y 75 años (media: 50 años). Recibieron radioterapia previa por cáncer de mama (n=3), retinoblastoma (n=2), carcinoma de faringe (n=2), sarcoma de Ewing (n=2) y un sólo caso de liposarcoma mixoide, limfoepitelioma de cavum, liposarcoma bien diferenciado, adenocarcinoma de próstata y neuroblastoma. El intervalo de tiempo entre la irradiación y el nuevo diagnóstico de sarcoma oscila entre los 5 y los 33 años, con una media de 18 años y una mediana de 19 años. El tipo histológico más frecuente es el osteosarcoma (n=6), seguido por el sarcoma fusocelular/fibrosarcoma (n=4), el tumor maligno de vaina nerviosa periférica (n=3) y el leiomiosarcoma (n=1). Todos son de grado histopatológico alto, de localización profunda y se encuentra en territorio de cabeza y cuello (n=6), extremidades inferiores (n=4) y tronco (n=4). Tres de los pacientes viven y están en seguimiento. Nueve pacientes (60%), murieron (2-80 meses de supervivencia, con una media de 27 meses); todo ellos presentaron progresión local o metástasis de la enfermedad. De los dos restantes, se perdió el contacto.

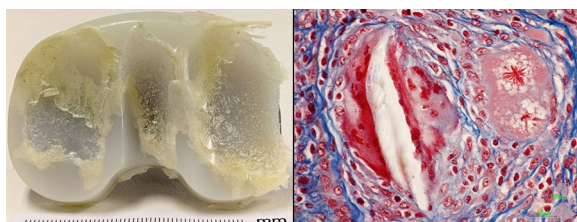
Conclusión: Los sarcomas radio-inducidos de nuestra serie son todos sarcomas de alto grado de localización profunda. Los tipos histológicos más frecuentes son osteosarcoma, sarcoma fusocelular/fibrosarcoma y tumor maligno de vaina nerviosa periférica. Es sabido que la radioterapia puede inducir sarcomas después de un largo período de tiempo, que en nuestra serie varía entre 5 y 33 años.

17:05

7033-6

ALTERACIONES TISULARES COMO FACTORES BIOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL AFLOJAMIENTO PROTÉSICO DE RODILLA Y ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS INDUCIDOS EN LOS DISPOSITIVOS RETIRADOS.

Beatriz Segovia Blázquez(1), María del Rocío Martín López(1), Antonio Javier Ríos Sánchez(2), José Antonio Valverde García(3), Raquel Tur González(1), Rafael Revestido García(1), Waleska Salcedo Mercado(4), Verónica Yuste del Pozo(4), María del Mar Fernández Gutiérrez(5) y Juan Parra Cáceres(6) de (1)Sº de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental. Unidad Asociada al CSIC, (2)Sº de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Ávila, (3)Sº de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, (4)Sº de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila, (5)Instituto de Ciencia y Tecnología de Polímeros. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Centro de Investigación Biomédica en Red- Bioingeniería, BioMaterial:es y Nanomedicina y (6)Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental. Complejo Asistencial de Ávila. Centro de Investigación Biomédica en Red- Bioingeniería, BioMaterial:es y Nanomedicina.



Inserto tibial degradado tras la retirada de la prótesis (izquierda) y reacción granulomatosa con presencia de cuerpos asteroideos intracitoplasmáticos y restos poliméricos de la prótesis (derecha; 600X, Tricrómico de Masson).

El éxito de la artroplastia total de rodilla está condicionado por la degradación de los componentes del dispositivo y la liberación de partículas, que desencadenan procesos de inflamación tisular aséptica y osteólisis, causando el aflojamiento del implante. El presente estudio se enmarca dentro de un proyecto sobre 50 casos intervenidos de cirugía de revisión por aflojamiento protésico, dirigido a la determinación de factores biopatológicos asociados, siendo el objeto de estudio 4 prótesis de la misma composición (aleación Co-Cr/polietileno ultra alto peso molecular) y origen, en cuyo análisis se ha observado el mismo tipo de respuesta.

Métodos: Análisis anatomopatológico de biopsias y piezas quirúrgicas, aplicando técnicas de rutina e inmunohistoquímica; y del líquido sinovial, mediante citología en base líquida. Ensayos físico-químicos del material evalúan cambios inducidos con técnicas de espectroscopía, cromatografía, calorimetría y microscopía.

Resultados: El estudio anatomopatológico detecta inflamación granulomatosa de "cuerpo extraño" con presencia de células gigantes multinucleadas, que fagocitan restos poliméricos resultantes de la degradación del dispositivo, histiocitos y macrófagos; así como fibrosis crónica. Destaca la aparición de cuerpos asteroideos en el citoplasma de las células gigantes y metalosis relacionada con la aparición de depósitos en la superficie del inserto tibial capaces de agredir el componente metálico femoral. Los estudios de caracterización físico-química indican no sólo una degradación de la superficie polimérica, mediante espectroscopía infrarroja con transformadas de Fourier - reflectancia total atenuada y análisis termogravimétrico, sino también la aparición de depósitos ricos en sodio y fósforo, evidenciada tras el análisis composicional por energía dispersiva de rayos X.

Conclusiones: La evaluación del estado de los dispositivos biomédicos tras su fracaso presenta elevado interés. La interacción con los tejidos da lugar a alteraciones en los material es que condicionan su aflojamiento y retirada prematura. Se observa reacción fibrosa y granulomatosa, con presencia específica de cuerpos asteroideos, en relación con la composición polimérica de las prótesis y su deterioro, así como metalosis derivada de la agresión del componente metálico por parte de un depósito rico en sodio y fósforo asociado al componente polimérico.

17:10

7033-7

CAMBIOS HISTOLÓGICOS POR TACHOSIL® EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SUTURAS DE ALTO RIESGO.

Carlos García-Vásquez(1), M. Jesús Fernández-Aceñero(2), Soledad Gómez García de las Heras(3), David de Pablo Velasco(2), Cristina Díaz del Arco(2) y Carlos Pastor Idoate(4) de (1)Hospital Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid, (3)Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid y (4)Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Tachosil® es una esponja de fibrina (fibrinógeno y trombina), que se suele emplear como hemostático en cirugía vascular. El uso de este compuesto para cirugía colónica es cada vez más popular, porque algunos estudios clínicos indican que previene la dehiscencia de las suturas, pero pocos estudios han valorado los cambios histológicos asociados.

Material y métodos: Estudio experimental aleatorizado controlado sobre 33 cerdos a los que se realizó una sutura de alto riesgo en condiciones de isquemia. En la mitad de los animales se aplicó un parche de Tachosil® en la anastomosis y en la otra mitad no. Tras una semana de evolución postquirúrgica se sacrificaron los animales y se analizó el estado de la anastomosis tanto a nivel macroscópico como histológico. El

estudio histológico se realizó siguiendo los criterios propuestos por Ehrlich y modificados por Phillips y que incluyen la reacción inflamatoria, la presencia de microabscesos, el depósito de colágeno y la densidad de fibroblastos en el lecho. Además se determinó el número de vasos y la presencia de necrosis.

Resultados: Cinco de los animales fallecieron en el postoperatorio inmediato, por lo que fueron excluidos. El grupo final de estudio fueron 28 animales, 14 de cada brazo. El porcentaje de fugas de la anastomosis fue significativamente superior en el grupo no tratado con sellador, sin que esto se tradujera en un mayor número de adherencias en el grupo que recibió Tachosil®. En el estudio histológico se encontraron más abscesos y necrosis localizada en el grupo Tachosil®, pero la evolución de la cicatrización en términos de depósito de colágeno o celularidad fue similar en ambos grupos.

Discusión: Parece que Tachosil® contiene la respuesta inflamatoria y reduce la frecuencia de fugas, sin modificar la evolución de la cicatrización. Existe poca bibliografía sobre este tema, la mayor parte en modelos experimentales y en condiciones muy variables, lo que dificulta la comparación entre los estudios. Sin embargo, los datos clínicos parecen indicar un efecto beneficioso de este compuesto, que reduce la frecuencia de dehiscencia, aunque no acorta la estancia hospitalaria.

17:15

7033-8

SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SEMEJANTE AL SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS DE PARTES BLANDAS: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Celina Paola Vásquez Gámez(1), María del Valle Rodríguez Santas(1), Caterina Fumagalli(1), Vicens Artigas Raventos(2), Oksana Luschenkova Rochniak(3), Sílvia Bagué Rosell(1) y Justyna Szafranska(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Cirugía General y Digestiva y (3)Servicio de Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El SCCTG es una neoplasia rara y agresiva de la que sólo se han publicado 38 casos. Aparece en la cavidad abdominal y afecta a adultos jóvenes, sin prevalencia de sexo.

Material y métodos: Se revisaron tres casos clínicos. El primero se presentó como una masa de 7 cm en pared de colon derecho. El segundo procede de una revisión externa de la que no se dispone de datos clínicos. El tercer caso, intervenido en otro centro por tumor de 3cm en pared de intestino delgado, fue remitido a nuestro hospital para seguimiento, con aparición de recidiva local (10 cm) a los 12 meses del diagnóstico inicial.

Resultados: Dos de los tres pacientes (un hombre de 41 años y dos mujeres de 35 y 36 años) macroscópicamente presentaban tumores de la pared intestinal, uno de ellos sin ulceración de la mucosa, con afectación de numerosos ganglios linfáticos locales.

Histológicamente, todos los tumores mostraron un patrón difuso, focalmente pseudopapilar con células de aspecto epiteliode, citoplasma claro y nucléolo prominente, invasión vascular y escasas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto. Las tinciones de IHQ mostraron negatividad para citoqueratinas y positividad intensa y difusa de las células tumorales para proteína S100 y vimentina. Melan A, HMB45, c-KIT, DOG1 y marcadores neuroendocrinos fueron negativos. El estudio de FISH demostró reordenamiento del gen EWSR1 en los tres casos.

Conclusiones:

- El SCCTG es una entidad rara y agresiva, que clínicamente se presenta como un adenocarcinoma de colon en pacientes jóvenes con metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico y elevada incidencia de recidiva local.
- Presenta una histología poco característica de tumor mal diferenciado y negatividad para citoqueratinas e intensa positividad para S100. Este perfil IHQ excluye, el carcinoma y plantea, como principales diagnósticos diferenciales, el melanoma maligno metastático y el sarcoma de células claras (SCC) de partes blandas.
- Para llegar al diagnóstico es necesaria la correlación del perfil IHQ y molecular (reordenamiento del gen EWSR1). El SCCTG no expresa MelanA ni HMB45 (presentes en MM y SCC de partes blandas). El reordenamiento de EWSR1 ocurre en el SCCTG y el SCC, pero no en el MM

17:20

7033-8

DIAGNÓSTICO EN BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE HEMANGIOENDOTELIOMA PSEUDOMIOGÉNICO (HP) PRIMARIO ÓSEO: POSIBLE PITFALL.

Irma Ramos Oliver(1), Caterina Fumagalli(2), Sílvia Bagué Rosell(2), Danielle De Jong(3), Karoly Szuhai(3), Judith Bovée(3), Teresa Moliné Marimón(1), Carolina Montecino Romanini(1), Santiago Ramón y Cajal Agüeras(1) y Cleofé Romagosa Pérez Portabella(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y (3)Leiden University Medical Center, Leiden (Zuid-Holland).

Introducción: El HP es un tumor vascular raro que sobre todo afecta dermis y tejido subcutáneo de extremidades y tronco. Puede ser multifocal, localmente agresivo y raramente metastatiza. Aunque es muy poco frecuente, se han descrito casos de afectación primaria ósea. El principal diagnóstico diferencial se plantea con neoplasias vasculares epitelioides. Se asocia a la translocación t(7;19)(q22;q13)/(SERPINE1-FOSB).

Material y métodos: Se presentan dos casos de HP primarios de hueso: un caso de HSCSP(C1), con diagnóstico inicial de tumor vascular de agresividad intermedia tipo hemangioma/hemangioendotelioma epiteliode y otro del HVH(C2), con diagnóstico inicial de proliferación vascular epiteliode atípica. Se revisan las características clínico-patológicas, el perfil inmunohistoquímico de las células tumorales y el componente inflamatorio acompañante en ambas muestras, además del FISH para confirmar el reordenamiento del gen FOSB en C2.

Resultados: C1: Mujer, 20a, con dolor en cadera izquierda. RMN: lesión lítica medular polilobulada de 8cm en hueso ilíaco de aspecto infiltrativo, tratada con Radioterapia. Respuesta completa(19m).

C2: Mujer, 23a, con dolor inguinal. RMN: lesión ósea insuflante agresiva de 3,5cm, con fractura cortical. Se realizó resección tumoral en bloque dada la rápida progresión radiológica. Sin evidencia de recidiva(10m).

Morfológicamente ambos casos muestran una proliferación tumoral epitelioides/fusocelular, dispuesta en haces sobre un fondo mixo-edematoso con marcado componente inflamatorio rico en PMN. Las células son de citoplasma amplio eosinófilo, núcleo vesiculoso y atipia leve. Se observó 1 mitosis/10CGA, sin necrosis. En el C2 las células epitelioides se disponen en áreas sólidas y revistiendo estructuras vasculares. Las células tumorales expresan CD31, ERG y Citoqueratinas. Los resultados IHQ se muestran en la tabla1. En C2 se realizó FISH, con detección de reordenamiento del gen FOSB.

Conclusiones: Es importante conocer esta entidad para realizar el tratamiento más adecuado, puesto que se trata de una lesión recidivante y que plantea un diagnóstico diferencial con lesiones vasculares más agresivas. Las claves que ayudan a sospechar este diagnóstico son el bajo número de mitosis y el aspecto miogénico de las células que coexpresan marcadores vasculares y epiteliales. Además, el FISH para FOSB permite confirmar el diagnóstico.

Estudio inmunohistoquímico:

	C1	C2
ERG	+++	+++
CD31	++	++
CD34	-	-
CK AE1/AE3	++	+++
Ki67	<5%	<5%
Desmina	-	-
Actina músculo liso	No realizado	-
Caldesmon	-	No realizado
Miogenina	-	-
S100	-	-
CD3	81,2/CGA	102,7/CGA
CD8	40,2/CGA	77,4/CGA
CD20	4,8/CGA	23,5/CGA
CD163	89/CGA	150/CGA

17:25 7033-10 MUTACIONES DE EGFR EN EL HAMARTOMA FIBROSO DE LA INFANCIA.

Juan C. Tardío Dovao(1), Ana Belén Sánchez García(1) y Amalia Moreno Torres(1) de (1)Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Recientemente se ha descrito la presencia de inserciones y duplicaciones en el exón 20 del gen EGFR como una característica molecular del hamartoma fibroso de la infancia. El único estudio publicado hasta la fecha se realizó mediante NGS y secuenciación Sanger. Presentamos los hallazgos moleculares de dos casos de hamartoma fibroso de la infancia de nuestro archivo estudiados con un método comercial basado en PCR a tiempo real.

El ADN se extrajo de tejido fijado en formol e incluido en parafina. Se realizó estudio del gen EGFR mediante un kit que detecta 29 mutaciones, cinco de ellas localizadas en el exón 20.

Las lesiones pertenecían a un varón de 8 meses y a una niña de 13 meses y se localizaban en el hombro izquierdo y en la región dorsal derecha, respectivamente. Histopatológicamente, mostraban la morfología típica, con los tres componentes: fascículos de fibroblastos/miofibroblastos en un estroma colagenizado, grupos de células mesenquimales inmaduras en una matriz mixoide y tejido adiposo maduro. El primer caso presentaba adicionalmente áreas pseudoangiomatosas. Con PCR a tiempo real, ambas muestras mostraron inserciones en el exón 20 de EGFR, que pueden corresponder a H773_V774insH (c.2319_2320insCAC), D770_N771insG (c.2310_2311insGGT) o V769_D770 (c.2307_2308insGCCAGCGTG), no pudiendo nuestro método distinguir entre ellas.

La determinación de mutaciones del gen EGFR puede utilizarse como complemento al diagnóstico morfológico del hamartoma fibroso de la infancia, particularmente en biopsias pequeñas en las que no se incluyan los tres componentes característicos, ya que dichas mutaciones son poco frecuentes en otros tumores de partes blandas (2%) y las hasta ahora descritas en éstos no incluyen inserciones ni duplicaciones en el exón 20, ni están presentes en tumores que se encuentren entre los diagnósticos diferenciales habituales del hamartoma fibroso de la infancia, como la lipofibromatosis y otras proliferaciones fibroadiposas de los niños o el tumor fibrohistiocítico plexiforme de tipo fibroblástico.

17:30 **7033-11 TUMOR GLÓMICO DEL PLEXO BRAQUIAL: UNA LOCALIZACIÓN INFRECIENTE PARA UN TUMOR CLÁSICO.**

Beatriz Jiménez-Ayala(1), M. Jesús Fernández-Aceñero(1), Alexandar Lovic(1), Eugenia Bancalari(1), Yosmar Pérez(1), Manuel Nevado(1), Fernando Pinedo(1), Karina de Antonio(1), Cristina Díaz del Arco(2) y Carmen Moreno(1) de (1)Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid y (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El tumor glómico es una neoplasia frecuente, que suele localizarse en los dedos y cuyo diagnóstico morfológico no suele plantear problemas en los casos típicos. Sin embargo, este tumor puede aparecer en otras localizaciones menos frecuentes con un aspecto histológico semejante.

Caso clínico: Varón de 63 años que consultó por parestesias en el miembro superior derecho. El estudio mediante RM mostró una masa delimitada en el plexo braquial, cuyo diagnóstico fue neurinoma. La lesión fue extirpada y el estudio histológico mostró una imagen típica de tumor glómico. El estudio mediante Ki67 reveló una actividad proliferativa inferior al 2%, sin necrosis ni otros datos de comportamiento agresivo. La resección fue completa y el paciente se encuentra en seguimiento sin complicaciones.

Comentario: El tumor glómico suele afectar a los dedos, pero se han descrito múltiples localizaciones tanto en tejidos blandos, como incluso en órganos internos (esófago, entre otras). El diagnóstico suele ser sencillo a nivel morfológico, aunque se puede confirmar mediante inmunohistoquímica. El comportamiento biológico de estas neoplasias es benigno en general, pero la localización profunda, la actividad mitótica elevada y la presencia de necrosis o atipias se consideran indicadores de comportamiento biológico incierto. Los casos con afectación del plexo braquial son excepcionales y se han descrito algunos tumores glómicos múltiples a este nivel.

17:35 **7033-12 DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN REGIÓN PERIANAL.**

Javier Doña Girón(1), María Teresa Cantón Yebra(1), José Rolando Ortega Ramírez(1), Manuel Ruz Legaza(1), María del Mar Berenguel Ibáñez(1) y Francisco Javier Velasco Albendea(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Se presenta un Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) perianal en varón de 40 años que le ocasionaba proctalgiya y estreñimiento. El interés del caso reside en la excepcionalidad de que un DFSP se presente en el área topográfica perianal y en la dificultad del manejo terapéutico.

Ante la sospecha inicial de un absceso evolucionado o una lesión de naturaleza benigna, se realizó desbridamiento y exéresis parcial en varios fragmentos. El diagnóstico patológico inesperado de un DFSP en dermis perianal y tejido celular subcutáneo con invasión de musculatura esfinteriana determinó que se revaluara al paciente, se realizara una RM para comprobar su extensión, y se efectuara cirugía reglada con estudio de bordes quirúrgicos.

Microscópico: neoplasia fibrohistiocitaria fusiforme que adoptaba un crecimiento circunscrito en márgenes laterales e infiltrativo en profundidad con patrón "estoriforme", invasión en "panal" de la grasa e infiltración de músculo esfinteriano. El número de mitosis era < 5 mitosis / 10 cga con Ki67 del 3% en la mayor parte del tumor y del 8-12% en nódulos celulares profundos. No se observó necrosis ni invasión vascular, pero comprometía anejos, fascículos de nervio periférico, grasa y músculo esquelético.

Perfil inmunohistoquímico: CD34, BCL2 y Vimentina positivos. P53, CD99, S-100, CKAE1/AE3 y CD117 negativos.

FISH: reordenamiento t(17;22)(q22;q13)(COL1A1;PDGFRB) en el 60% de las células tumorales.

Los márgenes profundos de resección en la segunda cirugía estaban afectados y el paciente actualmente recibe radioterapia local. Al presentar reordenamiento (COL1A1;PDGFRB) se plantea el tratamiento con Imatinib según evolución.

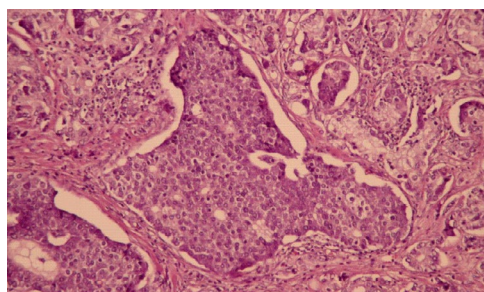
El DFSP usualmente es de clínica indolente, localmente agresivo y recurrente, y cuando no existe transformación fibrosarcomatosa de alto grado, son raras las metástasis. El DFSP es más usual en tronco o miembros siendo excepcional en región perianal. Requiere extirpación completa con márgenes libres, lo que supone un problema en esa topografía, sobretudo para preservar la funcionalidad esfinteriana. La radioterapia adyuvante es una alternativa en tumores con márgenes afectos o como terapia primaria en neoplasias irresecables. En DFSP con translocación confirmada, la terapia dirigida con Imatinib es una opción a considerar en tumores inoperables, tumores de difícil manejo quirúrgico como el nuestro, o en DFSP metastásicos.

VIERNES 26 de mayo**16:45 - 17:45 h.****ZONA POSTER****7034****NEFROPATOLOGÍA****7034-1 MODERADORA**

Rosa Ortega Salas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

16:45**7034-2****ADENOCARCINOMA ACINAR PROSTÁTICO CON MARCADA DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA FOCAL (¿PANETH-LIKE?).**

Hugo Álvarez-Argüelles Cabrera(1), Emilio González Arnay(1), Sonia García Hernández(1), Abián Vega Falcón(1), Leynis Isabel Martínez Blanco(1), Isabel González Villa(1), José Luis Carrasco Juan(2), Ángel José Nazco Deroy(1) y Eduardo Salido Ruiz(1) de (1)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y (2)Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

*Células Paneth like*

Introducción: Con cierta frecuencia se evidencia en carcinomas prostáticos cambios tipo células de Paneth o Paneth-like (CPL), aunque resulta más infrecuente la abundante proliferación de las mismas, asociada a un adenocarcinoma acinar prostático o convencional (AC). El significado del hallazgo y su rareza nos insta a presentar y revisar la literatura al respecto de un caso.

Material y métodos: Se describen las características clínicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas con alta componente de células neuroendocrinas de tipo CPL.

Resultados: Paciente de 70 años sometido a prostatectomía radical por elevación del PSA y diagnosticado de adenocarcinoma por biopsia transrectal. En la pieza de prostatectomía, la próstata medía 5,7 x 4,6 x 3,8 cm y pesaba 66 gramos. Microscópicamente se observa proliferación neoplásica atípica e infiltrante de patrón cribiforme y acinar

(Puntuación de Gleason 4+3=7). Entre células tumorales y en variable cantidad, se identifican células CPL que inmunohistoquímicamente ofrecían positividad para marcadores neuroendocrinos (Cromogranina A y sinaptofisina). El estadiaje tumoral fue pT3aN0.

Conclusiones: Es infrecuente la presencia de abundantes CPL asociadas a AC como en nuestro caso, donde también se demostraron en el componente invasivo del tumor. A diferencia de la célula de Paneth intestinal, las CPL ofrecen inmunopositividad para marcadores neuroendocrinos, de aquí la pertinencia del término Paneth-like y el que tumores como el que presentamos se incluyen en la clasificación de la OMS en la categoría de carcinomas neuroendocrinos, concretamente como "adenocarcinoma con diferenciación neuroendocrina focal". En contraposición con otros carcinomas neuroendocrinos el componente CPL del tumor parece no influir sustancialmente en el pronóstico.

16:50**7034-3****¿EXISTEN LOS CARCINOMAS UROTELIALES BASALES NO MÚSCULO-INVASIVOS?**

Marina Gándara-Cortés(1), Pilar San Miguel(1), José A. Ortiz-Rey(1), Elena López-Díez(2), Máximo Castro(2), Carolina Gómez-de María(3), José I. Neissa(1) y Joaquín González-Carreró(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), (2)Servicio de Urología del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) y (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital POVISA, Vigo (Pontevedra).

Introducción: En los últimos años se han propuesto diferentes clasificaciones moleculares de los carcinomas uroteliales músculo invasivos, que permiten subdividirlos en un tipo luminal y uno basal, de peor pronóstico. Se han validado métodos de inmunohistoquímica para realizar dicha clasificación: los de tipo basal serían CK5 y CD44 +, CK20 -, y los luminales, CK5 y CD44 -, CK20 +. Sin embargo, son pocos los estudios realizados en los tumores no músculo-invasivos, en los cuales podría ayudar a adoptar la actitud terapéutica más adecuada. El objetivo de este trabajo es aplicar la clasificación molecular a un grupo de carcinomas uroteliales de alto grado no músculo-invasivos mediante inmunohistoquímica.

Métodos: Se ha realizado método de inmunohistoquímica con multímero conjugado con peroxidasa y anticuerpos monoclonales anti CD44, CK20 y CK5 en 12 matrices tisulares que contenían 209 muestras de carcinomas uroteliales de vejiga de alto grado en estadio T1, de muestras de resección transuretral (RTU) con presencia de capa muscular no afectada, pertenecientes a 108 pacientes.

Resultados: En nuestra serie 73 casos (67,59%) son de tipo luminal (CK20 +, CK5 y CD44 -), 4 casos (3,70%) son de tipo basal (CK20 -, CK5 y CD44+), 25 casos (23,15%) son ambiguos (presentan diferentes patrones de tinción inmunohistoquímica que hace imposible su clasificación en un solo tipo) y 6 casos (5,56%) no fueron valorables.

De los 4 carcinomas de tipo basal, uno fue intervenido de inmediato, presentando carcinoma pT1, y disponemos de seguimiento en otro caso, que presentó, a los 9 meses, tumor músculo-invasivo en una RTU.

Conclusiones: La inmunohistoquímica puede ser una buena técnica para realizar la clasificación molecular del cáncer de vejiga, pero en un porcentaje significativo de casos no es concluyente (23%).

Entre los carcinomas uroteliales no músculo-invasivos existen ocasionales tumores de tipo basal (3,7% en nuestra serie).

Se debería determinar en series más amplias el papel pronóstico, aparentemente adverso, del tipo basal, en estos tumores en estadio T1 que podrían requerir tratamiento radical o seguimiento estrecho.

16:55

7034-4

USO DE INMUNOHISTOQUÍMICA EN LA CLASIFICACIÓN DE SUBTIPOS DE CARCINOMA UROTELIAL VESICAL CON INVASIÓN MUSCULAR.

Sergio Rodríguez Lobalzo(1), Francisca María Ortiz Domínguez(1) y Juana Isabel Cid Mañas(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Ante la agresividad del carcinoma urotelial de vejiga con invasión muscular, muchos autores están en búsqueda de marcadores biológicos y/o moleculares que permitan predecir la respuesta a quimioterapia. Se han descrito 2 subgrupos, basal-like, que expresa queratinas de alto peso molecular y CD44, y luminal, que expresa queratinas de bajo peso. Hemos intentando subclasificar los carcinomas uroteliales de vejiga que infiltran la muscular propia mediante el uso de inmunohistoquímica (IHQ).

Métodos: Se han seleccionado 28 casos con carcinoma urotelial vesical que infiltran muscular propia (pT2) diagnosticados mediante biopsias tomadas por resección transuretral en los años 2014 y 2015. La media de edad de los pacientes es de 70,9 años, siendo 23 casos varones y 5 casos mujeres. A todos los casos se les han realizado las técnicas de IHQ citoqueratina 5/6, y CD44, como marcadores basales y citoqueratina 20 como luminal. Dado que se identifica otro subgrupo descrito como p53-like, que expresa características similares a los luminales pero con p53 nativo, se ha realizado también la técnica IHQ p53 considerándolo positivo cuando tiñen más del 20% de células tumorales.

Resultados: De los 28 casos, tan solo se han podido clasificar como subtipo basal 9 casos, que han presentado positividad para CK 5/6 y CD44 y negatividad para CK 20. En 18 casos la neoplasia presenta inmunofenotipo mixto, identificándose áreas con positividad para marcadores basales y negatividad para citoqueratina 20 y viceversa, incluso entremezclándose ambas tinciones dentro de un mismo foco, no siendo posible determinar un subtipo. Hubo un caso de carcinoma poco diferenciado que presentó negatividad para CK20, CK5/6 y CD44.

Tres casos presentaron focos de diferenciación escamosa, positivos para CK5/6 y CD44 y negativos para K20, mientras que el resto de la neoplasia mostraba inmunohistoquímica tanto para basal como para luminal, con lo cual tampoco fue posible clasificarlos.

Conclusiones: Tras la realización del panel IHQ no ha sido posible clasificar los carcinomas uroteliales vesicales que infiltran muscular propia en los subtipos basal y luminal. Lo que nos lleva a la **Conclusión:** de que serían necesarios marcadores biológicos y/o moleculares para ello.

17:00

7034-5

DEBUT CLÍNICO ATÍPICO DE LIPOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO CON ÁREAS DE DIFERENCIACIÓN A LEIOMIOSARCOMA.

Yoana Franco Rodríguez(1), Cristina González Velasco(1), Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Luis Miguel Chinchilla Tabora(1) y Patricia Antúnez Plaza(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: Los tumores paratesticulares son raros (menos del 2% de tumores urológicos). La mayoría son benignos (>90%), siendo el lipoma el más frecuente. Dentro de los malignos el liposarcoma (20-55%) ocupa el primer lugar, seguido del leiomioma (20-30%) y el rhabdomyosarcoma (10-25%).

Caso clínico: Varón de 60 años, asintomático, con masa sólida paratesticular izquierda de 8 cm, hipoecoica y sin elevación de marcadores serológicos. De superficie externa lisa y consistencia elástica. Está constituida por áreas pseudomixoides y focos hiper celulares de elementos fusiformes, y otros multinucleados salpicados. Sin necrosis y con 5 mit/10 CGA. Positiva para Vimentina, Actina y CD34; S-100 y RP negativos. Con Ki-67 y márgenes afectos. Nuestro diagnóstico fue Leiomioma (LMS) grado 1 (NFFCS).

Tras herniorrafia tres años después al debut inicial, y con el diagnóstico en otro centro de lipoma, acude por nueva tumoración paratesticular ipsilateral multitabizada de 20 cm, con atenuación grasa y zonas densas. Constituida por adipocitos, separados por septos conectivos. En ellos hay células atípicas de núcleos grandes, irregulares e hiper crómicas. Parte del componente era más celular y fusiforme. Expresaba vimentina, S-100 y MDM-2. Se interpreta como liposarcoma (LPS) bien diferenciado (lipoma-like).

Revisamos la biopsia previa, confirmando el diagnóstico inicial, y considerando éste el inicio clínico-histológico del LPS que debuta, por tanto, cronológicamente, como parte de diferenciación muscular (LMS), con expresión también para MDM-2., sin realizarse extirpación completa en ese momento de la lesión.

Conclusión: Presentamos un caso de liposarcoma lipomatoso paratesticular de larga evolución, que debutó como leiomioma. En ambos se demostró expresión del gen MDM-2, considerando a éste último como una desdiferenciación del anterior.

El liposarcoma es una entidad a tener en cuenta ante una masa escrotal. Aunque se reconocen varios subtipos todos comparten la misma histogénesis. El diagnóstico se basa en la H&E donde es clave la presencia de células atípicas, quedando reducido el valor del lipoblasto a un contexto adecuado. Está constatada la amplificación del gen MDM-2. El riesgo de desdiferenciación estimado es el 10% siendo el tiempo de evolución, en vez de la localización, el factor más determinante.

17:06

7034-6

POTENCIALES TRAMPAS DIAGNÓSTICAS EN RTU VESICAL: ADENOMA NEFROGÉNICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Adela Sabio González(1), Rosa María Ríos Pelegrina(1) y Lucía Roldán Mateo(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

El adenoma nefrogénico – también conocido como metaplasia nefrogénica o metaplasia adenomatosa – es una entidad cuyo origen se postula que se debe a un implante de células de los túbulos renales en la vejiga. Es más frecuente en adultos, en una proporción 2 a 1 en varones.

Tras identificar el caso, se ha realizado una revisión de los detalles clínicos, radiológicos y patológicos. Para su diagnóstico, se emplearon pruebas de inmunohistoquímica. Se ha revisado literatura actualizada sobre el mismo.

Presentamos el caso de un varón de 77 años, con antecedentes de carcinoma urotelial pT1 de alto grado intervenido por RTU en 2015 y tratado con sesiones posteriores de BCG, en el que en un TAC de control se objetiva un engrosamiento parietal vesical compatible con recidiva. Se programa una nueva RTU.

Microscópicamente, se aprecian múltiples fragmentos de pared fibromuscular sin revestimiento urotelial, con focos de inflamación mixta linfoplasmocitaria y macrofágica, carentes de infiltración por carcinoma. Además, se objetiva una formación nodular bien delimitada, conformando un patrón tubular y sólido, sin atipia nuclear o mitosis, rodeados por una membrana basal prominente. Focalmente forma quistes. Inmunohistoquímicamente, expresa PAX2, PAX8, citoqueratinas AE1/AE3, y es negativo para GATA 3, p63, villina, PSA y 34ßE12.

El diagnóstico diferencial se plantea con un carcinoma urotelial con diferenciación glandular (que no expresa PAX8), un adenocarcinoma de células claras (que presenta mayor atipia, mitosis e invasión en profundidad) o un adenocarcinoma de próstata (este último, a diferencia del adenoma, expresa PSA). La principal importancia de conocer esta entidad es plantearse su diagnóstico ante una RTU vesical ya que, al tratarse de una entidad benigna que sólo requiere de resección endoscópica y que no suele recurrir ni malignizar, podemos evitar tratamientos mucho más agresivos que pueden ser causa de yatrogenia en el paciente.

17:15 7034-7 AMILOIDOSIS VESICAL. ANÁLISIS DE CASOS EN NUESTRO CENTRO 2000-2016.

Miriam González Guerrero(1), Carlos Miguel Ruiz(1), Maripaz González Gutiérrez(1), Rodrigo E. Ugalde Herrá(1), Susana Junceda Antuña(1), Inram Husain Calzada(1) y Adela Alonso Fernández-Velasco(1) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

La amiloidosis es la enfermedad resultante del depósito anómalo de sustancia amiloide extracelular. El amiloide está compuesto principalmente por fibrillas proteicas que se depositan junto a otros cofactores, y se identifica microscópicamente con la tinción de Rojo congo. La afectación vesical en la amiloidosis es rara. Se recogen los diagnósticos de amiloidosis en muestras de biopsia vesical emitidos desde el principio del año 2000 hasta finales del año 2016 en nuestro centro.

Métodos: Búsqueda en los registros electrónicos del servicio de Anatomía Patológica de todas las biopsias vesicales con diagnóstico de amiloidosis y tipificación de la proteína fibrilar anómala con tinciones inmunohistoquímicas adicionales para proteína amiloide sérica (SAA), cadenas ligeras kappa y lambda y prealbúmina (transtiretina, TTR). Revisión de historias clínicas para ver evolución.

Resultados: 5 casos, todos procedentes de biopsias vesicales transuretrales, ninguno de cistectomía. En todos el motivo de cistoscopia fue hematuria repetitiva, sin sospecha de amiloidosis. Sólo 1 caso tenía diagnóstico previo de amiloidosis secundaria (y tinción SAA positiva), y fue éxitus 16 meses después. En todos los demás el diagnóstico de amiloidosis vesical derivó en otros estudios complementarios. Otros 2 casos mostraron positividad para SAA, con antecedentes de enfermedades inflamatorias crónicas. El caso 4 mostró tinción inespecífica de ambas cadenas ligeras y afectación cardíaca en ecocardiografía, demostrándose aumento de cadenas ligeras kappa en suero. El caso 5 presentó tinción predominante de cadenas ligeras kappa, aunque sin hallazgo de componente monoclonal sanguíneo, se siguió al menos durante 5 años con ocasional recurrencia de la hematuria.

Conclusiones: El hallazgo de amiloidosis vesical es infrecuente. Es importante tipificar el depósito amiloideo dado que el enfoque terapéutico difiere según el mismo. Aunque la mayoría de los casos documentados de amiloidosis vesical corresponden a una forma asociada al depósito local de cadenas de inmunoglobulinas (amiloidosis tipo AL), también puede corresponder a una rara manifestación de una amiloidosis tipo AA. En los casos con tinción positiva para cualquier tipo de cadenas ligeras, es obligatorio el despistaje de una posible discrasia de células plasmáticas.

17:20 7034-8 VALIDACIÓN DE LA VALORACIÓN EN FRESCO DE LA BIOPSIA CILÍNDRICA RENAL.

Claudia Mestre Alagarda(1), Anaïs Moscardó Navarro(1) y Liria Terrádez Mas(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia.

La biopsia renal percutánea es una herramienta fundamental en el abordaje diagnóstico de diversas enfermedades renales, y en concreto de las glomerulopatías. Se trata de una técnica que ha experimentado grandes avances, fundamentalmente gracias a la incorporación de las técnicas de imagen, pero que sigue siendo invasiva y no exenta de riesgos, lo cual condiciona unas indicaciones estrictas. Por ello, es fundamental encontrar un equilibrio entre la representatividad de la muestra y la invasividad de la técnica. El objetivo de nuestro estudio es validar la estimación de glomérulos en fresco por un patólogo experimentado con la finalidad de rentabilizar la muestra al máximo.

Se realizó un estudio de las biopsias renales recibidas en el servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital durante el último año. Se incluyeron los cilindros destinados tanto a microscopía óptica como los destinados a inmunofluorescencia y microscopía electrónica. La estimación en fresco se realizó examinando el cilindro obtenido por el radiólogo en un microscopio óptico de la sala de radiología, a un aumento de 4x, tras colocarlo sobre un porta con una gota de suero fisiológico. Posteriormente se recogieron los datos procedentes de cada caso diagnosticado, en los que se indicaba el número de tomas realizadas, el número de glomérulos visualizados en fresco y el número de glomérulos confirmados microscópicamente. Se desestimaron aquellos casos en los que no se registró el número de glomérulos visualizados en fresco.

Se analizaron un total de 52 cilindros y se observó una buena correlación entre los glomérulos estimados en fresco y los confirmados tras el procesamiento, existiendo cierta tendencia a la infraestimación en fresco.

En vista de nuestros resultados podemos concluir que, junto con una cuidadosa manipulación y procesamiento de la muestra, es fundamental que un patólogo con experiencia estime el número de glomérulos presentes en los cilindros renales, evitando así biopsias innecesarias o, por el

contrario, poco representativas o de escaso valor diagnóstico que requerirían una segunda intervención. Además, en función de la sospecha diagnóstica, esto permite optimizar la selección del material para cada técnica complementaria.

17:25

7034-9

ENFERMEDADES RENALES CON DEPÓSITOS ORGANIZADOS. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Anaïs Moscardó Navarro(1), Claudia Mestre Alagarda(1) y Liria Terrádez Mas(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Las enfermedades renales con depósitos organizados son entidades poco frecuentes. Estas enfermedades están producidas por depósitos organizados extracelulares que se localizan a nivel mesangial y/o de la membrana basal glomerular. Dentro de este grupo de patologías se encuentran la amiloidosis, la glomerulonefritis fibrilar, la glomerulonefritis inmunitaria y la crioglobulinemia. Además, hay una serie de enfermedades "simuladoras" en las que se observan depósitos organizados como la fibrilosis diabética, la mesangiolisis o colágeno fibrilar. Este tipo de enfermedades necesitan diferentes técnicas histoquímicas, de inmunofluorescencia (IF) y de microscopía electrónica (ME) para su diagnóstico.

Hemos realizado una búsqueda en PAT-Win v.4.6.3.8 para revisar el número de casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 10 años (entre enero de 2006 y diciembre de 2016), excluyendo los casos consulta procedentes de otros hospitales.

Los resultados obtenidos fueron de 9 pacientes con nefropatía por depósitos organizados, de los cuales 5 se debían a glomerulonefritis fibrilar, 4 eran causados por amiloidosis y 1 por crioglobulinemia. Además, encontramos 2 casos de fibrilosis diabética. Revisamos los hallazgos morfológicos, de IF y ultraestructurales enfatizando en su diagnóstico diferencial.

Se trata de enfermedades poco frecuentes que requieren una buena correlación clínico-patológica, y donde la ME adquiere una singular importancia, ya que permite en muchos casos su diagnóstico diferencial.

17:30

7034-10

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN EL RIÑÓN. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 11 CASOS.

Ángel Panizo Santos(1), Carolina Arean Cuns(1), Tamara Zudaire Fuertes(1), M^a Luisa Gómez Dorronsoro(1) y Alicia Córdoba Iturriagagoitia(1) de (1) Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Las neoplasias hematológicas (NH) que se manifiestan como masas renales pueden simular una neoplasia renal primaria en los estudios clínicos y radiológicos. Sin embargo, la distinción es crítica ya que el manejo de estas enfermedades es totalmente diferente. Presentamos las características clínicas, radiológicas y patológicas de 11 NH con afectación renal y que fueron diagnosticadas mediante nefrectomía o biopsia de aguja renal.

Material y métodos: Revisamos los casos de nefrectomía o biopsias renales con diagnóstico de NH entre 1990 y 2016. Los datos de la clínica, radiología y seguimiento se obtuvieron de la historia clínica. Se revisaron las biopsias así como los resultados de IHQ y molecular de cada caso.

Resultados: Identificamos 11 pacientes (6 varones y 5 mujeres). Edad: 25-81 años (mediana 70 años). La nefrectomía radical (3 casos) o biopsia de aguja (8 casos) mostraron 8 linfomas difusos de células grandes B (6 LDCGB NOS, 1 LDCGB rico en células T y 1 LDCGB intravascular), 1 linfoma marginal extranodal, 1 linfoma linfoblástico T y 1 sarcoma mielóide. En 2 casos coexistía NH con carcinoma renal convencional. Las NH representaron 11/655 (1,68%) neoplasias renales diagnosticadas durante 26 años. Radiológicamente, 5 pacientes (45,5%) presentaron múltiples nódulos intraparenquimatosos, 4 masa renal única y 2 infiltración difusa con aumento global del tamaño renal. Cuatro pacientes presentaron lesiones bilaterales. De los 11 casos, 5 tuvieron un diagnóstico clínico presuntivo de carcinoma renal y 4 de NH antes del estudio patológico. Dos pacientes tenían solo enfermedad nodal además de la renal y 9 pacientes tenían infiltración extranodal única o múltiple (6 médula ósea, 1 hígado, 1 bazo, 2 piel, 2 SNC, 1 yeyuno y 1 partes blandas) en el estadiaje. Seguimiento: 7 pacientes fallecieron con enfermedad (1-117 meses; mediana 8 meses), 3 vivos libres de enfermedad (7-102 meses; mediana 64 meses). 1 vivo con enfermedad (1 mes).

Conclusiones: La afectación renal por NH por lo general ocurre en el contexto de enfermedad diseminada. Las NH pueden presentar una afectación renal con hallazgos clínicos-radiológicos en su mayoría inespecíficos. La biopsia renal es imprescindible para establecer el diagnóstico correcto en esta situación. Los linfomas no Hodgkin de células B predominaron, siendo el LDCGB el subtipo más común.

17:35

7034-11

VALOR DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO EN LA RESPUESTA A BCG EN PACIENTES CON CARCINOMA VESICAL PAPILAR DE CÉLULAS TRANSICIONALES PT1G3.

David Ramos Soler(1), José Luis Pontones Moreno(1), Cristina Santamaría Navarro(2) y Laura Lorenzo Soriano(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia y (2)Universitat Politècnica de València.

Antecedentes y objetivos del estudio: El manejo del carcinoma vesical urotelial pT1G3 es muy controvertido, pudiendo tratarse de forma conservadora (inmunoterapia con BCG) o de forma radical (cistectomía). La posibilidad de un tratamiento conservador con BCG presenta algunas incertidumbres. Los objetivos de nuestro estudio se centran en el estudio del valor predictivo del análisis histológico y del estudio inmunohistoquímico (IHQ) de la respuesta inflamatoria frente al tumor y comprobar si estos análisis contribuyen en alguna medida a aclarar alguno de estos interrogantes.

Materiales y métodos: Se incluye a un total de 100 pacientes con diagnóstico de carcinoma vesical pT1G3 (OMS, 1973) comprendidos entre 2000-2014 del HUP la Fe y con un seguimiento mínimo de 12 meses. Se revisaron los cortes histológicos y el estudio IHQ de numerosos mar-

cadore para identificar diferentes tipos celulares presentes en la respuesta inflamatoria peritumoral. Para el estudio estadístico se realizaron análisis univariantes mediante diferentes tests y la regresión logística para el análisis multivariante de estos marcadores.

Resultados El estudio histológico de la respuesta inflamatoria peritumoral demostró que un 83% de los pacientes sin respuesta inflamatoria peritumoral se observó una buena respuesta frente a BCG a diferencia del resto de pacientes con respuesta inflamatoria de distinta intensidad. En el estudio univariante de los distintos marcadores IHQ estudiados se comprobó correlación estadística ($p < 0.05$) de distintas variables entre las que destaca la presencia de células inflamatorias con expresión de CD68 ($p=0.006$) o de triptasa ($p=0.003$). Finalmente, el análisis multivariante demostró que tan sólo la presencia de células con expresión de triptasa ($p=0.005$) era necesaria para la predicción independiente de una buena o mala respuesta a BCG.

Conclusión: El estudio IHQ de la respuesta inflamatoria frente al tumor ha demostrado utilidad predictiva en la respuesta frente a BCG, sobre todo la ausencia de respuesta inflamatoria peritumoral o la presencia de mastocitos en el infiltrado inflamatorio peritumoral.

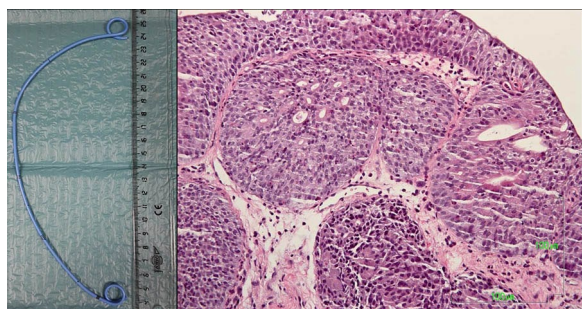
VIERNES 26 de mayo**16:45 - 17:45 h.****7035****UROLOGÍA****ZONA POSTER****7035-1 MODERADORA**

Pilar González Peramato Gutiérrez, Madrid.

16:45

7035-2**FACTORES BIOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA RETIRADA PREMATURA DE CATÉTERES URETERALES "PIGTAIL" EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE LA LITIASIS MEDIANTE URETERORRENOSCOPIA.**

Beatriz Segovia Blázquez(1), María del Rocío Martín López(1), Mario Martín Hernández(2), Sebastián Valverde Martínez(2), Raquel Tur González(1), Rafael Revestido García(1), Waleska Salcedo Mercado(3), Rosario Ibáñez Pérez(4), Amparo San Pedro Garrido(4) y Juan Parra Cáceres(5) de (1)Sº de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila. Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental. Unidad Asociada al CSIC, (2)Sº de Urología. Complejo Asistencial de Ávila. Grupo de Investigación Multidisciplinar Urológico Renal del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, (3)Sº de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila, (4)Laboratorio de Microbiología / Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Asistencial de Ávila y (5) Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental. Unidad Asociada al CSIC. Complejo Asistencial de Ávila. Centro de Investigación Biomédica en Red- Bioingeniería, BioMaterial:es y Nanomedicina.



Catéter pigtail utilizado en técnicas de endourología (Izquierda). Urotelio vesical con hiperplasia, sin displasia, y leves cambios inflamatorios mixtos, no granulomatosos, tras la retirada del catéter (Derecha; Tinción hematoxilina/eosina; 200X).

Las técnicas mínimamente invasivas como tratamiento de litiasis renoureteral suelen implicar la colocación de un stent. El estudio se dirige a determinar factores biopatológicos asociados a la retirada precoz del pigtail.

Métodos: Se reclutó una cohorte prospectiva de paciente sometidos a endourología por esta patología. Desde mayo 2016 se han estudiado 28 pacientes con retirada precoz de pigtail. El abordaje es multidisciplinar: análisis de biopsias del urotelio vesical, adyacente al catéter, citologías de orina –ambas previas y posteriores a la inserción y retirada del catéter–, análisis bioquímico y microbiológico de restos litiasicos y extremo distal del catéter, y análisis de las propiedades físico-químicas de los biomateriales.

Resultados: El uso del pigtail provoca hiperplasia urotelial (18 de los 28 pacientes) con leves cambios inflamatorios (6), moderados (8) e intensos (4), edema (15), con fibrosis de la lámina propia (16) y alteraciones inflamatorias leves en la orina (28). No se ha observado displasia, inflamación granulomatosa, ni presencia de restos del dispositivo retirado.

El cultivo microbiológico de los cálculos de los 28 pacientes fue negativo en 8 y positivo en 20. En 10 se aislaron *Streptococcus* grupo viridans, en 2 *Estafilococos* coagulasa negativos, 1 con cultivo mixto de *Proteus mirabilis* y *Escherichia coli*, 1 *Enterococcus faecium*, 1 *Haemophilus parainfluenzae*, 1 *Neisseria perflava*, 1 *Propionibacterium acnes*, 1 *Micrococcus luteus*, 1 *Rothia mucilaginosa*, y 1 *Candida albicans*.

Conclusiones: Se ha identificado un grupo de pacientes en los que esta técnica supone un sufrimiento con retirada temprana del pigtail. La interacción biopatológica del urotelio con los biomateriales del pigtail provoca cambios tisulares vesicales y alteraciones microbiológicas. La presencia de los microorganismos en los cálculos en el 90 % de los pacientes refleja episodios de bacteriemia transitoria por flora oral o cutánea. En un 10 % se han encontrado uropatógenos habituales. El análisis avanza hacia actuaciones de prevención y reducción de complicaciones, mejora de la calidad asistencial y reducción de costes. Los resultados del estudio de las propiedades físico-químicas de los biomateriales de los dispositivos retirados y los resultados microbiológicos de la punta de catéter están en curso. Serán objeto de próximas publicaciones.

16:50

7035-3**AFECTACIÓN RENAL POR LINFOMAS DE COMPORTAMIENTO SISTÉMICO. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 21 CASOS DIAGNOSTICADOS A LO LARGO DE 33 AÑOS.**

Roxana Elizabeth Sánchez Pacheco(1), Sara Marcos González(2), Johny Salazar Tabares(1), Ainara Azueta Etxebarria(2) y Fulgencio Jiménez Sánchez(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen de la Luz y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: Los linfomas son neoplasias que se presentan en muy raras ocasiones como tumores primarios renales, sin embargo, la afectación secundaria del sistema genitourinario, en general, y del riñón, en particular, por linfomas con expresión sistémica es frecuente. Un hecho que llama la atención es que, a pesar de la frecuencia con la que ocurre, los pacientes pocas veces son diagnosticados en vida, >50% se diagnostican en autopsia y sólo entre 1-14% tienen sospecha clínica. En este estudio, buscamos dar a conocer los rasgos principales y la casuística de los tipos de linfomas que afectaron el riñón en este grupo de pacientes.

Materiales y métodos: Muestras de biopsias incisionales, de pieza quirúrgica y autopsia, de 21 casos de linfomas con afectación renal secundaria, obtenidas de las bases de datos de nuestros centros en un periodo de 33 años (1983 – 2017).

Resultados: Se revisaron 14 biopsias renales incisionales (cuñas y cilindros), 5 piezas quirúrgicas (nefrectomía) y 2 autopsias, de 21 pacientes distintos, cuya edad promedio era 63 años (rango: 20 a 88) y se contaba con diagnóstico previo de linfoma en 10 de ellos.

La mayor incidencia fue del linfoma folicular (LF) y linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) (23,8% c/u). El resto siguieron así: linfoma B de bajo grado y leucemia linfática crónica (LLC)(14,2% c/u), linfoma linfoblástico B, B de alto grado, T periférico, leucemia mieloide aguda (LMA) y linfoma indeterminado (4,8% c/u).

En los LF, vimos que 1 era de alto grado y otro era una recidiva de bajo grado con antecedente de transformación a LBCG y linfoma de Burkitt diagnosticados en biopsias previas.

Al hacer el diagnóstico de linfoma, un paciente presentó simultáneamente un carcinoma renal de célula clara y otro un adenocarcinoma de colon.

Tuvimos acceso a los datos de supervivencia de 11 pacientes: 6 exitus y 5 con vida.

Conclusiones: La incidencia de la afectación renal es mayor en pacientes de mediana edad (promedio 63 años).

Muchos de los casos eran agresivos o con recaídas de linfomas de bajo grado que hicieron transformación a un tipo agresivo, lo cual, sumado al alto índice de defunciones (6/11) nos podría indicar que la afectación renal es de mal pronóstico.

Algunos linfomas B no se pudieron tipificar, por lo cual, sólo se dio el grado bajo/alto.

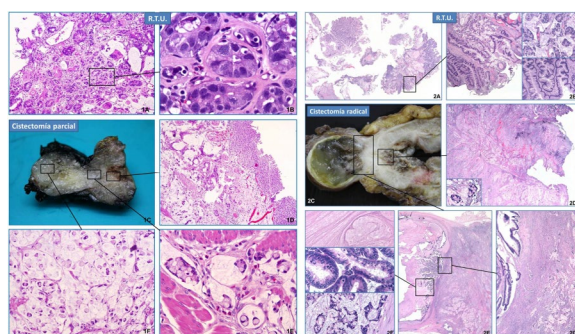
Los carcinomas diagnosticados en 2 pacientes se consideraron hallazgos incidentales.

16:55

7035-4

ACTUALIZACIÓN EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS NEOPLASIAS MUCINOSAS DE URACO (OMS 2016). REVISIÓN DE DOS CASOS.

Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Virginia González Zafra(1), Isabel García Muñoz(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), Lidia Pérez Villa(1), Isabel Álvarez Mancha(1), Dora García Viveros(1), Elena Cañestro Rueda(1), Elena Gallego Domínguez(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.



Casos 1 y 2. Macroscopía e Histología.

Antecedentes y objetivos: El uraco es un remanente embriológico que se extiende desde la vejiga al ombligo. Los carcinomas de uraco suponen menos del 1% de los tumores malignos de vejiga. Recientemente, se han añadido nuevos criterios en el diagnóstico de los adenocarcinomas de uraco, como son la ausencia de metaplasia intestinal atípica y de neoplasia urotelial con diferenciación glandular en el resto de la vejiga. La nueva edición de la OMS 2016 ha actualizado la clasificación de las neoplasias epiteliales de origen uracal distinguiendo entre neoplasias glandulares y no glandulares, adenocarcinomas no-quísticos y quísticos. Presentamos de forma comparativa dos casos de clínica similar y distinta histología, según los criterios diagnósticos actuales.

Material y método: Caso 1: Mujer de 55 años con una formación nodular de 2,5 cm. de diámetro máximo, translúcida, adherida al borde externo de la pared muscular vesical anterior.

Caso 2: Mujer de 60 años con una lesión excrecente e irregular en la mucosa vesical de 2,2 cm, que infiltra la pared muscular, sin alcanzar la grasa perivesical, así como una lesión quística de 3,3 cm de contenido mucinoso localizada en la grasa perivesical anterior, que dista 2 cm de la lesión tumoral vesical.

Ambos casos fueron estudiados desde un punto de vista inmunohistoquímico (incluyendo estudio de p-MMR), así como molecular (pan-RAS), incluyendo secuenciación genética de cada componente tumoral.

Resultados: El estudio histopatológico reveló en el primer caso, un adenocarcinoma no quístico de uraco de tipo mixto, que infiltraba extrínsecamente la vejiga. El segundo caso presentó dos tumores independientes: un adenocarcinoma primario vesical infiltrante, predominantemente mucinoso y un tumor quístico mucinoso uracal de bajo potencial maligno, con focos de carcinoma intraepitelial.

Conclusiones: Presentamos 2 casos de neoplasia mucinosa de uraco que muestran características histopatológicas diferentes. En ambos casos se ha observado mutación de TP53, afectando a distintos codones. Por último, en el segundo caso se evidenció la misma alteración de TP53 en los dos tumores independientes, lo cual sugiere que pueden relacionarse con una misma lesión de origen.

17:00

7035-5

NEFROPATÍA PROXIMAL POR CRISTALES DE CADENA LIGERA KAPPA ASOCIADA A NEFROPATÍA POR CILINDROS DE CADENAS LIGERAS KAPPA.

M. Adoración Martín-Gómez(1), Mercedes Caba-Molina(2), Ernesto Martín Medina(3), Beatriz Rueda Villafranca(2) y Mercedes Gómez Morales(2) de (1) Unidad de Nefrología del Hospital de Poniente, El Ejido (Almería), (2)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada y (3)CESUR, Málaga.

Antecedentes y objetivos del estudio: Mujer de 70 años con hipertensión, lupus cutáneo y osteoporosis que presenta deterioro subagudo de la función renal, anemia y proteinuria de 3,5 mg/dl.

Ante un cuadro de deterioro agudo/subagudo de la función renal plantear siempre dentro del diagnóstico diferencial todas las enfermedades con depósitos monoclonales de inmunoglobulinas.

Materiales y métodos: Se remitieron 2 cilindros de tejido renal. Se seleccionó material para microscopía electrónica, inmunofluorescencia y procesamiento en parafina.

Resultados: En el estudio mediante inmunofluorescencia se advirtieron cilindros intratubulares positivos para cadena kappa y negativos para cadena lambda. En el estudio en parafina se advirtió una lesión tubular aguda con cilindros intratubulares de apariencia requiebrada PAS negativos y positivos para cadena kappa así como cristales en el interior del citoplasma de los túbulos contorneados proximales, rojos con la tinción de tricómico de Masson y positivos para cadena ligera kappa.

Discusión y conclusiones: La tubulopatía proximal por cadenas ligeras se debe a la acumulación de cadenas ligeras monotípicas en los túbulos proximales en pacientes con producción de inmunoglobulinas monoclonales por una neoplasia de células plasmáticas/linfoma B o por una gammopatía monoclonal de significado renal. Este acúmulo se produce debido a una inadecuada degradación lisosomal de estas cadenas. Frecuentemente los pacientes presentan otras lesiones renales relacionadas con la producción de una inmunoglobulina monoclonal. En este caso estaban presentes una nefropatía por cilindros de cadenas ligeras kappa y una nefropatía proximal por cristales de cadena kappa. Esta asociación es infrecuente ya que la cadena kappa que origina los cristales es una forma truncada y no es capaz de unirse a la proteína de Tamm-Horsfall.

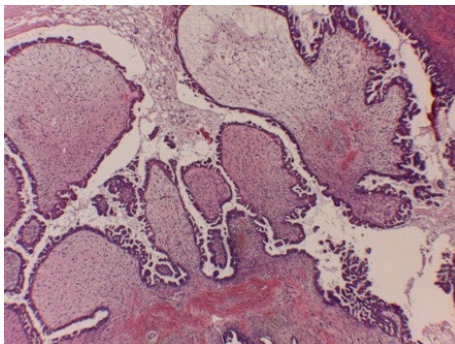
El daño tubular agudo puede obedecer a múltiples causas y la demostración de cadenas ligeras monoclonales en forma de inclusiones cristalinas en el epitelio es necesaria para llegar a un diagnóstico. La presencia de daño tubular proximal por inclusiones cristalinas y la tinción monotípica, en este caso para cadena ligera kappa fueron hechos claves para establecer este diagnóstico.

17:05

7035-6

TUMOR TESTICULAR EPITELIAL SEROSO BORDELIN DE TIPO OVÁRICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Connie Ferrara Coppola(1), Emma Sola Vendrell(1) y María Isabel Peligros Gómez(1) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.



Histológica. Tinción H&E.

Antecedentes y objetivos: Los tumores testiculares de tipo ovárico son neoplasias poco frecuentes. Presentamos un caso de Tumor epitelial seroso borderline de tipo ovárico, sus características histopatológicas y otros casos similares publicados en la literatura.

Métodos: Presentamos un caso de nuestro centro, revisión de la base de datos del mismo en los últimos 20 años, así como de la literatura, en busca de tumores epiteliales testiculares de tipo ovárico publicados.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 66 años, sin antecedentes de interés, que en ecografía de rutina se evidencia una lesión intratesticular 42x36mm. Ante la sospecha de una posible tumoración, se decide realizar una orquiectomía radical derecha.

Histológicamente dicho tumor se encuentra constituida por tejido fibroso, con presencia de estructuras papilares irregulares de crecimiento intraluminal, revestidas por células columnares multiestratificadas, de citoplasma eosinófilo y núcleos con nucleolo prominente, con escasa atipia citológica no observándose figuras de mitosis (ver Figura 1).

Con estos hallazgos, en conjunto a las tinciones de IHQ, se realiza el diagnóstico de Tumor epitelial Seroso Borderline de tipo ovárico.

El estudio de B-RAF resulta mutado.

Se hace una revisión de la base de datos de nuestro servicio en los últimos 20 años, siendo este el único caso diagnosticado de Tumor testicular de tipo ovárico.

Conclusiones: Los tumores testiculares y paratesticulares de tipo ovárico son aquellos que recuerdan a los de la superficie ovárica, y todo el espectro de lesiones ováricas han sido reportadas en estas localizaciones, siendo los más frecuentes los de tipo seroso y mucinoso. Son tumores benignos que no recurren ni metastatizan, que han sido asociado a mutación de B-RAF.

17:10

7035-7

AFECTACIÓN RENAL POR MIELOMA MÚLTIPLE CON CÉLULAS CIRCULANTES CON LA TRANSLOCACIÓN T(11;14).

Lorena Díaz Sánchez(1), Javier Gimeno Beltrán(1), Adrià Lloret Dagà(1), Ignacio Sánchez Guerri(1), Dolores Naranjo Hans(1), Jordi Massó Castellà(1), Ana Ferrer del Álamo(1), María José Soler Romeo(1) y Francesc Alameda Quillet(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: Las gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI) y las neoplasias de células plasmáticas (CP), como el mieloma múltiple (MM), afectan a CP medulares. Ambas pueden presentar manifestaciones renales, denominándose gammopatías monoclonales con significado renal (GMSR). Presentamos el caso de un paciente con MM de reciente diagnóstico y afectación renal, donde la biopsia renal (BR) mostró CP malignas circulantes, hecho clave para demostrar una alteración citogenética.

Descripción del caso: Hombre de 64 años, con insuficiencia renal aguda, síndrome tóxico y proteinuria de tipo Bence-Jones kappa que orientaba hacia un MM con afectación renal. La citometría de flujo realizada demostró un 85% de CP patológicas con inmunofenotipo anómalo en médula ósea y un 15% en sangre periférica (SP), diagnosticándose de MM con expresión en SP.

La BR presentaba cilindros tubulares consistentes con un riñón de mieloma. Los glomérulos estaban conservados y no presentaban depósitos inmunes. Las CP de los capilares peritubulares sobreexpresaban Ciclina-D1. La localización endocapilar de estas CP, sin infiltrar el estroma intersticial, concordaba con la expresión del tumor en SP. La expresión de Ciclina-D1 fue clave para detectar la t(11;14)(q13;q32) en las células tumorales utilizando el material del aspirado medular, alteración no solicitada de forma rutinaria en el diagnóstico de un MM y que posee valor pronóstico.

Discusión y conclusiones: Las paraproteínas tanto del MM como de las GMSI pueden causar afectación renal. Las CP atípicas de estas lesiones pueden expresarse en SP y, por tanto, estar representadas en la microvasculatura renal, siendo un material útil para la detección de alteraciones inmunofenotípicas y citogenéticas.

Tabla 1

ALTERACIÓN CG	GEN EXPRESADO	INCIDENCIA	PRONÓSTICO
t(14;X)		60%	Desconocido
Del13		40-50%	Desconocido
DelTP53		5-10%	Desfavorable
t(11;14)(q13;q32)	OncogenCCDN1	20%	Favorable
t(4;14)(p16.3;q32)	OncogenMYEOV FGFR3	15-20%MM 0-10% GMSI	Desfavorable
t(14;16)(q32;q23)	MAF	5-10% MM	Desfavorable
t(6;14)(p21.1;q32.3)	MMSET/WHSC1 CCND3	4-5% MM	Desconocido

Leyenda tabla: Alteraciones citogenéticas en los MM

17:15

7035-8

GATA-3 Y CK5/6 COMO POSIBLES MARCADORES DE SUBTIPOS TRANSCRIPTÓMICOS DE CARCINOMA UROTELIAL VESICAL).

Paula Rodríguez Martínez(1), Cristina Carrato Moñino(1), Laura Pons Martínez(1), Montse Martín Céspedes(1), José Luis Gago Ramos(2), Albert Font Pous(3) y Aurelio Ariza Fernández(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), (2) Servicio de Urología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y (3)Institut Català d'Oncologia, Badalona (Barcelona).

Antecedentes y objetivos: Se han descrito diferentes subtipos transcriptómicos en el carcinoma de vejiga urinaria, con diferente comportamiento clínico y respuesta a la quimioterapia. Existirían dos subtipos claramente definidos (el luminal y el basal) y un pequeño grupo de tumores doblemente negativos.

Una publicación reciente, basada en técnicas de análisis de imagen, defiende que la aplicación de dos únicos marcadores inmunohistoquímicos (IHQ), GATA-3 como marcador de subtipo luminal y CK5/6 como marcador basal, podría identificar estos subtipos con una precisión superior al 90%. En este trabajo hemos valorado los patrones de expresión IHQ de GATA-3 y CK5/6 y su correlación, en una serie de carcinomas uroteliales vesicales.

Materiales y métodos: Analizamos en dos matrices tisulares, la expresión IHQ de GATA-3 y CK5/6 en una serie de 64 casos de carcinomas uroteliales vesicales musculoinfiltrantes (22 con diferenciación escamosa) correspondientes a muestras de resecciones transuretrales.

Resultados: Para GATA-3 la positividad nuclear presentó 4 patrones: intenso y difuso (G3), variable y difuso (G2), variable y focal (G1) o ausente (G0). Para CK5/6 el patrón de inmunotinción fue negativo (Q0), de distribución basal/parabasal (Q1), parcheado/focal (Q2) o intenso y difuso (Q3).

Los patrones G3 y Q3 fueron mutuamente excluyentes, ya que ningún caso presentó positividad intensa y difusa para GATA-3 y CK5/6. Además se identificaron siete casos doblemente negativos. El resto de los casos mostraron diferentes patrones de tinción combinada para GATA-3 y CK5/6. Los tumores con diferenciación escamosa revelaron frecuentemente un patrón de tinción para CK5/6 Q3 o Q2 y para GATA-3 G0 o G1, pero no de manera exclusiva.

Conclusiones: La positividad intensa y difusa para GATA-3 o CK5/6 permite definir dos grupos mutuamente excluyentes de carcinomas uroteliales que podrían corresponder a los subtipos transcriptómicos luminal y basal, respectivamente. Sin embargo, existen casos con positividades duales equívocas que dificultan su catalogación.

17:20 **7035-9** RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR ASOCIADO A PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO EN ADULTO.

Juan Daniel Prieto Cuadra(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), Ana Isabel Álvarez Mancha(1) y Isabel García Muñoz(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga,

Introducción: El rhabdomyosarcoma paratesticular (RMSPT) es un tumor raro, supone el 7% de los RMS y se presenta sobre todo en las dos primeras décadas de la vida. Es un tumor maligno de origen mesenquimal que surge de las células musculares esqueléticas.

Material y método: Paciente varón de 66 años que acude por dolor e hinchazón en hemiescroto derecho de 3 meses de evolución. La exploración revela un testículo derecho aumentado de tamaño con engrosamiento difuso. Ecográficamente, se aprecia una lesión con dos componentes, uno homogéneo y otro contiguo heterogéneo que impresiona de neoplasia.

Resultados: Macroscópicamente, en tejidos blandos del cordón espermático, se observa una masa blanquecina con áreas de necrosis, de 4,7cm y contigua a esta, un área bien delimitada de coloración parda grisácea de 3,7cm. Microscópicamente se trataba de un RMSPT (variante alveolar), y un pseudotumor inflamatorio (variante miofibroblástico inflamatorio), respectivamente. El parénquima testicular no mostró hallazgos relevantes. Se solicitó reordenamiento molecular con FISH para el gen FOXO1 (13q14.1) resultando negativo.

Discusión: El RMSPT, es un tumor maligno con diferentes variantes morfológicas (embrionaria, pleomórfica, y alveolar). El diagnóstico diferencial incluye otras neoplasias de células pequeñas y azules, como tumores con diferenciación heteróloga como el liposarcoma; ES/PNET, etc. Para el diagnóstico final fue imprescindible las técnicas inmunohistoquímicas, confirmándose el origen en músculo estriado (miogenina positiva). Existen subtipos de RMS alveolares que tienen fusiones con otros genes distinto a FOXO1 que no son detectados con la sonda de FISH convencional.

Conclusión: El RMSPT es una entidad rara, excepcional en el adulto, con peor pronóstico que RMS en la infancia. La variante alveolar es muy poco frecuente y se asocia a mayor agresividad. No hemos encontrado referencias bibliográficas que describan la peculiar asociación entre RMSPT y el pseudotumor inflamatorio en región paratesticular. En ausencia de protocolos diseñados específicamente para pacientes adultos, se hace necesario un manejo multidisciplinario, siendo el tratamiento de elección la orquiectomía radical y la quimioterapia sistémica.

17:25 **7035-10** ANTICUERPO ANTIFOSFOLIPASA A2 MARCADOR INMUNOHISTOQUÍMICO DE LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA PRIMARIA: ESTUDIO DE 51 CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

Maripaz González Gutiérrez(1), Blanca Vivanco Allende(1), Luis F. Morán Fernández(2), Rodrigo E. Ugalde Herrá(1), Adela Alonso Fernández-Velasco(1), Inram Husain Calzada(1), José M. Baltar(3) y M^a Aurora Astudillo González(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), (2)Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y (3)Servicio de Nefrología. Hospital de San Agustín, Avilés.

Introducción: La glomerulonefritis membranosa (GNM) es la principal causa de síndrome nefrótico en adultos, se divide en primarias o secundarias (enf. autoinmunes, tumores o infecciones)

En torno al 75% de las GNM primarias presentan anticuerpos circulantes contra el receptor de la antifosfolipasa A2 (PLA2R), más frecuente de tipo IgG4.

Dado que histológicamente las GNM primarias y secundarias son indistinguibles, se plantea la posibilidad de utilizar este marcador inmunohistoquímico (IHQ) para orientar hacia el origen primario, ya que se ha visto que este marcador se expresa principalmente en las GNM primarias, siendo más raro en las secundarias.

Material y métodos: Se analizan 51 casos de GNM diagnosticadas en nuestro centro entre 2002 y 2016. Se revisan datos clínicos, características histológicas y realizamos estudio IHQ de IgG4 y PLA2R. Las dos tinciones IHQ se estratifican en tres grupos: negativas, positividad débil-moderada y positividad intensa.

Resultados: (Ver tabla 1)

En 9 casos no fue posible determinar su naturaleza primaria o secundaria por ello se consideraron indeterminadas.

Conclusiones: Nuestra serie se compone de 27 hombres y 24 mujeres con una media de edad de 49 años.

Las GNM primarias suponen el 61%, discretamente inferior a lo descrito en la literatura (70%). Dentro de éstas, el 74% eran varones y 26% mujeres con una media de edad de 53 años. En el caso de las secundarias, el 91% son mujeres debido probablemente a una mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes.

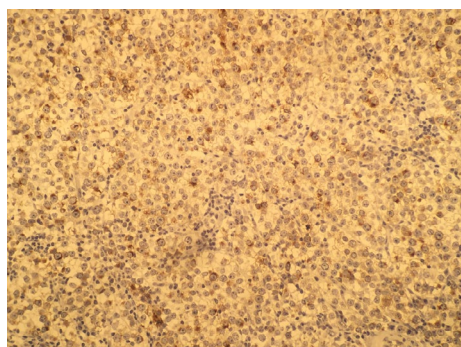
El PLA2R es positivo en el 91% de nuestras GNM primarias. Los casos negativos podrían estar en relación con otros anticuerpos implicados en la GNM primarias más infrecuentes como la trombospondina.

La IgG4 ES positiva en el 77% de los casos primarios. La negatividad podría explicarse ya que existen casos en los que predominan las IgG de tipo 1 y 3.

A pesar de que es una serie limitada, hemos visto que la tinción intensa de PLA2R presenta una Sensibilidad (S) del 29% y Especificidad (E) del 100%, por lo que deducimos que si la marcación es intensa puede afirmarse que se trata de GNM primaria. En el caso de la IgG4 (S-16%, E-88%) los datos no son concluyentes para poder utilizarlo como prueba diagnóstica exclusiva.

17:30 7035-11 SEMINOMAS HCG POSITIVOS. PATRÓN DE TINCIÓN Y VALOR PRONÓSTICO. ESTUDIO DE 15 CASOS.

Lorena Valdivieso Almeida(1), Sandra Barbera Bosch(1), Helena Alvarez Manso(1) y Vicente Sabater Marco(1) de (1)Consortio Hospital General Universitario, Valencia.



Patrón de tinción de Golgi de las células seminomatosas para HCG

Introducción: En los tumores testiculares, la inmunotinción con HCG es relativamente específica para coriocarcinoma y para las células sincitiotrofoblásticas de la conocida variante de seminomas clásicos. Sin embargo, pocos son los estudios que han señalado la positividad de las células seminomatosas no sincitiotrofoblásticas con HCG. El presente estudio tiene por objetivo establecer el patrón de tinción para HCG de un grupo de seminomas clásicos, su relación con los niveles plasmáticos de HCG prequirúrgicos, el papel en el diagnóstico diferencial y su valor pronóstico.

Material y métodos: Se revisan de forma retrospectiva 15 casos de seminomas clásicos diagnosticados en nuestro hospital entre 2010 y 2016, excluyendo todos los tumores germinales mixtos. Los casos seleccionados se someten a estudio mediante HCG, PLAP, AFP y CD117 y se consultan las historias clínicas de cada paciente obteniendo: edad, niveles prequirúrgicos de HCG, tratamiento aplicado y evolución.

Resultados: Once de los quince casos de seminomas clásicos estudiados han presentado inmunotinción positiva para HCG (73%), de los cuales solo un caso posee células

sincitiotrofoblásticas. El porcentaje de células que se tiñen positivamente para HCG oscila entre el <5% y 30-40%. Hemos observado dos patrones de tinción celular: el patrón citoplásmico, presente en la totalidad de los casos positivos, y el patrón paranuclear de Golgi, en siete de ellos. Los casos 10 y 11 cursaron con niveles prequirúrgicos elevados de HCG. Todos los pacientes han tenido una buena evolución clínica tras el tratamiento, cursando con marcadores tumorales negativos, entre los cuales figuran niveles plasmáticos indetectables de HCG, y un buen estado general hasta la fecha actual.

Conclusiones:

- 1) En los seminomas clásicos la positividad para HCG no es infrecuente, observándose en el 73% de los casos, y no está limitada a las células sincitiotrofoblásticas. Esto debe ser tenido en cuenta para no confundirlos con otros tumores testiculares de células germinales.
- 2) En nuestro estudio se describen dos patrones de tinción, el citoplásmico y el paranuclear de Golgi, éste último no antes descrito.
- 3) No hay relación entre inmunotinción HCG positiva y niveles plasmáticos de HCG, así como tampoco parece aportar un significado pronóstico.

Correlación clínico-patológica. Resultados

Caso	Edad	Niveles plasmáticos HCG	Patrón de tinción HCG	PLAP	CD117	AFP	Tratamiento	Evolución
1	21	< 5 mUI/mL	< 5%, débil citoplásmico	+	+	-	Orquiectomía + Etopósido	MT-, BEG
2	37	2mUI/mL	5-10%, citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía + Carboplatino	MT-, BEG
3	50	0,6mUI/mL	< 5%, débil citoplásmic	+	+	-	Orquiectomía + Carboplatino	MT-, BEG
4	36	3,2mUI/mL	Negativa	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
5	25	Negativo	15-20%, citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
6	36	Negativo	30%, citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
7	37	Negativo	5-10%citoplásmico	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
8	30	Negativo	10-15%, citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
9	50	4mUI/mL	10%focal citoplásmico	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
10	26	106mUI/mL	30-40%, citoplásmico y ocasional de Golgi	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
11	24	9mUI/mL	5%débil citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía + Carboplatino	MT-, BEG
12	29	Negativo	Negativa	+	+	-	Orquiectomía	MT-, BEG
13	37	Negativo	Negativa	+	+	-	Orquiectomía +Carboplatino	MT-, BEG
14	29	Negativo	5%débil citoplásmico y de Golgi	+	+	-	Orquiectomía+ Carboplatino	MT-, BEG
15	39	Negativo	Negativa	+	+	-	Orquiectomía +Carboplatino	MT-, BEG

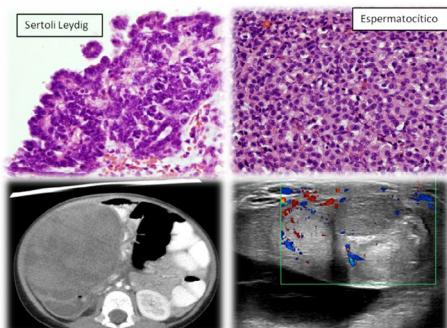
Legenda tabla: MT-: marcadores tumorales negativos; BEG: buen estado general

17:35

7035-12

TUMORES GONADALES DE MUY ESCASA INCIDENCIA COMO RETO DIAGNÓSTICO, MEDIANTE EL ESTUDIO DE DOS CASOS: TUMOR ESPERMATOCÍTICO TESTICULAR (TE) Y TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG OVÁRICO (TCSL). REVISIÓN Y ANÁLISIS CLÍNICO-PATOLÓGICO.

Roxana Elizabeth Sánchez Pacheco(1), Sara Marcos González(2), Fulgencio Jiménez Sánchez(1) y Irene González Rodilla(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen de la Luz y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.



Tinciones de hematoxilina eosina y aspecto radiológico

Introducción: Tanto el TE y el TCSL presentan una baja incidencia, de ahí el reto diagnóstico que supone para el patólogo al pensar poco en ellos. El TE representa <2% de los cánceres testiculares, de origen germinal, antiguamente incluido como variante del seminoma, siendo ahora, según la OMS 2016, una entidad independiente, se caracteriza por presentarse sólo en el testículo descendido, en >50 años y puede ser bilateral en el 8% de casos. Por otra parte, el TCSL se da en <0,5% de los c. ováricos, derivado de los cordones sexuales, se presenta a cualquier edad, suele ser unilateral y se puede presentar en gónadas masculinas.

Materiales y métodos: **Caso 1.** Varón de 79 años con una tumoración de 10 cm en el testículo izquierdo, ecográficamente con criterios de malignidad y con analítica normal (βHCG, AFP, CEA, CA125). Orquiectomía.

Caso 2. Niña de 2 años con fiebre, dolor abdominal y vómitos, presenta masa de 11 cm en hemiabdomen derecho. Hb: 5,8; αFP: 20 (N: 1-7); CA125: 770 (N: 1-17) y hormonas sexuales normales. Anexectomía.

Resultados: **Caso 1.** Tumor sólido, nodular, con áreas gelatinosas, confinado a testículo. Micro: céls en sábana con áreas edematosas, septos fibrosos finos y 3 tipos celulares: a) Céls. Medianas con citoplasma amplio eosinófilo y núcleos redondos; b) Céls. Linfocito-like; c) Céls. Gigantes mono/multinucleadas. IHQ: CD117, D2-40, CD30, CK, CD45 y βHCG negativas. Dx: Tumor Espermatocítico.

Caso 2. Tumor ovárico quístico multilobulado, pardo-rojizo y con cápsula íntegra. Micro: zonas quísticas hemáticas, con proyecciones intraquísticas pseudopapilares y extraquísticas con patrón retiforme, en otras áreas agregados de céls de Sertoli (CK+, α-Inhibina+, calretinina+, EMA-) separadas por estroma edematoso fusocelular (Vimentina+) y céls de Leydig. Dx: Tumor de Células de Sertoli-Leydig.

Conclusiones:

- Ante un tumor de escasa incidencia, la correlación clínico-patológica y el correcto estudio inmunohistoquímico, son la mejor herramienta para un diagnóstico certero.
- Ambos tienen bajo potencial maligno con buen pronóstico, aunque los TCSL dependen del grado histológico, nuestro caso era moderadamente diferenciado y se asociaba a torsión anexial.
- Se tratan con cirugía, salvo que el TE tenga áreas sarcomatoides o no se asegure la extirpación completa, en estos casos se valora QT, por ello es importante el correcto diagnóstico que evitaría el sobretratamiento.

Clasificación de los Tumores de Sertoli-Leydig de la OMS

Bien diferenciado (11%)	Diferenciación intermedia (54%)	Pobrementemente diferenciado (13%)	Con elementos heterólogos (22%)	Tipo retiforme (15%)
Túbulos formados por C. de Sertoli separadas por C. de Leydig en número variable.	Cordones, grupos en sábana y agregados de C. de Sertoli separadas por C. estromales fusiformes y células de Leydig reconocibles.	Masas de células fusiformes con patrón sarcomatoide.	2 tipos: El tumor coexiste con formaciones que se asemejan a la retotestis.	Endodermicos: epitelio gástrico o intestinal secretor de mucinas. Mesenquimales: cartilago, músculo esquelético.

Nuestro caso corresponde a los de diferenciación intermedia, que como se ve en la tabla, son la mayoría (54%).

VIERNES 26 de mayo
16:45 - 17:45 h.

ZONA POSTER

7036

**INMUNOHISTOQUÍMICA Y
 PATOLOGÍA MOLECULAR**

7036-1 MODERADORA

José Ramírez Ruíz, Hospital Clinic, Universidad de Barcelona.

16:50

7036-2

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE "EGFR MUTADOS" EN 1072 CASOS DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN EL ÁREA DEL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA (2012-2016).

Lara Navarro Cerveró(1), José Ángel García García(1), Atilio Navarro Gonzáles(1), Sandra Barbera Bosch(1), Amparo Aguilar Gil(1), Eva Aguilera Redondo(1) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Valencia.

Antecedentes y objetivos: El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es un gen que puede estar alterado en pacientes con CPNM. La determinación de la mutación que presenta este gen permite identificar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento específico con inhibidores de la tirosinquinasa. El objetivo de este estudio es analizar el porcentaje y el tipo de mutación del gen EGFR relacionándolo con el tipo histológico y sexo en los pacientes diagnosticados de CPNM en el área sanitaria del Hospital General de Valencia.

Métodos utilizados: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los 1072 pacientes diagnosticados de CPNM en nuestra Área desde enero de 2012 a septiembre de 2016. Se recogió información sobre el tipo histológico, tipo de muestra, sexo, portador o no de la mutación del EGFR y tipo de mutación.

De cada caso, biopsia o pieza quirúrgica, se realizó un corte del tejido paraafinado (10 µm de grosor y ≥ 10% tumoral) al que se realizó la extracción del ácido desoxirribonucleico (ADN) con el sistema automatizado. Utilizando 1-10 ng del ADN extraído, para el análisis del estado mutacional del gen EGFR se utilizó el kit comercial que detecta 29 mutaciones somáticas en los exones 18-21 mediante PCR a tiempo real combinada con tecnologías ARMS y Scorpions.

Resultados: De un total de 1072 muestras, un 70,3% eran hombres y un 29,7% mujeres. Los tipos histológicos fueron: 882 adenocarcinomas (82,3%), 190 carcinomas escamosos (17,7%),

Del total de las muestras, 107 biopsias (10,0%) presentaron la mutación en el gen EGFR. Las mutaciones más frecuente fueron la delección del exón 19 (50,4%) y la mutación puntual p.L858R en el exón 21 (40,2%).

La mutación estuvo presente en el 11,1% de los adenocarcinomas y el 4,7% de los carcinomas escamosos.

Conclusiones: El porcentaje de "EGFR Mutados" encontrado en nuestra serie está en los rangos de prevalencia publicados previamente en la bibliografía en series similares. Se recomienda la determinación del estado mutacional del gen EGFR a todos los CPNM, independientemente del tipo histológico.

16:55

7036-3

DISTRIBUCIÓN DE GENOTIPOS DE VPH EN FUNCIÓN DE LA LESIÓN HISTOLÓGICA EN BIOPSIAS DE CÉRVIX.

José Ángel García García(1), Ana Pérez Vallés(1), Vicente Sabater Marco(1), Inmaculada Salvador Villalba(1), Encarnación Pilar Martínez Leandro(1), Consuelo Calabuig Crespo(1), Nuria Santonja López(1), Seyder Morales Burbano(1), Lorena Valdivieso Almeida(1) y Miguel Martorell Cebollada(1) de (1) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Valencia.

Antecedentes y objetivos: Estudiamos las lesiones histológicas de cérvix asociadas a la infección por papiloma humano (VPH), para conocer la distribución de los genotipos de VPH carcinogénicos en éstas, y poder comparar series de biopsias similares en un futuro tras la implementación de la vacuna frente este virus.

Métodos utilizados: Revisamos 382 biopsias de cérvix entre enero 2014 y diciembre 2016 con diagnóstico de CIN-I, CIN-II, CIN-III, Carcinoma escamoso y adenocarcinoma de cérvix.

En todas ellas se realizó la detección y su genotipado del VPH mediante kit comercial basado en PCR de fragmento de la región vírica L1 seguido de hibridación reversa. Para la extracción del ADN de la biopsia se utilizó un sistema automatizado.

Resultados: De las 382 revisadas, 335 (87,7%) fueron "VPH-positivo", 47 (12,3%) fueron "VPH-negativo".

Entre las biopsias "VPH-positivo", el 88,9% presentaba genotipos de VPH de alto riesgo, siendo los dos más frecuentes el VPH 16 (35,8%) y el VPH 31 (11,9%); además, el porcentaje de VPH 16 y/o 18 en CIN-I fue del 28,9%, en CIN-II del 50,6%, en CIN-III del 85,7%, y en Carcinomas escamosos y adenocarcinomas cérvix del 66,7%.

Los CIN-I (n= 204) fueron "VPH-positivo" en el 86,1%, siendo el más frecuente VPH 16 (25,5%).

Los CIN-II (n= 89) fueron "VPH-positivo" en el 92,7%, siendo el más frecuente VPH 16 (43,8%).

Los CIN-III (n= 21) fueron "VPH-positivo" en el 95,5%, siendo el más frecuente VPH 16 (85,7%).

Los Carcinomas escamosos y adenocarcinomas (n= 21) fueron "VPH-positivo" en el 77,8%, siendo el más frecuente VPH 16 (52,4%).

Se hallaron infecciones mixtas por varios genotipos en el 58,2% de las biopsias.

Las 47 biopsias "VPH-negativo" fueron revisadas, y el diagnóstico final fue de metaplasia escamosa madura/inmadura en 29 de las 33 biopsias con CIN-I previo, y en 4 de las 7 biopsias con CIN-II previo; en el resto se mantuvo el diagnóstico inicial.

Conclusiones: Las lesiones histológicas de cérvix estudiadas presentan VPH "NO-16 y/o 18" en el 59,4% de las biopsias. No sólo los estudios de prevalencia e incidencia son necesarios para evaluar el impacto de la vacuna, sino los cambios en los genotipos presentes en las lesiones que nos alerten de posibles cambios en la distribución de los mismos. La detección y genotipado del VPH en las sospechas de CIN-I/II puede ser útil para disminuir el porcentaje de falsos positivos de displasia.

17:00

7036-4

PAPEL INMUNOMODULADOR DE PD-1 Y PD-L1 EN LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO Y EN LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE. UNA ESTRECHA RELACIÓN CON EL VIRUS DE EPSTEIN BARR.

Raquel Dolz Gaitón(1), Patricia Pose Lapausa(1), Pablo Sánchez Vela(2), Irene Borreda Gascó(3), María Campos Segura(3), Pablo Martínez Calabuig(2), Jerónimo Forteza Vila(4) y Natalia Camarasa Lillo(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, (2)Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, San Vicente Martir, Valencia, (3)Unidad Mixta de Patología Diagnóstica y Molecular del Instituto Valenciano de Patología, Valencia y (4)Director Instituto Valenciano de Patología, Valencia.

Las vías de PD-L1 (Programmed Death Ligand 1) y su receptor (PD-1) han mostrado mediar señales inhibitorias que comprometen la inmunidad antitumoral. PD-L1 es una proteína inmunomoduladora que se expresa tanto en células presentadoras de antígenos como en distintos tumores sólidos y hematológicos. Esta molécula se une a receptores en la superficie de las células T siendo capaz de inhibir la inmunidad de dichas células. PD-L1 y PD-1 pueden expresarse en células de Reed-Sternberg/Hodgkin (CRE/Hd) del Linfoma Hodgkin Clásico (LHC) y también en células B malignas del Linfoma B Difuso de Célula Grande (LBDCG) así como en el microambiente inflamatorio (Mal) que acompaña a estas neoplasias. Es conocida la relación de la infección del Virus de Epstein Barr (VEB) con el LHC y el LBDCG, con producción de señales aberrantes que dan lugar a un mecanismo alternativo con incremento de la expresión de PD-L1. El objetivo de este trabajo es estudiar la expresión de PD-L1 y PD-1 en el LHC y en LBDCG, haciendo especial hincapié en la relación de PD-L1 con el VEB y así contribuir en la búsqueda de dianas terapéuticas de la vía PD-1/PD-L1, que ya han mostrado eficacia clínica en neoplasias tanto sólidas como hematológicas.

Para llevar a cabo este trabajo hemos hecho un estudio observacional con bloques de parafina de 12 casos de LHC y 10 de LBDCG. Hemos hecho tinciones inmunohistoquímicas con PD-L1, PD-1, LMP1 y de hibridación in situ con EBER. En cuanto al grupo de LHC, hemos obtenido expresión de PD-L1 en células del Mal en todos los casos y en las CRE/Hd en el 80% de los casos; PD1 se expresa en Mal en menor cuantía (40% casos) pero no en las tumorales; y el VEB se expresa mediante EBER de forma similar (60% casos) tanto en Mal como en RE/Hd. En el grupo de LBDCG hemos obtenido expresión de PD-L1 en el 40% de los casos, coincidiendo con los casos que expresaban EBER.

Podemos concluir que la infección por VEB puede incrementar la expresión de PD-L1 en LHC y en LBDCG con expresión de VEB. Además del funcionamiento de PD-1 y su ligando, es imprescindible conocer las vías de activación tumoral y para ello estudiar otras variantes tales como el rol que desempeña el VEB. Debe seguir desarrollándose una investigación multidisciplinar con el objetivo de encontrar nuevas dianas terapéuticas.

17:05

7036-5

ESTUDIO DEL ESTADO DE LOS GENES EGFR Y ALK EN EL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO.

Marta Rodríguez González(1), Sofía del Carmen Martínez(1), María Rosa Cordovilla Pérez(1), Marco López Zubizarreta(1), Rebeca Sicilia(1) y Dolores Ludeña de la Cruz(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

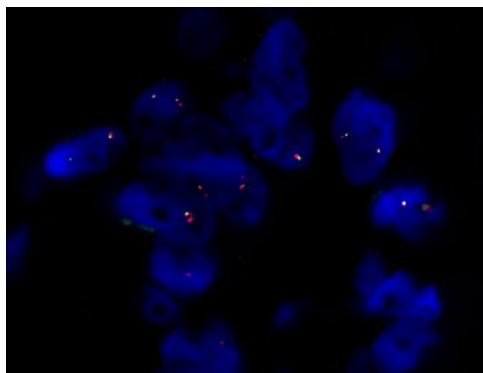


Imagen de hibridación in situ fluorescente (FISH) con sonda dual color break-apart de DAKO para ALK. Puntos rojos, extremo 3', y puntos verdes, extremo 5', separados por un espacio $\geq$ tamaño de dos señales o señales rojas solas significa señal de reordenamiento. Puntos verdes y rojos juntos son señales de fusión, lo que representa wild-type ALK.

Características clínicas y moleculares de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico no escamoso (n=241)

Las determinaciones de las mutaciones del Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFR) y los reordenamientos de la Kinasa del Linfoma Anaplásico (ALK) se han incorporado en la rutina de diagnóstico del carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) no escamoso. Los pacientes portadores de estas alteraciones han experimentado un incremento en la supervivencia y mejorado su calidad de vida.

Nuestro objetivo es revisar el número de determinaciones de EGFR y ALK realizadas en nuestro hospital y su relación con características clínicas y de obtención de la muestra.

Para llevar a cabo este estudio hemos realizado una revisión retrospectiva de 241 casos de CPNM no escamoso en estadios avanzados o metastásicos en los años 2015 y 2016 analizando el estado de los genes EGFR y ALK mediante técnicas de Reacción en Cadena de la Polimerasa Transcriptasa Reversa (RT-PCR) e hibridación in situ fluorescente (FISH) respectivamente, así como características demográficas y clínicas.

De los 244 pacientes el 65% fueron hombres con una mediana de edad de 65 años (rango 34-88 años). Se determinó el hábito tabáquico de 198 pacientes, de los que el 70% eran fumadores con una mediana de 35 paquetes/año. El material se obtuvo mediante biopsia en el 46% de los casos (n=110) y en 105 casos mediante punción (44%). De ellas, el 76% (n=80) fueron guiadas por ecografía endobronquial (EBUS) y por ecografía o tomografía computarizada el 24% (n=25) (Tabla). Todos los casos fueron p40 y CK5 negativos.

El 12,3% de los pacientes presentaron mutaciones de EGFR, siendo más frecuente en mujeres (21% de las mujeres vs 8% de los hombres; $P<0.01$) y en pacientes sin hábito tabáquico (20% en no fumadores vs 8% en los fumadores; $P<0.05$). El tipo de mutación más frecuente fue la del(19), encontrando en 3 pacientes mujeres una doble mutación de T790M y del(19) ($P<0.05$).

Se estudió el reordenamiento de ALK en 218 de los 244 totales, estando presente en 9 casos (4%). Ningún caso presentó de forma simultánea mutaciones de EGFR y reordenamientos de ALK.

Nuestros resultados son concordantes con la literatura publicada, salvo por el bajo porcentaje de dobles mutaciones de EGFR y su patrón de mutación.

Características		Número de pacientes (%)		P	Total de casos (n=241)
		Mujeres (n=85)	Hombres (n=156)		
Hábito tabáquico (n=196)	No fumador	22 (31)	7 (5)	0.001	29 (19)
	Fumador/exfumador	48 (69)	121 (95)		169 (85)
Número de paquetes/año*		9	40	0.001	35
Tipo de muestra	Biopsia quirúrgica	38 (45)	44 (28)	0.031	82 (34)
	Biopsia bronquial	13 (15)	15 (10)		28 (12)
	EBUS	18 (21)	62 (39)		80 (33)
	PAAF guiada por ecografía o TC	7 (8)	18 (12)		25 (10)
	Muestra de metástasis	7 (8)	14 (9)		21 (9)
	Citología	2 (3)	3 (2)		5 (2)
EGFR (n=235)*	No mutado	67 (82)	145 (95)	0.022	212 (89)
	del (19)	6 (7)	5 (3)		11 (5)
	L858R	5 (6)	3 (2)		8 (3)
	Inserción exón 20	1 (1)	0 (0)		1 (1)
	Doble mutación T790M y del (19)	3 (4)	0 (0)		3 (2)
ALK (n=216)*	No reordenado	75 (95)	132 (96)	NS	207 (96)
	Reordenado	4 (5)	5 (4)		9 (4)

* Omisión de casos debido a falta de información clínica o ausencia de Material: suficiente ** Resultados expresados como mediana

17:10 7036-6 MESOTELIOMAS PLEURALES MALIGNOS CON SOBREEXPRESIÓN DE BER-EP4.

José Ignacio Franco Rubio(1), Lucía Ferrando Lamana(1), Mar García García(1), Paula Gambó Grasa(1), Sandra Vicente Arregui(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), María Jesús Viso Soriano(1), Samira Bakali Badesa(1) y Ramiro Álvarez Alegret(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Los mesoteliomas plantean importantes problemas de diagnóstico diferencial con carcinomas, especialmente adenocarcinomas. Para su adecuada tipificación, debe realizarse adecuada correlación clínica, radiológica y patológica. En este sentido, resulta imprescindible la realización de paneles inmunohistoquímicos. Tradicionalmente se considera a la Calretinina, CK5/6, WT-1 y Podoplanina (D240), como marcadores de mesotelioma. Aunque Ber-Ep4 resulta un marcador altamente específico para adenocarcinoma, algunos estudios encuentran positividad superior al 20% en mesoteliomas.

Material y métodos: Se han seleccionado los mesoteliomas malignos diagnosticados en los últimos tres años en nuestro servicio, realizando las técnicas IHQ habituales en estos tipos de tumores.

Resultados: Hemos analizado en total 27 casos, de los que 24 se diagnosticaron de patrón epitelioide y 3 de patrón bifásico. Todos ellos resultaron inmunoreactivos para los marcadores mesoteliales tradicionales y 4 de ellos mostraron, además, focal positividad para BerEp4.

Conclusiones: Se confirma la inmunoreactividad para Ber-Ep4 en, aproximadamente, un 15% de los casos que han sido objeto de estudio. Estos resultados vienen a recalcar la necesidad de realizar amplios paneles inmunohistoquímicos en tumores de difícil filiación, como los mesoteliomas.

17:15

7036-7

LA EXPRESIÓN TUMORAL DE C-MET AND PLEXINA B1 PREDICE LA RECURRENCIA EN FORMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN CÁNCER COLORECTAL.

Javier Freire Salinas(1), Víctor J. Ovejero Gómez(2), Pilar García-Berbel Molina(1) y José Javier Gómez Román(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (2)Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

El cáncer de colon es un importante problema de salud debido a su alta incidencia. Se estima que el 10-20% de los pacientes tratados con tratamiento curativo pueden desarrollar recurrencia peritoneal, considerada incurable en la mayoría de los casos. Es por eso, que existe una necesidad de investigar los factores de riesgo que puedan predecir la recurrencia, con el fin de detectar los mejores candidatos para una carcinoprofilaxis subsidiaria. Se han descrito diferentes biomarcadores que predicen la carcinomatosis peritoneal en relación al establecimiento de dicho proceso que incluye, la exposición de las células tumorales al peritoneo, la viabilidad celular en este nuevo entorno y la colonización mesotelial. En este contexto, C-MET, Plexin B1, COL11a1 e IGF1 participan en varias de estas etapas de desarrollo carcinomatoso.

Nuestra hipótesis, por tanto, es que la expresión de cualquiera de estos marcadores en el tumor primario puede predecir la recurrencia del cáncer de colon como carcinomatosis peritoneal.

Se seleccionaron 87 adenocarcinomas colorectales con un seguimiento mínimo de 5 años. De todos los casos, 48 presentaron una carcinomatosis peritoneal posterior en los cinco años de seguimiento. Se realizó inmunohistoquímica para C-MET, IGF-1, Plexina B1 and COL11A1 según protocolos descrito anteriormente. La evaluación del marcaje se llevó a cabo por dos patólogos.

Se midió la asociación (mediante regresión logística) entre el porcentaje de células positivas y la aparición de carcinomatosis peritoneal posterior. Tanto Plexina B1 como IGF-1 presentaron un ratio de asociación estadísticamente significativo ($p=0,021$ y $0,022$ respectivamente) además, C-MET presentó una tendencia estadística elevada ($p=0,074$). COL11A1 no fue significativo. El análisis multivariante de Plexina B1, IGF-1 y C-MET demostró un modelo de dos factores (C-MET y Plexina B1) capaz de predecir la recurrencia peritoneal con una sensibilidad del 70% cuando se seleccionan pacientes con mayor del 50% de las células teñidas para ambos marcadores.

Los datos derivados de este estudio sugieren que la expresión combinada de Plexina B1 y C-MET tiene una gran capacidad de predecir la recidiva carcinomatosa peritoneal del cáncer colorectal, y que por tanto debería ser implementada como un biomarcador pronóstico en la rutina clínica.

17:20

7036-8

APLICABILIDAD DE LA BIOPSIA LÍQUIDA EN EL ESTUDIO MUTACIONAL DE EGFR EN CÁNCER DE PULMÓN.

José Antonio Vázquez Luque(1), Rubén Carrera Salas(1), Mari Carmen Ramos Guijo(1), Rosa Ballester Victoria(1), Francisco Javier Pozo Ariza(1), Laura Nebot Muro(1), Carmen Blázquez Maña(1), M^a Rosa Escoda Giralto(1), Joan Carles Ferreres Piñas(1) y Francisco Javier Andreu Navarro(1) de (1)Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

Introducción y objetivos: La utilidad del estudio mutacional en DNA circulante se está proponiendo como método de identificación de las alteraciones genómicas en cáncer de pulmón y monitorización de la respuesta al tratamiento específico, en pacientes en los que se dispone de poco material tisular, o en casos con inaccesibilidad quirúrgica.

El objetivo del estudio es determinar la concordancia entre el estudio mutacional de EGFR en el tejido (tumor original o metastásico) y el obtenido a partir de la biopsia líquida, en una serie de casos con mutación positiva de EGFR.

Material y métodos: En 7 casos consecutivos con detección de mutación tisular de EGFR: delecciones del exón 19 ($n=4$) y mutación p.L858R del exón 21 ($n=3$), confirmados por doble plataforma de análisis (qPCR y pirosecuenciación). Se procede a extracción de 10 ml de sangre, previo al inicio de tratamiento específico, con separación de plasma. Extracción del ctDNA con QIAamp circulating nucleic acid (QIAgen) a partir de 2 ó 3 ml de plasma. Preparación de PCR con therascreen EGFR plasma RGQ PCR kit (QIAgen) y análisis de resultados con Rotor-Gene Q software (QIAgen). Análisis de la concordancia de resultados mutacionales con los obtenidos en tejido.

Resultados: En los 7 casos (100%), el software de análisis demostró la existencia de ctDNA amplificado dentro del rango valorable de análisis. En 4/7 (57%) de los casos se detecta mutación a partir del ctDNA (dos delecciones del exón 19 y dos casos de mutación del exón 21). De los 4 casos donde se realizó extracción desde 3mL, en 3 se confirmó la mutación y de los 3 casos desde 2mL sólo en 1. La concordancia de las mutaciones en plasma y en tejido fue del 100%.

Conclusiones: La técnica de detección de mutaciones de EGFR a partir de biopsia líquida ha permitido confirmar en un 57% de los casos la presencia de mutación, confirmando la aplicabilidad de esta técnica como método alternativo de estudio en los casos indicados. Se apunta la tendencia de resultados más concordantes cuando se extrae ctDNA a partir de volúmenes mayores de plasma sanguíneo.

17:25

7036-9

CALIDAD INMUNOHISTOQUÍMICA: PEQUEÑOS DETALLES, GRANDES PROGRESOS.

Elidia Molina Herrera(1), M^a Pilar Martínez Gutiérrez(1), Alberto Muro Fernández(1), Susana Hernández Marcos(1), Nuria Carrizo Mijarra(1) y Rosa M^a García Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Introducción: La Inmunohistoquímica (IHQ) es en el momento actual una técnica indispensable para el diagnóstico de rutina en cualquier Servicio de Anatomía Patológica. Además, han aparecido dianas terapéuticas que precisan identificar pacientes con alteraciones moleculares (mutaciones y translocaciones, por ejemplo ALK, ROS-1...), que cuentan con anticuepos que pueden realizarse mediante estudio inmunohistoquímico. Todo ello hace imprescindible que los estudios inmunohistoquímicos sigan un correcto protocolo de manejo y adecuación de las muestras con controles de calidad para obtener resultados válidos y reproducibles.

Material y métodos: Aunque el protocolo de realización de los estudios inmunohistoquímicos pueda parecer relativamente sencillo y estructurado, no se debe descuidar el control de calidad de esta técnica. Aspectos que en principio pueden parecer insignificantes como el uso de controles apropiados, tanto positivos como negativos, la calidad en la realización de los cortes, el control del buffer de lavado, la elección del buffer de desmascaramiento o la decoloración de las citologías, todos estos aspectos pueden influir significativamente en la calidad de la técnica y en sus resultados, induciendo a interpretaciones erróneas.

Hemos realizado diferentes técnicas inmunohistoquímicas reproduciendo distintos fallos que pueden surgir en la práctica diaria de un laboratorio, para ejemplificar los mismos y de manera docente ser capaces de identificar el punto de error.

Detallamos las posibles causas que pueden dar lugar a resultados ambiguos o erróneos, así como los consejos y soluciones para solventarlos.

Resultados: Presentamos una serie de tinciones inmunohistoquímicas donde queda demostrada la necesidad de un estricto control de calidad de los distintos parámetros que, por muy irrelevantes que parezcan, resultarán fundamentales para la buena resolución de la tinción inmunohistoquímica.

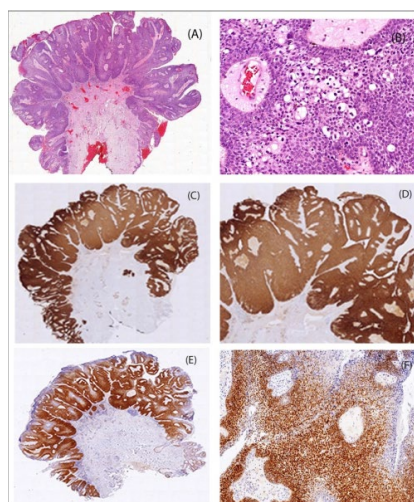
Conclusiones: Las técnicas de inmunohistoquímica son imprescindibles en los estudios de rutina y en las nuevas determinaciones de biomarcadores. Es necesario que se cumpla con unos requisitos de calidad exhaustivos para que los resultados sean reproducibles y válidos.

17:30

7036-10

ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO CON EMA, RECEPTOR DE ANDRÓGENOS Y ADIPOFILINA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

Sebastián Ortiz Reina(1), Irene Ballester Nortes(2), Raul Corbalán Vélez(3), Esmeralda de la Sobera González(1), María del Mar Segura Garrido(1), María Eulalia Pallarés Sánchez(1), Esperanza Sánchez Martínez(1), María Dolores Bianqui Martínez(1) y Ángela Rivera Prado(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia, (2)Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia y (3)Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.



Estudio inmunohistoquímico con EMA y RA

Introducción: En la enfermedad de Bowen (EB) pueden encontrarse células claras que simulan diferenciación sebácea aunque también se han descrito casos con verdadera diferenciación sebácea e incluso asociación de la EB con un carcinoma sebáceo. Además en algunos casos la diferenciación histológica entre el carcinoma epidermoide (CE) infiltrante respecto al carcinoma sebáceo puede ser muy compleja.

Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar las características de diferenciación sebácea (mediante estudio histológico e inmunohistoquímico) en la EB y en los CE infiltrantes asociados a la EB (CEI-EB) y a queratosis actínica (QA).

Métodos: Se realizó un estudio transversal incluyendo aquellos casos con diagnóstico de EB o de CE invasor con lesión epidérmica asociada confirmada de QA o de EB. En todos los casos se realizó un estudio inmunohistoquímico que incluyó el receptor de andrógenos (RA) y el antígeno de membrana epitelial (EMA). Posteriormente en un subgrupo que incluyó a los tumores con ≥ 33 % de células claras y/o con el RA positivo. Se completó el estudio con adipofilina y con la tinción con ácido periódico de Schiff (PAS) y PAS-diastasa (PAS-d).

Resultados: Las células claras fueron más frecuentes en la EB (43.9 %) y en los CEI-EB (39.4 %). El EMA fue positivo en el 83 % de los CE, tanto de EB como de CE invasor. El RA fue positivo en 17 casos (12 %), que incluían a 14 casos de EB y 3 de CEI-EB. La adipofilina fue negativa en todos los casos. El 83 % de los casos resultaron positivos con la tinción con PAS y negativos con el PAS-d.

Conclusiones: La EB y los CEI-EB, son los tumores que presentaron mayor cantidad de células claras. Los CE de células claras fueron mayoritariamente PAS positivos y PAS-d negativos, lo que apoyaría que estuvieran producidos por depósitos de glucógeno. El RA no se relacionó con la adipofilina, ni con el porcentaje de células claras, por lo que a pesar de la positividad de la expresión inmunohistoquímica, no pudimos concluir que fuera verdadera diferenciación sebácea. El hallazgo de la expresión del RA en la EB podría apoyar que se tratase de un carcinoma intraepidérmico indiferenciado que se originase desde estructuras anexas intraepidérmicas o de células ectodérmicas pluripotenciales.

Descripción de las variables para cada tipo de tumor

Variables	CEI - QA (N=35)	EB (N=62)	CEI - EB (N=48)	p
Variables histológicas				
Células claras				
- Ausencia	22 (64.7 %)	33 (53.2 %)	21 (43.8 %)	0.230
- <33%	10 (29.4 %)	22 (35.5 %)	17 (35.4 %)	
- ≥ 33 %	2 (5.9 %)	7 (11.3 %)	10 (20.8 %)	
Microvacuolado (sí)	5 (14.7 %)	12 (20.7 %)	19 (39.6 %)	0.021

Variables	CEI - QA (N=35)	EB (N=62)	CEI - EB (N=48)	p

Variables inmunohistoquímicas

EMA	10 (28.6 %)	10 (16.1 %)	2 (10.4 %)	0.013
-Negativo	15 (42.9 %)	26 (41.9 %)	12 (25 %)	
-Focal	10 (28.6%)	26 (41.9 %)	31 (64.6 %)	
-Difuso				
RA	34 (100 %)	47 (77 %)	45 (93.8 %)	0.010
-Negativo	0	10 (16.4 %)	2 (4.2 %)	
-Focal	0	4 (6.6 %)	1 (2.1 %)	
-Difuso				

VIERNES 26 de mayo**16:45 - 17:45 h.****7037****DERMATOPATOLOGÍA Y MAMA****ZONA POSTER****7037-1 MODERADORES**

Luis Alfaro Ferreres, Hospital NISA 9 de Octubre, Valencia.

Iruñe Ruiz Díaz, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

16:45 7037-2 NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS BLÁSTICAS PLASMOCITOIDES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Laura Greco Bermúdez(1), María Niveiro de Jaime(1), Estela Costa Navarro(1), José Carlos Pascual Ramírez(2), Mar Blanes Martínez(2), María Planelles Asensio(1), Pascual Fernández Abellán(3) y F. Ignacio Aranda López(1) de (1)Servicio Anatomía Patológica, (2)Servicio Dermatología y (3)Servicio Hematología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La neoplasia de células dendríticas blásticas plasmocitoides (NCDBP) es un neoplasia hematológica poco frecuente que debuta con lesiones cutáneas múltiples. Afecta a pacientes de edad avanzada y tiene mal pronóstico, siendo la supervivencia (sv) de 15 meses. Al diagnóstico la sangre periférica (SP) y médula ósea (MO) suelen ser normales pero posteriormente desarrollan alteraciones. Inicialmente se clasificaron como linfomas de tipo NK (blásticos) por la expresión de marcadores como CD56, pero posteriormente se ha demostrado que derivan de células dendríticas plasmocitoides (CDP) con expresión inmunohistoquímica (IHQ) de proteínas de CDP como el CD121. Describimos dos casos diagnosticados en el HGU Alicante, uno en enero 2017 (caso 2) y el otro 2011 (caso 1).

Casos clínicos: **Caso 1:** Hombre de 65 años que en octubre del 2011 presenta múltiples lesiones cutáneas, de aspecto maculopapular, en tronco y cara, alguna de ellas de hasta 2cm, de meses de evolución. La biopsia cutánea mostró infiltración difusa de células de mediano tamaño, blásticas con muy focal epidermotropismo, positivas para CD4, CD56, y CD123; VEB negativo, con diagnóstico de NCDBP.

El paciente recibió QT (según protocolo LAL): inducción con Vincristina y Daunorrubicina y consolidación con Metotrexate, Etopósido y Citarabina. Posteriormente fue sometido a un trasplante autólogo. Semanas después presentó una infección respiratoria y falleció finalmente por sepsis (febrero 2013).

Caso 2: Hombre de 86 años con múltiples lesiones cutáneas (placas y tumores) en cara, tronco y extremidades de 3 meses de evolución. La biopsia (enero 2017) fue superponible a la anterior. SP sin alteraciones. Debido a la edad del paciente únicamente recibirá tratamiento paliativo (corticoides).

Discusión: La NCDBP (también llamada neoplasia hematodérmica CD4/CD56), afecta a pacientes de edad avanzada que debutan con múltiples lesiones cutáneas. Hasta un 50% presentan adenopatías en su evolución. En la biopsias de piel las células característicamente son de apariencia blástica y presentan infiltración difusa sin o con muy focal epidermotropismo.

En IHQ expresan CD4, CD56 y marcadores de CDP como CD123. No tienen relación con el VEB. Aunque inicialmente repoden bien a QT antileucemia, tiene mal pronóstico con sv media 15 meses. Existen casos esporádicos de mejor pronóstico en pacientes más jóvenes con trasplante alogénico.

16:50 7037-3 NEVUS EPIDÉRMICO EPIDERMOLÍTICO LINEAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Rocío Soraya Cardozo Rocabado(1), José Miguel Calderón Izquierdo(1), Radia Khedaoui(1), Cristina Martínez Morán(1) y Juan C. Tardío Dovao(1) de (1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

El nevus epidérmico epidermolítico lineal es una variante poco frecuente de nevus epidérmico, de aparición en la primera infancia. Clínicamente, presenta lesiones pápulo-eritemato-escamosas lineales de aspecto psoriasiforme, pruriginosas, que siguen las líneas de Blaschko, y de localización más frecuente en las extremidades.

Presentamos los casos de dos varones de 2 y 14 años, sin antecedentes patológicos de interés, que manifiestan, desde los 4 y 2 meses de edad, respectivamente, máculas lineales hipopigmentadas, hiperqueratósicas, de coloración grisácea, ásperas al tacto y de distribución lineal, que se extienden desde el tobillo a la cara interna de la pierna, el muslo y la ingle derecha, en el primer caso, y, en el segundo, localizadas en el costado izquierdo y en la superficie flexora del antebrazo izquierdo.

Se realizó estudio patológico de dos punch cutáneos de 4 y 3 mm de grosor, procedentes de la ingle derecha y del antebrazo izquierdo, respectivamente.

Microscópicamente, las lesiones están formadas por epidermis con hiperplasia verruciforme, gruesa hiperqueratosis con focos de paraqueratosis y vacuolización de las células del estrato granular, que contienen gruesos gránulos de queratohialina.

El nevus epidérmico epidermolítico lineal constituye el 5% de los nevus epidérmicos. Su diagnóstico tiene especial trascendencia porque un porcentaje de estos casos corresponden a una forma nevoide de eritrodermia ictiosiforme ampollosa congénita y precisan consejo genético, pues su descendencia podría manifestar una forma generalizada de esta enfermedad.

16:55 7037-4 COMPLICACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LOS TATUAJES.

Ana Buendía Alcaraz(1), María Eulalia García Solano(2), Ana Laura Martín Rodríguez(3), Sara Soto García(3), Ana Ortiz González(3), Eduardo Alcaraz Mateos(4), Raimundo Caballero López(2), Ana Isabel Sánchez Pérez(2), Diana González Olmos(2) y Gloria Garijo López(2) de (1)Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (3)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia y (4)Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.



Imágenes clínicas e histopatológicas de algunos de los casos estudiados.

Introducción: En la actualidad, la apariencia física adquiere un papel fundamental, especialmente entre los más jóvenes. El body art se ha convertido en un estilo de vida. Se estima que casi el 50% de los estadounidenses de entre 25 y 40 años poseen al menos un tatuaje. Los estudios más recientes informan de que alrededor del 2% de los tatuajes puede sufrir alguna complicación. Si tenemos en cuenta estas cifras, son muchos los casos de lesiones cutáneas que se pueden presentar en las consultas de Dermatología, por lo que tanto a dermatólogos como a patólogos nos interesa estar familiarizados con esta patología.

Material y métodos: En este trabajo se ha realizado una revisión retrospectiva, durante los últimos 5 años, de los casos de patología cutánea secundaria a tatuajes acontecidos en algunas de las áreas de salud de la Región de Murcia.

Resultados: A la hora de hablar de las complicaciones derivadas tras la realización de un tatuaje hay que tener en cuenta, primero de todo, el tipo de tatuaje (temporal o permanente), el material utilizado (color de la tinta usada) y la antigüedad del mismo. Las complicaciones cutáneas asociadas a los tatuajes se pueden agrupar en tres grandes conjuntos: inflamatorias, infecciosas y neoplásicas. Las más frecuentes son las complicaciones inflamatorias, en concreto las reacciones liquenoides.

Conclusiones: Actualmente los tatuajes, así como otras técnicas de body art, están sufriendo un gran auge, especialmente entre los más jóvenes. Aunque cada vez se controlan mucho más las medidas higiénicas y la calidad de los pigmentos utilizados, hasta el 2% de los tatuajes puede sufrir complicaciones agudas o retardadas. Los dermatólogos cada vez tienen más casos de patología secundaria a tatuajes, por lo que tanto ellos como los patólogos, debemos estar familiarizados con estas entidades: puede tratarse desde banales cuadros inflamatorios, hasta verdaderos tumores malignos. En general aquellos tatuajes en los que se usa el color rojo son los que dan mayor tasa de complicaciones, ya que para su realización se utiliza mercurio.

Casos estudiados

Caso	Sexo	Edad	Localización	Antigüedad	Complicación	Tinta roja
1	Mujer	54	Antebrazo derecho	Más de 6 meses	Hiperplasia linfóide de células B	Si
2	Mujer	26	Tórax	Más de 6 meses	Reacción granulomatosa a cuerpo extraño	Si
3	Mujer	47	Pie izquierdo	Más de 6 meses	Hiperplasia linfóide de células B	Si
4	Mujer	38	Antebrazo izquierdo	Más de 6 meses	Hiperplasia linfóide de células B	Si
5	Hombre	21	Pierna derecha	Más de 6 meses	Reacción inflamatoria crónica	Si
6	Hombre	67	Brazo derecho	Más de 6 meses	Dermatitis crónica granulomatosa e hiperplasia linfóide de células B	Si
7	Mujer	29	Hombro derecho	Más de 6 meses	Dermatitis crónica granulomatosa	No
8	Hombre	18	Pierna derecha	Menos de 6 meses	Dermatitis crónica superficial y sobreinfección por Molluscum Contagiosum	No
9	Mujer	43	Pierna derecha	Más de 6 meses	Hiperplasia linfóide de células B	Si
10	Mujer	37	Pie derecho	Menos de 6 meses	Hiperplasia linfóide de células B	Si

17:00 7037-5 EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE DERMATOLOGÍA CON EL LÍQUIDO FIJADOR TISULAR FINE-FIX.

Sandra Mínguez Luján(1), Daniela Subiabre Ferrer(1), Lorena Martínez Leboráns(1), José María Ortiz Salvador(1), María Macarena Giacaman Von Der Weth(1), Blanca Ferrer Guillén(1), Jorge Magdaleno Tapial(1), Cristian Valenzuela Oñate(1) y Víctor Alegre de Miquel(1) de (1)Hospital General de Valencia.

Valorando peligrosidad laboral y medioambiental del formol, así como el elevado coste de la prevención, y de la gestión de sus residuos, desde el servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia ha sido necesario sustituir el fijador habitual (Formol) por uno de los líquidos fijadores que existen actualmente en el mercado, que es el Fine-Fix(FX).

Nos propusimos, valorar la fijación y la permeabilización tisular de dicho líquido en nuestras piezas dermatológicas.

Empezamos a recibir las muestras en el laboratorio fijadas en FX desde consultas y/o quirófanos. Detectamos un color más claro macroscópicamente y más consistencia en la pieza. Para la separación de nuestras piezas no ha supuesto ninguna dificultad. Las procesamos con el procesador habitual, solo sustituyendo el formol por el FX, pero sin modificar los pasos por alcoholes de concentraciones ascendentes, ni los pasos por xiloles, ni tiempos de cada uno. La inclusión en parafina también ha sido de forma habitual. En cuanto a la calidad y facilidad del corte, en algunos bloques encontramos mayor dificultad, esto implica, detenerse más con esa pieza para evitar posibles cortes más gruesos y de peor calidad.

Hemos valorado: las tinciones con Hematoxilina-Eosina(HE), tan solo reduciendo el tiempo de la eosina; las tinciones especiales (TE) como, PAS, PAS-D, Giemsa y Reticulina; y también las tinciones Inmunohistoquímicas (IHQ) como, Treponema Pallidum, Melan A, Hmb45, Ki67, S100, P21, P16, Cd3, Cd4, Cd7, Cd8, Cd20, Cd30, Cd31, cd34, Cd45 LC, Cd56, Cd68, Citoqueratinas, Bcl-2, Bcl-6, D2-40, y Actina Musculo Liso, entre otras. Todo ello sin modificar su fase de desmascaramiento.

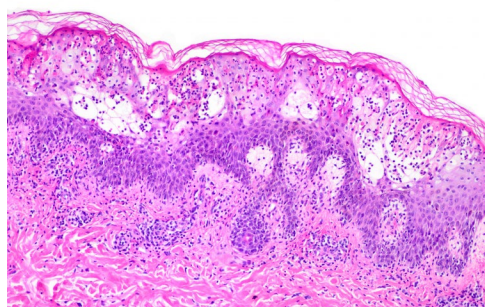
Los resultados encontrados para las tinciones de HE fueron de calidad similar, aunque con algunas variaciones histológicas. La calidad de las TE fueron satisfactorias al igual que las técnicas de IHQ.

Como conclusiones y a la vista de los resultados con que contamos actualmente, la sustitución del formol por este líquido sustituto FX, nos parece adecuada, aunque todavía habrá que ir ajustando procesos a medida que probemos y avancemos.

1. Moelans CB, ter Hoeve N, van Ginkel J-W, Kate T, J F, Diest V, et al. Formaldehyde Substitute Fixatives Analysis of Macroscopy, Morphologic Analysis, and Immunohistochemical Analysis. Am J Clin Pathol. 2011 Oct 1;136(4):548-56.

17:05 7037-6 ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA ATÍPICA.

Javier Fraga Fernández(1), Carlos Humberto Gordillo Vélez(1), María Herrero Moyano(1) y Patricia Muñoz Hernández(1) de (1)Hospital Universitario La Princesa, Madrid.



Enfermedad mano-pie-boca atípica

Presentamos el caso de una paciente de 19 años, con aparición de lesiones pápulo-vesiculosas periorales y frontales que posteriormente se extendieron a la totalidad de la cara y miembros, incluyendo tanto el dorso de las manos y los pies como las palmas y plantas. Histológicamente se identifica una vesícula intraepidérmica con abundantes neutrófilos y cuyo techo está constituido por abundantes queratinocitos necróticos confluentes. La capa córnea se encuentra conservada. También se reconoce degeneración reticular y balonizante de queratinocitos. En la epidermis subyacente a la vesícula se identifica exocitosis de predominio neutrófilico y queratinocitos necróticos dispersos. Existe una discreta y focal degeneración hidrópica basal. En la dermis superficial se observan infiltrados perivasculares linfocitarios. Posteriormente se identificó en el contenido de las lesiones el Cocksackievirus A6 (Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda).

La enfermedad mano-pie-boca (EMPB) es una infección viral muy contagiosa que afecta predominantemente a niños menores de 5 años y a adultos inmunodeprimidos. Los

patógenos más habituales son el coxsackievirus A16 y el enterovirus 71, aunque recientemente se describen el coxsackievirus A6 y A10. En los últimos años, se están describiendo formas clínicamente atípicas, generalmente en adultos, casi siempre vinculadas al A6 como en nuestro caso, caracterizadas por una erupción de distribución generalizada que con frecuencia no son reconocidas clínicamente como una EMPB y que se pueden interpretar como un eritema exudativo multiforme, infección herpética o incluso necrosis epidérmica tóxica. Histológicamente la afectación es predominantemente epidérmica con vesiculación intraepidérmica, un infiltrado con abundantes neutrófilos, degeneración reticular y balonizante de los queratinocitos y presencia de queratinocitos necróticos marcadamente eosinófilos con pérdida de la basofilia nuclear. Un dato característico es la afectación de la parte más superficial del estrato espinoso y estrato granuloso con relativa conservación del estrato córneo.

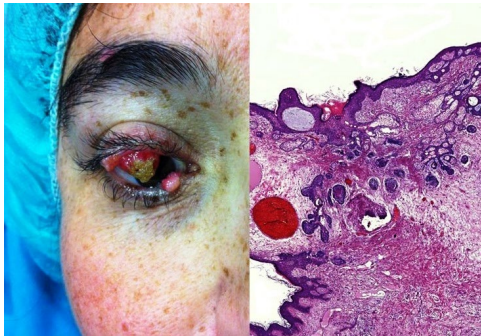
Otros hallazgos epidérmicos pueden ser: espongirosis, y degeneración hidrópica de la basal. Es especialmente interesante el componente neutrófilico epidérmico existente, que no aparece reflejado en las descripciones clásicas de la EMPB y que parece ser un dato histológico de los casos atípicos.

17:10 7037-7 INDUCCIÓN FOLÍCULO-SEBÁCEA COMO SIMULADORA DE LESIONES NEOPLÁSICAS. REVISIÓN DE 40 CASOS.

Ana Buendía Alcaraz(1), María Eulalia García Solano(1), Gloria Garijo López(1), Ana Laura Martín Rodríguez(2), Sara Soto García(2), Ana Ortiz González(2), Sebastián Ortiz Reina(2), María Eulalia Pallarés Sánchez(2), Gema Ruiz Nortes(2) y José Víctor Bolarín Lucas(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (2)Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia.

Introducción: Se entiende la diferenciación folículo-sebácea como una proliferación epitelial y/o mesenquimal que produce estructuras del folículo pilo-sebáceo normal en cualquiera de las fases de su ciclo biológico.

Desde el punto de vista histopatológico se caracteriza por un ensanchamiento de las crestas epidérmicas, con una hilera de células basaloideas indiferenciadas que se disponen en empalizada y se acompañan de sus correspondientes glándulas sebáceas. El grado de diferenciación folículo-sebácea puede ser más o menos llamativo.



Inducción foliculo-sebácea asociada a un mixoma en el contexto de un síndrome de Carney.

Material y métodos: Se recogen 40 casos entre los años 2011 y 2016 (ver tabla).

Resultados: De los 40 casos de inducción foliculo-sebácea, el 37,5% corresponden a hombres y el 62,5% a mujeres.

El 47,5% están localizados en cabeza y cuello, frente al 17,5% localizados en miembro inferior, el 15% en miembro superior y el 12,5% en tórax. En el 7,5% de los casos se desconoce la localización.

En cuanto al diagnóstico histopatológico, el 30% de los casos de inducción foliculo-sebácea se encontraba en relación a un carcinoma basocelular, el 20% a un dermatofibroma, el 7,5% a una queratosis seborreica o un nevus melanocítico y el 5% a un mixoma. El 7,5% de los casos no se encontró lesión histopatológica como tal y los hallazgos morfológicos correspondían única y exclusivamente a la inducción foliculo-sebácea en sí. El resto de entidades se presentaron de manera aislada.

Discusión: Como puede verse en esta serie, la inducción foliculo-sebácea es una entidad histológica que puede estar presente en gran variedad de cuadros histopatológicos.

Aunque se trata de una entidad totalmente benigna su conocimiento es primordial.

Su aparición en los bordes de carcinomas basocelulares es bastante frecuente, por lo que se debe prestar especial atención en este tipo de lesiones, ya que puede inducirnos a pensar que la resección de la lesión es incompleta. Este hecho es especialmente relevante en aquellas localizaciones donde la cirugía es limitada.

Existen algunos procesos neoplásicos donde esta entidad puede ser muy abigarrada y compleja (mixomas del síndrome de Carney).

Su reconocimiento puede ser complejo sobre todo para patólogos no familiarizados con la dermatopatología.

Conclusiones: Hay que estar familiarizado con esta entidad especialmente en aquellas lesiones localizadas en zonas anatómicas sugestivas de cirugía de Mohs.

Distribución de los casos por sexo, localización y diagnóstico histopatológico.

Localización	Cabeza y cuello	19
	Tórax	5
	Miembro superior	6
	Miembro inferior	7
	No consta	3
Sexo	Hombre	15
	Mujer	25
Diagnóstico histopatológico	Carcinoma basocelular	12
	Dermatofibroma	8
	Queratosis seborreica	3
	Nevus melanocítico	3
	Mixoma*	2
	Inducción pilosebácea aislada	3
	Otros	9

Uno de los casos de mixomas está dentro del contexto de un síndrome de Carney (imagen).

17:19

7037-8

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LAS PROTEÍNAS INHIBIDORAS DE LA UNIÓN AL ADN (IDS) EN CÁNCER DE MAMA: CORRELACIÓN CON MARCADORES DE LA TRANSICIÓN EPITELIO-MESÉNQUIMA Y DE CÉLULAS MADRE.

Marta García-Escolano(1), Gloria Peiró Cabrera(1), Fernando Ortiz-Martínez(1), Elena Sanmartín-García(1), Micaela Giani(1), Francisco J. Illán-Gambín(1), José J. Ponce-Lorenzo(1), Hortensia Ballester-Galiana(1) y Araceli García-Martínez(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Las proteínas Inhibidoras de la Unión al ADN (IDs) son una familia de reguladores de la transcripción altamente conservadas asociadas a procesos de desarrollo y a la homeostasis de tejidos adultos. Estudios previos las sitúan como las responsables de la inhibición de

la diferenciación y el mantenimiento de la autorenovación y multipotencialidad en células madre tumorales (CMT). Se cree que las IDs pueden aumentar la capacidad infiltrante del tumor primario mediante la inducción del programa de transición epitelio-mesénquima (TEM) y la habilidad para colonizar el nicho secundario induciendo el proceso contrario (transición mesénquima-epitelio). En cáncer de mama, el significado biológico de las IDs en el mecanismo de transformación de las células madre normales en CMT o el proceso de TEM no está bien definido.

Diseño: Incluimos 134 muestras no consecutivas de cáncer de mama (19% Luminal A, 21% Luminal B/HER2-, 14% Luminal B/HER2+, 17% HER2+ y 28% Triple Negativo/Basal-like). Se analizó la expresión del ARNm de los genes IDs (ID1-4), marcadores de TEM (Snail1 y CDH1) y marcadores de CMT (CD44) mediante qRT-PCR. Los cambios de expresión génica se calcularon como el fold change (método de 2- $\Delta\Delta Ct$). PUM1 fue el gen de referencia y la muestra control mama sana. Los patrones de expresión de los biomarcadores se correlacionaron con la expresión de los genes IDs y los inmunofenotipos de cáncer de mama. El análisis estadístico se realizó mediante los test de X cuadrado y Fischer.

Resultados: Se observó una infraexpresión de ID1 (70%), ID4 (63%), Snail1 (60%), CDH1 (90%) y CD44 (55%); y una sobreexpresión de ID2 e ID3 (58% y 76% respectivamente). ID1 se correlacionó positivamente con ID2 e ID4 pero negativamente con ID3 ($p \leq 0.000$). De modo similar, ID2 se asoció directamente con ID3 e ID4 ($p \leq 0.000$). La expresión génica de todas las IDs se correlacionaron con Snail1 ($p < 0.000$) pero sólo ID3 se asoció con la expresión de CD44 ($p = 0.032$). No hubo asociación con CDH1 o los inmunofenotipos ($p = ns$).

Conclusión: Nuestros resultados en una serie de cánceres de mama muestran desregulación de ID1-4, los que a su vez se encuentran diferencialmente asociados con marcadores de TEM (Snail1) y de CMT (CD44). Estos resultados apoyan la hipótesis de que las IDs tienen un papel fundamental en ambos procesos. (FISABIO-HGUA (UGP-14-264; UGP-14-271; UGP-16-149) y ACIF/2016/004)

17:20

7037-9

XENOTRASPLANTES DERIVADOS DE PACIENTES (PDX) EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON.

Adriana Carolina Zucchiatti Llanos(1), Nikaoly Ciriaco Cortes(1), Armando Reques Llanos(1), Mario Giner Pichel(1), Beatriz Moranchó(2), Cristina Bernadó(2), Isabel Rubio(3), Joaquín Arribas(2), Santiago Ramón y Cajal(1) y Vicente Peg Camara(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2)Preclinical Research Program; Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO), Barcelona y (3)Unidad Patología Mamaria, H.U. Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer. Los tumores resistentes a tratamiento de primera línea se tratan con múltiples líneas de terapia, en general con poco éxito. A mediados de 1980, los modelos de injertos heterólogos de tumores humanos, también conocidos como xenotrasplantes derivados de pacientes (PDX), surgieron como un sistema experimental con muchos beneficios ya que los tumores que se desarrollan a partir de estos injertos heterólogos mantienen la diferenciación celular, morfología, arquitectura, perfil molecular y la heterogeneidad intratumoral del tumor original y están considerados por diversos autores como modelos preclínicos predictivos.

El objetivo del estudio fue describir nuestra experiencia sobre PDX en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona).

Materiales y métodos: Se han recogido las características histopatológicas de un total de 93 pacientes de los que se obtuvo material en fresco para implantarse en ratones. Los fragmentos (de aproximadamente 3mm³) fueron implantados en ratones de la cepa NOD/SCID de entre 6 y 8 semanas de edad (Charles River). Los ratones fueron anestesiados, se localizaron los sets cuarto y quinto de pezones y se realizó una incisión en línea media a nivel del cuarto set de pezones, acabando en el quinto set de los mismos. Posterior a la inyección, el animal fue suturado y los analgésicos inyectados. Los injertos tumorales fueron medidos con pie de rey cada tres días y el volumen tumoral fue determinado usando la formula: (longitud x ancho²) x (pi/6).

Resultados: De 93 muestras implantadas, 86% correspondían a tumores primarios y 14% a metástasis. La mayoría de los tumores correspondían a carcinoma ductal infiltrante (91,3%), grado histológico 2 (45,2%) y grado 3 (45,2%), expresando receptores de estrógenos (RE) en el 36,6% y receptores de progesterona (RP) en el 55,9%. La expresión de HER2 fue positiva en el 58,1% de casos y el Ki67 fue mayor de 20% en el 87% de los casos.

9 injertos heterólogos fueron implantados con éxito (9,7%), manteniendo correlación con la expresión de receptores de estrógenos y progesterona, grado histológico, morfología, índice de proliferación celular (Ki67) y subtipo molecular del tumor primario, expresando subtipos Luminal B HER2 positivo (44,5%), triple negativo (44,4%) y HER2 positivo no Luminal (11,1%). El tiempo medio de implantación fue de 5,2 meses.

Conclusiones: A pesar de las grandes posibilidades de investigación que aportan, la obtención de PDX no es sencilla y tiene un porcentaje de éxito bajo (9,7%), siendo los tumores más agresivos y con mayor índice de proliferación (luminal B HER2 positivo y triple negativo), los que se implantan con más facilidad.

17:25

7037-10

METÁSTASIS DE MELANOMA EN LA MAMA. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 5 CASOS.

Carolina Areán Cuns(1), Alicia Córdoba Iturriagoitia(1), Ángel Panizo Santos(1), M^a Concepción Llanos Chavarri(1), María Laura Álvarez Gigli(1), Miguel Ángel Resano Abarzuza(1), Begoña Aguiar Losada(1), Diego Requena López(1), Alfredo Daniel Agulló Pérez(1) y Maite Mellado Rodríguez(1) de (1) Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Las metástasis en la mama son raras. Las más frecuentes son por melanoma, representando un reto diagnóstico, ya que pueden simular un tumor primario, sobretodo cuando se desconocen los antecedentes del paciente o el primario permanece oculto. La distinción entre ambos es fundamental, ya que su manejo es diferente. Presentamos las características clínicas y patológicas de 5 casos de metástasis de melanoma en la mama (MMM).

Material y métodos: Revisamos las biopsias de mama con diagnóstico de melanoma, recibidas en nuestro servicio entre 1990 y 2016. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica.

Resultados: Se identificaron 5 pacientes (mujeres) con edades entre 38 y 82 años (media 55 años). Clínicamente las MMM se presentaron como nódulo único (4 casos) o múltiples bilaterales (1 caso). En la mayoría (4 casos) se conocía el antecedente de melanoma primario cutáneo (MPC). En un caso la primera manifestación clínica fue el tumor de mama, dificultando el diagnóstico. En los 3 casos con información disponible del MPC, los bordes estaban libres y, en 2 de ellos se realizó ganglio centinela (negativo). La localización fue variable (espalda, axila, pié y oreja), así como el tipo histológico (Spitzoide, acral y extensión superficial), nivel de Clark (II, III y IV), Breslow (0,5 a 2,2 mm) e índice mitótico. Se observó infiltración linfo-vascular en 1 caso.

En 4 casos había metástasis en otras localizaciones al momento del diagnóstico de las MMM (ganglios axilares, subcutáneo, peritoneo, hueso, pulmón, suprarrenal y cerebro). El tiempo transcurrido entre el MPC y la MMM, osciló entre 1 y 7 años. La mutación de BRAF fue positiva en 2 de 3 casos. En el seguimiento, 3 pacientes fallecieron por enfermedad (días o 3.5 años posterior al diagnóstico de la MMM). Otras 2 pacientes continúan vivas con enfermedad (9 meses y 1 año posterior al diagnóstico de la MMM), una de ellas con BRAF negativo, en tratamiento con anti-LAG3 +/- anti-PD1 (ensayo clínico) y la otra con BRAF positivo, en tratamiento con Dabrafenib-Trametinib.

Conclusiones: Las MMM se suelen presentar como nódulos únicos que pueden simular un tumor primario, por lo que es importante incluirlas en el diagnóstico diferencial. No hay aparente correlación entre las características del MPC y la aparición de MMM. Al momento del diagnóstico de la MMM suele haber metástasis en otras localizaciones.

17:30

7037-11

ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE MAMA Y ENFERMEDAD DE PAGET DEL PEZÓN SINCRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Natalia Brenda Pamela Minore(1), María José Castillo Martínez(1), María del Carmen González Gallego(1), Vicente Salinas Martín(1), Elena Durán Izquierdo(1), Gloria Alexandra Pastrana Mejía(1), Sofía Pérez Gutiérrez(1) y María Jesús Pareja Megía(1) de (1)Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Presentamos el caso de una paciente con Angiosarcoma primario de mama y Enfermedad de Paget del pezón sincrónicos. Se trata de una mujer de 34 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a consulta en marzo 2016, refiriendo una tumoración en la mama izquierda de 3 meses de evolución, que va aumentando de tamaño progresivamente, con síntomas de mastalgia leve y punzadas. A la exploración, masa retro-areolar que ocupa cuadrantes superiores y externos, sin cambios tróficos de la piel. La histología de la biopsia por aguja gruesa reveló una lesión constituida por canales vasculares anastomosados que proliferan difusamente en el tejido glandular mamario y adiposo, tapizados por células endoteliales algunas con núcleos prominentes e hiper cromáticos con nucléolo y mitosis aisladas, con un índice de proliferación >40%. Diagnóstico de angiosarcoma bien diferenciado, grado 1.

Considerando la clínica y los cambios observados por mamografía, y el resultado de la BAG se decidió realizar una exéresis completa de la lesión mediante mastectomía izquierda simple con extirpación parcial del músculo pectoral. En el estudio anatomopatológico, recibimos una pieza de resección de 19 x 14 cm, que incluye elipse de piel 12,5 y areola-pezón. Al corte de la misma se observa un tumor de 9,5 cm de color pardo-rojizo, blando. A nivel histológico hay anastomosis de los canales vasculares infiltran el estroma interlobular y lo distorsiona, estando tapizados por células endoteliales con atipia y mitosis. En el estudio inmunohistoquímico se observó CD31+ y CD34+, y factor de proliferación Ki67 <10%. En el estudio rutinario de piezas mamarias, se observa a nivel de pezón una proliferación intraepitelial de células atípicas con citoplasma claro, que presentan expresión para los marcadores Citoqueratinas 7, Citoqueratinas de Amplio Espectro y EMA, con expresión de receptores estrogénicos. Células negativas para marcadores HMB45 y receptores de progesterona, expresión débil del Her2.

A propósito de este caso de Angiosarcoma asociado a Enfermedad de Paget del pezón, se hará una revisión bibliográfica, y comentaremos los aspectos histopatológicos y terapéuticos relacionados a esta patología.

17:35

7037-12

CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE MAMA: UN CARCINOMA INFRECLENTE, TRIPLE NEGATIVO, CON BUEN PRONÓSTICO.

Miguel Ángel Resano Abarzuza(1), Ana Yerani Ruiz de Azua Ciria(1), Francisco José Monzón Muñoz(2), Pilar Fernández Seara(1), Concepción de Miguel Medina(1), Alicia Córdoba Iturriagagoitia(1), Natalia Moras Pérez(1), María Laura Álvarez Gigli(1), Tamara Zudaire Fuertes(1) y Carolina Arean Cuns(1) de (1)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra) y (2)Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra).

El carcinoma de células acinares mamario (CCAM) es un carcinoma descrito por primera vez en 1996, con tan sólo 47 casos hasta la fecha. De fenotipo triple negativo (TN), sin embargo presenta buen pronóstico. Mujer de 71 años con nódulo de 3cm, mal definido, pseudonodular y quístico en UCMI. Se realizó segmentectomía y estudio de ganglio centinela con resultado de micrometástasis.

El estudio histológico reveló una proliferación glandular con patrones arquitecturales variados (quístico, microglandular, tubular, sólido) infiltrando el estroma fibroadiposo.

Las células son monomorfas de citoplasmas amplios, granulares, anfófilos o claros. Núcleos ligeramente irregulares, ovalados, hiper cromáticos o con cromatina abierta y pequeño nucleolo. Ausencia de células mioepiteliales, invasión linfovascular, perineural y respuesta inflamatoria.

Se identificaron áreas de CID de grado intermedio.

El estudio inmunohistoquímico (IHQ) mostró negatividad para receptores hormonales y HER2 y positividad difusa para GATA3, E-cadherina, EMA, lisozima (LZ) y alfa1-antiquimiotripsina (A1-AQT). Focal y heterogénea para S100.

Mediante estudio molecular por FISH no existe ruptura del gen ETV6 (12p13).

El diagnóstico fue de CCAM de bajo grado fenotipo TN asociado a CID de grado intermedio.

Se desestimó tratamiento oncológico adyuvante y la paciente permanece libre de enfermedad 1 año después.

Existen 47 casos descritos de CCAM. Clínicamente cursa como un nódulo palpable de 2-5cm.

Histológicamente muestra un crecimiento tumoral de patrón variable. Células monomorfas, columnares o cuboidales de citoplasma amplio, granular, anfofilico o claro, núcleo redondeado irregular y hasta 15mitosis/10cga. IHQ destaca positividad para LZ, EMA o A1-AQT y en su mayoría son TN.

La adenosis microglandular (AMG) y el CCAM parecen estar relacionados, en base a similitudes histológicas e IHQ, mutaciones compartidas (TP53, PIK3CA) o coexistencia de las lesiones. La AMG podría ser una condición preneoplásica.

El CCA de glándula salivar y el CCAM, aunque comparten características histológicas e IHQ, no parecen entidades relacionadas a nivel molecular.

A pesar del fenotipo TN, cursa con buen pronóstico, aunque puede progresar a carcinoma TN de alto grado.

El tratamiento es quirúrgico, ampliando si hay áreas de AMG en contacto con márgenes de resección. No se recomienda tratamiento sistémico salvo en casos seleccionados.

ZONA POSTER

9000

CABEZA Y CUELLO

9000-1 TUMOR FIBROSO SOLITARIO LARÍNGEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Miguel Ángel Campo Ribas(1), Catarina Albuquerque(1), Tiago Costa(2), Antonio Gonçalves da Costa(3) y Sofia Santos(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, (2)Servicio de Otorrinolaringología y (3)Servicio de Radiología.Hospital de Vila Franca de Xira, (Vila Franca de Xira - Portugal).

Objetivo: Presentamos un caso de tumor fibroso solitario en una localización muy poco frecuente.

Métodos: Mujer con 57 años de edad. Sensación de atragantamiento desde hace 2 meses, sin disfagia. Antecedentes de carcinoma de mama en 2009, con quimio y radioterapia. La laringoscopia mostró una masa supraglótica centrada en la hemilaringe derecha. En la TAC cervical se identificó una lesión nodular sólida con 33mm de eje mayor en el seno piriforme derecho y vertiente derecha supraglótica, provocando desvío izquierdo de la glotis, sin aparente invasión extralaringea ni evidencia de adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Fué realizada resección endoscópica local en varios fragmentos.

Resultados: Histológicamente la lesión corresponde a una proliferación de células fusiformes con núcleos redondos u ovales y poca o ninguna atipia, com áreas hipercelulares en relación con vasos dilatados, algunos con aspecto en "asta de ciervo" y algunas áreas hipocelulares en las que se identifican bandas de colágeno. No se evidenciaron figuras de mitosis ni focos de necrosis.

El estudio inmunohistoquímico reveló positividad difusa para CD34, Bcl-2, Beta Catenina y CD99 y negatividad para CAM5.2, S100, Actina de músculo liso y CD31.

Con esta histología y perfil inmunohistoquímico fué realizado el diagnóstico de tumor fibroso solitario.

Conclusiones: El tumor fibroso solitario es una neoplasia mesenquimatosa poco frecuente, con localización predominantemente pleural y muy raramente en cabeza y cuello. La correlación anátomo-radiológica es importante para conseguir un tratamiento quirúrgico conservador.

9000-2 CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO: PRESENTACIÓN DE UN CASO DIAGNOSTICADO MEDIANTE PAAF.

Ana Martínez López(1), Marina Esther Sánchez Frías(1), Mª Teresa González Serrano(1), Alicia Sanz Zorrilla(1), Antonio Rizo Barrios(1) y Mª Teresa Caro Cuenca(1) de (1)Anatomía Patológica del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

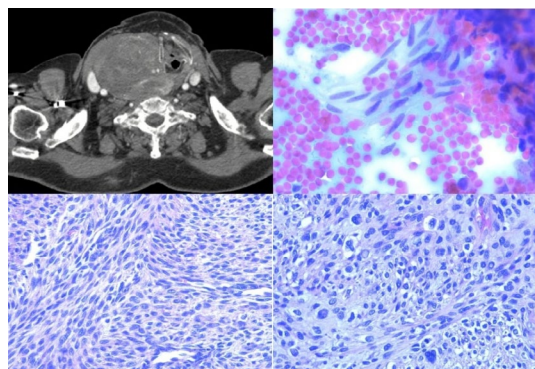
El carcinoma ex adenoma pleomorfo es el sexto en frecuencia de los tumores malignos de glándula salival, su localización más frecuente es la glándula parótida y tiene una incidencia aproximada del 6,2% de la totalidad de los adenomas pleomorfos.

Presentamos el caso de un varón de 72 años sin antecedentes de interés, que consulta por nódulo no doloroso en región parotídea izquierda de 5 años aproximadamente de evolución, y que ha aumentado de tamaño recientemente. La ecografía sugiere tumor benigno, más probable adenoma pleomorfo, realizándose PAAF informada como "sospechosa de malignidad, sugestiva de carcinoma". Posteriormente se realiza TAC con resultado no del todo concluyente para definir la benignidad o malignidad de la lesión. Se realiza parotidectomía suprafacial izquierda y biopsia amplia del lóbulo profundo, con diagnóstico final de carcinoma ex adenoma pleomorfo, confirmándose la sospecha de la punción previa. El paciente comienza tratamiento radioterápico por afectación de márgenes quirúrgicos y continúa en la actualidad.

El diagnóstico citológico en estos casos es dificultoso y comprometido, más aún en ausencia de una sospecha clínica y radiológica del tumor. Depende en gran medida de la cantidad de celularidad de la muestra extraída y de sus características, principalmente en cuanto a proporción de los componentes benigno y maligno, siendo más difícil en caso de contar con una escasa representación de este ultimo. Nuestro caso corresponde a un tumor parotídeo cuya sospecha clínica inicial era de adenoma pleomorfo, pero la citología orientó de forma adecuada la actuación terapéutica, aunque finalmente no se realizase cirugía radical.

9000-3 FIBROSARCOMA PRIMARIO DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO.

Solsiree Moreno Mijares(1), Monaco Velásquez Villarroel(1), Carmen López Varela(1), Francisco Alijo Serrano(1), Saúl González Rodríguez(1) y Felipe Lozano Alarcón(1) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.



Antecedentes y objetivos: Los fibrosarcomas son neoplasias poco frecuentes que se diagnostican por exclusión. Los datos epidemiológicos actuales sobre estos tumores resultan insuficientes en cuanto a edad, sexo y distribución anatómica. La mayoría de los casos reportados ocurren en tejidos profundos de partes blandas de las extremidades y el tronco en adultos de mediana edad.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 81 años que presenta una gran masa cervical que desplaza y comprime estructuras vasculares, tráquea y esófago, y que depende del lóbulo tiroideo derecho en los estudios radiológicos. Se realiza punción aspiración con aguja fina bajo control ecográfico para estudio citológico empleando las tinciones de Diff-quick y Papanicolaou, posteriormente biopsia con aguja gruesa y resección quirúrgica para su estudio histológico con tinción de hematoxilina-eosina y técnicas de inmunohistoquímica.

Resultados y discusión: El estudio revela una tumoración de origen mesenquimal que prolifera a nivel del intersticio tiroideo, de morfología arquitectural maligna, patrón fascicular, con necrosis tumoral, frecuentes imágenes de mitosis y diferenciación heteróloga. El perfil inmuno-histoquímico evidencia positividad para CD34, BCL2 y CD99. El diagnóstico es de fibrosarcoma primario de tiroides, grado 2 según la FNCLCC. La histología y el resultado positivo de CD34 de manera focal sugieren un posible origen de una degeneración maligna de un tumor fibroso solitario.

Conclusiones: Los fibrosarcomas de tiroides son neoplasias malignas muy poco frecuentes, de las que se desconoce su curso clínico y pronóstico; no se disponen de guías sobre su adecuado manejo y tratamiento, y se encuentran excluidos de la clasificación TNM de los tumores tiroideos. Compartimos nuestra experiencia con un caso esperando sea útil a la futura elaboración de protocolos de manejo adecuados.

ZONA POSTER

9001

DERMATOPATOLOGÍA

9001-4 ENFERMEDAD DE KÖHLMEIER-DEGOS BENIGNA (PAPULOSIS ATRÓFICA BENIGNA).

Carolina Manzotti(1), Álvaro Gutiérrez Domingo(1), Juan Gutiérrez Cierco(1), María Merchante Ruiz-Mateos(1), María Antonia Ronco Poce(2), Concepción Lara-Bohórquez(2) y Juan J. Ríos-Martín(1) de (1)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (2)Complejo Hospitalario de Huelva.

Antecedentes y objetivos: La enfermedad de Degos es una enfermedad rara de etiología desconocida, relacionada con una disfunción primaria de las células endoteliales, vasculitis o coagulopatías. Se reconocen dos formas, una maligna con afectación visceral y otra benigna con afectación exclusivamente cutánea. Se puede asociar con LES, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn...

Describimos el caso de un paciente que tras 6 años de seguimiento se mantiene como enfermedad cutánea localizada, si bien presenta características que indican una posible asociación con LES.

Método: Presentamos el caso de un paciente de 22 años que, tras inmovilización con yeso por luxación de rótula, presentó una lesión en el tercio inferior del muslo izquierdo diagnosticada como celulitis. Sin respuesta al tratamiento con ATB y AINEs, 5 años tras el traumatismo se realizó RMN que mostró alteración del tejido celular subcutáneo valorándose como celulitis traumática evolucionada con focos de necrosis grasa. La lesión consistía en una placa alopecica de 10 x 5cm con úlcero-costra central, bordes eritemato-violáceos y áreas blanquecinas.

Resultados: El estudio histológico reveló un infarto dérmico en V con base paralela a la superficie epitelial. La epidermis era atrófica con hiperqueratosis. Alrededor de los vasos superficiales y profundos, con frecuente hialinización de su pared, existía un denso infiltrado linfocitario con numerosas células plasmáticas. El escaso panículo adiposo mostraba cambios isquémicos (necrosis membranacea). La IF demostró depósitos lineales de IgG en membrana basal.

Tras 5 meses del diagnóstico histopatológico de enfermedad de Degos, tratado con AAS, la lesión disminuyó de tamaño, persistiendo una placa esclerótica. No ha presentado síntomas digestivos ni neurológicos.

Conclusiones: La probabilidad de presentar una enfermedad de Degos benigna es del 70% en el momento del diagnóstico, aumentando al 97% tras 7 años de afectación cutánea exclusiva. Nuestro paciente lleva 6 años asintomático desde la aparición de la lesión cutánea inicial y solo presenta IFD + en ausencia de otros criterios de LES.

9001-5 XANTOGRANULOMA JUVENIL EN ADULTOS: UNA PEQUEÑA SERIE DE 5 CASOS.

Francisco Javier Queipo Gutiérrez(1), Gorka Muñoz Unamunzaga(1), Carlos Gómez González(1), Miguel Ángel Marigil Gómez(1), Mario Alejandro Parra Cubillos(2), Ana Julia García Malinis(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1), Jesús Javier Sola Gallego(3) y Ángel Panizo Santos(4) de (1)Hospital San Jorge, Huesca, (2)Hospital General de Ciudad Real, (3)Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja) y (4)Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: El xantogranuloma juvenil fue inicialmente descrito en 1905 y reconocido como entidad desde mediados de los 50. Es un desorden histiocítico benigno de patogénesis desconocida, probablemente reactiva. Es la histiocitosis no de Langerhans más frecuente. A pesar de su predominio en la edad pediátrica en cabeza y cuello, se puede encontrar a otras edades y en otras localizaciones. Presentamos 5 casos en pacientes mayores de 18 años.

Material y métodos: Se revisaron los archivos de nuestros 2 servicios los xantogranulomas juveniles en pacientes mayores de 18 años.

Resultados: Se encontraron 5 casos. 4 casos fueron cutáneos y el otro pulmonar. La edad media de los pacientes fue 39,6 años. Los 4 pacientes con casos cutáneos fueron en varones y el pulmonar en una mujer. El diámetro medio de la lesiones fue de 0,82 cm. Una de las lesiones cutáneas se ubicó en el escroto, el resto en la zona de cabeza y cuello.

La morfología en la piel y el pulmón es similar, caracterizadas por lesiones moderada a densamente celulares bien delimitadas. El componente predominante son células de aspecto histiocítico, con un citoplasma amplio y aspecto xantomatoso. Además se observa un ligero infiltrado inflamatorio mixto y células gigantes multinucleadas tipo Touton en la periferia. Con el PAS la tinción en las células histiocíticas es negativa o débil. En la piel las lesiones son de ubicación dérmica, con una epidermis ligeramente adelgazada.

Las lesiones cutáneas y pulmonares comparten el perfil inmunohistoquímico. Se aprecia inmunorreactividad extensa e intensa para marcadores histiocíticos como CD68, CD163 y factor XIII. No se observa inmuno marcaje frente a marcadores de células de Langerhans como CD1a y langerina. Es constante la inmunorreactividad frente a CD45, lisozima y la negatividad para marcadores como CD34. Se manifiesta focal se puede encontrar positividad frente a S-100.

Conclusiones:

- Los xantogranulomas juveniles pueden aparecer en edades no pediátricas.
- Ante cualquier lesión histiocítica, debemos tener en cuenta esta lesión, independientemente de la edad y la localización.
- Los rasgos morfológicos más útiles son las células de aspecto histiocítico y xantomatoso, junto con las células gigante multinucleadas tipo Touton.
- El perfil inmunohistoquímico se caracteriza por la presencia de marcadores histiocíticos y la ausencia de los de células de Langerhans.

9001-6 REACCIÓN LINFOMATOIDE TIPO PSEUDOLINFOMA T SECUNDARIA A ORO.

Remigio Mazorra Horts(1), Susana Armesto Alonso(2), Francisco Laso Dosal(3), Sara Marcos González(1) y M^a Carmen González Vela(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), (2)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y (3)Consulta Privada de Dermatología, Santander (Cantabria).

El metal de oro ha sido considerado durante mucho tiempo un material relativamente seguro al entrar en contacto con la piel y las mucosas, con sólo algunos diagnósticos esporádicos de dermatitis o estomatitis de contacto. La baja incidencia de la dermatitis de contacto por oro es, presumiblemente, debido a su estabilidad.

Presentamos dos casos de reacciones linfomatoideas T (pseudolinfoma T) persistentes inducidas por tiosulfato de oro (TSO) en el test epicutáneo. Se han descrito previamente algunos casos de pseudolinfomas inducidos por inyección intradérmica por oro, pero en la mayoría de ellos histológicamente se demuestra una reacción pseudolinfoide tipo B.

Presentación de los casos: El primer caso, se trata de una mujer de 58 años con una respuesta positiva fuerte, retardada y persistente al TSO, seis meses tras la prueba. Para el tratamiento, se infiltraron las lesiones en repetidas ocasiones con 1 mg/cm² de acetato de triamcinolona mezclado con lidocaína en un ratio de 50:50, con la resolución tras la quinta infiltración.

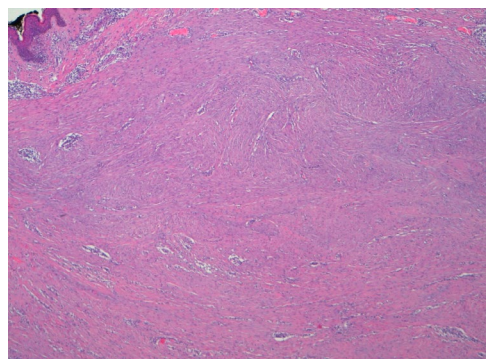
El segundo caso, es una mujer de 59 años que presentó una positividad moderada a las 72/96 horas del test epicutáneo con TSO. La lesión se mantiene durante 5 meses. Tras la ineficacia de corticoides tópicos se le infiltró la lesión con corticoides, desapareciendo a la 4^a infiltración.

Histológicamente, ambas lesiones presentaban un intenso infiltrado dérmico difuso formado por linfocitos e histiocitos, sin afectación de la epidermis. En el estudio IHQ el infiltrado esta compuesto principalmente por linfocitos T (sin evidencia de predominio de CD4 sobre CD8). Dicho infiltrado se acompañaba de ocasionales histiocitos y células de Langerhans.

Conclusiones: Las reacciones persistentes secundarias a TSO son muy poco frecuentes. En estos casos se observa una reacción linfoide T exagerada tipo pseudolinfoma T. Las posibles explicaciones para este último fenómeno incluyen la lenta eliminación del alérgeno, o la tendencia a provocar reacciones inflamatorias crónicas. En un estudio de reacciones pseudolinfomatoideas secundarias al TSO se ha demostrado la presencia de oro en la dermis, mediante espectrofotometría de absorción atómica, que sería el causante de la reacción inmunológica con la proliferación linfoide acompañante.

9001-7 DERMATOMIOFIBROMA DE LOCALIZACIÓN MAMARIA.

Natalia Bautista Vera(1), Ana Isabel Lavado Fernández(2) y Elena Gallego Domínguez(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y (2)Hospital General Universitario de Elche, (Alicante).



Dermatomiofibroma

Introducción: Existe un grupo heterogéneo de tumores cutáneos benignos, atípicos y malignos de fibroblastos y miofibroblastos (MF) que comparten signos histológicos. El MF es reconocido como un elemento central en la curación de heridas y dentro del estroma de neoplasias; además de ser un elemento clave en condiciones reactivas o proliferativas, como ocurre en nuestro caso. El MF no tiene un inmunofenotipo único, su distinción inmunohistoquímica con otras células, es muy compleja y es difícil reconocerlo con técnicas convencionales. Algunos estudios afirman que tienen un estado fenotípico diferencial derivado de fibroblastos, células musculares lisas, endoteliales, epiteliales y de otras (origen en hígado y médula ósea).

Caso clínico: Presentamos el único caso de DM diagnosticado en nuestro hospital: mujer de 35 años, con lesión cutánea mamaria, ligeramente sobre-elevada y no pigmentada.

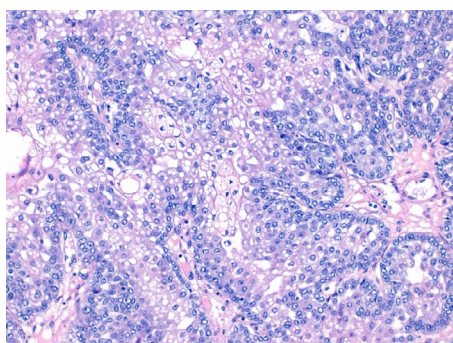
Observamos microscópicamente una proliferación de células fusiformes, en dermis reticular, que se disponen en haces paralelos a la epidermis, con células de núcleos elongados y citoplasma amplio, con inmuoexpresión de actina de músculo liso y vimentina y negatividad para s-100, CD 68, desmina y CD 34. Se diagnosticó como DM.

Discusión: El DM es una entidad rara, pero característica. Es un tumor de tipo mesenquimal compuesto por una proliferación celular fusiforme, bien delimitada, no encapsulada, formada por fascículos entremezclados dispuestos de forma paralela a la epidermis, en dermis reticular o tejido subcutáneo. Puede presentar hiperplasia epidérmica y respeta los anejos. Las células conservan una morfología entre fibroblasto y célula de músculo liso, con citoplasma eosinófilo y núcleo elongado. Las fibras elásticas están preservadas.

Conclusión: El DM es un tumor de origen miofibroblástico muy infrecuente. Supone una entidad clínico patológica, bien definida, que a pesar de mostrar características histológicas e inmunohistoquímicas propias, puede ser confundido con otras entidades, sobre todos en biopsias diagnósticas de pequeño tamaño. El DM cura totalmente con extirpación simple. El hallazgo de las características histológicas, junto con la realización de un panel inmunohistoquímico, propicia el acierto diagnóstico, evadiendo la confusión con otras entidades con peor pronóstico como en especial del dermatofibrosarcoma protuberans y la fibromatosis desmoide.

9001-8 CARCINOMA SEBÁCEO ESPORÁDICO EXTRAOCULAR.

Ana Isabel Lavado Fernández(1), Sonia Cigüenza Sancho(1), Javier Emilio Brugal Molina(1), Ana Delina Lozano Salazar(1), Rafael Navas Espejo(1), Laura Frances Rodríguez(1), Fernando Toledo Alberola(2), Juan Andreu Gálvez(1), Magdalena Sansano Botella(1) y Antonio Martínez Lorente(1) de (1)Hospital Vinalopó, Elche (Alicante) y (2)Hospital de Torrevieja (Alicante).



Introducción: El carcinoma sebáceo (CS) es una neoplasia anexial maligna rara que presenta diferenciación exclusiva sebácea. Es más típica de adultos y aunque la localización más frecuente es periocular, existen extraocularmente. Pueden aparecer de forma esporádica o asociados al síndrome de Muir-Torre.

Material y método: Se presentan 2 casos de CS diagnosticados en nuestro hospital en 2016. Uno de ellos corresponde a un varón que presenta tumoración cutánea cervical de 1 cm. El otro, a una mujer con una masa excrecente de 7 cm en la región mamaria.

Resultados: Microscópicamente, se observan tumoraciones de patrón organoide, compuestas por células con citoplasma claro vacuolado y multivesicular, que inmunoexpresan CKAE1/AE3 y EMA (éste último, con patrón microvacuolar) y no inmunoexpresan CEA. Las neoplasias presentaron aumento del número mitosis y focos de necrosis y conservan la expresión nuclear de los genes responsables de la inestabilidad de microsátélites (MLH1, MSH2, MSH6 Y PMS2).

Con estos hallazgos se establece el diagnóstico.

Discusión: El CS es una neoplasia poco frecuente con curso clínico agresivo y tendencia a la recurrencia local y a la metástasis a distancia. Histológicamente, puede ser de bien a pobremente diferenciado. Se compone de células poligonales con diferenciación sebácea y atipia variable que conforman un patrón lobulado. El estroma tiene aspecto fibrovascular sin desmoplasia. A veces se encuentran focos de necrosis. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y su clasificación varía en función del patrón de crecimiento.

Aunque son frecuentemente perioculares, pueden existir extraocularmente y no están únicamente asociados al síndrome de Muir-Torre ni a la inestabilidad de microsátélites, también se presentan de forma esporádica, como ocurre en nuestros casos.

El patólogo juega un papel fundamental en el diagnóstico diferencial que incluye el carcinoma basocelular, el carcinoma escamoso, los tumores neuroendocrinos y los tumores anexiales con diferenciación sebácea, como por ejemplo el porocarcinoma.

9001-9 SIRINGOMA CONDROIDE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 7 CASOS.

Sonia Cigüenza Sancho(1), Ana Isabel Lavado Fernández(2), Ana Delina Lozano Salazar(3), Elisa Isabel Aracil León(3), Daniel Martínez García(3), Laura Francés Rodríguez(3), Rafael Navas Espejo(3), Josefa Herrero Santacruz(3), Elisa Ortega Pastor(3) y Antonio Martínez Lorente(3) de (1)Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante), (2)Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante) y (3)Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante).

Introducción: El tumor mixto de la piel o siringoma condroide (SC) representa menos del 0,1% de todos los tumores primarios cutáneos, lo que se traduce en que excepcionalmente se contempla en la sospecha clínica de las lesiones extirpadas por Dermatología. Es el patólogo quien debe plantearse esta neoplasia derivada de los anejos cutáneos ante una lesión en cabeza y cuello que muestre componentes epitelial y mesenquimal.

Material y métodos: En el presente trabajo se describen 7 casos diagnosticados de SC entre 2013 y 2016 en nuestro departamento. Se procede al estudio de las piezas fijadas en formol, mediante tinción con H-E y técnicas de IHQ.

Resultados: Se han identificado 7 pacientes, con edades al diagnóstico comprendidas entre 45 y 70 años (media de 54 años) y predominio masculino (71,4%). Todos los casos se presentaron como lesión cutánea única localizada en la cara (dos en mentón, dos supralabiales, una en dorso nasal, una frontal y una malar), con crecimiento progresivo y cuyos tamaños oscilaron entre 5 y 8 mm. Seis casos se remitieron como exéresis y uno como afeitado.

El estudio microscópico muestra en todos los casos una formación sólida bien delimitada, no encapsulada y localizada en dermis, constituida por un componente epitelial formando ductos con dos capas de células cuboidales, poligonales y/o plasmocitoides, ramificados de manera irregular e inmersos en un estroma basófilo, de aspecto condroide, y fibroso colagenizado. Según el caso, se observan ocasionalmente glóbulos eosinófilos en las luces tubulares, quistes de queratina, metaplasia adiposa, figuras de mitosis atípicas y nucleolos evidentes. Se descartan necrosis e invasión linfovascular, que orientan a su variante maligna. El estudio IHQ demuestra expresión de CK AE1/AE3 y CEA en los ductos y de S100 en el estroma.

Conclusiones: Nuestra serie presenta características clínicas e histológicas superponibles a las descritas en la literatura. El diagnóstico diferencial se establece con otros tumores apocrinos benignos (como el mioepitelioma o el poroma), con metástasis de carcinoma o con el tumor mixto de glándula salivar, si la localización de la lesión así lo requiere. La evolución del SC es favorable tras la resección completa y, en los casos que mostraron afectación de bordes quirúrgicos (dos de los siete), el seguimiento no ha revelado recidiva de la lesión.

9001-10 CARCINOMA DIGITAL PAPILAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Gina Patricia de Lima Piña(1), María Laura Álvarez Gigli(2), Alicia Córdoba Iturriagaitia(2) y Marta Saiz Ruiz de Loizaga(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa y (2)Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: El carcinoma papilar digital (CPD), es un tumor maligno de origen anexial, poco frecuente, que tiene capacidad recidivante y metastatizante. Actualmente, esta entidad reúne al adenomapiilar digital agresivo y adenocarcinoma digital, que previamente se diagnosticaban como entidades diferentes.

Presentamos el caso de dos pacientes con lesiones similares en manos de meses de evolución.

Materiales y métodos:

Caso 1: Mujer de 70 años que consultó por tumoración indolora de 7 mm en 4º dedo de mano que aumentó de tamaño en los últimos meses.

Caso 2: Mujer de 44 de edad, con nódulo indoloro de 1 cm en dorso de mano izquierda que ha aumentado de tamaño.

Resultados: Ambas lesiones correspondían a tumoraciones sólido-quísticas multiloculadas rodeadas por tejido conectivo. Los quistes estaban revestidos por una doble capa de células epiteliales que presentan un componente luminal de células cúbicas o cilíndricas y un componente basal de estirpe mioepitelial. Dichas células conformaban frecuentes estructuras papilares y en la porción más sólida de la tumoración se podían ver imágenes con arquitectura papilar y glandular. Las luces glandulares tenían material secretor eosinófilo (PAS positivo).

No se evidenció atipia citológica ni focos de necrosis. Inmunohistoquímicamente, el componente luminal presentó positividad para citoqueratina AE1-AE3 y CAM 5.2 y negatividad para GCDPF-15. El componente basal mioepitelial expresó positividad para p63. El índice de proliferación celular Ki-67 fue del 1%.

Conclusiones: El CPD es un tumor maligno de origen anexial, que se localiza preferentemente en dedos de manos y pies, aunque también se han descrito en muñecas y talones.

Clínicamente confundido con quistes o gangliones. Tiene mayor incidencia en varones entre la cuarta y la quinta décadas de vida. Son tumores que a pesar de tener una citología de bajo grado, tienen un elevado índice de recidivas (50%) y metástasis a pulmón, hueso y ganglios linfáticos en un 14% de los casos.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes libres o la amputación en casos donde haya infiltración tumoral.

9001-11 PSEUDOLINFOMA POR TATUAJE.

Isabel María de Lara Simón(1), Yesica Méndez Díaz(2), Pedro Montero Pavón(1), José Luis Sanz Trenado(1), Claudia Carolina Ramos Rodríguez(1), Natalia María Villasanti Rivas(1), Mónica García Arpa(3), Franco Monserrat(3) y Mario Alejandro Parra Cubillos(4) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real, (2)Servicio de Alergología del Hospital General de Ciudad Real, (3)Servicio de Dermatología del Hospital General de Ciudad Real y (4)Hospital General de Ciudad Real.

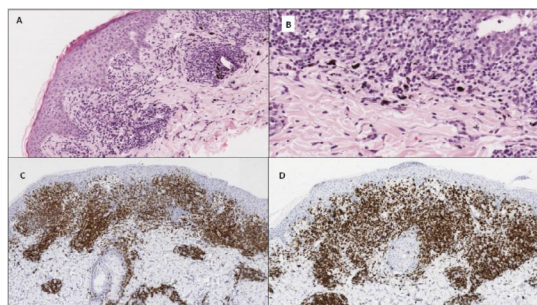


Figura 1. A. Tejido cutáneo con infiltrado linfohistiocitario en relación con depósito de pigmento exógeno negro-rosado (H&E; 20x). B. Detalle del depósito de pigmento exógeno (H&E; 40x). Linfocitos marcados con CD3(C) (20X) y CD7(D) (20X).

La hiperplasia cutánea linfoide (o pseudolinfoma cutáneo) es un desorden linfoproliferativo benigno de linfocitos T o B reactivos que pueden simular clínica y/o histológicamente un linfoma cutáneo.

Su asociación a tatuajes es una entidad rara aunque ya descrita que debe de ponernos en alerta en este tipo de hiperplasia linfoides reactivas.

Clínicamente resultan inespecíficos, asintomáticos o levemente pruriginosos, limitados al área tatuada; pudiendo ser idiopática o secundaria a diversos estímulos externos.

Se presenta el caso de una hiperplasia linfoide reactiva en relación al color rosa del tatuaje en una mujer de 25 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés. La paciente presentaba lesiones papulovesiculosas con ligero prurito en la zona del tatuaje, el cual presentaba tinta rosa y negra, de 2 meses de evolución.

Se realizó una biopsia cutánea incisional donde microscópicamente destacaba un denso infiltrado inflamatorio en dermis superficial de linfocitos predominantemente T (CD3+), entorno a depósitos de pigmento rosado y negro, con presencia

de algunos macrófagos cargados de ese pigmento. Los tatuajes pueden producir de forma poco frecuente reacciones pseudolinfomatosas frente al pigmento.

Actualmente, con el aumento de la realización de los tatuajes su incidencia está en aumento, y aunque rara, esta entidad ha de ser considerada ya que puede ser una simuladora de verdaderos linfomas cutáneos o incluso malignizar.

9001-12 CARCINOMA EPIDERMÓIDE SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA (ÚLCERA DE MARJOLIN); A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Luis Manuel Scavino Pinto(1), Nohelia Rojas Ferrer(1), Melitina Chirivella Casanova(1), José V. Amaya(1), Alberto Pérez García(1), Pablo Nogués(1), Carlos Cifrián(1), Francisco Baixauli(1), Francisco José Vera Sempere(1) y Empar Mayordomo Aranda(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La úlcera de Marjolin es un carcinoma epidermoide ulcerado, secundario a una lesión cutánea inflamatoria, irritativa de larga evolución. Es infrecuente y ha sido descrita en quemaduras, cicatrices, úlceras de decúbito y laceraciones cutáneas, principalmente. Presentamos dos casos asociados a laceración cutánea y quemadura, que acabaron en carcinoma epidermoide tras osteomielitis de difícil manejo.

Casos clínicos: **Caso 1:** Varón de 61 años que en 1966 sufre un accidente de tráfico, con lesión en miembro inferior derecho tratada con cirugía e injertos cutáneos. En 2009, presenta osteomielitis crónica en la misma pierna y en 2015 una fractura patológica expuesta, con úlcera amplia de tórpida evolución. El paciente se diagnostica de carcinoma epidermoide sobre trayecto fistuloso hasta hueso.

Caso 2: Mujer de 93 años que tras una quemadura cutánea en mano en 1990, tratada con injertos, presenta en 2009, un carcinoma escamoso con afectación ósea. Precisa de amputación, que se amplia progresivamente, con sus dos recidivas locales a pesar de los bordes libres.

Conclusiones: Para diagnosticar una úlcera de Marjolin, son necesarios los siguientes criterios: que el tejido sobre el que se origina sea normal antes del trauma desencadenante, que el trauma sea lo suficientemente intenso para causar una solución de continuidad, que el carcinoma crezca sobre la lesión y sea el resultado de un intento de reparación del tejido dañado.

Presentamos dos casos infrecuentes, con origen distinto y evolución similar, que ilustran una entidad que es necesario conocer fundamentalmente a nivel clínico de cara a un adecuado diagnóstico y manejo. Por lo que se recomienda remitir en estos casos, el material inflamado y fistulizado a los Servicios de Anatomía Patológica para su estudio.

9001-13 LEPROMA LEPROMATOSA CUTÁNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lina María Palacio Arteaga(1), Irene Moyset(1), Esperanza Bachs(1), Víctor Fumanal(1), María Alejo(1), Pilar Machín(1), Victoria Fusté(1), M^a Angels Cañas(1) y Magda Pujol(1) de (1)Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí (Barcelona).

Introducción: La lepra es una enfermedad multisistémica y endémica en muchas regiones del mundo. Aunque altamente contagiosa, suele desarrollarse en personas genéticamente susceptibles. Su diagnóstico es difícil ya que los clínicos no están familiarizados con sus síntomas típicos. Debe tratarse con prioridad para evitar complicaciones como infecciones, sepsis, degeneración carcinomatosa y amputación. Presentamos un caso de lepra lepromatosa en nuestro hospital.

Material y métodos: Paciente boliviana de 43 años con antecedentes de enfermedad de Chagas sin tratamiento y brotes de vasculitis ANCA negativos, que no ha mejorado con tratamiento antiinflamatorio y yoduro potásico. Consulta por cuadro de una semana consistente en malestar, fiebre, astenia y lesiones cutáneas dolorosas y pruriginosas en extremidades y cara. La analítica muestra leucocitosis, anticuerpos anti Leishmania positivos (posible falso positivo por Chagas), anticuerpos anticardiolipina IgM elevados y crioglobulinas presentes con cariotipo de características policlonales, compatible con tipo III. Se orienta como eritema nodoso/vasculitis crioglobulinémica.

Resultados: Las biopsias cutáneas evidencian marcada inflamación crónica en dermis, histiocitos de distribución perivascular y perineural, imágenes de vasculitis leucocitoclástica y afectación septal y lobulillar del pániculo adiposo. Con la técnica de BK se evidencian abundantes bacilos a nivel intersticial y en el citoplasma de los histiocitos.

Discusión: La lepra es una infección sistémica causada por el *Mycobacterium leprae*. Aunque es endémica en el trópico, su presencia en países desarrollados está aumentando considerablemente debido al fenómeno de migración. Esta enfermedad ha ganado atención como un problema de salud pública debido a la activación de infecciones latentes no diagnosticadas anteriormente y al uso de fuertes regímenes inmunosupresivos para una gran variedad de enfermedades. Lepra simulando vasculitis se ha reportado en raras ocasiones (fenómeno de Lucio). Éste consiste en histiocitos espumosos con bacilos en su interior, así como vasculitis cutánea. En caso de duda, la biopsia cutánea puede ser de ayuda para realizar el diagnóstico.

9001-14 ADENOMA ECRINO PAPILAR ASOCIADO A HIPERPLASIA EPIDÉRMICA VERRUCOSA.

Rubén Martínez Castillo(1), Lucía Molina Jiménez(1), Helber Daniel Cely Rodríguez(1), Pilar Jurado Escamez(1), Antonio Robles Frías(1), Juan Manuel López Garrido(1), Rafael C. Martínez García(1) y Antonio Félix Conde Martín(1) de (1)Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

El adenoma ecrino papilar es una rara neoplasia benigna de las glándulas sudoríparas, que afecta predominantemente a la región distal de las extremidades, con predilección por las mujeres de raza negra (4:1). Se manifiesta como un nódulo dérmico, amarillo-pardusco, no doloroso y de 0,5 a 4 cm de diámetro.

Se presenta el caso de una mujer de 44 años, sin antecedentes personales de interés, con un adenoma ecrino papilar asociado a hiperplasia epidérmica verrucosa que se manifestó como una lesión hiperqueratósica, no dolorosa, de 15 años de evolución, localizada en el antebrazo derecho. La sospecha clínica inicial planteó el diagnóstico diferencial entre verruga vulgar o carcinoma escamoso.

Al estudio histológico, se observa una lesión en dermis reticular bien delimitada pero no encapsulada, constituida por conductos dilatados con proyecciones papilares en algunos de ellos, dispersos en un estroma fibroso denso e hialinizado. El epitelio que reviste a los conductos está constituido por dos o más capas de células cúbicas, con citoplasma eosinófilo y nucléolo pequeño y por una capa más externa de células aplanadas. En la epidermis que cubre la lesión, se observa una marcada hiperqueratosis con orto y paraqueratosis, papilomatosis y acantosis

irregular, además de hipergranulosis, acúmulos de gránulos de queratohialina y presencia de células grandes con vacuolas perinucleares y núcleo picnótico, sugestivas de infección por HPV (coilocitos).

Actualmente sólo existen dos casos en la literatura de adenoma ecrino papilar asociado a cambios verrucosos, que se manifiestan clínicamente como una lesión hiperqueratósica, en lugar del típico nódulo dérmico. La relación entre estas dos lesiones podría ser casual, aunque el tumor aneal podría inducir cambios en la epidermis suprayacente. El comportamiento clínico o la posibilidad de un mayor riesgo de malignidad en esta asociación de lesiones es aún desconocido.

9001-15

FIBROEPITELIOMA DE PINKUS CON CÉLULAS GIGANTES EPITELIALES PLEOMÓRFICAS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

M. Sandra Hermana Ramírez(1), Pablo Bueno Ortiz(1), José Fernando Val Bernal(1) y M. Carmen González-Vela(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: El fibroepitelioma de Pinkus (FEP) se considera una variante poco frecuente de carcinoma basocelular con características bien definidas. La presencia de células gigantes epiteliales pleomórficas ocurre en el 1% de los fibroepiteliomas y su hallazgo puede tener importantes implicaciones diagnósticas.

Material y métodos: Revisando los archivos de biopsias del servicio, encontramos en los últimos 17 años sólo dos casos de FEP con células gigantes; el primero en el año 2000 correspondiente a una biopsia escisional por una lesión pediculada en axila derecha en una mujer de 86 años y el segundo, en el año 2017 consistente en una lesión parduzca, polilobulada, en el costado derecho en un hombre de 73 años; en ambos casos los dermatólogos planteaban el diagnóstico de nevus melanocítico.

Histológicamente se observa en ambos una tumoración bien definida, de superficie lobulada, constituida por cordones finos de células basalioides bien diferenciadas que se anastomosan y se conectaban a la epidermis con un estroma fibrótico y junto a ellas, células gigantes con núcleos grandes hiperromáticos y múltiples nucléolos, que dan a la célula imagen de atipicidad. Se observan también células gigantes con múltiples núcleos y no se observan mitosis.

El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para BCL2 y B-er-p-4, focal para p53 y negativo para CD34 y S100, con un índice proliferativo del 40 %.

Discusión: El FEP de Pinkus es un tumor poco común descrito por Hermann Pinkus en 1953 como tumor fibroepitelial premaligno. Actualmente se considera más una variante de carcinoma basocelular con un crecimiento hiperplásico de la epidermis característico inducido por el propio tumor, que una variante de tricoblastoma (considerado la variante benigna del carcinoma basocelular).

Reproduce características comunes del fibroadenoma de mama, queratosis seborreica y carcinoma basocelular superficial. Afecta con mayor frecuencia a personas de edad entre 40 y 60 años, sin predominio de sexo y muestra predilección por la localización lumbosacra. Su principal diagnóstico diferencial histológico es con el siringofibroadenoma ecrino.

La variante con células gigantes ocurre en el 1 % de los fibroepiteliomas y no se correlaciona con mayor potencial maligno que los que carecen de ellas.

9001-16

LESIÓN CUTÁNEA INFRECUENTE: TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE MALIGNO, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA...

Carlo Bruno Marta(1), Francesc Felipe Berlanga(1), Patricia Sota Ochoa(1), Guillermo Muñoz González(1), Elaine Mejía Urbáez(1), María José Cardiel García(1), Begoña Fuertes Negro(1), Hristo Iliev Iliev(1), Ydalmis Leal Bolívar(2) y María Teresa Ramírez Gasca(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y (2)Hospital General San Jorge, Huesca.

El tumor triquilemal proliferante maligno (MPTT) es una entidad rara y poco frecuente, se cree que esta derivada de la vaina radicular externa capilar y originada en la pared de un quiste pilar preexistente. Estos últimos son generalmente benignos, sin embargo, la malignización está descrita en la literatura y a día de hoy existen 40 casos descritos en la literatura consultada.

Presentamos el caso de un varón de 41 años, sin antecedentes personales o familiares de importancia, que presenta lesión cutánea localizada en el cuero cabelludo, de 2 cm de diámetro, con un crecimiento lento (6 meses de evolución) y móvil a la palpación. Se realiza excéresis de la lesión.

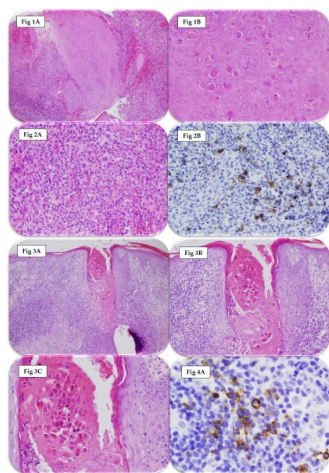
Histológicamente estaba constituida por celularidad de tipo escamoide, que se disponía a modo de capas y lóbulos, que mostraba un moderado pleomorfismo, hiperromasia nuclear, alta actividad mitótica y presencia de mitosis atípicas. Los lóbulos tumorales presentaban fenómenos de queratinización abrupta, con un patrón de crecimiento invasivo que afectaba el tejido circundante y sin llegar a contactar los bordes quirúrgicos.

El MPTT descrito en 1983 por Saida et al, es infrecuente, generalmente originadas de novo, sin embargo existen casos sobre lesiones benignas preexistentes (quistes triquilemales). No existe, a la presente fecha, un marcador inmunohistoquímico específico, sin embargo esta descrito que la pérdida de expresión de CD34 puede ayudar a predecir la transformación maligna proliferante.

Dicha transformación maligna, consiste en la presencia de un componente invasivo con queratinización triquilemal clásica, con o sin invasión vascular/perineural. Su incidencia es desconocida, debido a que la mayoría son clasificadas erróneamente como carcinomas escamosos, siendo este su principal diagnóstico diferencial. Es importante esta distinción debido a que el MPTT tienen mayor posibilidad de metástasis y recurrencia. Presentamos este caso por tratarse de una entidad poco frecuente que amerita un diagnóstico acertado y preciso debido a su comportamiento agresivo.

9001-17 MOLLUSCUM CONTAGIOSUM ATÍPICO IMITANDO UNA ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA CUTÁNEA CD30+ EN DOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA.

Alfonso Úbeda Romero(1), Sara Marcos González(2), Enma María Linares Martín(2), Tamara Ranchal Pedrosa(3), Antonio Ríos Parra(4), Santiago Montes Moreno(2), Miguel Ángel Piris Pinilla(1) y M^a Carmen González Vela(2) de (1)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Quironsalud, Madrid, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), (3)Hospital Universitario La Princesa, Madrid y (4)Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.



Casos

Introducción: Las enfermedades infecciosas e inflamatorias cutáneas pueden presentar un número significativo de células CD30+, imitando una papulosis linfomatoide (PL) o un linfoma anaplásico de células grandes. Diversas entidades como la PLEVA, Dermatitis Atópica, Erupción Cutánea por Recuperación Linfocitaria, infecciones por virus (Herpes, Molluscum contagiosum, Parapoxvirus), parásitos, mycobacterias o toxicodermia por Carbamazepina, se han asociado con la presencia de células grandes CD30+ en infiltrados cutáneos pseudolinfomatosos.

Material y métodos: **Caso 1:** Mujer de 51 años con un nódulo de reciente aparición en la mejilla. La lesión se extirpa y en el estudio histopatológico se observa una invaginación epidérmica ocupada por cuerpos de molluscum (Fig. 1A y 1B) y un infiltrado inflamatorio difuso compuesto por linfocitos atípicos (Fig. 2A). El infiltrado constaba predominantemente de linfocitos T acompañados por grupos de células de gran tamaño CD30+ (Fig. 2B).

Caso 2: Mujer de 46 años que presenta un nódulo de crecimiento rápido en el muslo desde hace una semana. El examen histopatológico reveló la presencia de molluscum contagiosum (Figs. 3A-3C) acompañado por un infiltrado linfocitario atípico positivo con CD30 (Fig. 4A).

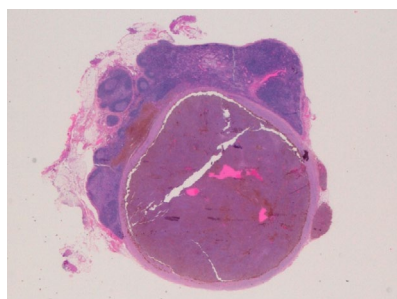
No se detectó clonalidad de la celularidad T acompañante en ninguno de los casos. Los pacientes no presentaban ninguna otra patología y no se encontró evidencia de desorden linfoproliferativo de ningún tipo en el seguimiento.

Discusión: El Molluscum contagiosum (MC) es una infección cutánea común que se ha descrito asociada a pseudolinfoma cutáneo en algunos casos. Según los datos publicados en la literatura, los virus y los fármacos son la causa más común asociada a la aparición de células CD30+ de gran tamaño en los infiltrados pseudolinfomatosos cutáneos. Hemos encontrado 10 casos de pseudolinfomas cutáneos asociados a MC, por lo que, a la luz de estos hallazgos, creemos que los infiltrados linfoproliferativos cutáneos CD30+ podrían tratarse de infiltrados reactivos por naturaleza.

Resultados: El reordenamiento de células CD30+ de gran tamaño en pequeños grupos no es exclusivo de los linfomas cutáneos CD30+ y en muchos casos puede realizarse un diagnóstico preciso únicamente a través de una buena correlación clinicopatológica.

9001-18 MELANOMA PRIMARIO INTRANODAL: ¿EXISTE? UN CASO A DEBATE.

Bartomeu Colom Oliver(1), Fernando Terrasa Sagristá(1), José Juan Torres Rovira(1), Carlos Saus Sarrias(2), Francisca Salva Ramonell(1), Javier Ibarra de la Rosa(1) y Ana Isabel de Hita Santabaya(1) de (1)Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) y (2)Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).



Ganglio linfático. Pieza quirúrgica.

Los melanomas que afectan inicialmente ganglios linfáticos, sin lesión primaria identificada, se han incluido habitualmente dentro del grupo de melanomas metastásicos de origen desconocido.

Presentamos un caso clínico de una mujer de 22 años sin antecedentes de interés, remitida por nódulo submandibular en línea media de 2 meses de evolución, con sospecha clínica de quiste tirogloso.

La PAAF de la lesión informaba de "población de células melanocíticas con abundante pigmento melánico. Se recomienda extirpación completa de la lesión".

En la pieza quirúrgica se observaba tejido correspondiente a ganglio linfático con una área bien delimitada conteniendo una población de células melanocíticas pigmentadas formando haces cortos y remolinos, de tipo epiteliode con núcleos vesiculosos grandes, ovoides o hendidos y nucleolo prominente con pigmento melánico pulverulento. Mostraba actividad mitótica elevada y el Ki-67 de hasta un 20%.

Por otro lado se observaba una segunda población celular de células fusiformes sin atipia en un área periférica, sin mitosis y mayor pigmentación. La tumoración era positiva para HMB45 y mostraba pérdida parcheada de expresión de p16.

La determinación BRAF resultó no mutada (WT).

El diagnóstico fue de "Ganglio con infiltración por melanoma" con un comentario: la neoplasia intranodal es maligna, puede corresponder a una metástasis de un melanoma primario desconocido o, debido a la presencia de células acompañantes sin atipia, podría corresponder a un nevus intranodal con transformación a melanoma maligno primario nodal.

Se realizó exploración exhaustiva por dermatología, ginecología, oftalmología, ORL y digestivo sin apreciar adenopatías patológicas ni lesiones pigmentadas atípicas, en piel, cuero cabelludo, aparato genital, ojo, cavidad oral ni en colonoscopia. Se realizó analítica y PET-TAC sin encontrar signos de malignidad.

Tras todas las exploraciones se planteaba el diagnóstico de metástasis de melanoma regresado vs melanoma primario intranodal. En el comité multidisciplinar de melanoma se decidió realizar linfadenectomía cervical funcional y submaxilectomías bilateral e Interferon adyuvante posterior. La anatomía patológica fue negativa para 56 ganglios linfáticos y ambas salivares.

Tras dos años y medio de seguimiento, la paciente se mantiene libre de enfermedad.

9001-19 ATROFODERMIA LINEAL DE MOULIN.

María Eulalia García Solano(1), Ana Buendía Alcaraz(1), Diana González Olmos(2), Ana Isabel Sánchez Pérez(2), Encarnación Sánchez Baeza(2), Mónica Henarejos Flores(2), Raimundo Caballero López(2), José Víctor Bolarín Lucas(2), Esmeralda de la Sovera González(3) y María del Mar Segura Garrido(3) de (1)Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia), (2)TEAP del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia) y (3)TEAP del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia).



Hiperpigmentación cutánea siguiendo Líneas de Blaschko.

Introducción: La atrofia lineal de Moulin se describió por primera vez en 1992 y esta caracterizada por una atrofia dérmica hiperpigmentada que sigue las líneas de Blaschko. El inicio suele ser durante la infancia o la adolescencia.

Material y métodos: Se presentan 4 casos de mujeres entre 17 y 82 años, con sospecha clínica de mosaicismo pigmentario o atrofia lineal.

Descripción histopatológica: Epidermis normal o atrofia, con hiperpigmentación basal. Dermis superficial con respuesta inflamatoria crónica leve, en todos los casos constituida por linfocitos y macrófagos. Leve engrosamiento de haces colágenos en uno de los casos. Sin alteraciones en el resto de la dermis ni en tejido celular subcutáneo incluido.

En estos casos estudiados el diagnóstico anatomopatológico fue de ATROFIA CUTÁNEA LENTIGINOSA compatible con el diagnóstico clínico de ATROFODERMIA LINEAL DE MOULIN.

Discusión: La atrofia lineal de Moulin se caracteriza clínicamente por lesiones en banda atróficas adquiridas, normalmente hiperpigmentadas y que siempre siguen las líneas del Blaschko. La patogénesis aún es desconocida pero se podría explicar por una mutación somática que ocurre en la embriogénesis temprana debido a un mosaicismo.

El diagnóstico diferencial de este desorden debería realizarse principalmente con la atrofia lineal de Pasini y Pierini y con la morfea, además de las dermatosis pigmentarias que siguen las líneas de Blaschko pero que muestran hallazgos histológicos diferentes.

No se ha encontrado tratamiento eficaz para este desorden. El pronóstico es favorable y es una entidad ausente de complicaciones.

9001-20 EXCEPCIONAL ASOCIACIÓN DE LEIOMIOSARCOMA CUTÁNEO A SÍNDROME DE REED.

Verónica Andrade Gamarra(1), Clara Alfaro Cervelló(1), Rebeca Velasco Huici(1) y José Carlos Monteagudo Castro(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia.

El síndrome de Reed se caracteriza por la presencia de leiomiomas cutáneos múltiples y leiomiomas uterinos y se hereda de forma autosómica dominante. Está causado por una mutación en el gen de la fumarato hidratasa (FH). El 14% de los pacientes presenta también un carcinoma de células renales agresivo, el carcinoma papilar de tipo II. A esta asociación se le conoce como síndrome de leiomiomatosis hereditaria y cáncer de células renales (HLRCC).

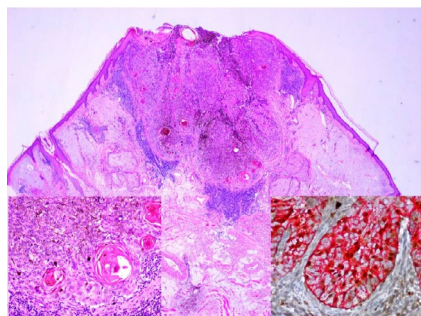
Presentamos un caso de una mujer colombiana de 47 años, que acudió al servicio de dermatología por lesiones cutáneas múltiples de 8 años de evolución, papulares, eritemato-parduzcas, de consistencia elástica, algunas de ellas dolorosas, y localizadas en escote, extremidades y tronco. La lesión más dolorosa fue reseada y correspondía histológicamente a un leiomioma cutáneo de bajo grado. La paciente tenía antecedentes personales de histerectomía por leiomiomatosis uterina a los 39 años y antecedentes familiares de leiomiomatosis uterina en madre y hermana, que requirieron histerectomía a los 30 y 43 años respectivamente. Nuestra paciente está pendiente de estudio del gen FH.

El leiomioma cutáneo representa el 2-3% de los sarcomas, pero asociado al síndrome de Reed es absolutamente excepcional. En la literatura solo se ha descrito un caso de leiomioma cutáneo en un paciente con síndrome de Reed con mutación del gen FH, así como un caso de leiomioma cutáneo en una familia con carcinoma de células renales sin mutación del gen FH. El interés de esta comunicación consiste en la extraordinaria rareza del leiomioma cutáneo en pacientes con este síndrome y en analizar la posible asociación a leiomiomas o leiomiomas atípicos de localización uterina. Por último, recordar que es importante la vigilancia de estos pacientes por ecografía renal, por su asociación con el carcinoma papilar de células renales.

9001-21 TUMOR ESCAMOMELANOCÍTICO, DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

Carlos Humberto Gordillo Vélez(1), Alfonso Ascención Díaz(1), Tania Marusia Capusan(1), Al Walid Freih(1) y Javier Fraga Fernández(1) de (1)Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Describimos dos casos de tumor escamomelanocítico de la piel. Clínicamente ambas lesiones tenían una impresión diagnóstica de carcinoma epidermoide o epiteloma basocelular, previos a la biopsia. Histológicamente se observa una tumoración dependiente de la epidermis que se



Escamomelanocítico

extiende a la dermis subyacente en forma de nódulo compacto que expande la dermis papilar e infiltra la dermis reticular superficial, constituida por células epitelioides con marcada diferenciación queratósica central y otras vagamente epitelioides con pigmentación melánica. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad de las células tumorales para marcadores melanocíticos, citoqueratinas y p40. Se ha realizado estudio ultraestructural en uno de los casos el cual ha revelado diferenciación escamosa y melanocítica, en la misma población celular.

El tumor escamomelanocítico de la piel, es una neoplasia infrecuente, recientemente descrita y compuesta por una mezcla de fenotipo celular escamoso y melanocítico. Se han descrito en la literatura alrededor de 17 casos, en dos de los cuales se ha realizado estudio ultraestructural. Esta entidad clínicopatológica bien definida, se presenta de manera más frecuente en la piel de la cara, de adultos de edad media y ancianos aunque también se ha observado en las extremidades superiores, espalda y piernas, como un nódulo hiperpigmentado de aspecto infiltrado.

La gran parte de los casos descritos muestran conexión con la epidermis y están conformados por células epiteliales atípicas que muestran diferenciación escamosa y células epitelioides atípicas pigmentadas. El estudio inmunohistoquímico revela ambos fenotipos escamoso y melanocítico en todos los casos. El origen de la diferenciación dual o bidireccional no está claro, aunque se han propuesto varias hipótesis, las más aceptadas son la divergente que dice que el tumor exhibe heterogeneidad neoplásica por contener dos clones diferentes de células neoplásicas, y la convergente que sustenta la formación de células neoplásicas híbridas o quiméricas que retienen propiedades de células escamosas y melanocíticas. El comportamiento biológico del tumor es actualmente incierto; dicho esto pensamos que es muy importante la identificación, descripción, seguimiento y evaluación de estos tumores y estimar en el futuro su verdadero potencial biológico.

9001-22 SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Rocío Solórzano Mariscal(1), José M. Martínez de Victoria Muñoz(1), Francisco Manuel Ramos Pleguezuelos(1), Rafael J. Luque Barona(1), Bélgica Márquez Lobo(1), Miguel Ángel Gentil Jiménez(1), M^a Dolores Martín Salvago(1), Vicente Crespo Lora(1), César Luis Ramírez Tortosa(1) y Fernando Elosegui Martínez(1) de (1)Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: El Sarcoma Pleomórfico Dérmico (SPD) es un tumor poco documentado en la literatura que aparece en áreas foto-expuestas de personas mayores, y se origina en la dermis. Presenta características morfológicas e inmunohistoquímicas similares a las del Fibroxantoma Atípico (FXA), aunque con algunas diferencias. El objetivo del estudio es revisar los casos de esta rara entidad en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos dos casos de SPD que corresponden con varones de 62 años (paciente 1) y 88 años (paciente 2), fumadores, sin antecedentes clínicos de interés.

Resultados: En ambos casos se observaron lesiones exofíticas, rojizas, ulceradas, de 2-3 cm; en el paciente 1 las lesiones, de 3-4 años de evolución, se localizaban en espalda, y el paciente 2 presentaba una lesión de 2-3 meses de evolución en región retroauricular. El estudio histopatológico reveló una proliferación asimétrica en dermis, constituida por células fusiformes atípicas junto con células epitelioides con marcado pleomorfismo y ocasionales células gigantes multinucleadas. Las células presentaban núcleos grandes, irregulares, con uno o varios nucléolos evidentes, y numerosas figuras de mitosis, algunas de ellas tetrapolares. En áreas profundas, se observaron vasos con marcada permeación tumoral. Se identificó inmunoeexpresión de las células tumorales para vimentina y CD10, y negatividad para S-100, HMB45, Melan-A, CKAE1/AE3, p63, CD34 y CD31. El estudio de extensión en el paciente 1 fue negativo, mientras que en el paciente 2 se observaron nódulos pulmonares y cervicales sospechosos de metástasis.

Discusión: El SPD presenta características morfológicas e inmunohistoquímicas similares al FXA, pero a diferencia de este, muestra infiltración de los tejidos profundos subcutáneos, necrosis e invasión linfovascular o perineural. Aunque podrían formar parte del mismo espectro, es importante diferenciar las dos entidades, ya que el SPD tiene un comportamiento clínico más agresivo y peor pronóstico, con un riesgo de recurrencia local del 28%, y riesgo de metástasis inferior al 5% (generalmente afectando a piel y ganglios linfáticos). El diagnóstico es de exclusión, por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con carcinomas sarcomatoides, melanoma, angiosarcomas, leiomioma, dermatofibrosarcoma protuberans y mixofibrosarcoma.

9001-23 DERMATOFIBROMA CON HIPERPLASIA SIRINGOFIBROADENOMATOSA CON CAMBIO QUÍSTICO.

Juan Luis Gutiérrez Cierco(1), Álvaro Gutiérrez Domingo(1), Sara Pabón Carrasco(1), Carolina Manzotti(1), Enrique Rodríguez Zarco(1) y Juan José Ríos Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes: El dermatofibroma (DF) es la neoplasia mesenquimal más frecuente de la piel, considerada por algunos autores un proceso reactivo más que tumoral. Se han descrito numerosos tipos histológicos en relación con detalles arquitecturales, morfología celular o características estromales. Los cambios epidérmicos son también característicos y de ayuda diagnóstica. En los últimos años se han publicado dos casos de DF con glándulas apocrinas y tres casos de tumores combinados caracterizados por un componente de cistoadenoma apocrino con estroma reactivo similar a un DF hemosiderótico.

Material y método: Paciente varón de 45 años con nódulo cutáneo de años de evolución en su pierna izquierda, de superficie lisa y pigmentada. Se realiza extirpación completa.

Resultados: El estudio histológico demostró un dermatofibroma (fibrohistiocitoma benigno) con una hiperplasia siringofibroadenomatosa en tercio proximal de la dermis en continuidad con la epidermis acantósica. En el estroma adyacente a dicha hiperplasia se observaban nu-

merosos grupos de células plasmáticas. En el seno del dermatofibroma existían numerosas estructuras quísticas tapizadas por un epitelio de características apocrinas sin atipia.

Conclusiones: Los cambios epidérmicos, posiblemente inducidos por mediadores químicos liberados por fibroblastos, son más prominentes en el área de la dermis superficial, por encima del DF, aunque la inmunotinción con pancitoqueratina demuestra como la hiperplasia siringo-fibroadenomatosa se introduce en el seno del DF, llegando a la proximidad de las estructuras quísticas. El origen del componente glandular en las neoplasias citadas anteriormente es discutible y en opinión de los autores que las describieron podría tratarse de un atrapamiento y posterior quistificación por oclusión de los conductos. La localización de nuestro caso en una zona cutánea no apocrina (pierna) nos inclina a pensar que podría tratarse de una inducción de epitelio glandular.

ZONA POSTER

9002

DIGESTIVO Y HEPATOBILIAR

9002-24 ENFERMEDAD DE WHIPPLE A PROPÓSITO DE UN CASO.

Isabel Viqueira Rodríguez(1), Daniel Corrales Cruz(1), Estibaliz Obregón Martínez(1) y Lucía Pérez Gallego(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La enfermedad de Whipple es una enfermedad multisistémica causada por una bacteria gram positiva, el *Tropheryma Whipplei*. Afecta predominantemente a adultos de sexo masculino entre los 30-50 años.

Material y método: Varón de 76 años de edad, con cuadro clínico de mareos, inestabilidad, sudoración, estreñimiento y rubefacción facial de año y medio de duración con notable pérdida de peso. Mediante técnicas de imagen, se evidencia la presencia de múltiples adenopatías mesentéricas de 1,7 cm. de diámetro máximo, sin otros hallazgos clínicos-analíticos relevantes. Se remite para estudio anatomopatológico un ganglio linfático mesentérico de 1 cm. de eje máximo, con el juicio clínico de probable Síndrome Linfoproliferativo.

Resultados: Histológicamente se observa un ganglio linfático con frecuentes cavidades vacuoladas de aspecto graso, y presencia de histiocitos con citoplasma granular PAS positivo. Se acompaña de células gigantes multinucleadas y frecuentes eosinófilos. Se diagnosticó como hallazgos histológicos compatibles con linfadenopatía lipídica, adjuntando un informe complementario donde se aconseja realizar diagnóstico diferencial con diferentes entidades que incluye, enfermedades por depósitos y enfermedades infecciosas, entre ellas la enfermedad de Whipple. Se recibe con posterioridad una biopsia duodenal donde se evidencia la presencia de vellosidades intestinales expandidas por acúmulos de macrófagos con gránulos intracitoplasmáticos PAS positivo, con frecuentes eosinófilos, informado como hallazgos histológicos concordantes con Enfermedad de Whipple.

Conclusión: La enfermedad de Whipple es una rara entidad causada por el *Tropheryma Whipplei*. Cursa con síndrome constitucional, con predominio de clínica gastrointestinal, con afectación articular y del sistema nervioso. Ha de realizarse diagnóstico diferencial con entidades por depósito y otros procesos infecciosos. Se diagnostica mediante biopsia duodenal, con técnica PAS, microscópica electrónica o realización de PCR. Nuestro paciente, tras tratamiento, sufre recuperación completa.

9002-25 SARCOIDOSIS HEPÁTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

David Corrales Mateo(1), Juan Jesús del Río Ignacio(1), María Elena Castillo Justo(2), Blas Meléndez Guerrero(1) y Marcial García Rojo(1) de (1)Hospital de Jerez, Cádiz y (2)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de etiología desconocida, caracterizada por el acúmulo de células inflamatorias con formación de granulomas epitelioides no caseificantes debido a una respuesta inflamatoria excesiva.

El pulmón y los ganglios linfáticos de los hilos pulmonares son los órganos más frecuentemente afectados (90% de casos), aunque puede verse involucrado cualquier órgano. La afectación hepática aislada es rara y la forma de presentación clínica variable.

Para el diagnóstico de certeza es necesario, junto con los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos compatibles, una biopsia hepática que muestre granulomas no caseificantes típicos.

Material y método: Presentamos un caso de sarcoidosis hepática, confirmada histológicamente mediante biopsia, en una paciente de 74 años, que acude a consulta por astenia, e ingresa de forma programada para realización de biopsia hepática, por LOEs hepáticas sugestivas de metástasis de probable primario de vía biliar en los estudios de imagen.

Resultados y conclusiones: El 95% de los pacientes con sarcoidosis sistémica tienen alguna forma de afectación hepática asociada. La sarcoidosis hepática aislada es extremadamente rara. En la mayoría de los casos es asintomática y se limita a alteraciones de la bioquímica hepática, desarrollando signos y síntomas en menos del 30% de los casos.

El diagnóstico de la sarcoidosis hepática es complejo y los hallazgos de laboratorio son inespecíficos. El diagnóstico se confirma, apoyado por datos clínicos, de laboratorio y radiológicos, por los hallazgos histológicos.

El tratamiento es controvertido, al no haberse realizado grandes ensayos controlados. La mayoría de autores recomiendan el uso de corticoides en pacientes con sarcoidosis hepática sintomática y colestasis o elevación de transaminasas.

9002-26 PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO CONCOMITANTE CON ADENOMA TUBULAR GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO.

Leynis Isabel Martínez Blanco(1), Isabel González Villa(1), Cipriano Manzano Sanz(1), Idaira Expósito Afonso(1), Emilio González Aray(1), Ángel Nazco Deroy(1) y Yamilet Quintero Quintero(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una lesión mesenquimal infrecuente del tracto gastrointestinal. Su asociación con el adenoma y carcinoma gástrico ha sido poco reportada en la literatura, solamente 7 casos publicados.

Objetivo: El objetivo de éste estudio es evaluar las características clínicas, morfológicas, inmunohistoquímicas y moleculares de ésta lesión.

Método: Presentamos el caso de una paciente de 84 años que fue sometida a gastrectomía parcial por un gran adenoma tubular gástrico, con cambios displásicos de alto grado, subyacentemente acompañado de un pólipo fibroide inflamatorio en submucosa.

Resultado: El estudio histológico reveló una proliferación de glándulas tubulares, tapizadas por epitelio cilíndrico alto, pseudoestratificado, con disminución de la mucosecreción y alguna figura de mitosis. Focalmente áreas de displasia de alto grado, con pérdida de la polaridad e incremento de la pseudoestratificación. Dicha lesión asienta sobre una proliferación de células mesenquimales fusiformes, sin atipias ni mitosis, dispuestas de manera concéntrica a vasos sanguíneos ectásicos, acompañado de intenso infiltrado inflamatorio crónico, con llamativo predominio de eosinófilos. Perfil inmunohistoquímico CD34 positivo.

Conclusión: El PFI es una rara lesión benigna, pero su presencia concomitante con adenoma o adenocarcinoma gástrico, junto con los análisis moleculares, apoyan la naturaleza neoplásica de ésta lesión.

9002-27 AFECTACIÓN DE LA MUCOSA INTESTINAL POR ENDOMETRIOSIS: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES Y REVISIÓN CASUÍSTICA.

Rosa María Ríos Pelegrina(1), Beatriz Rueda Villafranca(1) y Carmen López Peña(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Antecedentes y objetivos: Se presentan tres casos de mujeres en edad fértil con dolor pélvico y sangrado rectal. El estudio endoscópico reveló en los tres casos, lesiones de aspecto polipoides en recto.

Se pretende exponer una entidad poco frecuente y sus posibles diagnósticos diferenciales.

Materiales y métodos: Se recogen 3 casos diagnosticados en los últimos 10 años en nuestro hospital de mujeres con lesión excrecente a nivel de mucosa rectal. Se tomaron biopsias en cada uno de los tres casos.

Tras su procesamiento en parafina, se procede a la tinción con hematoxilina-eosina (H-E) y a la aplicación de técnicas inmunohistoquímicas (IHQ).

Resultados: En el primer caso, el estudio microscópico reveló en la mucosa rectal la presencia de glándulas endometriales positivas para CK7 entremezcladas con glándulas del colon CK20+, rodeadas por células estromales CD10+. En el segundo, en la H-E era evidente un estroma de tipo endometrial, apareciendo algunas glándulas al realizar cortes para IHQ. En ambos casos, se diagnosticó endometriosis.

En el tercer caso, sólo se observó inflamación crónica focal, con leves cambios glandulares de tipo regenerativo. CK7 y CD10 resultaron negativas, emitiendo como diagnóstico proctitis crónica focal.

En este último caso, debido a la discordancia clínica y agravamiento del cuadro, se realizó resección quirúrgica de colon derecho e izquierdo, poniendo de manifiesto en el estudio histológico, glándulas de tipo endometrial y estroma Mülleriano en la pared intestinal, con positividad para CK7 y CD10 respectivamente; además de un extenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario transmural, ulceraciones y fenómenos aislados de criptitis, siendo hallazgos concordantes con enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn.

Conclusiones: La presencia de endometriosis en el tracto intestinal es una entidad poco frecuente, siendo, por orden, las zonas más frecuentemente afectadas, el recto seguido de sigma y apéndice.

Lo más común es la afectación extrínseca de la pared intestinal, siendo infrecuente la afectación de la mucosa. De ahí su dificultad diagnóstica a través de colonoscopia.

Ante una lesión excrecente o ulcerada en la mucosa rectal de una mujer en edad fértil, se proponen como diagnósticos diferenciales la EII, la neoplasia de colon y la afectación por endometriosis, siendo de gran ayuda para diferenciar estas entidades las técnicas IHQ.

9002-28 SARCOMA DE KAPOSI GÁSTRICO ASOCIADO A VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Isabel Arranz Salas(1), Isabel Álvarez Mancha(1), Dora Viveros García(1), Virginia González Zafra(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), Elena Cañestro Rueda(1), Isabel García Muñoz(1), M. Victoria Ortega Jiménez(1), Luis Vicioso Recio(1) y M. Isabel Hierro Martín(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia multifocal sistémica con origen en el endotelio vascular, que suele aparecer en la piel, aunque también puede afectar a vísceras. Su etiología está relacionada con la infección por el herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8). Es la neoplasia maligna más comúnmente observada en pacientes con VIH, presentando una incidencia superior al 50%. Antes del uso de la terapia antiretroviral, la afectación del tracto gastrointestinal se presentaba en el 40% de los pacientes, diagnóstico cada vez más infrecuente en la actualidad.

Material y método: Varón de 36 años, con antecedentes de VIH y SK diseminado con afectación pulmonar, adenopatías mesentéricas, retro-peritoneales y lesiones cutáneas, que ingresa en Unidad de Infecciosos por deterioro del estado general y dolor abdominal, con realización de endoscopia digestiva sugestiva de afectación gástrica y toma de biopsias.

Resultados: En nuestro caso se reciben fragmentos irregulares de tejido en los cuales se observan espacios vasculares con forma de herradura y células endoteliales grandes acompañados de un infiltrado mixto. Esta proliferación vascular fue positiva para CD34, negativa para S-100 y presentaba positividad nuclear para HHV-8.

Discusión: El SK gástrico endoscópicamente se suele presentar en forma de nódulos rojo-azulados, aunque en ocasiones los hallazgos son similares a los de una úlcera péptica. Por tanto, histológicamente se debe realizar una evaluación exhaustiva de la proliferación vascular para diferenciar un tejido de granulación del SK. Mientras que ambas entidades son positivas para CD34, el SK presenta positividad para HHV-8. El diagnóstico diferencial también hay que realizarlo con otras lesiones estromales que imitan clínica y morfológicamente al SK gastrointestinal, tales como el melanoma de células fusiformes, pseudotumores inflamatorios, leiomiomas y GIST, todos ellos negativos para marcadores de células endoteliales.

Conclusiones: Como hemos visto el SK gástrico debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial en los casos de asociación de úlcera gástrica e inmunodeficiencia. Cuando está asociado a VIH es generalmente agresivo y multifocal, afectando a piel, mucosa oral, ganglios, pulmones, hígado, bazo y tracto gastrointestinal, asociándose estos casos de afectación visceral a un mal pronóstico.

ZONA POSTER

9003

ENDOCRINO

9003-29 CARCINOMA DE PARATIROIDES PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), M^a Teresa Ramírez Gasca(1), Begoña Fuertes Negro(1), Hristo Iliev Iliev(1) y M^a José Morandeira García Lacruz(1) de (1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El carcinoma de paratiroides es un tumor muy raro, representa alrededor del 0,005% de todos los cánceres., Clínicamente suele presentarse con una masa cervical palpable, parálisis de cuerdas vocales y recurrencia de hiperparatiroidismo poco después de la cirugía. Los datos bioquímicos sugestivos de un carcinoma paratifoideo, incluyen valores muy altos de Ca en suero o de PTH., Microscópicamente los criterios de malignidad que se valoran para el diagnóstico, incluyen invasión vascular, infiltración capsular, extensión obvia a tejidos blandos o metástasis.

Material y métodos: Mujer de 79 años con clínica de alteración en el metabolismo del Ca manifestada por angor pectoris, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, litiasis renal, fractura de tibia y peroné. Antecedentes de hemitiroidectomía izquierda. Acude a urgencias por malestar general fiebre de 38 °C, dolor en brazo izquierdo, hipotensión y desorientación., Al examen físico presenta nódulo en lóbulo tiroideo derecho, que por gammagrafía impresiona de adenoma de paratiroides., Ingresa para la realización de cirugía programada.

Durante el acto quirúrgico se realiza biopsia intraoperatoria y determinación de PTH preoperatoria, con control post- operatorio, (además de otros estudios bioquímicos), con los siguientes Resultados.

Bioquímica hormonal.

Resultado Valor de referencia.

PTH (preoperatorio) 1768 pg/ml 14-72**.

PTH (post-operatorio) 118 pg/ml.

Resultados: Se recibe en acto intraoperatorio nódulo de 2,5 cm de diámetro máximo de coloración rosada, consistencia media y 8g de peso, al corte exhibe hendiduras con contenido traslúcido.

Histológicamente se corresponde con tejido paratiroideo en que se observan células con moderado pleomorfismo nuclear, frecuentes figuras mitóticas, la tumoración se encuentra encapsulada, se reconocen varias imágenes de nudos tumorales adheridas a la pared de vasos sanguíneos fuera de la cápsula.

Conclusión: El diagnóstico de nuestro caso fue de carcinoma de paratiroides, por que se observan criterios de malignidad; figuras mitóticas fáciles de encontrar, claras imágenes de invasión extracapsular, infiltración vascular sanguínea, además que de acuerdo a la literatura los niveles elevados de PTH por encima de 300pg/ml, suele ser otro indicador importante de malignidad (nuestra paciente tenía un valor preoperatorio de PTH: 1768 pg/ml). Actualmente se encuentra asintomática.

9003-30 HETEROTOPIA DE GLÁNDULA SALIVAL EN UN ADENOMA DE PARATIROIDES.

Mónica Negueruela López(1), María Jesús Fernández-Aceñero(1), Lourdes Estrada Muñoz(1), Cristina Díaz del Arco(1), Estela Aguilar Navarro(1), Guillermo García Diego(1), Ana Caso Viesca(1), Jorge Palomar Ramos(1) y Luis Ortega Medina(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La heterotopia de glándula salival es un proceso clínico infrecuente. Su aparición en relación a un adenoma de paratiroides no está descrita.

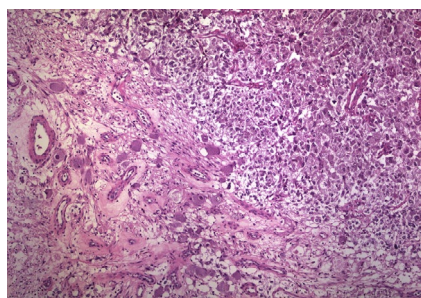
Material y métodos: Notificación de un caso. Se trata de un varón de 47 años con antecedentes de asma, síndrome de apnea obstructiva del sueño y nefrolitiasis con diagnóstico clínico de adenoma paratiroideo retroesternal. En el estudio histológico de la pieza de parotidectomía se confirma un adenoma, pero destaca la existencia de focos de células poligonales de citoplasma basófilo y núcleos de cromatina gruesa que forman grupos acinares, compatibles con heterotopia de glándula salival.

Discusión: Tras diagnosticar este caso, realizamos una búsqueda retrospectiva desde 1999 a 2014 en la base de datos del Hospital Clínico San Carlos para localizar todas las biopsias de paratiroides. Dicha búsqueda arrojó un total de 535 pacientes y solo el presente caso presentaba un foco ectópico de glándula salival (0,0018 %). Este dato confirma la rareza de la heterotopia de glándula salival en paratiroides. Sin embargo, todavía más excepcional es su aparición sobre un adenoma, como sucede en nuestro caso. No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre este tipo de asociación.

9003-31

FEOCROMOCITOMA COMPUESTO (FEOCROMOCITOMA-GANGLIONEUROMA): ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Y MOLECULAR.

Nuria Escudero García(1), Silvia Margarita García Acuña(1), María Elena Couso Folgueira(1), María Sánchez Ares(1), Yolanda Rico Rodríguez(1), Raquel Pérez Becerra(1), Lourdes Loidi Fernández(1) y José Manuel Cameselle Teijeiro(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.



Feocromocitoma compuesto. Área de interfase.

El feocromocitoma compuesto (FC) es una rara neoplasia constituida por la combinación de feocromocitoma y tumores neurogénicos (ganglioneuroma [70-80%], ganglioneuroblastoma [10-20%] y rara vez tumor maligno de vaina nerviosa periférica). Representa menos del 3% de las neoplasias adrenales; está asociado a la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) en un 17% de los casos y hasta un 50% si la lesión adrenal es bilateral. También se ha descrito en la neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (MEN 2A).

Presentamos un caso de FC en un varón de 59 años, con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, que en el estudio preoperatorio de dos adenocarcinomas sincrónicos de colon (estadio IIIA), mostró una masa suprarrenal izquierda de 5 cm, con aumento de los valores urinarios de metanefrina y normetanefrina y diagnóstico clínico de feocromocitoma.

La pieza de adrenalectomía izquierda mostró una lesión carnosa y encapsulada de hasta 4'3 cm, bifásica, con una mitad pálida y otra rojiza. Microscópicamente, la lesión pálida (ganglioneuroma) estaba compuesta por células ganglionares maduras, grandes, irregulares, algunas multinucleadas y por fascículos de células de Schwann; el área rojiza mostró un feocromocitoma, con el característico patrón Zellballen, sin datos de infiltración ni de permeación vascular. En el estudio inmunohistoquímico el componente de feocromocitoma resultó positivo para cromogranina y sinaptofisina, con un índice de Ki-67 <1%, siendo las células sustentaculares positivas para S100 y negatividad para CKAE1/AE3, VIP-1 y neurofilamentos; el componente de ganglioneuroma mostró positividad para sinaptofisina, neurofilamentos y S100, con un índice de Ki-67 <1%, y negatividad para CKAE1/AE3, VIP-1 y cromogranina. No se evidenció reactividad para p53. El estudio mutacional en línea germinal mediante NGS y MLPA para los genes EGLN1, EPAS1, FH, KIF1B, MAX, MEN1, RET, SDHA, SDHAF1, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127 y VHL.

El FC es una neoplasia poco frecuente, que en los casos esporádicos suele ser unilateral.

ZONA POSTER

9004

GESTIÓN

9004-32 SISTEMAS DE TRAZABILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTUDIO CUALITATIVO E IMPACTO ASISTENCIAL.

J. L. Álvarez(1), B. León(1), R. García-Rubio(1), T. García(1), T. González(1), C. Lezana(1), J. Lloreta(1), M. Iglesias(1) y F. Alameda(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: El sistema de trazabilidad Vantage® permite el seguimiento de una muestra desde su recepción hasta su archivo e integra el trabajo de todos los profesionales del laboratorio conectando también todas las estaciones de trabajo (macroscopía, microscopía, inclusión y entrega de tinciones) ofreciendo finalmente una mayor seguridad a los pacientes, evitando errores asociados con la mala identificación de la muestra.

Metodología: Comparamos la experiencia con el sistema Vantage® con el antiguo funcionamiento de trabajo en el laboratorio, analizando los siguientes aspectos: recepción y registro de muestras, codificación de casetes, etiquetaje de laminillas y entrega.

Resultados: En la recepción de la muestra hemos pasado de un etiquetaje manual a la generación de un número de biopsia asociada a un código de barras de forma automática, que será el que identificará la muestra a lo largo de todo el proceso. En macroscopía el código de barras se asocia automáticamente a la biopsia, se generan los casetes y la petición de técnicas, eliminando un posible error humano al identificar las muestras. En el laboratorio, las laminillas se identifican por la etiqueta con la técnica, eliminando también un posible error humano. Esta metodología permite además el seguimiento del caso durante el proceso.

Conclusión: Podemos decir que el sistema de trazabilidad Vantage® es una solución informática global de gestión de la muestra que mejora el flujo de trabajo, control y gestión de la información en los procesos. Aumenta también la seguridad para el paciente.

9004-33

CONFIRMA HER2: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DETERMINACIONES DE HER2 EN EL HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA (TORRELAVERGA, CANTABRIA), TRAS LA ADHESIÓN A LOS PROGRAMAS DE CALIDAD DE LA SEAP.

Clara Isabel Caballero Escudero(1), Andrés Gúezmes Domingo(1), M^a Concepción Mira Soto(1), Teresa Azcarretazabal González-Ontaneda(1), Olga Acinas García(1) y Pablo Jesús Villa Peña(1) de (1)Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

Introducción: Los programas de calidad de la SEAP fueron creados para promover difundir y mejorar la calidad de las técnicas implantadas en los laboratorios de Anatomía Patológica. La plataforma de control externo CONFIRMA HER2 (PcCH), es un sistema de gestión de calidad para el seguimiento de las determinaciones de la sobreexpresión o amplificación del oncogén Her2 en cáncer de mama infiltrante.

Material y métodos: Realizamos un estudio comparativo de 127 casos de cáncer de mama infiltrante (CMI) no incluidos en PcCH del Hospital de Sierrallana, en el periodo 2014-2015, en los que se determinó Her2 por inmunohistoquímica (IHC) y su amplificación por Hibridación in situ (SISH), con 62 casos de CMI añadidos a la PcCH, en el periodo 2016-2017 y 62.100 casos del resto de hospitales del estado español adheridos a la PcCH (1).

Resultados: En el periodo 2014-2015 el 66,14% (84) de casos de CMI fueron Her2 negativos (IHC 0/+ y no amplificados) y un 31,49% (40) Her2 positivos (IHC 3+ y amplificados). En el periodo 2016-2017 el 83,3% (52) de CMI fueron Her2 negativos y un 16,7% (10) Her2 positivos. A nivel nacional en el periodo 2013-2017, el 82,5% (51.233) de los CMI fueron Her2 negativos y un 17,5% (10.867) Her2 positivos (1).

Conclusiones: El Hospital Comarcal de Sierrallana se adhirió al PcCH en Abril del 2016; previamente se implantaron controles internos en la preparación y el Control de calidad de la SEAP. Tras la implantación del PcCH en nuestro hospital no se apreciaron diferencias significativas en la positividad de Her2 frente al resto de centros participantes (1). Sin embargo, sí que observamos diferencias con el periodo previo a la adhesión de nuestro centro a la PcCH. Hay un aumento del 17,16% de Her2 negativos y una disminución del 14,79% de Her2 positivos, entre ambos periodos. Estos resultados imprimen confianza y seguridad al laboratorio, a los patólogos que diagnostican y al oncólogo que trata al paciente.

Resultados: estadísticos del programa de Garantía de Calidad en Patología de la SEAP CONFIRMA HER2.

ZONA POSTER

9005

GINECOLOGÍA

9005-34

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Johanna Palacios Ball(1) y Pedro de Llano(1) de (1)Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El Carcinoma de Celulas claras de ovario es un tumor maligno de origen mülleriano, poco frecuente, que aparece en menos del 2% de todos los carcinomas de ovario, y entre el 5-25 % de los CA epiteliales; con una edad media de 55 años, y hasta en un 40% de los casos asociado a endometriosis. Suelen tener un curso clínico y pronóstico desfavorable en relación con otros carcinomas epiteliales.

Caso clínico: Mujer de 75 años, referida a Ginecología, por prolapso genital. Al examen físico presenta una masa intraabdominal, sólida, móvil, de probable origen pélvico, que llega hasta el ombligo. En la TAC abdomino-pélvica se identifica una gran masa intraabdominal, sólida, que alterna con áreas quísticas, y que impresiona originarse en la pelvis, no visualizando los ovarios.

Se le realiza Salpingooforectomía derecha, recibiendo pieza de ovario de 1793 gs de peso y de 20 x 17 x 12 cm; con superficie lobulada, pardo rojizo y consistencia renitente; con áreas predominantemente quísticas y algun foco de necrosis. Trompa uterina normal.

En la microscopía se identificó una proliferación celular, con patron de crecimiento predominantemente tubulo-quístico, y además áreas sólidas y papilares; constituidas por células de talla mediana, con citoplasmas opticamente claros, nucleos vesiculosos, ovalados, hipercromáticos, rechazados a la periferia y hacia el borde luminal, especialmente en la áreas papilares; con ocasional nucleolo visible y algunas inclusiones intracitoplasmáticas eosinofílicas. En la luz de la estructuras tubulares, se observa material eosinófilo, y escaso moco. Las células tumorales expresan CK 7, PAX 8, CD15, EMA, Napsina A; y son negativas frente a CK 20, WT1, ER, PR y CD10.

Conclusión: El CCC es una neoplasia poco frecuente, que suele asociarse endometriosis. Por diversas alteraciones moleculares, ésta endometriosis pueden sufrir una progresión maligna. Debido a que con frecuencia muestran varios patrones de crecimiento y atipia nuclear, no suelen graduarse desde un punta de vista histológico. Suelen ser de peor pronóstico que otros carcinomas de ovario en estadios similares y tiene una supervivencia a los 5 años oscila entre el 69% y 4% en los estadios I y IV respectivamente.

9005-35

CARCINOMA CUNICULATUM DE VULVA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Ghita Tagmouti(1), Belén Lloveras(1), Nuria Juanpere(1), Ignacio Sánchez(1), Mónica González(1), Adriá Lloret(1), Gemma Mancebo(1), Belén Esteban(1), Francesc Alameda(1) y José María Soler(1) de (1)Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: El Carcinoma Cuniculatum (CC) es una variante muy poco frecuente de carcinoma escamoso. Se ha descrito preferentemente

en cavidad oral, pene, faringe, y región plantar. La vulva, es una localización poco habitual, con dos casos descritos en los últimos 20 años. Se considera un carcinoma escamoso no relacionado con la infección del virus papiloma humano (VPH). Clínicamente se presenta como una lesión de crecimiento lento con invasión local.

Histológicamente se presenta como una proliferación de células escamosas bien diferenciadas con leve atipia nuclear en la capa basal y un patrón de infiltración formando túneles (como madrigueras de conejo, Cuniculus en latín). La extensión ganglionar es rara. El pronóstico es bueno. El tratamiento quirúrgico consiste en una exéresis de la lesión, sin linfadenectomía. La radioterapia está contraindicada.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente, de 77 años con una lesión vulvar de un mes de evolución, eritematosa, erosiva y friable, de 3 cm altamente sospechosa de malignidad.

Una primera biopsia se diagnostica de neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, y una segunda realizada en el Servicio de Ginecología del Hospital del Mar se diagnostica como lesión condilomatosa, con cambios colocíticos, (p16 y p53 negativas y positividad basal para Ki-67). A continuación, se decide la exéresis de la lesión, y el diagnóstico fue de carcinoma escamoso bien diferenciado, infiltrante, sin invasión vascular ni perineural; de patrón cuniculatum, con márgenes libres.

Discusión: El Carcinoma cuniculatum es una variante muy rara de carcinoma escamoso bien diferenciado, con un patrón de crecimiento infiltrativo formando túneles revestidos por un epitelio que conserva la maduración desde la capa basal hasta la más superficial. Este patrón dificulta su diagnóstico mediante biopsia y explica la descorrelación clínico-patológica hasta que no se extirpa la tumoración entera.

9005-36 RUPTURA UTERINA ESPONTÁNEA POR PLACENTA PERCRETA.

José Ignacio Franco Rubio(1), Ester Gimeno Esteras(1), Ramiro Laborda Gotor(2), Sergio Castán Mateo(2), Ana Belén Roche Latasa(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), María Jesús Viso Soriano(1), Samira Bakali Badesa(1), Helen Patricia Almánzar Comas(1) y Damaris Coy Aldana(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Tocología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 38 años primigesta, con embarazo gemelar bicorial-biamniótico, antecedentes de quistectomía por endometriosis y miomectomía múltiple, que ingresa en urgencias por dolor abdominal y se le realiza cesárea e histerectomía total por hemoperitoneo secundario a ruptura uterina.

Métodos: Se realiza un exhaustivo análisis macro y microscópico de la pieza quirúrgica, apoyado en una adecuada correlación clínico-patológica.

Resultados: El resultado de los estudios macroscópico, microscópico e inmunohistoquímico evidencia rotura de la pared uterina en el contexto de una miomectomía previa por tejido corial que infiltra el tejido muscular miometrial, alcanzando la capa serosa.

Conclusiones: Ante una sospecha de hemoperitoneo en la gestación, se ha de tener en cuenta la posibilidad de acretismo placentario, que puede llegar a provocar la ruptura uterina, sobre todo en presencia de factores de riesgo, fundamentalmente antecedentes quirúrgicos previos.

9005-37 INCLUSIONES MULLERIANAS FLORIDAS EN GANGLIOS PÉLVICOS SIMULANDO METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX UTERINO: PRESENTACIÓN DE UN Caso Clínico.

Adriana Sierra Gómez(1), Natalia Rakislova(1), Rania Kilzieh(1), Jaume Ordi(1) y Adela Saco(1) de (1)Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Las inclusiones epiteliales mullerianas constituyen un hallazgo casual relativamente frecuente en ganglios linfáticos abdominales resecados en mujeres. Dichas inclusiones pueden ser subcapsulares o encontrarse en el seno del parénquima ganglionar y pueden representar un grave problema de diagnóstico diferencial cuando aparecen en mujeres con adenocarcinomas de origen ginecológico.

Material, métodos y resultados: Mujer de 40 años que consultó por metrorragia de 8 meses de evolución. Las exploraciones clínicas y la resonancia magnética nuclear demostraron una tumoración de 5 cm en el cérvix uterino con extensa infiltración del estroma cervical, del fondo de saco vaginal posterior y de los parametrios.

Se identificaron además dos adenopatías sospechosas en la región obturatriz de 9 y 6 mm de diámetro respectivamente. La biopsia de cérvix confirmó un adenocarcinoma endocervical infiltrante bien diferenciado de tipo mucinoso y una lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL-CIN3).

Tras el diagnóstico se realizó linfadenectomía pélvica para valoración de la extensión. En tres de los ganglios se observaron múltiples estructuras glandulares irregulares de pequeño tamaño que afectaban de forma muy extensa y difusa al parénquima ganglionar. Sus células mostraban atipia leve, y eran muy semejante a las del adenocarcinoma cervical.

El estudio inmunohistoquímico mostró que el adenocarcinoma cervical era positivo de forma difusa para p16, focalmente positivo para CEA, presentaba un índice proliferativo elevado con Ki67 y era negativo para WT1 y; Por el contrario, las glándulas de los ganglios linfáticos fueron negativas para p16 y CEA, presentaron un bajo índice proliferativo con Ki67 y eran positivas para WT1.

Por último, la detección molecular de HPV por PCR (SPF-10) demostró la presencia de HPV16 en el carcinoma cervical y fue negativa en el ganglio linfático.

Conclusión: Las inclusiones epiteliales benignas en los ganglios linfáticos pueden llegar a ser prácticamente indistinguibles histológicamente de la metástasis de un adenocarcinoma. Resulta indispensable conocer este posible "pitfall" y cómo las tinciones inmunohistoquímicas y las técnicas moleculares pueden resultar claves para realizar el diagnóstico.

9005-38 NEOPLASIA MUCINOSA BIEN DIFERENCIADA CON PESUDOMIXOMA OVARIUM ACOMPAÑANTE SOBRE UN TERATOMA MADURO DEL OVARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Clara Eugenia Chamorro Santos(1), Ovidiu Preda(1), Nelly Cruz Viruel(1), María Isabel Ruiz Ávila(1) y Francisco Nogales Fernández(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Aunque la gran mayoría de las neoplasias mucinosas primarias del ovario se originan en el epitelio de superficie, casos aislados o pequeñas colecciones de neoplasias mucinosas asociadas a teratomas maduros del ovario son citadas en literatura para explicar la histogénesis por lo menos de una parte de estas neoplasias. Pseudomixoma ovarii es un fenómeno acompañante presentando en revisiones de casos una frecuencia incluso mayor a los casos asociados con pseudomixoma peritonei. Es más a menudo asociado con neoplasias epiteliales mucinosas con bajo potencial maligno y solo el carácter infiltrativo de la lesión epitelial confiere aparentemente un peor pronóstico a la lesión.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes de interés que en la exploración ecográfica presenta una masa anexial izquierda de 16 centímetros de diámetro con contenido heterogéneo que ocupa la pelvis y el hipogastro. Se realiza anexectomía izquierda sin apendicetomía. La inspección intraoperatoria de la cavidad peritoneal no revela lesiones llamativas.

En la evaluación macroscópica, al corte, se aprecia un tumor multiquístico con contenido mucoso y superficie interna irregular sin proliferaciones papilares. El estudio microscópico demuestra una neoplasia mucinosa de tipo intestinal, bien diferenciada, acompañada por lagos de mucina acelulares en el estroma tumoral concordantes con pseudomixoma ovarii.

En el amplio material incluido para revisión, espacios quísticos de pequeños tamaño presentan el epitelio sustituido por abundante infiltrado inflamatorio con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño. No se observan otros elementos epiteliales y la presencia de tejido adiposo entremezclado con las áreas tumorales confirmaron un teratoma maduro preexistente.

Conclusiones: La posibilidad de una transformación tumoral del componente epitelial de tipo intestinal de un teratoma maduro debe ser siempre recordada en neoplasias mucinosas del ovario.

La grande semejanza con las neoplasias apendiculares imponen siempre un diagnóstico diferencial. En la ausencia de una neoplasia primaria apendicular es necesario revisar minuciosamente un número amplio de fragmentos tumorales para su diagnóstico.

9005-39 CARCINOMA DE MAMA METASTÁSICO DIAGNOSTICADO EN BIOPSIA ENDOMETRIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javier Mateos Barrionuevo(1), Lourdes Bengochea Martínez(1) y Carmen Almajano Martínez(1) de (1)Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

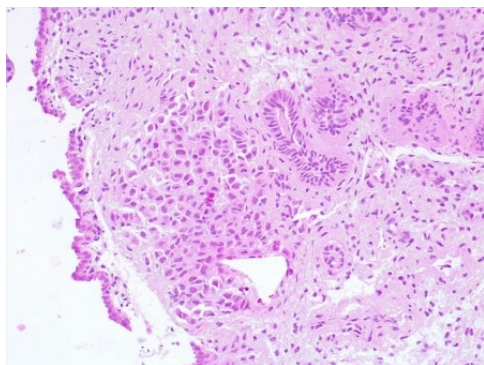


Imagen de la biopsia endometrial

Introducción: Las metástasis uterinas de tumores extrapélvicos son poco frecuentes. Con motivo de un caso, se revisa su diagnóstico y la bibliografía al respecto.

Material y métodos: Mujer de 65 años, con molestias pélvicas, hallándose infiltración sugestiva de metástasis en esqueleto axial, con patrón lítico-blástico. CA 125 y CA 15-3 elevados (148,80 y 965,20 U/mL respectivamente). Se envía a Ginecología para estudio realizando biopsia endometrial y solicitando también estudio mamario de imagen. Se recibe en Patología mínimo fragmento blanquecino que se procesa histológicamente, realizando estudio inmunohistoquímico. Se ha revisado la bibliografía sobre metástasis uterinas de carcinoma.

Resultados: Se trata de un fragmento con glándulas endometriales sin atipia, en estroma edematoso infiltrado por células epiteliales atípicas, de mediana talla, aisladas o en pequeños grupos no cohesivos; algunas de ellas muestran mucina intracitoplásmica, con apariencia "en anillo de sello". Inmunohistoquímicamente presentan intensa positividad para citoqueratina 7, receptor estrogénico y GCDPF-15.

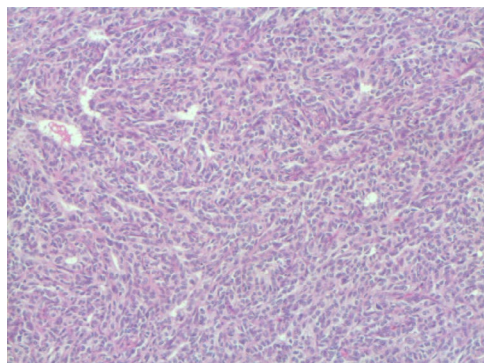
Se emite el diagnóstico de metástasis, compatible con origen mamario. El estudio mamario muestra un nódulo de 8 mm en mama derecha, sospechoso, del que se realiza biopsia con aguja, con el diagnóstico de carcinoma lobulillar infiltrante.

Conclusiones: Las metástasis uterinas de tumores extrapélvicos son poco frecuentes y en muchos casos son asintomáticas; en otros, imitan la clínica de un cáncer uterino. El tumor primitivo es más probablemente de mama, tracto gastrointestinal, riñón o melanoma cutáneo. Ante una infiltración epitelial de endometrio o miometrio, se debe descartar este origen mediante estudio inmunohistoquímico, incluso en ausencia de antecedentes de carcinoma mamario, procediendo después a la búsqueda de la lesión primitiva. Esta presentación inusual de este tipo tumoral se añade a otras peculiaridades mejor conocidas del carcinoma lobulillar de mama.

9005-40 TUMOR ANEXIAL FEMENINO PARATUBÁRICO DE PROBABLE ORIGEN WOLFFIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sonia Alonso Hernández(1), María del Carmen D'oleo García(1), Adel Abuomar(1), Erica Rivero de Jesús(1) y Rafael Durán García(1) de (1)Hospital General de Elda, Alicante.

Introducción: El tumor anexial femenino de probable origen Wolffiano es un tumor infrecuente, descrito por primera vez en 1973 por Karimnejad y Scully. Se cree que tiene su origen en restos mesonéfricos. Aunque la mayoría de estas neoplasias presentan un curso benigno, existen aislados casos publicados con un comportamiento más agresivo.



Tumor anovulatorio femenino de origen Wolffiano. Células tumorales uniformes en un patrón sólido y tubular.

Material y métodos: Mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés que debuta con clínica de apendicitis aguda. Durante la intervención quirúrgica se objetiva tumoración en relación a la trompa de Falopio izquierda.

Resultados: El estudio macroscópico objetiva una tumoración sólida, encapsulada, de coloración blanquecina, y un diámetro de 15x12mm. Microscópicamente es una tumoración constituida por células epiteliales de pequeño tamaño, uniformes, sin atipia citológica y aisladas figuras de mitosis, que adoptan un patrón de crecimiento sólido y tubular.

Inmunohistoquímicamente presenta positividad para Citoqueratina, Vimentina, CD10 y WT1, siendo negativa para antígeno epitelial de membrana (EMA), Receptor de Estrógenos, C-Kit, Inhibina y Calretinina. Índice de proliferación con ki67 bajo (<5%).

Conclusión: El diagnóstico diferencial se realiza con tumores de origen Mülleriano (carcinoma endometriode bien diferenciado y carcinoma de célula clara) y tumores de los cordones sexuales-estroma, como tumor de células de la granulosa o tumor de células de Sertoli.

El inmunofenotipo del tumor wolffiano es similar al tumor de los cordones sexuales-estroma, por lo que no ayuda en el diagnóstico diferencial. La positividad para CD10 ayuda en el diagnóstico diferencial con otros tumores.

El comportamiento más agresivo se relaciona macroscópicamente con mayor tamaño, invasión capsular con rotura e implantes tumorales y microscópicamente con mayor celularidad, sobrecrecimiento de células fusiformes, aumento de mitosis, atipia nuclear e invasión linfovascular.

Desde el punto de vista genético se han descrito casos con positividad para C-Kit (CD117) que en el caso de recurrencias podrían beneficiarse de una terapia dirigida.

Aunque la mayoría de los casos que se han descrito en la literatura presentan un buen pronóstico, se han descrito casos de comportamiento más agresivo, por lo que se deben considerar como tumores de bajo potencial de malignidad y llevar a cabo un seguimiento más estrecho de las pacientes.

9005-41 LIPOLEIOMIOMA DE NÚCLEOS BIZARROS. REPORTE DE UN CASO.

Macarena Boiza Sánchez(1), Jorge Muñoz Rodríguez(1), Álvaro Trascasa Caño(1), Norma Sánchez Freire(1) y Franklin Idrovo Mora(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.



Fig 1

Los leiomiomas (LM) son los tumores benignos más frecuentes en el útero. Hasta el 10% de ellos se presentan como variantes morfológicas cuyo interés radica en su capacidad para imitar malignidad. Presentamos un caso excepcional que combina dos variantes infrecuentes: leiomioma con núcleos bizarros (LNB) y lipoleiomioma (LPL).

Paciente mujer de 81 años a quien de forma incidental se descubrió una masa uterina subserosa de 19 cm, que requirió histerectomía total. El estudio macroscópico reveló una masa redondeada bien delimitada, pediculada, dependiente del fondo uterino, amarillenta y nodular al corte, revestida por serosa (fig 1).

Al estudio microscópico, se evidenció celularidad fusiforme de hábito muscular liso entremezclado con cantidad variable de adipocitos de predominio maduro con presencia de ocasionales lipoblastos.

De forma aleatoria y distribuidos de forma difusa en ambos componentes se observaron llamativos núcleos de aspecto atípico de gran tamaño (2-4 veces el tamaño nuclear habitual), membrana nuclear irregular e hiper cromatismo con presencia de formas multinucleadas y ocasionales pseudoinclusiones eosinófilas.

Tras inclusión extensa del tejido no se identificó necrosis tumoral y el índice mitótico fue bajo (1-2 mitosis por 10 CGA) con presencia de dos formas atípicas.

Con estos hallazgos morfológicos y el estudio inmunohistoquímico (tabla 1), se realizó el diagnóstico de LIPOLEIOMIOMA DE NÚCLEOS BIZARROS.

Desde su primera descripción en 1991, existen menos de 10 casos similares en la literatura, por lo que su patogénesis y pronóstico no está claro, no obstante se han identificado alteraciones genéticas comunes a los LM y LPL que podrían sugerir un origen mesenquimal pluripotencial y explicar su coexistencia en una sola entidad. Los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos del presente caso lo sitúan en el subtipo II de la reciente clasificación de los LNB, no relacionados con mutaciones de la fumarato hidratasa.

Aunque se desconoce el significado exacto de la presencia de lipoblastos, se han descrito en casos similares benignos publicados previamente sin repercusión clínica aparente. No se han descrito figuras de mitosis atípicas en los reportes previos, no obstante tras un año de seguimiento clínico no se ha evidenciado progresión ni recidiva.

Tabla 1

MARCADORES IHQ	POSITIVIDAD
Vimentina	En las células fusiformes (con y sin atipia) y en algunos adipocitos.
Desmina	
Actina de músculo liso	
Caldesmon	
Receptores de estrógenos	
Receptores de progesterona	
S100	En lipoblastos y algunos adipocitos
CKAE1-AE3	Focal
p16	En células de núcleos bizarros
p53	Wild type
pTEN	Generalizada
CD34	En estructuras vasculares
MARCADORES NEGATIVOS	
MDM2, CDK4, CD117, HMB45, Receptor de andrógenos	

9005-42 TUMOR DE LOS CORDONES SEXUALES CON TÚBULOS ANULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana I. García Salguero(1), Dora Viveros García(1), M^a Victoria Ortega Jiménez(1), Isabel Álvarez Mancha(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El tumor de los cordones sexuales con túbulos anulares (TCSTA) es un subtipo poco frecuente de tumor ovárico que se presenta de dos formas clínicas: asociado al síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) o esporádico (no sindrómico). Presentamos el primer caso diagnosticado en nuestro centro de esta entidad rara.

Caso clínico: Mujer de 46 años con SPJ y antecedente de histerectomía más anexectomía derecha por hiperplasia endometrial compleja con atipia, presenta masa pélvica no dolorosa, objetivándose en el TAC una lesión de aspecto quístico, de 20 cm, con polo sólido, de probable origen ovárico por lo que se realiza anexectomía izquierda.

Hallazgos patológicos: Macroscópicamente, se observa una tumoración de 16x7x6 cm, superficie multilobulada, aspecto sólido al corte y coloración blanquecino-rojiza. Microscópicamente, se trata de un tumor compuesto por túbulos anulares simples y complejos dispuestos en agregados nodulares y algunos dispersos, rodeados por un estroma hialino. Además se observan áreas de patrón de crecimiento sólido. No se evidencia atipia celular ni imágenes de mitosis. El perfil de inmunexpresión es inhibina, calretinina y WT1 positivos, siendo focal CD56. Los hallazgos son compatibles con un TCSTA.

Discusión: El TCSTA es una neoplasia rara que constituye el 0,05-0,6% de todos los tumores ováricos con preferencia por mujeres de 30-40 años. Suele producir hormonas, principalmente estrógenos y progesterona. Un 40% se asocia al SPJ, siendo bilaterales, multifocales, de pequeño tamaño (3 cm) y con calcificaciones. Los tumores esporádicos suelen ser unilaterales, voluminosos, más agresivos y multicéntricos. Histológicamente se caracterizan por la presencia de túbulos anulares simples y complejos que se disponen de forma dispersa o formando agregados. En los tumores de mayor tamaño es más frecuente la hialinización de los túbulos y del estroma, así como patrones de crecimiento más complejos. En la mayoría de los casos el tratamiento de elección será quirúrgico. Son lesiones de comportamiento benigno, sin embargo, los casos esporádicos deben considerarse como una neoplasia con bajo potencial de malignización y requieren un seguimiento más estrecho de las pacientes. Aunque nuestra paciente sufre SPJ, los hallazgos macroscópicos e histológicos de la tumoración son más similares a los casos esporádicos.

9005-43 DIFERENCIACIÓN HEPATOIDE EN CARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE. UN RASGO DE HETEROGENEIDAD TUMORAL.

Vicente Crespo Lora(1), Nelly Cruz Viruel(2), Clara Eugenia Chamorro Santos(3), M^a Esther Vergara Alcaide(3), María Teresa Cano Medina(3) y Francisco Nogales Fernández(2) de (1)Complejo Hospitalario de Jaén, (2)Universidad de Granada y (3)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: El carcinoma endometrial de tipo endometrioide es una neoplasia común que presenta múltiples patrones histológicos debido a su heterogeneidad. Uno de los patrones más inusuales es la diferenciación hepatoide. A su vez, el carcinoma hepatoide (CH) es un tumor raro

y de mal pronóstico que asemeja un carcinoma hepatocelular de localización extrahepática. Presentamos un caso de carcinoma endometrial de tipo endometriode con diferenciación hepatoide (DH).

Presentación del caso: Mujer de 65 años con sangrado uterino postmenopáusico que se le realiza biopsia, diagnosticada como carcinoma de alto grado. Al estudio de la pieza quirúrgica, aparece una lesión tumoral que alterna, aisladas áreas bien diferenciadas de aspecto endometrial y patrón glandular junto a zonas más extensas de lesión moderadamente diferenciada de aspecto pseudoglandular, sólida y cribriforme, donde se advierten glóbulos hialinos y las células tumorales muestra una atipia moderada, de aspecto poligonal, disposición nuclear central, citoplasma de tipo granular y eosinófilo. La lesión presenta infiltración linfovascular y perineural, así como al miometrio de manera extensa. Al estudio inmunohistoquímico exhibe positividad frente a HepPar-1, villina y tinción característica de CEA y CD10, siendo negativo para vimentina, receptores de estrógenos, SALL-4, OCT3/4, SOX2, GATA-3 y alfa-fetoproteína.

Conclusiones: La DH es un patrón infrecuente de carcinoma endometriode, se presenta en mujeres postmenopáusicas y multíparas, el diagnóstico diferencial se debe realizar con metástasis de hepatocarcinoma, tumor endodérmico primitivo (tumor de saco vitelino) con patrón hepatoide, carcinoma hepatoide, carcinoma de células claras u otros patrones de carcinomas endometrioides (oxifílico o metaplasia oncótica), la importancia de poder diagnosticarlo correctamente se basa en un peor pronóstico, la respuesta al tratamiento quimioterápico será diferente, aparece en estadios clínicos más avanzados y presenta un patrón inmunohistoquímico similar al carcinoma de cérvix (CD10 y CEA positivo y vimentina y receptores de estrógenos negativos) lo cual puede hacernos dar un diagnóstico erróneo en la biopsia.

9005-44

TUBERCULOSIS GENITAL CON AFECTACIÓN TUBÁRICA ASOCIADA A EMBARAZO GEMELAR TRAS TÉCNICA DE FECUNDACIÓN IN VITRO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M^a Esther Vergara Alcaide(1), Juan Antonio Retamero Díaz(1), M^a Teresa Medina Cano(1), Sarah Domingo Piñar(2), Clara González Núñez(1) y Francisco Nogales Fernández(1) de (1)Unidad Provincial Intercentros de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Granada y (2)Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Antecedentes: La tuberculosis (TBC) genital es la segunda forma más frecuente de TBC extrapulmonar y una de las causas más importantes de esterilidad femenina en los países en vías de desarrollo. Las tasas de embarazo son bajas y con frecuencia se trata de ectópicos o abortos. Objetivo: presentamos el caso de una mujer de 44 años con embarazo gemelar tras fecundación in vitro (FIV) y TBC pélvica diseminada.

Métodos: exploración laparotómica e histerectomía, examen histológico, estudio histoquímico y por ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA).

Resultados: la paciente ingresa por rotura de membranas en la semana 26 de gestación y diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado (CIR). Se practica cesárea con dos recién nacidos (RN) vivos, pero el postoperatorio es tórpido, con fiebre puerperal que no cede a antibioterapia convencional y cultivos microbiológicos negativos. Uno de los RN muere a los 15 días por sepsis. Ante la sospecha de endometritis materna se procede a legrado endometrial que se perfora y resulta en histerectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza muestra útero puerperal con cavidad endometrial ocupada por material de aspecto necrótico. Microscópicamente se aprecia proceso granulomatoso con necrosis caseosa que afecta masivamente cavidad endometrial, miometrio, cérvix, trompa izquierda y epiplon. La tinción de Ziehl-Neelsen revela bacilos ácido-alcohol resistentes con el diagnóstico final de enfermedad granulomatosa con necrosis caseosa en relación con infección por micobacterias. El test IGRA posterior resultó positivo.

Conclusión: la TBC es un problema de salud pública y en muchas ocasiones un reto diagnóstico debido a la gran variabilidad de presentación clínica. Este caso supone una presentación inusual, sin sospecha previa en estudio de esterilidad. Aunque se trate de una posibilidad excepcional en nuestro medio, destacamos la necesidad de descartar este proceso antes de cualquier técnica de reproducción asistida. Debemos considerar también, la posibilidad de que aún con biopsia endometrial previa normal, se pueda producir una exacerbación de una TBC latente tras FIV.

9005-45

TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG DEL OVARIO.

Dulce Benito López(1), Yuri Rodríguez Figueira(1), Virginia Tarín Gregori(1), Soledad Alonso García(1), Inés Gómez de la Riva(1) y Antonio Candia Fernández(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: Los Tumores de células de Sertoli-Leydig suponen menos del 0,1% de todos los tumores ováricos. La edad de presentación es variable. Las pacientes suelen debutar con clínica de hiperandrogenismo.

Presentamos un caso con hallazgos clínico-patológicos característicos.

Historia clínica: Mujer de 62 años sin antecedentes familiares de interés. Es hipertensa y diabética. Tiene 6 hijos. Presenta hirsutismo de 1 año de evolución, acné y caída del cabello de patrón androgenético. Alteraciones recientes de cambio en la voz con ronquera. Aumento de la libido. La testosterona basal en suero está elevada, 7.13 ng/ml (0.13-0.34). En Mayo del 2016 se le realiza una doble anexectomía por una tumoración ovárica izquierda sin criterios clínicos de agresividad.

Hallazgos anatomopatológicos: El ovario izquierdo mide 3x2,5x2,5 cm y es de superficie lisa. Al corte es quístico y multiloculado. Las cavidades están revestidas por un tejido de coloración anaranjada. Hay algunos nódulos blanquecinos en la proximidad de los quistes que oscilan entre 3-7 mm de diámetro. El ovario derecho y las trompas no presentan alteraciones.

En el estudio histológico se observa una proliferación celular tumoral que se dispone en nidos, trabéculas y cordones, con dos tipos de células. Unas mayoritarias que son pequeñas, redondeadas, con núcleos hiper cromáticos, escaso citoplasma claro y que a veces forman túbulos. El otro tipo de células son de mayor tamaño, tienen núcleos redondeados, nucleolo prominente y citoplasmas amplios y eosinófilos. Ambas

poblaciones celulares se entremezclan. Hay zonas edematosas y hemorrágicas. No se observan mitosis, zonas de necrosis, elementos heterólogos, ni componente retiforme. La IHQ muestra positividad difusa para Inhibina y Calretinina, mas intensas en las células eosinófilas. La CK AE1/AE3, el WT1, el CD99 y el CD56 muestran una positividad difusa. La sinaptofisina es débil y focal en las células eosinófilas.

Conclusiones: Se trata de un Tumor de células de Sertoly-Leydig (G2). El principal diagnóstico diferencial que se plantea es con un Tumor de células de la Granulosa del Adulto, éstos suelen dar clínica de hiperestrogenismo. La paciente actualmente se encuentra asintomática. Es el único caso de este tumor registrado en el Hospital de Guadalajara.

9005-46 TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDES DE OVARIO NOS, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Alberto Valero Torres(1), Nerea Torrecilla Idoipe(1), Laura Hombria Laviña(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), José Ignacio Franco Rubio(1), María Jesús Viso Soriano(1), Samira Bakali Badesa(1), Helen Patricia Almánzar Comas(1) y Teresa Martínez Boyero(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y (2)Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra).

Introducción: Dentro de los tumores de cordones sexuales ováricos, se presenta un grupo compuesto por células oxifílicas similares a las células de la corteza suprarrenal: luteoma estromal, tumor de células de Leydig, y tumor de células esteroideas NOS. Esta última es más común en pacientes jóvenes, presenta menor asociación a la virilización y tiene un comportamiento pronóstico incierto, aunque se han desarrollado escalas conforme a criterios histológicos para facilitar el manejo de estas pacientes.

Caso clínico: Paciente de 28 años con historia de ciclos irregulares. Se remite desde centro externo por hallazgo ecográfico de un aumento del volumen de anejo derecho de 38 x 46 x 45mm., en relación con lesión sólida con registro Doppler en su interior. Se le realiza anexectomía derecha por vía laparoscópica.

Estudio anatomopatológico: En nuestro servicio se recibe una pieza de anexectomía fragmentada en la que los fragmentos sólidos presentaban un aspecto lobulado a la sección y una coloración amarillenta. Histológicamente se trataba de una neoplasia homogénea de arquitectura organoide, bien delimitada. La celularidad se disponía en nidos sólidos y trabéculas. Las células presentaban amplio citoplasma granular eosinófilo, con zonas aclaradas. No se observaban cristales de Reinke. Los núcleos no mostraban atipia franca. En el estudio inmunohistoquímico se observaba expresión de Inhibina y Melan-A y ausencia de expresión de CK AE1/AE3, S100, HMB45, Alfa-Fetoproteína y OCH1E5.

Conclusiones: El tumor de células esteroideas NOS es un tumor poco frecuente de los cordones sexuales.

El diagnóstico diferencial con el tumor de células de Leydig y el luteoma estromal se establece por criterios histológicos negativos: ausencia de cristales de Reinke, morfología poligonal; y con otros tumores de los cordones sexuales luteinizados por la ausencia de áreas típicas de estos últimos.

Los criterios pronósticos más utilizados comprenden el índice mitótico (>2/c.g.a.), diámetro mayor de 7cm, necrosis, hemorragia y el grado de atipia nuclear.

ZONA POSTER

9006

HEMATOPATOLOGÍA

9006-47 PAPULOSIS LINFOMATOIDE REGIONAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Johanna Palacios Ball(1), Conrado Jorge(1), María Teresa Lista(1), Celina Echevarría Iturbe(1), Isabel García Higuera(1), Enrique García Toro(1) y M^a del Mar Pascual Llorente(1) de (1)Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: La Papulosis linfomatoide (PL) es una enfermedad cutánea crónica, recidivante, pápulo nodular y/o pápulo necrótica, de resolución espontánea, que habitualmente se presenta como lesiones múltiples en cabeza tronco y extremidades; y menos frecuentemente de forma localizada. Es parte del grupo de los síndrome linfoproliferativo cutáneos CD30+, que incluyen linfoma cutáneo anaplásico de células grandes primario cutáneo (LAGPC) y lesiones borderline CD30+. La correlación clínico patológica es esencial para establecer el diagnóstico de PL.

Presentamos un caso de PL regional, en una Mujer gestante de 30 años; que presenta unos meses antes del embarazo, lesión nodular pediculada en brazo derecho, de 1 cm. de crecimiento progresivo.

El estudio histológico, mostró piel con infiltrado linfóide dérmico, en forma de "pirámide invertida", con base hacia la epidermis, cuyas células con de mediano a pequeño tamaño, de núcleos irregulares e hiper cromáticos, con expresión para

CD3, CD5, CD4y CD8. Pérdida de expresión de CD2 y CD7. En menor cantidad existen células T grandes y atípicas, positivas para CD30. El resto de inmunorreacciones realizadas fueron negativas (EBER, EMA, ALK-1, CD15 y CD20). Diagnóstico: Enfermedad linfoproliferativa cutánea de células T CD30+ tipo Papulomatosis linfomatoide.

Discusión y conclusión: En este caso se planteó el diagnóstico diferencial clínico con LCGAPC, sin embargo el estudio histológico favorece el diagnóstico de PL regional. No obstante, la correlación clínico patológica es imprescindible para establecer el diagnóstico en la gran mayoría de los casos.

En nuestro caso el tratamiento fue la exéresis con la ampliación de márgenes, sin evidencia de recidivas hasta la fecha actual, en un periodo de 10 meses de evolución.

9006-48

SÍNDROME LEUCOERITROBLÁSTICO SECUNDARIO A SARCOMA DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN PACIENTE CON MIELOMA.

Ruth Orellana Fernández(1), Laura Nebot Muro(1), Neus Combalia Soriano(1), Laura Segura de la Torre(2) y Luz Muñoz Marín(2) de (1)Servicio de Patología del Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona) y (2)Servicio de Hematología del Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari (Barcelona).

Introducción: Las causas de leucoeritroblastosis son diversas: mielofibrosis primaria/secundaria, procesos infecciosos, infiltración masiva por proceso linfoproliferativo o neoplasias no hematológicas. Las proliferaciones de células de Langerhans incluyen la histiocitosis de células de Langerhans (HCL) y el sarcoma de células de Langerhans (SCL), según OMS-2008. El SCL es una neoplasia maligna que puede presentarse de novo o secundaria a proceso linfoproliferativo previo.

Caso clínico: varón de 72 años con fiebre, expectoración mucopurulenta y anorexia.

Antecedentes: adenocarcinoma de próstata en 2007 tratado con hormonoterapia; mieloma múltiple IgG kappa en 2007 tratado con poliquimioterapia y trasplante autólogo de médula ósea; carcinoma neuroendocrino de célula grande pulmonar en 2010. Actualmente libre de enfermedad. Ingresó con el diagnóstico de neumonía, síndrome tóxico y cuadro leucoeritroblástico, secundario a infección (*S. aureus* en hemocultivos). ECO abdominal: hepato y esplenomegalia. Biopsia de médula ósea (BMO): infiltración por células de morfología epiteliode, con núcleo intermedio-grande, ovalado-hendidado, cromatina granular y hendiduras intranucleares, en agregados y nidos sólidos, con focos de necrosis, de disposición intersticial y paratrabecular, y ocasionales leucocitos eosinófilos. Ausencia de infiltración por células plasmáticas y epiteliales. Positividad intensa para CD68, CD1a y proteína S-100, y débil para CD4 y bcl-2. Índice proliferativo Ki-67: 40%.

Diagnóstico: SCL. Patología molecular: BRAF wild-type y reordenamiento B no informativo. Lavado alveolar: células con las mismas características descritas. El paciente evoluciona de forma tórpida siendo éxitus. En el estudio autopsico se demuestra afectación multiorgánica.

Discusión: El SCL se diferencia de la histiocitosis de células de Langerhans por: pleomorfismo celular, índice mitótico e índice proliferativo Ki67 elevados. Está descrita mutación del gen BRAF en el 38-64% de los casos. Se ha demostrado relación entre procesos linfoproliferativos y neoplasias de origen histiocitario a partir del fenómeno de transdiferenciación.

Conclusiones: el SCL es poco frecuente, la BMO permite su diagnóstico, descartando otras causas de leucoeritroblastosis. El estudio de clonalidad B permite valorar la relación entre procesos linfoproliferativos y neoplasias de células de Langerhans.

9006-49

EVOLUCIÓN POCO FRECUENTE DE DOS CASOS DE LINFOMA B.

María Planelles Asensio(1), Cristina Alenda González(1), Francisco José Illán Gambín(1) y F. Ignacio Aranda López(1) de (1)Servicio de Patología del Hospital General Universitario de Alicante.

Los pacientes con diagnóstico de linfoma pueden tener, ocasionalmente, un curso evolutivo inesperado, lo que puede dar origen a problemas de diagnóstico diferencial. En el presente trabajo se describen dos casos de linfoma B, uno con cambio en su inmunofenotipo y el segundo con regresión total espontánea.

Caso 1: Hombre 71 años, adenopatías cervicales, supra e infradiaphragmáticas. Sin síntomas B ni citopenias, biopsia ganglionar cervical derecha con dx AP (anatomopatológico) de linfoma LF (Linfoma Folicular). Biopsia Médula Ósea infiltrada por LF. Estadio IV. Tratamiento y remisión completa.

A los 18 meses del dx presenta criterios de progresión. Inicia tratamiento, aunque persiste masa mesentérica (7x7 cm). BAG y dx AP de Linfoma anaplásico B con expresión aberrante de marcadores T. Reordenamiento B, Monoclonal y T, policlonal.

Caso 2: Mujer 62 años, tiroiditis de Hashimoto y presencia de nódulo tiroideo derecho (5 cm), BAG (Biopsia aguja gruesa) y dx AP de linfoma B célula grande. Reordenamiento B, Monoclonal.

Estudio de extensión: disminución tamaño del nódulo tiroideo, sin adenopatías. Tras hemitiroidectomía derecha, signos de tiroiditis crónica folicular, sin infiltración neoplásica.

Conclusión: Los linfomas pueden tener un curso evolutivo inesperado, con cambios en su fenotipo incluso, y de forma excepcional, regresión espontánea.

La correcta tipificación debe basarse en la integración de la información morfológica, inmunohistoquímica, molecular y clínica.

9006-50

LINFOMA B DE CÉLULAS GRANDE: UN HALLAZGO INCIDENTAL EN LAS ADENOPATÍAS PARA ESTADIAJE DE UN CARCINOMA RENAL CROMÓFOTO.

Nuria Santonja López(1), Lorena Valdivieso Almeida(1), José Ángel García García(1), Sandra Barbera Bosch(1), Vicente Sabater Marco(1) y Miguel Martorell Cebollada(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Valencia y (2)Departamento de Patología. Universidad de Valencia.

Introducción: Es excepcional el hallazgo casual de un síndrome linfoproliferativo en la linfadenectomía para estadiaje de un tumor renal. Existen pocos casos publicados que pongan de manifiesto la asociación entre un linfoma no Hodgkin ganglionar y una neoplasia renal, si bien

dicha asociación no es desconocida en el contexto de tumores secundarios al tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Presentamos el caso de un varón de 77 años, sin antecedentes de interés.

Material y método: Paciente sometido a nefrectomía por tumoración detectada por TC. Recibimos una pieza de nefrectomía con linfadenectomía paraaórtica bilateral. A nivel macroscópico el tumor renal se correspondía con una masa heterogénea con áreas sólidas y quísticas, encapsulado y calcificaciones en su interior. Tras estudio microscópico e histoquímico (Hierro coloidal positivo) el diagnóstico fue de un carcinoma renal cromóforo.

La linfadenectomía paraaórtica izquierda presentaba múltiples adenopatías de entre 1 y 4 cm, observándose a nivel microscópico una parcial sustitución de la estructura ganglionar en varias adenopatías, con células de hábito linfóide, atípicas y grandes. En la adenopatía de mayor tamaño realizamos técnicas inmunohistoquímicas y estudio de reordenamiento de los genes TCR-gamma y IgH, IgK, IgL mediante electroforesis capilar y PCR.

Resultados: El estudio inmunohistoquímico mostró la positividad de las células tumorales frente a CD20, CD79a, focal frente a bcl-2 y bcl-6 y negatividad frente a CD3, CD5, CD23, CD15, CD30, CD10, CD138, Kappa, Lambda, C-myc, Ciclina D1, ALK, CD117 y CD43 con un Ki67 del 40%.

El estudio molecular mostró en la población neoplásica un IgH clonal y TCRgamma policlonal.

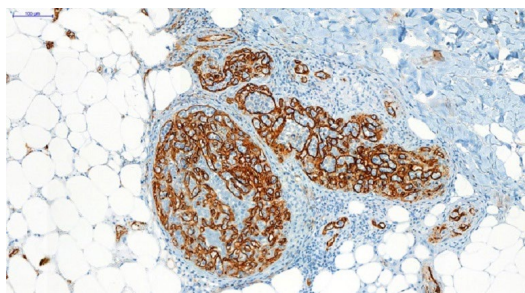
El diagnóstico definitivo fue el de linfoma B de célula grande (no de CG según clasificación de Hans 2004).

El paciente en seguimiento por hematología está libre de tumor tras el 3er ciclo con R-CHOP Myocet.

Conclusiones: El hallazgo casual de un síndrome linfoproliferativo en la pieza de linfadenectomía para estadiaje de un carcinoma renal es infrecuente. En el momento del estadiaje, esta asociación sincrónica puede presentar problemas no sólo para el estadiaje clínico, también para valorar las posibilidades terapéuticas y el pronóstico.

9006-51 PRESENTACIÓN CUTÁNEA DE LINFOMA T INTRAVASCULAR. RARO LINFOMA DE PRONÓSTICO INFAUSTO.

Juan Jesús del Río Ignacio(1), Antonio Silva Abad(1), David Corrales Mateo(1), Javier Rubio Garrido(1), Blas Meléndez Guerrero(1), Antonio Rodríguez Fernández(1) y García Rojo Marcial(1) de (1)Hospital General Universitario de Jerez, Cádiz.



Trombosis Por Linfoma T (Cd34)

Introducción: Los Linfomas T intravasculares son neoplasias de muy baja incidencia a nivel mundial, con pocos casos publicados en la literatura española y anglosajona.

El objetivo fundamental de ésta presentación, es dar a conocer los aspectos morfológicos e IHQ del presente caso así como su cotejo con los casos publicados en los últimos años en la literatura anglosajona y española.

Método: Se presenta 1 caso de una mujer de 40 años que presenta múltiples lesiones cutáneas de aspecto circinado de bordes violáceos e "infiltradas", localizadas en tronco y raíz de los miembros, habiendo sido diagnosticada dermatológicamente de Morfea sin resultados tras el tratamiento. El diagnóstico definitivo se alcanza tras biopsia de una de las lesiones de piel, su estudio morfológico rutinario y varios paneles de IHQ que fueron confirmados por experto.

Conclusión: Se trata de una neoplasia linfóide de presentación inusual consistente en la proliferación intravascular (exclusivamente) de una población linfóide atípica de células grandes con núcleo de cromatina grosera y visible nucleolo con moderado citoplasma, muchas veces pleomórficas y alto índice proliferativo con fenotipo T (no reconocido aún en la clasificación de la OMS 2008) y perfil NK asociado a VEB que se confirma mediante hibridación in situ.

La paciente falleció a las seis semanas de su ingreso (5 desde el diagnóstico histológico), a pesar de los tratamientos Oncohematológicos y otros de soporte por infección por Mucormicosis, debido a Insuficiencia respiratoria de tipo restrictivo por afectación del Linfoma.

9006-52 PROGRESIÓN DE LINFOMA DEL MANTO IN SITU ASOCIADA A PÉRDIDA DE EXPRESIÓN DE CICLINA D1.

María García Peña(1), Jakob Balthasar Milla(1), Ismael Buño(2), Carolina Martínez Laperche(2), Mi Kwon(2), Guillen Oarbeascoa(2) y Javier Menárguez Palanca(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Hematología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Antecedentes y objetivos: El Linfoma del Manto (LM) es una entidad bien definida. De forma ocasional se reporta ausencia de marcadores canónicos. Presentamos un caso de LM in situ como hallazgo incidental en el seno de un Linfoma compuesto, su evolución y progresión selectiva del LM con diseminación hemática y medular, asociada de forma inesperada a pérdida de expresión de Ciclina D1.

Métodos: Mujer de 70 años, con poliadenopatías y esplenomegalia homogénea. Biopsia ganglionar inguinal (Febrero/12): Linfoma Compuesto, constituido por Linfoma T periférico NOS (CD4+, FISH TCR alfa/beta+) y Linfoma B NOS de grado intermedio con diferenciación plasmacítica (clgL+). Hallazgo incidental de LM In situ: Ciclina D1+, FISH+ con patrón arquitectural predominantemente perifolicular. Biopsia de médula ósea de extensión, positiva para Linfoma T. Tras quimioterapia (R-CHOP) y TASPE (Agosto/12), se consigue respuesta completa.

Actualmente (Enero/17), se demuestra en médula ósea (CMF/IHQ) infiltración selectiva por una población B de fenotipo slgK/CD5/Ciclina D1/SOX11- con presencia de FISH+ para t(11;14) y un reordenamiento clonal IGH similar al presente al de la biopsia ganglionar original, pero sin signos de transformación (citología, IHQ). En sangre periférica, se detecta también la presencia de población tumoral circulante (CMF).

Característicamente, los Linfomas del Manto (LM) muestran un perfil inmunohistoquímico con positividad para Ciclina D1, CD5 y/o CD43 así como anomalías citogenéticas características a lo largo de su evolución. Se han publicado series cortas de casos con pérdida de expresión, tanto de Ciclina D1 como de CD5, si bien la morfología del tumor y el estudio citogenético han permitido sustentar el diagnóstico de LM. Los casos CD5- tienden a mostrar un comportamiento relativamente indolente. Lo peculiar del presente caso radica en la coexistencia de negatividad para varios marcadores, un hallazgo insuficientemente documentado en la literatura.

Conclusiones: La ausencia de expresión de marcadores en los LM puede dificultar su diagnóstico y asociarse a progresión y debe de ser un factor a considerar en su diagnóstico y seguimiento, si bien se desconocen sus implicaciones pronósticas y terapéuticas.

9006-53 LINFOMAS ANAPLÁSICOS T DE CÉLULA GRANDE EN NIÑOS: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

Itziar de la Peña Navarro(1), M^a Eugenia García Fernández(1), Gabriel Olmedilla Arregui(1), Alberto Peláez García(1), Ignacio Ruz Caracuel(1), Silvia Hernández Bonilla(1), Oana Beatrice Popescu(1), Pedro M. Rubio Aparicio(2), Berta González Martínez(2) y Sonsoles San Román Pacheco(2) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Los linfomas anaplásicos T de célula grande (LATCG) son linfomas no Hodgkin (LNH) agresivos que suponen el 10-15% de los LNH en niños. Se definen por la presencia de células grandes CD30+, la mayoría de ellas (más del 90% de los casos de los niños) con expresión aberrante de la proteína ALK debido a alteraciones cromosómicas, siendo la más frecuente t(2;5)(p23;q35). Existen tres entidades: LATCG sistémico ALK positivo, LATCG sistémico ALK negativo y el LATCG cutáneo primario. Podemos encontrar cinco patrones morfológicos diferentes, el común, el de célula pequeña, el Hodgkin-like, el linfo-histiocitario y el compuesto.

Revisamos una serie de tres casos en los últimos siete años (2009-2016) de LATCG en niños (menores de 18 años) en nuestro centro. Todos los casos se estudiaron con técnicas de hematoxilina-eosina, técnicas inmunohistoquímicas y técnicas moleculares (FISH).

De los casos estudiados, dos resultaron ser LATCG sistémicos ALK positivos y uno LATCG sistémico ALK negativo, con patrones morfológicos de linfo-histiocitario, común y Hodgkin-like respectivamente. Los tres casos recibieron tratamiento quimioterápico tras el diagnóstico según los protocolos de la SEHOP (Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica) sin haber fallecido ninguno de ellos en el momento de la revisión.

El LATCG es un linfoma raro y agresivo que supone un reto diagnóstico debido a sus características morfológicas y sus semejanzas con otras neoplasias hematológicas. El conocimiento de las alteraciones cromosómicas implicadas está permitiendo desarrollar nuevas terapias que mejoren el pronóstico de los pacientes.

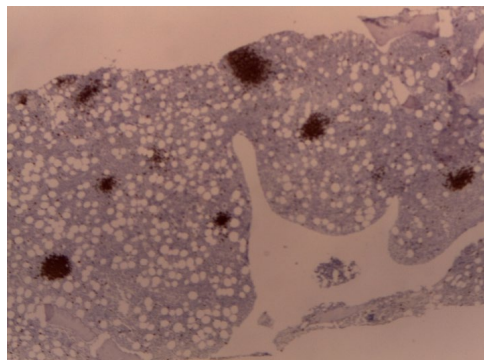
ZONA POSTER

9007

INFECCIOSAS

9007-55 LINFOCITOSIS EN MÉDULA ÓSEA EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITS C Y MULTINEUROPATÍA SEVERA.

Antonio Simon Aylon de Hospital Comarcal de Vinarós, Castellón.



Inmunotinción de médula ósea con cd20.

Entre las manifestaciones extrahepáticas de la infección por virus de la hepatitis C (VHC) se han reportado numerosos casos de neuropatía periférica, en general relacionados con disfunción del sistema inmune, con o sin Crioglobulinemia. Por otra parte, también son frecuentes las proliferaciones linfoides reactivas o neoplásicas asociadas a VHC, que a menudo afectan a la médula ósea.

Describimos los hallazgos clínicopatológicos en un varón de 46 años, al que 4 meses antes se le había detectado VHC. En Julio de 2015 presentó un cuadro constitucional severo con fiebre, pérdida de peso, úlceras en tracto digestivo y multineuropatía periférica grave demostrada mediante electromiograma.

Las pruebas radiológicas revelaron leve hepatomegalia. En el laboratorio se detectó una discreta elevación sérica de cadenas ligeras kappa y gamma y proteína de Bence Jones. Las crioglobulinas resultaron negativas.

En la biopsia de Médula Ósea se objetivó un marcado infiltrado nodular intertrabecular e intersticial constituido por linfocitos B y células plasmáticas que expresaban cadenas ligeras kappa y lambda.

Se instauró tratamiento con 2 antivirales, lo que condujo a una rápida y notable mejoría clínica, analítica y electromiográfica, con marcada reducción de la carga viral. Esto vino a confirmar que el cuadro clínico estaba relacionado con la infección por VHC; además es concordante con recientes publicaciones que sostienen que el tratamiento antiviral ofrece buenos resultados en proliferaciones linfoides reactivas y linfomas de bajo grado asociados a VHC

ZONA POSTER

9008

INMUNOHISTOQUÍMICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR

9008-56

COMPARACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DE PD-L1 USANDO DOS ANTICUERPOS SOBRE 150 PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA DE PULMÓN DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID.

Juan Luis García Pérez(1), Santiago Ponce Aix(1), María Teresa Muñoz Jiménez(1), Borja Nevado Polo(1), Paloma Arribas Granados(1), Alba Espárrago de Mingo(1), Nuria Carrizo Mijarra(1) y Ana Belén Enguita Valls(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La proteína de muerte celular programada 1(PD-1) y sus ligandos PD-L1 y PD-L2 pertenecen al grupo de proteínas de control inmune. Es una vía de control inmune utilizada por las células tumorales en respuesta a la actividad antitumoral endógena. El microambiente tiene relevancia por la relación con la progresión del tumor, el desarrollo de resistencia y la evasión del sistema inmune por parte del tumor. En él se encuentran entre otros elementos células del sistema inmune.

Existen varios anticuerpos para la determinación inmunohistoquímica de PD-L1. Los puntos de corte y su valoración son distintos entre ellos. Existen pocos artículos de validación entre ellos. Para valorar los anticuerpos estudiados se siguen parámetros distintos siendo imprescindible realizar tablas para analizar la concordancia entre ellos.

Objetivos:

- 1- Valorar la concordancia de la determinación de PD-L1 con 2 anticuerpos (22C3 Dako y SP 142 Ventana), validar los mismos y establecer la correlación entre ellos.
- 2- Valorar la expresión de PD-L1 en biopsia pequeña, bloque celular, citología y pieza quirúrgica y analizar la concordancia entre los resultados.
- 3- Determinar si es suficiente la citología para determinar PD-L1 en cuanto a la representatividad y heterogeneidad del tumor y si los resultados son superponibles a los obtenidos en biopsia pequeña y pieza quirúrgica y si técnicamente es posible.

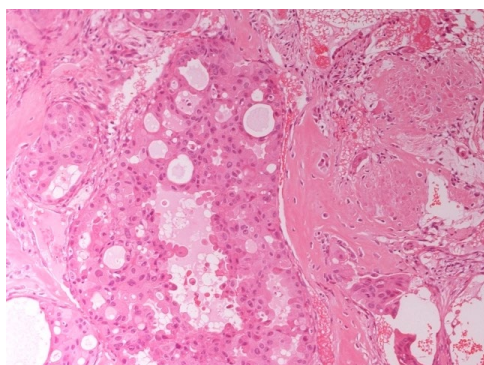
Metodología: Teniendo en cuenta la experiencia de nuestro centro en la valoración del anticuerpo anti PD-L1 22C3 de Dako y en la utilización del método Ventana, se realizaron determinaciones de IHQ de PD-L1 (22C3 Dako y SP 142 Ventana). La muestra la constituyen 150 pacientes con carcinoma de célula no pequeña de pulmón que disponían de pieza quirúrgica, biopsia pequeña y material citológico. Para valorar los resultados se siguieron los criterios establecidos para cada anticuerpo. En el caso de SP 142 se valoró la proporción de células tumorales viables con tinción membranosa de cualquier intensidad y la proporción de células inflamatorias mononucleares en el tumor con tinción de cualquier intensidad. En el caso de 22C3, la positividad está determinada únicamente por la tinción membranosa, parcial o completa de las células tumorales viables.

Resultados: Se exponen los resultados de la correlación entre los anticuerpos y la concordancia entre el material biopsico y citológico.

9008-57

METÁSTASIS DE CARCINOMA GATA 3 POSITIVO.

María Ayala Blanca(1), Mar Muñoz Arias(1) y José Miguel Peláez Angulo(1) de (1)Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.



Adenocarcinoma metastásico.

Introducción: GATA3 es un factor de transcripción importante en la diferenciación de los epitelios mamario, urotelial y linfocitos T que se sugiere como un marcador útil en la evaluación de carcinomas metastásicos de origen mamario y urotelial. Sin embargo diferentes estudios demuestran la positividad de GATA3 en tumores de diferentes orígenes que hay que tener en cuenta a la hora de valorar el origen de metástasis de carcinoma con expresión de dicho marcador.

Objetivo, material y método: Paciente varón sin antecedentes con nódulo en escápula, formado por una proliferación glandular neoplásica que se enfoca como un adenocarcinoma metastásico de origen desconocido y se somete a una batería inmunohistoquímica con resultado positivo para citokeratina 7 y GATA3. Con estos datos inmunohistoquímicos se sugiere un origen mamario.

Se descarta un tumor mamario pero aparece una lesión en parótida derecha que se extirpa, siendo la tumoración fenotípica e inmunohistoquímicamente coincidente con la metástasis escapular.

Se amplía el panel inmunohistoquímico y encontramos positividad para mamoglobina y Her-2 (2+) con CISH (hibridación in situ cromogénica) valorado como normal. Con las características morfológicas e inmunohistoquímica se concluye que se trata de un carcinoma ductal de glándula salival a la que se superponen características secretoras extra e intracelular con lo que no descartamos que se pueda tratar de la entidad recientemente incluida en manuales como tumor análogo al carcinoma secretor mamario, MASC, con idea de incluir al paciente en ensayo con ENTRECTINIB si expresa la traslocación ETV6-NTRK3.

Conclusiones: GATA3 es un factor de transcripción de múltiples funciones, especialmente vinculado en el desarrollo de células del epitelio ductal de mama y urotelio. Pero numerosos estudios demuestran positividad para GATA3, en tumores anexiales de piel, mesoteliomas malignos, carcinomas cromóforos de riñón, páncreas y como en nuestro caso en tumores de glándulas salivales. Por tanto aunque la sensibilidad de este marcador para carcinoma de mama y urotelio es muy alta, no es exclusiva de los mismos. Además, podríamos estar ante el primer caso de metástasis espinal de MASC, en hombre.

9008-58 INTERPRETACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA EXPRESIÓN DE PD-L1 EN CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN.

Miguel Ángel Cruz Sánchez(1), Carmen Parra Pérez(1), Marta Rodríguez González(1), Belén Cigarral García(2), Yoana Franco Rodríguez(1), Cristina González Velasco(1), Elvira del Barco Morillo(2) y María Dolores Ludeña de la Cruz(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: Programmed cell death 1 (PD-1) y sus ligandos (PD-L1), intervienen en algunos tipos de células tumorales como mecanismos para evadir la respuesta antitumoral del sistema inmune. Demostrar su expresión, podría ser útil para seleccionar los pacientes susceptibles de tratamiento con inmunoterapia.

Objetivos: Determinar las dificultades en la interpretación inmunohistoquímica de PD-L1 según las muestras disponibles y la variabilidad intratumoral de su expresión.

Material y métodos: Se estudiaron 14 casos de carcinoma no microcítico de pulmón localmente avanzado o metastásico. 10 casos habían sido tratados previamente con fármacos anti PD-1 (Nivolumab), destacando que, en 9 de estos se realizó la técnica sobre material con más de 6 meses desde su procesamiento. El anticuerpo primario utilizado fue la sonda PD-L1 22C3, considerándose adecuadas las muestras con más de 100 células tumorales viables. Se valoró el porcentaje de células neoplásicas con tinción de membrana, completa o incompleta, estableciendo como positivos los casos con más de 1% de tinción. También se valoró la expresión en las células inmunes asociadas al tumor.

Resultados: Los pacientes estudiados, 12 varones y 2 mujeres, tenían edades comprendidas entre los 53 y los 74 años. Las muestras disponibles eran limitadas en los casos diagnosticados únicamente mediante biopsia bronquial (5), bloques celulares obtenidos mediante PAAF trans-bronquial de adenopatías mediastínicas (2) y un punch de una metástasis cutánea. Una biopsia bronquial no era adecuada para su valoración. Histológicamente se trataba de 6 adenocarcinomas, 7 carcinomas epidermoides, 1 carcinoma de célula grande y 1 carcinoma de células gigantes. Dos casos mostraron una expresión heterogénea de intensidad moderada en el 5 % y el 20% de las células tumorales, y una expresión de entre el 20-40 % en las células inmunes peritumorales. En estos dos casos la técnica se realizó en material obtenido recientemente.

Conclusiones: La heterogeneidad de la tinción, las limitaciones de las muestras y la realización de la técnica en material obtenido con más de 6 meses desde su procesamiento, podrían haber condicionado la baja correlación observada entre la expresión de PD-L1 y la respuesta clínica de los pacientes que habían recibido tratamiento previo a este estudio.

ZONA POSTER

9009

MAMA

9009-59 EXPERIENCIA CON MÉTODO OSNA EN BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA APLICANDO CRITERIOS Z0011 EN 114 PACIENTES DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA.

Raquel Tur González(1), María del Rocío Martín López(1), Juan Parra Cáceres(2), Carlos de Grado Sánchez(3), Elena Filipovich Vegas(4), Beatriz Segovia Blázquez(1), Rafael Revestido García(1), Waleska Salcedo Mercado(5), Verónica Yuste del Pozo(5) y Vicente Peg Camara(6) de (1)Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental (UICBE) del Complejo Asistencial de Ávila, (2)Unidad de Investigación Clínica y Biopatología Experimental (UICBE) del Complejo Asistencial de Ávila, (3)Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial de Ávila, (4)Servicio de Oncología, Complejo Asistencial de Ávila, (5)Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial de Ávila y (6)Servicio Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

En el año 2011 se implantó en nuestro hospital la técnica OSNA (One Step Nucleic Amplification, Sysmex, Kobe, Japan) para el estudio de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en cáncer de mama y se comenzaron a aplicar, además, los criterios de cirugía axilar conservadora basados en el estudio Z0011.

Revisamos las pacientes con carcinoma de mama en las que se realizó BSGC mediante OSNA en los años 2011 y 2012. De cada paciente se estudian las siguientes variables: características morfológicas del tumor (tamaño, tipo histológico y grado histológico), su inmunofenotipo, la carga tumoral total (CTT) y la evolución clínica.

Material y método: En total se realizaron 117 estudios mediante técnica de OSNA en 114 pacientes. La media de edad fue de 59 años, con un promedio de ganglios estudiados por axila de 1.99. En 68 de los 117 estudios el resultado OSNA fue negativo y en 49 positivo.

De los 49 casos OSNA positivos:

- 26 presentaron una CTT superior a 15.000 copias y 23 inferior.
- El 98% fueron carcinomas infiltrantes, de los cuales el 92% fueron ductales y el 8% lobulillares.
- El inmunofenotipo predominante fue el Luminal A (52%), seguido de Luminal B (33%), Triple Negativo (8%), HER2 (4%) y LuminalB-HER2 (3%).
- Se realizaron 6 linfadenectomías axilares (5,12%); 4 de ellas con una CTT superior a 15000 copias y una inferior.
- En febrero de 2017 de las 49 pacientes con OSNA positivo habían fallecido dos; una por neumonía durante quimioterapia neoadyuvante y otra por infiltración de recto por cáncer de cervix IIB/III concomitante.
- Ninguna de las pacientes restantes ha recidivado hasta la fecha actual (febrero de 2017).

Conclusiones:

- Asociando OSNA y Z0011, se ha disminuido drásticamente la tasa de linfadenectomías axilares en nuestro medio. La supervivencia libre de enfermedad en las pacientes con OSNA positivo y cirugía conservadora a 4 años es del 96%.
- El 67% de las linfadenectomías se realizaron con una CTT superior a 15000 copias en el ganglio centinela.
- Las características morfológicas e inmunofenotípicas de las pacientes con cáncer de mama en nuestro hospital son similares al resto de la literatura.
- La relación entre CTT, cirugía axilar conservadora y supervivencia libre de enfermedad a 5 años se establecerá definitivamente al finalizar el año 2017, fecha en la que termina el estudio en curso.

RESUMEN Resultados: PACIENTES OSNA POSITIVO Y CRITERIOS Z0011 (N=49).

OSNA Positivo	CTT>15.000 Copias	Linfadenectomía	Carcinoma Ductal Infiltrante	Inmunofenotipo HER2 Ó Luminal B-HER2	Supervivencia Libre de Enfermedad a 4 años
49	26	6 (5%)	44	3	47 (96%)

9009-60**PATOLOGÍA DEL PEZÓN: PRESENTACIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA, CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

María Teresa Rivera García(1), Margarita Gimeno Aranguéz(1), Rosa Lorente Ramos(2), M. Teresa Aramendi Sánchez(1), Federico Álvarez Rodríguez(1), M^a Ángeles Martínez Izquierdo(1), Ana Burdaspal Moratilla(1) y Liliam El Bouayadi Mohamed(1) de (1)Hospital Infanta Leonor, Madrid y (2)Servicio de Radiología Hospital Infanta Leonor, Madrid.

El reciente incremento de las cirugías mamarias con conservación del complejo areola- pezón (CAP) hace imprescindible el conocimiento de la patología de pezón y zona retroareolar (región donde cualquier lesión se localiza a menos de 2 cm de pezón y/o afecta al complejo areola pezón).

El pezón puede verse afectado por anomalías congénitas y por lesiones benignas, inflamatorias o neoplásicas de: piel, anejos cutáneos, tejido celular subcutáneo, conductos subyacentes y parénquima mamario.

Objetivo: Destacar la importancia de la clínica, examen radiológico y correlación anatomopatológica de lesiones del CAP. Revisión de nuestra casuística.

Material y método: En el Hospital Infanta Leonor entre los años 2009-2016 se han diagnosticado 93 biopsias de CAP. 3 casos no presentaron lesiones significativas y 3 casos estaban en relación con la cirugía previa (fibrosis e inflamación). En el resto la patología se distribuyó en 76 lesiones cutáneas, y 14 lesiones en relación con patología de la mama con afectación del complejo AP (tabla 1)

Conclusiones: Importancia de conocer la anatomía y patología del CAP dado el incremento de cirugías mamarias conservadoras.

El conocimiento de las lesiones del CAP es imprescindible para su reconocimiento. La patología cutánea benigna es la más frecuente en el CAP seguida de la enfermedad de Paget. Necesidad de correlación radio patológica.

Algunas lesiones malignas requieren un manejo radiológico especial. La existencia de una patología benigna CAP no descarta un carcinoma subyacente

Tabla1

Anomalías congénitas	Pezón supernumerario	3
Lesiones cutáneas	Pólipo fibroepitelial	19
	Quiste epidermoide	14
	Tumor cutáneo benigno	3
	Dermatitis	8
	Enfermedad de Paget	13
	Letálide	1
Lesiones melánicas	Melanoma	1
	Lesión névica benigna	6

Anomalías congénitas	Pezón supernumerario	3
Inflamación	Inespecífica	3
	Absceso subareolar	
Lipoma		1
Patología mamaria	Hiperplasia epitelial usual	1
	Ectasia ductal	3
	Papiloma	3
	Adenoma	2
	Mastitis granulomatosa	1
	Galactoforitis	1
	Carcinoma intraductal	2
	Infiltración por carcinoma	1

Tabla 1.- Distribución de lesiones del CAP

9009-61 USO DE LA FOTOCOPIADORA EN LA EVALUACIÓN DE PIEZAS DE CÁNCER DE MAMA TRAS NEOADYUVANCIA.

Idaira Jael Expósito Afonso(1), Isabel González Villa(1), Ángel Nazco Deroy(1), Yamilet Quintero Quintero(1), Emilio González Arnay(1) y Leynis Isabel Martínez Blanco(1) de (1)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).



Caso ejemplo

Introducción: El tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama tiene como objetivo final conseguir una respuesta patológica completa. El método recomendado actualmente para evaluar la tasa de respuesta es el Residual Cancer Burden (RCB), que tiene muy en cuenta el tamaño del lecho tumoral. Para ello, se requiere identificarlo macroscópicamente y hacer un esquema útil que indique y muestre las secciones que se han incluido para su estudio al microscopio. No todos los laboratorios de Anatomía Patológica disponen de equipos de rayos X, fotografía e impresión, y en estos casos se hace necesario la presencia de una imagen que guíe al patólogo.

Material y métodos: Hemos realizado de rutina una fotocopia de cada pieza de neoadyuvancia, dividiéndola en múltiples secciones y la hemos utilizado para identificar y distinguir el lecho tumoral, realizar mediciones y hacer un esquema de los cortes que se toman.

Resultados: La fotocopia permite que el patólogo que estudie la respuesta a la neoadyuvancia tenga una guía para poder evaluar cada caso según el método RCB, además de quedar registrada una imagen y un esquema claro de cómo se han tomado los cortes para su posible reevaluación.

Conclusión: Presentamos una alternativa económica y aceptable para complementar el tallado en los casos de neoadyuvancia de mama.

9009-62 MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO.

Jorge Palomar Ramos(1), Cristina Díaz del Arco(1), Juana María Brenes Sánchez(1), Alejandro Pascual Martín(1), Guillermo Jesús García Diego(1), Ana Caso Viesca(1) y Adela Pelayo Alarcón(1) de (1)Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) fue descrita por Kessler y Wolloch en 1972 como una lobulitis granulomatosa necrotizante de etiología desconocida que afecta fundamentalmente a mujeres premenopáusicas. Su rareza, de unos 200 casos recogidos en la literatura y su frecuente confusión clínica con otras patologías mamarias hace que esta entidad sea poco conocida y frecuentemente subdiagnosticada. Actualmente un origen autoinmune es el más aceptado, con buena respuesta a la terapia inmunodepresora.

Material y métodos: Revisamos los casos diagnosticados de mastitis granulomatosa en nuestro servicio durante el periodo 2000-2016 y excluimos aquellos en los que se determinó el origen de los granulomas. Las muestras histológicas fueron estudiadas con hematoxilina/eosina, tinciones especiales de Masson, Gram, Plata, PAS, Ziehl-Neelsen y PCR.

Se diagnosticaron tres casos de MGI que presentamos.

Resultados: En los casos número uno y dos la edad de las pacientes fue 43 años. Uno de ellos de localización bilateral y el otro en mama derecha. La edad del caso tres era de 45 años y localización en mama izquierda. Ninguna enferma fue diagnosticada de algún tipo de enfermedad

sistémica y todas ellas mantuvieron lactancia previa. Clínica y radiológicamente todos plantearon el diagnóstico diferencial con un carcinoma. Macroscópicamente se corresponden con lesiones firmes, mal delimitadas de superficie de corte nodular. Histológicamente afectando a lobulillos se identifica la presencia de una reacción inflamatoria crónica granulomatosa con presencia de células gigantes multinucleadas, células epitelioides, linfocitos, células plasmáticas y formación de microabscesos, a veces confluentes. Se alternan zonas de fibrosis y ocasionalmente focos de necrosis grasa. Las tinciones y PCR para microorganismos resultaron negativas. Se planteó diagnóstico diferencial con la mastitis periductal y otros tipos de mastitis granulomatosas, principalmente con tuberculosis, sarcoidosis e infección por hongos del tipo histoplasma.

Conclusiones: La MGI es muy poco frecuente, con una mayor incidencia en mujeres pre menopausicas y afectación unilateral. La localización lobulillar de granulomas abscesificantes es el dato morfológico más característico. Plantea diagnósticos diferenciales con otros tipos de mastitis granulomatosas y su diagnóstico se estable por exclusión.

9009-63

DIAGNÓSTICO DE TUMORES PHYLLODES DE MAMA MEDIANTE BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG): CORRELACIÓN CON LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA.

Davinia Fernández Calvo(1), Eduard Dorca Duch(1), M^a Teresa Soler Monso(2), Anna Petit Montserrat(1), María del Rosario Taco Sánchez(1), M^a Esther Guerra Fernández(1), Amparo García-Tejedor(3), Marta Heras Martínez(3), Laia Pérez-Tapia(4) y Xavier Matías-Guiu Guia(1) de (1)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet del Llobregat (Barcelona), (2)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Anatomía Patológica, Hospitalet del Llobregat (Barcelona) / Unidad Funcional de Mama. ICO Hospitalet/IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), (3)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Ginecología, Hospitalet del Llobregat (Barcelona) y (4)Hospital Universitari de Bellvitge, Servicio de Radiología, Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

Introducción: En el estudio de las lesiones fibroepiteliales de mama mediante BAG, la diferenciación entre lesiones con distinto pronóstico, muchas veces resulta difícil dadas sus limitaciones en cuanto a representatividad de la muestra. Nuestro objetivo es revisar los casos diagnosticados de tumor Phyllodes por BAG y comparar con los diagnósticos definitivos.

Diseño: Se recuperaron, de los archivos de nuestro centro, todas las BAG diagnosticadas de tumor Phyllodes (TP) entre 2004-2016, y de éstas se eligieron las pacientes con pieza quirúrgica, ya fuera enucleación, tumorectomía o mastectomía valorando edad de las pacientes y tamaño de las lesiones.

Resultados: Se identificaron 49 pacientes, de las cuales disponemos de la pieza quirúrgica en 46 (93,88%). La edad media del grupo de estudio fue de 45.33 años (20-75) y el tamaño medio de 43.17 mm (5-110). En la BAG, 40 pacientes fueron diagnosticadas de TP. En la pieza de resección, el diagnóstico fue de TP benigno en 28 casos (70%); de los restantes, 5 (12'5%) fueron clasificados de fibroadenoma, 4 (10%) de TP malignos y 3 (7'5%) de TP borderline. En los 4 casos diagnosticados por BAG de TP malignos, el diagnóstico se mantuvo post-cirugía. Hubo 2 BAG cuyo diagnóstico se dio como TP benigno o borderline, y su diagnóstico final fue de TP maligno.

Conclusiones: En nuestra serie, de los casos diagnosticados de TP por BAG, en la pieza quirúrgica la mayoría (70%) son TP benignos. Se observa un sobrediagnóstico en un 12'5% de casos, que se reclasifican de fibroadenomas. Los casos diagnosticados de TP malignos en la BAG, concuerdan al 100% con el resultado de la pieza quirúrgica.

9009-64

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA DE PACIENTES CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE.

Carlos Lacalle González(1), Tatiana Cano Barbadilla(2), Lidia Pérez Villa(2), María Victoria Ortega Jiménez(2), Salomé Sanz Biedma(3), Francisco Javier Fernández García(4), Victoria Scholz Gutiérrez(4), Virginia González Zafra(2), Isabel Álvarez Mancha(2) y Luis Vicioso Recio(2) de (1)Universidad de Málaga, (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (3)Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y (4)Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

La quimioterapia neoadyuvante (QNA) en pacientes con carcinoma de mama es una alternativa a la cirugía cada vez más utilizada y con ventajas diversas. En este contexto, la validez de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BGC) en mujeres ganglios axilares positivos ha sido cuestionada. Al objeto de conocer las limitaciones de esta técnica en neoadyuvancia, se estudiaron prospectivamente 42 casos de pacientes con ganglios positivos, sometidas a tratamiento de QNA y posterior cirugía en la que se realizó la técnica de BGC seguida de linfadenectomía axilar. Para la detección del ganglio centinela (GC) se utilizó doble marcaje con radioisótopo y colorante. Los ganglios aislados quirúrgicamente fueron incluidos en su totalidad y analizados mediante cortes seriados de H-E.

De las 42 pacientes, se detectó el GC en 38, con edad media de 51 años (rango: 26-71), de tipo histológico no especial (ductal, NOS), tamaño tumoral medio de 30 mm (rango: 10-80 mm), 52,6% con receptores hormonales (RH) positivos y 47,4% HER2 positivo. Se realizó tumorectomía en 29 casos (76,3%) y mastectomía en los 9 restantes (23,7%). El número de ganglios obtenidos fue de 2 o más en el 71,1% de los casos. El 42,1% de las BGC fueron positivas (metástasis o micrometástasis).

La tasa de detección de la linfogammagrafía fue del 89,7%. La tasa de falsos negativos fue del 17,1%. La sensibilidad y especificidad de la BGC en este contexto fue del 73,9% y del 100%, respectivamente. Entre los falsos negativos, el número de ganglios extraído fue de uno solo en un caso (3 ganglios en 3 casos, 2 ganglios en 2 casos). En relación con parámetros anatomopatológicos, la aparición de falsos negativos tuvo tendencia asociarse a tumores RH positivo, HER2 positivo y Ki-67 >15%.

En conclusión, consideramos que la BSGC en nuestro medio presenta insuficiente fiabilidad para su aplicación clínica. El estudio con inmunohistoquímica que pueda detectar células tumorales aisladas en los ganglios, su consideración como positivos y el uso de clip metálicos para la correcta identificación de GCs, podría incrementar la validez de esta técnica.

9009-65 ANGIOSARCOMA DE MAMA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Isabel Ruiz Ávila(1), Nicolás López López(1), Esther Vergara Alcaide(1), Saturnino de Reyes-Iartategui(2), Beatriz Rueda Villafranca(1), José Aneiros-Fernández(1), Clara Eugenia Chamorro Santos(1) y Aurelio Martín Castro(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Granada y (2)Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción: Los AS de mama se consideran una neoplasia poco frecuente, de muy mal pronóstico y difícil diagnóstico por su presentación anodina. Pueden ser primarios (esporádicos) o secundarios a alguna condición preexistente. Presentamos un caso secundario a tratamiento con radioterapia (RT) y otro, sin RT previa, en una paciente con antecedente de tumor phyllodes maligno. Los AS secundarios a tumor phyllodes son excepcionales.

Casos clínicos: **Caso 1:** Paciente de 39 años con antecedente en 2012 de tumor phyllodes maligno. En 2016 se diagnostica un angiosarcoma de alto grado de 2,7x1,8 cm, con 8 mitosis/10CGA y necrosis con metástasis en 3 ganglios axilares.

Caso 2: Paciente de 79 años con antecedente en 2012 de carcinoma ductal infiltrante, tratada con cirugía conservadora y RT. En 2017 se le detectan lesiones cutáneas en la misma mama y tras biopsia punch se diagnostica de AS y posteriormente en la mastectomía ampliada se confirma el diagnóstico de AS de grado moderado, de 15x10 cm con 1 mitosis/10CGA, sin necrosis, con ulceración de epidermis y extensión a hipodermis y parénquima mamario. Ambos casos expresaban marcadores vasculares (CD31+, CD34+, D2-40+).

Conclusiones: Los AS inducidos por RT tras tratamiento conservador de CM afectan a un pequeño porcentaje de pacientes (la incidencia oscila entre 0,05-1,1%), pero tienen un impacto significativo en la supervivencia. Por otra parte, sólo hemos encontrado cuatro casos descritos en la literatura de AS tras diagnóstico previo de tumor phyllodes. A menudo, el diagnóstico clínico es complejo por su naturaleza relativamente anodina, que habitualmente se presenta como pápulas rojo-violáceas multifocales.

Por tanto, la detección precoz requiere un alto índice de sospecha y es esencial para un óptimo manejo debido al mal pronóstico de los AS. Comparado con la latencia de otros sarcomas asociados a RT, en el caso de los AS de mama, ésta es relativamente corta, con una media de 6 años. El tratamiento recomendado es mastectomía simple con márgenes libres lo más precoz posible, sin linfadenectomía. En el primer caso hay que destacar, como algo excepcional, la afectación axilar. En los casos más agresivos, parece estar indicado, además RT y/o quimioterapia.

9009-66 TUMOR ESTROMAL BENIGNO DE LA MAMA: MIOFIBROBLASTOMA.

Gema Díaz Córdoba(1), María Victoria Ortega Jiménez(2), Lidia Pérez Villa(2), Tatiana Cano Barbadilla(2), Virginia González Zafra(2), Isabel Álvarez Mancha(2) y Luis Vicioso Recio(2) de (1)Servicio de Radio diagnóstico. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y (2)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Antecedentes y objetivos: El miofibroblastoma constituye una entidad benigna de la mama, de estirpe mesenquimal, cuya presentación es muy infrecuente y que afecta principalmente al varón.

Material y método: Presentamos el caso de una paciente femenina de 30 años de edad, se derivó desde atención primaria a la consulta de unidad de mama por un tumor palpable en cuadrante infero-externo de mama izquierda, de crecimiento progresivo durante los dos últimos años. En el estudio ecográfico se visualizaba un nódulo hiperecogénico, con mala transmisión posterior del que se recomienda realización de biopsia con aguja gruesa (BAG) ecoguiada.

Resultado: En el estudio histológico se constituía por una proliferación de células fusocelulares dispuestas en haces cortos irregularmente entrelazados, sin atipia celular, con escasas mitosis, haces de colágeno y tejido adiposo entremezclado, junto a un discreto infiltrado linfocitario perivascular.

Las células neoplásicas mostraban positividad para actina (40%), desmina (20%), caldesmón (70%) y de forma difusa para calponina, cd 34, vimentina y bcl-2, y con un Mib-1 (Ki-67) menor del 5%. Con estos hallazgos el resultado anatomopatológico fue de Proliferación fusocelular compatible con miofibroblastoma.

Conclusiones: El miofibroblastoma es uno de los tumores estromales benignos de la mama poco comunes. El 33 % de los miofibroblastomas ocurre en mujeres. Caracterizada por una proliferación de células fusiformes rodeadas de colágeno, se presenta como una masa solitaria, de consistencia firme, móvil, unilateral de crecimiento progresivo.

Desde el punto de vista anatomopatológico el miofibroblastoma está constituido por miofibroblastos. Estas son células mesenquimales probablemente originadas de los fibroblastos, con características similares al tumor fibroso solitario. Microscópicamente, el miofibroblastoma de tipo clásico carece de lóbulos y ductos mamarios, comprime el parénquima adyacente, creando una pseudo-cápsula. El diagnóstico diferencial ha de realizarse con las neoplasias de células fusocelulares, como sarcomas, carcinomas metaplásicos, así como fascitis y fibromatosis.

9009-67 CARCINOMA MUCINOSO, VARIANTE INFRECIENTE DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA EN EL SENO DE UN FIBROADENOMA.

Cristina Murillo Lázaro(1), Fernanda Relea Calatayud(2), Manuela Flores Barranquero(2), Claudia Carolina Ramos Rodríguez(2) y Pedro Montero Pavón(2) de (1)Hospital Virgen de la Salud, Toledo y (2)Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: El fibroadenoma es un tumor benigno de mama con un componente epitelial y otro estromal, que ocurre en mujeres entre los 20 y 35 años. Las neoplasias malignas en el seno de un fibroadenoma no son habituales, existiendo tan solo tres casos de carcinoma mucinoso sobre fibroadenoma reseñados previamente en la literatura.

Material y método: Paciente de 36 años de edad en seguimiento por el servicio de rayos por múltiples fibroadenomas mamarios bilaterales. Se detecta en un fibroadenoma de la mama derecha la presencia de microcalcificaciones de nueva aparición con imagen sospechosa de malignidad. Se realiza biopsia y posterior cuadrantectomía con exéresis de la lesión, además de ganglio centinela.

Resultados: La pieza de cuadrantectomía mide 3,5x2,5x2,5 y se evidencia una lesión de 1,7x1,5 cm, blanquecina bien delimitada con área gelatinosa. En los cortes histológicos se observa en el seno de un fibroadenoma una proliferación neoplásica compuesta por lagos de mucina sobre el que flotan células neoplásicas dispuestas en islotes o grupos. Mediante técnicas de inmunohistoquímica se observa positividad para estrógenos y progesterona, siendo Her 2 negativo. El ganglio centinela es negativo.

Discusión: Se han descrito en numerosos estudios el riesgo incrementado de aparición de carcinoma en los fibroadenomas, aunque tan solo ocurre en un 0,1 % de los casos, existiendo un pico de incidencia a los 42,2 años. Habitualmente la transformación maligna se observa en el componente epitelial. En algunos estudios se describe una mayor frecuencia de carcinoma lobulillar y ductal in situ en el seno de fibroadenomas. En un estudio más reciente la mayoría de casos de transformación maligna son carcinomas ductales invasivos (53,3%), seguido de carcinoma ductal in situ (23,3%), carcinoma lobulillar in situ (16,7%) y carcinoma lobulillar infiltrante (13,3%). Tan sólo se han encontrado descritos tres casos de carcinoma mucinoso en la literatura y todos se trataban de pacientes con edad superior a 30 años. Los ganglios fueron negativos en al menos dos ellos (en el tercer caso no se hace referencia al estado ganglionar), mostrando buen pronóstico.

En conclusión, aunque la frecuencia de carcinoma en los fibroadenomas es baja, hay que considerar el posible potencial de transformación maligna en todos los fibroadenomas, sobre todo en mujeres mayores de 35 años.

9009-68 ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA POR OSNA EN CÁNCER DE MAMA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Estela Costa Navarro(1), Francisco José Illán Gambín(1), María Niveiro de Jaime(1), Hortensia Ballester Galiana(1), Silvia Delgado García(1), Tina Martín Bayón(1), Francisco Javier Seguí Iváñez(1), Francisco Ignacio Aranda López(1), José Sánchez-Payá(1) y Gloria Peiro Cabrera(1) de (1)Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: El estudio del ganglio centinela (GC) es actualmente un procedimiento de rutina recomendado para el estadiaje de la axila en cáncer de mama en estadios iniciales. Presentamos un estudio descriptivo de nuestra serie de GC axilar por OSNA (one-step nucleic acid amplification) y su correlación con factores patológicos y del status ganglionar en la linfadenectomía en pacientes con cáncer de mama.

Métodos: Seleccionamos retrospectivamente (2010-16) 507 pacientes con cáncer de mama infiltrante y estudio del GC por OSNA. Se recogieron los datos de: número de GC procesados, carga tumoral total (número de copias de ARNm CK19), status ganglionar de la linfadenectomía (en los casos positivos) y las características del tumor (tamaño, grado, inmunofenotipo e invasión linfocelular). Se hizo un estudio de correlación entre las variables (tests de Chi2 y Fisher).

Resultados: Incluimos 507 pacientes con diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama y estudio de GC, excluyendo los de neoadyuvancia. Observamos que el GC fue negativo (<250 copias) en 72% de casos, micrometástasis (250-5000 copias) en 15% y macrometástasis (>5000 copias) en 12%. Hubo una correlación entre GC positivo con la invasión linfocelular (51%; p<0,000), alto grado histológico (p=0,03), tamaño >20 mm (56%; p<0,000) y fenotipos luminal B/Her2+ y Her2+ (48% y 38%; p=0,029) y linfadenectomía positiva (3,4% en GC con micrometástasis y 90% si macrometástasis; p=0,026).

Conclusiones: La presencia de metástasis en el GC se correlaciona con factores histológicos de mal pronóstico como tumores de mayor tamaño, alto grado histológico, con invasión linfocelular y fenotipos más agresivos (luminal B/Her2+ y Her2+).

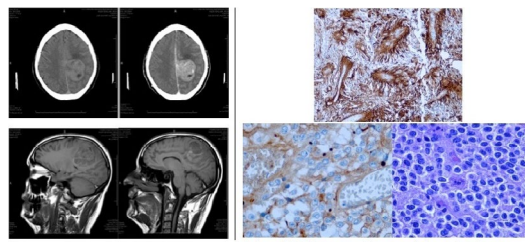
ZONA POSTER

9010

NEUROPATOLOGÍA Y OFTÁLMICA

9010-69 EPENDIMOMAS DE CÉLULAS CLARAS: CORRELACIÓN RADIOPATOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Saúl González Rodríguez(1), Connie Ferrara Coppola(1), María García Peña(1) y Emma Sola Vendrell(1) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.



Ependimoma de células claras. Imágenes radiológicas e histológicas.

Antecedentes y objetivos: El ependimoma de células claras es una variante poco frecuente de ependimoma. Presentamos un caso de ependimoma de células claras, que supone un diagnóstico alternativo a otros tumores cerebrales, tales como el oligodendroglioma, neurocitoma o el hemangioblastoma. Revisamos las principales características radiológicas e histológicas de esta entidad y su diagnóstico diferencial.

Métodos: Realizamos la presentación de la historia clínica de un caso de ependimoma de células claras, obtenido en nuestro centro, con imágenes radiológicas y del estudio anatomopatológico del mismo. Revisamos la bibliografía existente sobre ependimomas de células claras y su diagnóstico diferencial.

Resultados: La presentación más habitual de los ependimomas es infratentorial.

No obstante, la variante de células claras suele mostrar localización supratentorial. Presentamos un caso de ependimoma de células claras supratentorial en un varón de 49 años, cuyo diagnóstico clínico-radiológico inicial fue de probable meningioma atípico, sin poder descartar otras causas, tales como: glioblastoma, oligodendroglioma o ependimoma. Mediante estudio histológico, inmunohistoquímico (con GFAP, EMA, Ki67) y molecular (IDH, ATRX y delección 1p/19q) demostramos el diagnóstico definitivo de ependimoma de células claras.

Conclusión: Los ependimomas de células claras son tumores poco frecuentes y presentan un diagnóstico diferencial con otras neoplasias cerebrales, tales como el oligodendroglioma, neurocitoma y el hemangioblastoma. Estos tumores suponen un reto diagnóstico, tanto radiológico como anatomopatológico, por lo que es crucial para su correcto diagnóstico la sospecha y el conocimiento de esta entidad por parte del facultativo especialista en Neuropatología.

9010-70 USO DE LOS ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES (OXPHOS) EN LAS ENFERMEDADES MITOCONDRIALES.

Cristina Jou Muñoz(1), Anna Codina(1), Delia Yubero(1), Andrés Nascimento Osorio(1), Carlos Ortez González(1), Raquel Montero(1), Joan Corbera(1), Teresa Ribalta Farres(1), Rafael Artuch Irriberí(1) y Cecilia Jiménez Mallebrera(1) de (1)Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Las enfermedades mitocondriales muestran un espectro heterogéneo de fenotipos clínicos, siendo a veces la identificación del defecto genético una labor dificultosa. La fosforilación oxidativa sucede en la mitocondria y esta catalizada por 5 complejos proteicos anclados en la membrana de la mitocondria.

El diagnóstico de estos pacientes es complejo requiriendo de un equipo multidisciplinar y siendo útil en ocasiones realizar una biopsia muscular. En la biopsia muscular se usan una serie de tinciones histoquímicas que nos ofrecen información sobre la actividad de los complejos de la cadena respiratoria. En la edad pediátrica el diagnóstico es especialmente difícil ya que los hallazgos en la biopsia muscular pueden ser inespecíficos. En la población pediátrica a diferencia del adulto encontrar fibras rojo-rotas con el tricómico es infrecuente.

Actualmente disponemos de tinciones inmunohistoquímicas para los distintos complejos de la cadena respiratoria mitocondrial que pueden ser útiles para una tipificación más específica de estas enfermedades.

Material y métodos: Hemos estudiado la expresión de los complejos de la fosforilación oxidativa en musculo mediante el uso de anticuerpos anti-OXPHOS (complejo I, complejo IV sub I y porina como control de número y distribución de mitocondrias) en niños afectados de miopatía mitocondrial comparándolos con controles sanos con el intento de mejorar el diagnóstico de estos pacientes en la edad pediátrica.

Resultados: Los anticuerpos contra los complejos I, IV pueden detectar proteínas específicas tanto en fibras rojo-rotas como en fibras aisladas. El complejo I es uno de los más frecuentemente afectado seguido del complejo IV.

La deficiencia de complejo I y IV puede mostrar un patrón de tinción en mosaico o generalizado reflejando como causa subyacente defectos heteroplasmicos mitocondriales en el primer caso o nucleares en el segundo caso.

No hay correlación entre los defectos enzimáticos y los hallazgos inmunohistoquímicos. Anomalías que se detecten por inmunohistoquímica pueden no detectarse con el análisis espectromorfológico.

Conclusiones: El estudio histoquímico con citocromo C oxidasa sigue siendo un marcador muy sensitivo de afectación mitocondrial en la edad pediátrica.

La aplicación de los anticuerpos contra las subunidades puede ayudar en el diagnóstico de las miopatías mitocondriales en la edad pediátrica.

ZONA POSTER

9011

OSTEO Y PARTES BLANDAS

9011-71 DIAGNÓSTICO DEL TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO; SERIE DE DIEZ CASOS DE DIFERENTES LOCALIZACIONES.

Adrián Pablo Rodríguez Caulo(1), Álvaro Gutiérrez Domingo(2), Katherine María Gallardo Rodríguez(3), Juan Luis Gutiérrez Cierco(2), Carolina Manzotti(2) y José Ramírez Santos(1) de (1)Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, Llerena (Badajoz), (2)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (3)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El objetivo es reconocer estos tumores y para ello exponemos las características histológicas, inmunohistoquímicas y moleculares a partir de una serie de casos.

El tumor lipomatoso atípico (TLA) es un liposarcoma bien diferenciado (LPSBD) tipo lipoma, presenta mayor incidencia en la sexta década de la vida, sin diferencias entre sexos.

Material y métodos: Se han estudiado diez casos de TLA diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y en el Complejo Hospitalario Llerena-Zafra (Badajoz) en los últimos ocho años, localizados en extremidades (3), región escapular (4), región paratesticular (2) y en retroperitoneo (1). Todos se han revisado inmunohistoquímicamente con MDM-2 y Ki67. Además se realizó hibridación in situ (SISH) de MDM-2.

Resultados: Histológicamente observamos adipocitos relativamente maduros con marcada variabilidad en su tamaño y núcleos atípicos hipercromáticos. Hay células estromales bizarras, a menudo multinucleadas, septos fibrosos, y en ocasiones lipoblastos, sin ser necesaria su presencia.

De los 10 casos de lipomas con atipia citológica, el 60% (6/10) mostraron amplificación de MDM-2, coincidiendo con un ki67 superior al 10%. El 50% de éstos (3/10) recidivaron localmente, uno en región paratesticular, a los siete años; otro en región escapular, a los 2 años y el otro en miembro inferior izquierdo, a los 3 años.

Conclusiones: es difícil distinguir LPSBD/TLA de los tumores adipocíticos benignos. En estas situaciones se requieren más estudios para obtener un diagnóstico correcto. Estos tumores presentan una anomalía citogenética que puede detectarse con técnicas moleculares como la hibridación in situ (SISH) de MDM2.

El término TLA no se emplea siempre con precisión, ha dado lugar a malinterpretaciones diagnósticas y ha levantado confusión en la literatura. Proponemos que el término TLA quede restringido a tumores con atipia citológica y amplificación de MDM-2(SISH), con un comentario del diagnóstico que explique la naturaleza de la neoplasia, ya que se trata de un liposarcoma; siendo importante un seguimiento estrecho del paciente, puesto que la mitad de los que mostraron la amplificación, recidivaron.

9011-72

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN EL TUMOR ÓSEO DE CÉLULAS GIGANTES TRATADO CON DENOSUMAB. SERIE DE 6 CASOS.

Emiliano Honrado Franco(1), Luis Ramos Pascua(2), Paula Casas Ramos(2) y Francisco Miguel Izquierdo García(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Traumatología. Complejo Asistencial Universitario, León.

El tumor óseo de células gigantes (TCG) es un tumor óseo benigno localmente agresivo. El tratamiento habitual del TCG es quirúrgico y consiste en el curetaje o resección en bloque de la lesión. El Denosumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humano cuyo uso en el tratamiento de los TCG fue aprobado en Estados Unidos en 2013. Presentamos en esta comunicación los resultados histológicos de 6 casos de TCGs tratados con Denosumab y posteriormente resecados.

Material y métodos: 6 casos de TCGs con diagnóstico en biopsia por aguja, tratados con Denosumab y posteriormente resecados. Corresponden a 4 mujeres y 2 varones, con edades entre 27 y 58 años, localizados 2 en tibia proximal, 2 fémur distal, 1 húmero proximal y 1 radio distal.

Resultados: Todos los casos presentan, tras tratamiento, marcada disminución de células gigantes, prácticamente ausentes en 4. Un caso muestra una sustitución casi completa por tejido conectivo denso. Los 5 casos restantes presentan zonación con fibrosis central (quistificación en 2), rodeada por hiper celularidad fusiforme tumoral residual, con patrón radial (storiforme) focal y atipia en 3 casos; presencia de colágeno con formación de osteoide, trabéculas óseas finas y osificación periférica en continuidad con el hueso cortical, donde está preservado. Se observa crecimiento intertrabecular focal en 3 casos, sin rebasamiento óseo. Las mitosis son muy escasas (<1/50 campos de gran aumento). Se encuentran histiocitos espumosos en cuantía moderada o abundante, acompañados por linfocitos, pero células plasmáticas sólo en un caso. 2 casos contienen matriz basófila de aspecto condroide, con atipia en uno.

Conclusiones: En base a los resultados histológicos observados el tratamiento fue efectivo en disminuir la celularidad tumoral, sobre todo del componente de células gigantes, y el tamaño del mismo, con sustitución por tejido fibroconectivo y neoformación ósea con zonación y continuidad con el hueso cortical preservado. La presencia de atipia focal obliga a un diagnóstico diferencial con transformación maligna pero la tasa mitótica es prácticamente nula.

9011-73

MIOFIBROBLASTOMA EXTRAMAMARIO SIMULANDO UN NEUROMA DE MORTON. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA.

Adel Abuomar(1), Rafael Durán(1) y Sonia Alonso(1) de (1)Hospital General de Elda, Alicante.

Objetivo: El miofibroblastoma extramamario es una lesión mesenquimal benigna con diferenciación miofibroblástica. Es una lesión excepcional con pocos casos en la literatura. Este es el primer caso en esta localización que simula neuroma de Morton en la Resonancia Magnética

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 57 años con una tumoración dolorosa en el primer espacio metatarsal del pie derecho. La resonancia magnética revela en esta localización una lesión de 2.7x1.4 cm que contacta con el tejido subcutáneo de la superficie plantar, siendo sugestiva de neuroma de Morton. En el examen macroscópico se observa una lesión bien delimitada de color blanquecino y de consistencia elástica de 2.8 cm de diámetro mayor.

Durante el estudio microscópico se trataba de una proliferación moderadamente celular constituida por células fusiformes con núcleos cortos y gruesos y citoplasma pálido indistinguible sumergidos en un estroma hialinizado con presencia de bandas de colágeno y aislados adipocitos maduros. No se observaba atipia ni pleomorfismo nuclear ni figuras de mitosis. El estudio inmunohistoquímico ha mostrado positividad multifocal para CD34, siendo negativo para Actina M.L, Desmina y S100. En el tejido fibroso adyacente se identificaba un nervio de mediano tamaño con fibrosis intraneural y perineural hialinizada, simulando un neuroma de Morton. No se ha observado recidiva de la lesión hasta el momento.

Resultado: Nuestro diagnóstico era de una lesión mesenquimal benigna con rasgos miofibroblásticos histopatológicos e inmunohistoquímicos sin posibilidad de tipificarla. El caso fue remitido a Christopher D.M. Fletcher, M.D., quien ha confirmado la sospecha diagnóstica inicial y lo ha informado como un ejemplo de un miofibroblastoma extramamario hialinizado.

Conclusión: El miofibroblastoma extramamario es una lesión mesenquimal benigna excepcional. Independientemente de su localización o tamaño, no se ha descrito hasta el momento un comportamiento de malignidad ni recidiva tras una resección quirúrgica completa. El diagnóstico correcto de esta lesión necesita de una correlación clínico-morfológica. Se necesita un mayor número de casos para estudiar la relación con el sexo, localización, edad, la patogénesis y el comportamiento de esta lesión.

9011-74 CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA Y ESTUDIO DE LA SOBREEXPRESIÓN DEL MYC POR INMUNOHISTOQUÍMICA Y FISH EN ANGIOSARCOMA CUTÁNEOS.

Julia Cruz Mojarrieta(1), Celia Requena(1), Luis Rubio(1), Javier Lavernia(1), Víctor Traves(1) y Isidro Machado(1) de (1)Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Antecedentes y objetivos: El angiosarcoma cutáneo (ASc) es un sarcoma poco frecuente. El objetivo principal fue caracterizar los hallazgos clínico-patológicos en una serie de ASc incluyendo el perfil inmunohistoquímico (IHQ) y FISH.

Material y métodos: Se realizó un estudio de los ASc diagnosticados durante 5 años en el IVO. Las variables clínico patológicas estudiadas fueron: edad, sexo, subtipo histológico, localización, tamaño, tiempo de evolución, tamaño, patrón morfológico, grado, necrosis, invasión angiolinfática e IHQ. Se construyeron micromatrices de tejido y se realizó estudio IHQ para CD31, CD34, ERG, D2-40, Ki-67 y MYC. Se estudió el gen MYC por FISH.

Resultados: De los 16 pacientes estudiados con ASc 11 fueron mujeres y 5 hombres, de edades comprendidas entre 35 y 83 años, la media de edad fue 67 años. De los 16 casos estudiados, 11 tenían una neoplasia previa (10 cáncer de mama/1 seminoma). La localización más frecuente fue el tronco (10 casos), seguida de cabeza/cuello (5 casos). La media del tamaño tumoral fue de 10 cm.

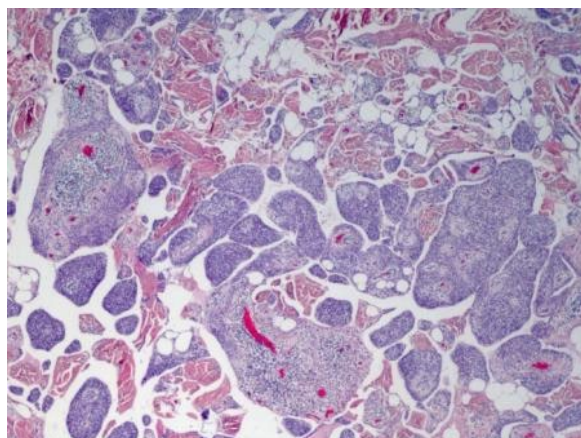
Se realizó escisión quirúrgica del tumor a 14 pacientes. El examen histopatológico demostró, patrón sólido en 8 casos, vasoformativo en 4 y mixto en 4 casos. 14 fueron predominantemente epitelioides y 2 fusocelulares. Se observó necrosis en 6 y el nivel de infiltración fue subcutáneo en 10 pacientes, 4 dérmico y en 2 alcanzó el plano muscular. Los márgenes quirúrgicos fueron no evaluables en 3 casos, negativos en 8 y afectos en 5 casos. El infiltrado linfocitario fue escaso o moderado en 10 casos, intenso en 2 y ausente en los 4 restantes.

La media de mitosis fue de 15 por 10 campos de gran aumento. Se demostró expresión IHQ para CD31:16/16, CD 34:14/16, D2-40: 11/16, ERG:13/15, Ki67:15/16 y c-Myc 12/15. Encontramos sobreexpresión de MYC por FISH en 6 casos, todos en angiosarcomas secundarios (5 post-radioterapia y 1 post-linfedema) y con resultado IHQ para MYC positivo. Con una media de seguimiento de 42,5 meses, 6 de los 16 pacientes seguían vivos al finalizar el estudio.

Conclusiones: La supervivencia de los pacientes con ASc viene determinada principalmente por el tamaño tumoral y la edad. Otras variables de peor pronóstico fueron la infiltración a planos más profundos (músculo), patrón histológico predominantemente sólido y un mayor número de mitosis. La sobreexpresión de MYC no mostró significado pronóstico.

9011-75 TUMOR FIBROHISTOCITARIO PLEXIFORME SIN CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS, UN CASO INFRECIENTE.

M^a José Cardiel García(1), Begoña Fuertes Negro(1), Hristo Iliev Iliev(1), Ariel Gonzalo Gonzales Sejas(1), Guillermo Muñoz González(1), Patricia Sota Ochoa(1), Carlo Bruno Marta Casanova(1), Elaine Mejía Urbáez(1), Francesc Felipo Berlanga(1) y Tomás Castiella Muruzábal(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.



Presentamos el caso de un paciente de 47 años con una tumoración supraclavicular derecha de crecimiento lento, que se extirpa quirúrgicamente. Se refiere como antecedente, resección previa a dicho nivel hace unos 10 años en otro hospital, no disponiendo de información sobre el diagnóstico.

Macroscópicamente, se trata de una tumoración blanquecina mal definida, de consistencia aumentada, localizada en la unión dermo-epidérmica. En el estudio histológico se observa una proliferación fusocelular de patrón plexiforme, que crece dislacerando los haces de colágeno y el tejido adiposo. Está compuesta por pequeños y medianos nódulos de células fusiformes homogéneas y sin atipia, centrados por vasos con ocasional infiltrado linfocitario en la interfase con las células tumorales. Se identifican muy aisladas mitosis y cambio mixoide focal.

No se observan células gigantes. El crecimiento es infiltrativo, contactando ampliamente con los márgenes. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad difusa para CD 34 y focal y/o menos intensa para actina de músculo liso y CD68. Con estos hallazgos, el diagnóstico fue de tumor fibrohistiocitario plexiforme.

Al año el paciente presenta posible recidiva, realizándose una PAAF, cuyo resultado es acorde con el tumor previo, por lo que se reinterviene al paciente, mostrando unas características idénticas a las previamente descritas.

Esta entidad, poco frecuente, se clasifica dentro de los tumores fibrohistiocitarios de malignidad intermedia. Se describen tres tipos celulares: células epitelioides mononucleares histiocito-like, miofibroblastos fusiformes y, a menudo, células gigantes multinucleadas. Según la disposición, se distinguen varios patrones: a) fibroblástico (fusocelular e infiltrativo, con componente linfocitario), b) histiocitario (epiteliode, formando nódulos con células histiocito-like y células gigantes multinucleadas) y c) mixto. Nuestro caso muestra exclusivamente el patrón fibroblástico, sin presencia de células gigantes multinucleadas.

Se describe una tasa de recurrencia local entre el 13-38% (especialmente con los márgenes afectos), metástasis ganglionares regionales en hasta un 6% y, de forma absolutamente excepcional, metástasis pulmonares. En base a todo ello, se recomienda una resección con amplios márgenes de seguridad y la realización de estudio clínico-radiológico para valoración ganglionar y pulmonar.

9011-76 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DECALCIFICACIÓN DE MUESTRAS ÓSEAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE.

Sonia Escrivà Fèlix(1), Almudena Vidal Tarrazona(1), Ahinoa Hernández Senent(1), Isabel Zapata Rivas(1), Soraya Hernández Girón(1), Carlos Zac(1), Ticiano Pablo Guastella(1), Marta Guinot(2), Francisco José Vera Sempere(1) y Empar Mayordomo Aranda(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica y (2)Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La decalcificación es un proceso necesario pero agresivo en el procesado de muestras óseas. Debe ser controlado para no alterar la morfología, ni las características fenotípicas de las células y poder realizar un diagnóstico adecuado. El objetivo de este estudio es analizar, comparar y optimizar distintos protocolos de decalcificación de muestras óseas remitidas desde los Servicios de Traumatología (COT) y Hematología de nuestro Hospital.

Material y métodos: De forma prospectiva se incluyen y procesan las muestras óseas según el siguiente procedimiento:

Las biopsias cilíndricas de médula ósea (m.o) del servicio de Hematología se reciben tanto en formol (m.o A), como en Bouin (m.o B) indistintamente. En ambas se anota la hora de obtención de la biopsia, el momento de cambio al decalcificador y su posterior inclusión. Las m.o. A se decalcifican en EDTA y las m.o B en el propio Bouin que son recibidas y en nitrógeno al 5%.

Las biopsias escisionales procedentes de resecciones tumorales de COT se remiten todas en formol y se seccionan para decalcificarse de tres modos distintos: COT A. Ácido nítrico 15 y 5%, COT B. EDTA 10% y COT C. Ácido clorhídrico y formol. De todas ellas se anota el momento de inclusión en el decalcificador y de inclusión final, sin alterar el tallado macroscópico rutinario de dichas piezas. Todos los bloques decalcificados, son enjuagados en agua corriente antes de la inclusión en el procesador. Se realizan técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) y de hibridación in situ con fluorescencia (FISH) según el diagnóstico en cada caso; contabilizándose el porcentaje de fallos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 127 biopsias de m.o, 67 m.o A y 60 m.o B y 57 biopsias de COT, decalcificadas por 3 métodos distintos en 20 y en 2 en 37 (nº de muestras estudiadas 134). Se realizó estudio IHQ en 50 casos m.o. A, en 43 casos m.o B, 8 casos de COT, con una media de 5 técnicas por caso. Los tiempos medios de fijación y decalcificación, así como el resto de **Resultados:** se presentan en la tabla 1.

Conclusiones: La decalcificación es un proceso laborioso que debe ser protocolizado. En nuestra experiencia, la mejor decalcificación en piezas pequeñas es con EDTA; mientras que en grandes la combinación de EDTA en una sección y el nitrógeno en el resto, optimiza **Resultados:** y asegura un diagnóstico adecuado en tiempo y forma.

Resultados

Tipo de muestra		Número muestras	Tiempo medio fijación	Tiempo medio decalcificación	Fallos H.E. (%)	Fallos IHQ (%)	Fallos FISH (%)
Médula ósea (m.o.)	A	67	4,5 h.	5 h.	6%	4,60%	NO APLICABLE
	B	60	4 h.	2 h.	0%	6,90%	NO APLICABLE
Escisión trauma (COT)	A	57	5 h.	14 h.	38,50%	18%	100%
	B	57	5 h.	120 h.	8,80%	5%	75%
	C	20	5 h.	80 h.	60%	23%	25%

Resultados: Médula ósea A. formol + EDTA, B. Bouin + nitrógeno 5%. COT A. Decalcificación en nitrógeno. COT B. decalcificación en EDTA, COT C. decalcificación en ácido clorhídrico y formol. h: tiempo en horas.

9011-77 HISTIOCITOMA FIBROSO ANGIOMATOIDE EN NIÑA DE 10 AÑOS DE EDAD.

Aurelio Martín Castro(1), Nicolás López López(1), Lucía Roldán Mateo(1), Beatriz Rueda Villafranca(1) y Adela Sabio González(1) de (1)Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Antecedentes y objetivos: Presentamos el caso de una paciente de 10 años, con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico y nefropatía lúpica, que presenta una tumoración nodular en la región inguinal derecha, no dolorosa y asintomática, con crecimiento progresivo durante 6 meses, compatible clínicamente con adenopatía. Se realiza extirpación quirúrgica.

Métodos: Se realiza estudio macroscópico y procesado habitual, con tinción básica y estudios inmunohistoquímico y molecular.

Resultados: El estudio microscópico muestra una lesión fragmentada compuesta por masas sólidas de células de núcleos redondeados y ovoides-fusiformes (con citoplasma eosinófilo, con hemosiderina), áreas fasciculadas de células fusiformes y múltiples pequeños quistes de contenido hemático, en un estroma colagénico. Contiene además infiltrado inflamatorio, con linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. Algunas células tienen atipia de grado bajo o en todo caso moderado, sin hábito epiteloide.

En el estudio inmunohistoquímico las células coexpresan vimentina, desmina, EMA, CD57 y CD99, además de actina de músculo liso y calponina en las células fusiformes, y muy focal de miosina de músculo liso, pero no de caldesmón ni actina sarcomérica. Tampoco hay expresión

de marcadores vasculares CD31, CD34 y ERG. El índice de proliferación Ki67 es heterogéneo, con aproximadamente 15% de positividad en los focos más altos.

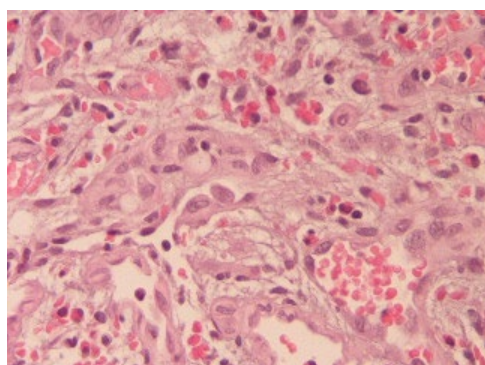
El estudio molecular mediante técnica FISH demuestra positividad para la translocación EWS (22q12).

Realizamos el diagnóstico de histiocitoma fibroso angiomatoide.

Conclusiones: El histiocitoma fibroso angiomatoide es una rara neoplasia de tejidos blandos de malignidad intermedia, de diferenciación incierta (histiocítica, miofibroblástica, epitelial, neural), más frecuente en niños y en inmunodeprimidos. Puede presentar diferentes patrones morfológicos, recordando a lesiones vasculares, en ocasiones con predominio de células redondas similar a sarcoma de Ewing. Asocia tres características translocaciones cromosómicas: EWR1-CREB1, EWSR1-ATF1 y FUS-ATF1. Es importante su correcto reconocimiento, para un tratamiento adecuado que incluye la extirpación quirúrgica completa, ya que tiene capacidad de recurrencia local y, en mucho menor grado, de metástasis.

9011-78 HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS.

Carmen Medina Medina(1), John Gaona Morales(1), M^a Carmen Martínez Lahuerta(1), Alicia Iserte Fortanet(1), Elena Mengual García(1) y Esther Roselló Sastre(1) de (1)Hospital General de Castellón.



Introducción: Los tumores vasculares epitelioides constituyen un grupo de neoplasias (hemangioma, hemangioendotelio y angiosarcoma) con un espectro que varía desde proliferaciones vasculares benignas a proliferaciones con malignidad morfológica evidente. El hemangioendotelio epitelioides es un tumor poco frecuente, único o múltiple, descrito en varias localizaciones. Tiene rasgos morfológicos, citológicos e inmunohistoquímicos característicos. Presentamos cuatro casos diagnosticados en nuestro servicio.

Caso 1: Varón de 60 años con múltiples lesiones tumorales óseas craneales e hipoacusia de un año de evolución. La TC craneal muestra lesiones osteolíticas asociadas a masa de partes blandas. Se sospecha carcinoma metastásico. Ha recibido tratamiento con antiangiogénicos y radioterapia, con escasa respuesta. Sigue vivo tras 5 años del diagnóstico.

Caso 2: Mujer de 48 años con fracaso hepático agudo y lesión gigante en lóbulo hepático derecho. Sospecha clínico-radiológica de tumor vascular maligno. Fallece en el postoperatorio inmediato tras un trasplante hepático.

Caso 3: Mujer de 23 años, asintomática, con hallazgo casual de masa abdominal dependiente de epiplón y múltiples lesiones hepáticas bilaterales. Sospecha de carcinoma metastásico. Actualmente en espera de trasplante hepático.

Caso 4: Mujer de 54 años con cefalea pulsátil hemicraneal de meses de evolución, con diagnóstico de arteritis de la temporal, sin mejoría con tratamiento médico. Evolutivo desconocido.

Las biopsias de los diferentes órganos mostraron una proliferación vascular de morfología variable con hendiduras, canales, pequeñas luces y zonas de aspecto compacto. Las células endoteliales tenían aspecto epitelioides, atipia leve y expresaban positividad frente a CD34, CD31 y Factor VIII. El estroma era laxo, con abundantes eosinófilos.

Conclusiones: Es difícil definir histológicamente el potencial maligno de esta neoplasia. El hemangioendotelio epitelioides está considerado como un tumor de malignidad intermedia o incierta, sin embargo, el pronóstico de los pacientes dependerá mucho de la localización y la extensión de las lesiones.

ZONA POSTER

9012

OTRAS PATOLOGÍAS

9012-79 LA CITOPATOLOGÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA SUBTIPIFICACIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR.

Ángeles Fortuño Mar(1), Paola Pasquali Toledo(2), Mar Castillo(3), Lluís Pons Ferré(1), Josep Maria Mateo Sanz(4) y Susana Puig(3) de (1)Eldine Patología, Tarragona, (2)Servicio de Dermatología, Pius Hospital de Valls, (Tarragona), (3)Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona y (4)Departament d'Enginyeria Química, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Introducción: El tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) se basa fundamentalmente en el subtipo histológico. Aunque son conocidos los criterios citológicos de este tipo de carcinoma de piel, no existen estudios específicos para los diferentes subtipos.

Material y métodos: Se revisan 84 muestras citológicas correspondientes a lesiones cutáneas con diagnóstico clínico y dermatoscópico de CBC y correlación histopatológica. La técnica empleada para la obtención de los extendidos citológicos fue el scraping. Las preparaciones fueron teñidas con Papanicolaou.

Resultados: 29 casos fueron tipificados como carcinoma basocelular superficial (sCBC), mientras las 55 lesiones restantes correspondieron a CBC no superficial (nsCBC). Los hallazgos citológicos asociados a sCBC fueron: celularidad escasa, atipia leve, ausencia de dehiscencia, abundante celularidad escamosa asociada, abundantes fragmentos de estroma, presencia de células claras, imágenes de empalizada periférica y ausencia de mucina. La sensibilidad de la técnica fue del 96,55 % y la especificidad del 100 %. Únicamente existió un falso negativo que fue catalogado como nsCBC ulcerado y la biopsia confirmó de sCBC con focal ulceración.

Discusión: Los hallazgos citológicos del sCBC descritos en nuestro estudio se justifican por varias razones: la escasa celularidad, la atipia leve, la ausencia de dehiscencia y la imagen de empalizada se relacionan con la buena diferenciación de los sCBC; por otra parte, el alto contenido de células escamosas y de estroma y las células claras están asociados a la superficialidad de la proliferación tumoral.

Conclusiones: La citología exfoliativa es un test diagnóstico fiable, simple y seguro en el diagnóstico de los CBC y permite la subtipificación de los mismos entre sCBC y nsCBC, siendo de especial ayuda en aquellas situaciones donde se planteen tratamientos no quirúrgicos y por tanto, no exista opción de estudio histopatológico.

9012-80 MIOFIBROBLASTOMA INTRANODAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Patricia Sota Ochoa(1), Guillermo Muñoz González(1), María José Gimeno Peribáñez(1), Javier Villagrasa Compained(1), Víctor Rodrigo Paradells(1), Mónica Martín Risco(1), Elaine Mejía Urbáez(1), Carlo Bruno Marta Casanova(1), Begoña Fuertes Negro(1) y Hristo Iliev(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El miofibroblastoma en empalizada (ME) es un tumor benigno, infrecuente, de probable origen miofibroblástico que suele afectar a los ganglios linfáticos de la región inguinal. Puede aparecer a cualquier edad, con un ligero predominio en la 6ª década de la vida y en el sexo masculino.

Material y métodos: Mujer de 48 años que presenta nódulo doloroso a la palpación, de 3cm aproximadamente, en región inguinal profunda. En las pruebas de imagen se describe una lesión bien delimitada, homogénea, en contacto/relación con la vena safena, el nervio crural y en uno de sus polos con una adenopatía. Se realiza tumorectomía.

Resultados: Se remite a nuestro servicio un nódulo de 3x2,5 cm, que a la sección es sólido, firme, blanco-grisáceo con áreas parduzcas, y muestra en uno de sus polos un casquete más beige.

Al examen microscópico observamos una lesión de células fusiformes sin atipia, con disposición fascicular y formación de empalizadas, así como unos depósitos de material eosinófilo intenso, homogéneos, de morfología redondeada (fibras amiantoides). En zona periférica de la lesión identificamos un remanente de ganglio linfático. El estudio IHQ fue positivo para actina ML y miosina con negatividad para desmina, S100, CD34, CD117 y EMA. El diagnóstico final: Miofibroblastoma intranodal.

Conclusiones: EL ME es un tumor poco frecuente, con sólo 50 casos publicados.

Son lesiones dolorosas, únicas generalmente, que se localizan en los ganglios inguinales y de forma infrecuente en los ganglios submentonianos/cervicales. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el schwannoma y el hamartoma angiomaso. Es un tumor de pronóstico excelente ya que la exéresis es curativa.

En nuestro caso, además de lo infrecuente del tumor, llama la atención que revisando la historia clínica, la paciente tiene dos adenopatías submentonianas persistentes, de 0,5 cm (una de ellas con diagnóstico por PAAF de tejido linfoganglionar) por las que es controlada desde hace 15 años, sin cambios en las mismas. ¿Corresponderan estos dos ganglios linfáticos a dos ME submentonianos, tratándose de un caso multicéntrico?

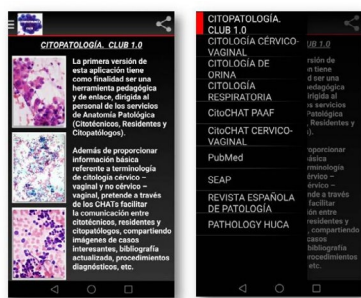
ZONA POSTER

9013

PATOLOGÍA DIGITAL

9013-81 CITOPATOLOGÍA. CLUB 1.0. UNA APLICACIÓN MÓVIL DE ENLACE.

Luis Manuel Fernández Fernández⁽¹⁾ y Héctor Enrique Torres Rivas⁽¹⁾ de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).



APP Citopatología Club 1.0

La primera versión de esta aplicación tiene como finalidad ser una herramienta pedagógica y de enlace, dirigida al personal de los servicios de Anatomía Patológica (Citotécnicos, Residentes y Citopatólogos).

Además de proporcionar información básica referente a terminología de citología cérvico – vaginal y no cérvico – vaginal, pretende a través de los CHATs facilitar la comunicación entre citotécnicos, residentes y citopatólogos, compartiendo imágenes de casos interesantes, bibliografía actualizada, procedimientos diagnósticos, etc.

Desde la pestaña principal (superior izquierda) se puede acceder a las diferentes áreas de interés, que incluye clasificaciones, chats específicos, acceso directo al buscador científico Pubmed, a la Revista Española de Patología y a página web de la SEAP entre otros.

ZONA POSTER

9014

PATOLOGÍA PEDIÁTRICA

9014-82 NEFROMA MESOBLÁSTICO CONGÉNITO VARIANTE CLÁSICA.

Samira Bakali Badesa(1), María Isabel Marquina Ibáñez(1), Ana Belén Roche Latasa(1), Miguel Ángel Trigo Cebrián(1), José Ignacio Franco Rubio(1) y María Jesús Viso Soriano(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 14 días, a la que se le realiza nefrectomía total derecha tras detección de una tumoración renal en ecografía prenatal del 3º trimestre. Desde el nacimiento, se mantiene en buen estado general, destacando únicamente en su historia clínica, la palpación de una masa consistente en flanco derecho. La imagen de resonancia magnética se informa como compatible con Nefroma mesoblástico congénito.

Macroscopía: Se recibe riñón derecho de 44 g y 5 x 4 x 3,5 cm, con presencia de un tumor de 4,8 x 3,8 x 3 cm, blanquecino y fasciculado, de límites mal definidos, localizado principalmente en el seno y médula renales respetando la cápsula renal.

Microscopía: Se observan células fusiformes formando haces que se entrelazan, sin atipia y escasas mitosis. El tumor infiltra el riñón, atrapando islotes de parénquima conservado. Inmunohistoquímica: vimentina y actina positivos; Ki 67 positivo en el 5%; CKAE1/AE3, CD34, BCL2 y desmina negativos; WT1 negativo en los núcleos. Diagnóstico: Nefroma mesoblástico congénito variante clásica (NMC clásico).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial principal es el Tumor del estroma metanéfrico (TEM), que puede imitar un NMC clásico. Se diferencia del NMC clásico en su tendencia a atrapar túbulos o glomerulos aislados en su interior; su patrón de crecimiento peritubular concéntrico; la presencia de hiperplasia del aparato yuxtglomerular, y CD34 positivo.

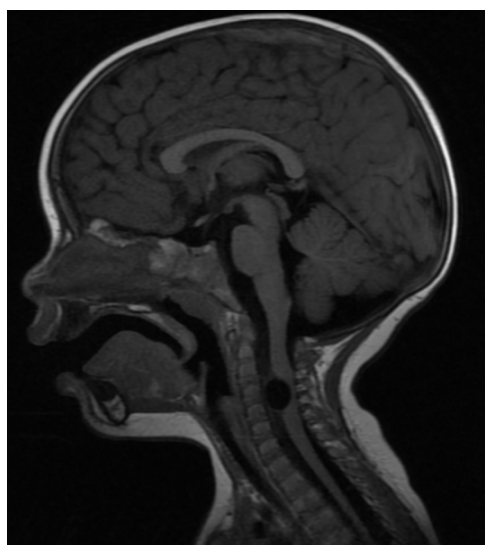
Otro diagnóstico diferencial es el tumor de Wilms, que aunque es más frecuente el patrón trifásico, existen tumores sólo monofásicos estromales, principalmente tras tratamiento, que no sería nuestro caso. Además, tanto el TEM como el tumor de Wilms se dan mayoritariamente a los 2-3 años de edad.

Discusión: El NMC es el tumor renal más frecuente en los primeros 3 meses de vida. El 90% se presentan con 1 año de edad. De las tres variantes existentes (clásico, celular y mixto), el clásico se da en el 24%. La mayoría se cura con cirugía, pero si la escisión es incompleta, aumenta el riesgo de recurrencia local.

Conclusión: Es importante la correlación clínico-radio-patológica y conocer la entidad ya que es el tumor renal más frecuente en los primeros 3 meses de vida y la mayoría se cura con cirugía, con excelentes resultados.

9014-83 COMPRESIÓN MEDULAR POR LESIÓN QUÍSTICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Irene Fernández de los Reyes(1), María Victoria Zelaya Huerta(1), Tamara Zudaire Fuertes(1), Begoña Aguiar Losada(1) y Mª Teresa Tuñón Álvarez(1) de (1) Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).



Introducción: El quiste neuroentérico es una entidad rara, congénita de origen endodérmico. Corresponde a una tumoración del canal medular, de comportamiento benigno con mayor frecuencia localizada a nivel torácico y en el 85% es intradural-extramedular. Presentamos el estudio anatomopatológico y diagnóstico diferencial de un niño con cuadro de compresión medular.

Métodos: Varón de 14 meses de edad que presenta desde hace 3-4 semanas pérdida de hitos del desarrollo psicomotor. En la exploración neurológica se evidencia rigidez, hiperreflexia y Babinsky positivo. EEG sin alteraciones, analítica sanguínea y serologías para VEB, toxoplasma y CMV negativas.

Se realiza RMN objetivándose una imagen de aspecto quístico en el canal medular, a nivel C3-C4, intradural-extramedular, que provoca importante compresión de la médula cervical.

Resultados: Se realiza intervención quirúrgica donde se evidencia, un quiste voluminoso con contenido mucinoso, que desplaza raíces y cordón medular.

En el estudio histológico se objetivaban restos de pared quística fibrosa, revestidos por epitelio columnar/cuboideo no ciliado con células Globet.

Se plantea diagnóstico diferencial con estructuras quísticas del compartimento intradural-extramedular frecuentes, detallado en la tabla. En el estudio inmunohistoquímico resultado ser CK y EMA positivo y GFAP negativo.

Conclusiones: Es importante conocer las lesiones que afectan el canal medular para el diagnóstico diferencial según su localización.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica completa, la cuál suele resultar difícil por la frecuente adhesión a estructuras neurovasculares, requiriendo seguimiento radiológico por el alto riesgo de recurrencia.

Aportamos el estudio anatomopatológico de un nuevo caso a la literatura.

Diagnóstico diferencial. Quistes del compartimento intradural-extramedular

	Quistes epidermoides/ dermoides	Quiste ependimario	Quiste aracnoideo	Quiste endodermico/ enterogeno/ neuroenterico
Localización	Mayoría intracraneales	Leptomeningeo o intraparenquimatosos	Extradural o intradural-extra-medular	Mayoría intradural-extramedular
Histología	Epitelio escamoso	Epitelio columnar	Línea de células meningoteliales	Epitelio columnar/cuboideo, recuerda TGI o respiratorio
Presencia de células Globet	No	No células goblet	No células goblet	Células goblet
Epitelio ciliado	No	Ciliado	No cilios	No cilios
Inmunohistoquímica		GFAP+	GFAP-	CK+, EMA+, GFAP-

9014-84

CORRELACIÓN DE LA PRESENCIA DE C4d MEDIANTE INMUNOFLUORESCENCIA E INMUNOHISTOQUÍMICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN TRANSPLANTES CARDÍACOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Bernardita Rosas Baeza(1), Alexandra Navarro Jiménez(1), Jessica Camacho Soriano(1), Joan Carles Ferreres Piñas(2), Ferrán Gran(1), Anabel Cortes Azorín(1), Yolanda Rodríguez(1), Santiago Ramón y Cajal Agueras(1) y Marta Garrido Pontnou(1) de (1)Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona y (2)Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell (Barcelona).

Introducción: La activación del complemento, evidenciada por el depósito de C4d en los capilares miocárdicos, es uno de los criterios diagnósticos del rechazo mediado por anticuerpos (RAM) en los trasplantes cardíacos. Los depósitos de C4d pueden evaluarse mediante inmunofluorescencia (IF) o inmunohistoquímica (IHQ). Actualmente, se utilizan distintas aproximaciones para diagnosticar RAM, algunos centros utilizan criterios histopatológicos en asociación a IHQ, a IF, o combinándolos. Hay poca evidencia que correlacione el uso de la IHQ con la IF como gold standard. En esta revisión se correlacionan criterios histopatológicos y la presencia de C4d en los capilares miocárdicos mediante IHQ e IF.

Material y métodos: Se revisaron 66 biopsias endomiocárdicas procedentes de 28 trasplantes cardíacos (19 hombres-14 mujeres) realizadas entre los años 2015-2016. A cada biopsia se le realizó H-E (3), trícromico, CD3 y C4d mediante IF e IHQ. Los hallazgos histológicos de RAM evaluados fueron edema, extravasación hemática y tumefacción endotelial. La tinción de C4d por IHQ en los capilares se evaluó según su intensidad de tinción (score 0,1+,2+,3+).

Resultados: El diagnóstico de rechazo agudo se realizó en 38/66: RAC (36/66) y RAM (2/66). Los dos casos diagnosticados de RAM presentaban criterios histológicos así como concordancia de expresión de C4d por IF y por IHQ (3+). De los 64 casos no diagnosticados de RAM, 29 presentan expresión IHQ para C4d (2 casos: 2+/27 casos: 1+) siendo en todos ellos negativo el C4d por IF. De los 66 casos 12 presentaban hallazgos histológicos sugestivos de RAM, resultando el C4d por IHQ positivo en 8 (2:3+/1:2+/5:1+) y negativo en 4. Solo 24/66 casos resultaron positivos para C4d por IHQ (1:2+/23:1+), sin presentar histología sugestiva ni IF positiva.

Conclusiones: La positividad focal y/o débil (1+/2+) de c4d por IHQ no nos ayuda al diagnóstico del RAM. Pero, sin embargo, se identifica un 100% de concordancia entre la expresión intensa y difusa (3+) de c4d por IHQ y su positividad por IF. Dado el alto porcentaje de falsos positivos por IHQ, en nuestro centro seguimos realizando C4d por IF en corte de congelación. Los hallazgos histológicos sugestivos de RAM se encuentran siempre presentes en concordancia con la IHQ (3+)/IF, pero por sí solos no constituyen un criterio diagnóstico de certeza.

ZONA POSTER

9015

PULMÓN

9015-85 NEUMONIA INTERSTICIAL LINFOIDE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Estíbaliz Obregón Martínez(1), Isabel Viqueira Rodríguez(1), Daniel Corrales Cruz(1) y M^a Henar Borrego Pintado(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Presentamos un caso de neumonía intersticial linfocítica (NIL) diagnosticado en nuestro servicio, ya que es una forma poco común de enfermedad intersticial pulmonar con controversia en su diagnóstico.

Material y métodos: Mujer de 79 años con hallazgo casual de nódulo pulmonar izquierdo al realizar estudio radiológico por dolor costal derecho. Se realiza estudio intraoperatorio y exéresis sublobar de nódulo blanquecino y firme de 20 x 14 mm. en lóbulo superior izquierdo que no retrae la pleura visceral.

Resultados: Histológicamente, se observa parénquima pulmonar con una lesión constituida por un infiltrado linfoide polimorfo intersticial septal, con formación de folículos linfoides de centros germinales prominentes con componente importante interfolicular de linfocitos T, células plasmáticas maduras e histiocitos.

Las células linfoides muestran positividad para marcadores de linfocitos B y T, siendo negativas para Bcl2 en las células centrofoliculares. Se observa marcada positividad para CD138 en las células plasmáticas que son de tipo policlonal, con expresión de cadenas Kappa y Lambda. Con el ki67 se observa bajo índice de proliferación.

Conclusión: La NIL es una entidad muy poco frecuente asociada normalmente a enfermedades autoinmunes, enfermedades del colágeno y, sobre todo, al síndrome de Sjögren.

Su forma idiopática supone menos del 20% de los casos y está considerada, recientemente, dentro de las enfermedades intersticiales pulmonares raras. Es necesario realizar diagnóstico diferencial con la hiperplasia linfoide nodular, con los diferentes patrones de neumonía y neumonitis y, principalmente, es importante descartar un linfoma.

9015-86 DETECCIÓN DE MUTACIONES EN EGFR EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULA NO PEQUEÑA DE PULMÓN: COMPARACIÓN ENTRE MUESTRA HISTOLÓGICA Y BIOPSIA LÍQUIDA SOBRE PLASMA.

María Paloma Arribas Granados(1), Juan Luis García Pérez(1), Alba Espárrago Mingo(1), Borja Nevado Polo(1), Alberto Muro Fernández(1) y Ana Belén Enguita Valls(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las mutaciones de activación en el factor de crecimiento epidérmico (EGFR) son el mayor determinante para predecir la respuesta a los inhibidores de la tirosin-kinasa de EGFR en el tratamiento del cáncer de célula no pequeña de pulmón. El uso de estos fármacos ha supuesto un gran cambio en el tratamiento de los estadios avanzados de esta neoplasia y un importante incremento en la supervivencia libre de progresión.

La muestra utilizada para la detección de estas mutaciones en los últimos años ha sido la histológica (biopsia diagnóstica, pieza quirúrgica y citología). Debido a la dificultad; en algunos casos, para la obtención de material tisular del tumor y la necesidad de monitorización de los cambios producidos por los fármacos y las resistencias desarrolladas por el paciente frente a éstos, la biopsia líquida se está comenzando a utilizar para la obtención de material genético del tumor circulante.

Presenta ventajas en la facilidad de extracción y posibilidad de repetición, pero consideramos que su principal papel es la monitorización y no el diagnóstico inicial de las mutaciones en EGFR en el cáncer de pulmón.

Existen trabajos que comparan la concordancia para la detección de estas mutaciones en tejido/citología y plasma, pero todavía con pocos casos y con resultados preliminares. Los protocolos de manejo de la muestra y las técnicas más adecuadas, todavía están en proceso de validación.

Resultados: Presentamos los resultados de la determinación de la mutación de EGFR en plasma (biopsia líquida) realizados en nuestro hospital (internos y remitidos como plataforma) en el último año y su correlación con los resultados obtenidos en la determinación de EGFR sobre biopsia y citología, haciendo hincapié en los casos discordantes, así como el porcentaje de mutación EGFR tanto en biopsia líquida como en material biopsico y citológico convencional.

9015-87 REVISIÓN HISTOLÓGICA DE UNA SERIE DE MIXOMAS CARDÍACOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU DESDE 2012 A 2017 Y DESCRIPCIÓN DE UN CASO EXCEPCIONAL.

María del Valle Rodríguez Santás(1), Caterina Fumagalli(1), María Teresa Rivilla Lizano(1) y Laura López Vilaro(1) de (1)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Los mixomas son los tumores cardíacos primarios más frecuentes pero de incidencia global muy baja y localización auricular. Raramente metastatizan pero tienen capacidad embolígena y de recurrencia. Se originan a partir de células mesenquimales pluripotenciales e histológicamente pueden ser muy heterogéneos.

Material y métodos: Revisión histológica de casos retrospectivos de mixomas cardíacos diagnosticados entre 2012 y 2017 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Diez casos encontrados, uno excepcional con extenso componente glandular y metaplasia ósea.

Resultados: Los diez casos revisados, de localización auricular, correspondían a cinco hombres y cinco mujeres de edad media 62 años (entre 44 y 85 años). Nueve de histología convencional (células estelares fusiformes y poligonales inmersas en matriz mixoide amorfa) y uno constituido por tumor mixoide más componente glandular mucinoso prominente (queratinas positivas), zonas trabeculares sólidas, fibrosis colágena y abundante metaplasia ósea, con ausencia de pleomorfismo nuclear, mitosis y necrosis. Se trataba de un varón de 69 años que debutó con clínica neurológica de causa cardio-embólica, con masa auricular voluminosa (45x30mm) y heterogénea que infiltraba el tabique intraauricular.

Conclusión: La histogénesis de los mixomas sigue siendo incierta y la celularidad puede ser muy variable, incluso dentro del mismo tumor. Ocasionalmente (1-5%) se identifica un componente glandular pero hay pocos casos descritos en la literatura con una histología tan compleja y heterogénea como el caso descrito. El comportamiento clínico de los mixomas con componentes heterólogos no difiere de los convencionales. Pero en el diagnóstico, ante estos hallazgos, es indispensable descartar otras patologías como sarcomas o carcinomas metastásicos. Las técnicas inmunohistoquímicas así como la identificación de áreas de mixoma clásico pueden servir para realizar el diagnóstico.

ZONA POSTER

9016

TÉCNICOS

9016-88

ORGANIZACIÓN DE UN ARCHIVO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE.

Carmen Artal Marín(1), Alba Lasheras Sáez(1), Cristina Hinojosa Jiménez(1), Susana Arnedo González(1), Yessenia Duque Ramos(1), Patricia García Fernández(1), Isabel Pérez Gómez(1), Enric Condom Mundo(1), M. Angels Balluerca Rodero(1) y Xavier Matías-Guiu(1) de (1)Hospital General de L'Hospitalet, Barcelona.

Los servicios de Anatomía Patológica necesitan archivar los bloques de parafina y las preparaciones histológicas y citológicas de los estudios que se realizan. La organización de este archivo es muy importante, pero de difícil manejo, tanto desde el punto de vista organizativo como de instalaciones y espacios. En esta presentación se discute: 1) La legislación vigente, 2) los problemas inherentes al archivo, 3) Cual es la organización del archivo en el Hospital Universitario de Bellvitge, tanto a nivel organizativo como de espacios.

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Bellvitge se encarga de los estudios de Anatomía Patológica de la zona sur de Hospitalet de Llobregat y del Prat de Llobregat. Como hospital de referencia de alta complejidad, su área de influencia incluye 1,3 millones de habitantes, y para determinadas especialidades y procedimientos de alta complejidad, a más de 2 millones de habitantes. La cartera de servicios es completa, con estudios de biopsias y piezas quirúrgicas, citologías y autopsias, así como un amplio espectro de técnicas especiales, inmunohistoquímicas y moleculares. Los datos de actividad asistencial del año 2015 fueron de 31.634 estudios de biopsias y piezas quirúrgicas (46.232 muestras y 131.410 bloques de parafina), 37.511 citologías (16594 hospitalarias, y 20.917 de atención primaria), 80 autopsias y 10.087 técnicas moleculares.

La actual organización del archivo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Bellvitge permite una respuesta razonable al acceso de muestras históricas. Como puntos de mejora, esta poder disponer de más espacio para archivadores y una mejor trazabilidad de las muestras.

9016-89

SECCIÓN DE BIOLOGÍA MOLECULAR: PIEZA IMPORTANTE EN UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

África Fernández Valera(1), María Nuria Morales Suárez(1), Carmen López Peña(1), Sara Soto García(1), Ana Ortiz González(1) y Ana Laura Martín Rodríguez(1) de (1)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Introducción: Hoy día, el diagnóstico anatomopatológico, en plena era de la medicina molecular, está basado en la integración de técnicas y saberes diferentes. Es importante integrar una buena historia clínica, con un correcto estudio de imagen y una buena morfología, junto a las que contamos con técnicas especiales, entre ellas las relacionadas con la Biología Molecular. A medida que estas técnicas son validadas y demostrada su utilidad desde el punto de vista diagnóstico y/o pronóstico, se van haciendo imprescindibles en los laboratorios de Anatomía Patológica, en lo que denominamos Patología Molecular.

Material y métodos: En la sección de Biología Molecular del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario del Área II de Salud de Cartagena (Murcia), se realizan una gran variedad de técnicas entre las que destacamos: determinación diferentes familias de agentes infecciosos como el Virus Papiloma Humano (HPV), Mycobacterium tuberculosis (TBC), Herpesviridae; detección de mutaciones en genes como KRAS, NRAS, BRAF, EGFR; estudios de genotipado y polimorfismo en Factor II protrombina, Factor V Leiden, en el gen Hemocromatosis, en el Interleuquina 28; estudio de clonalidad del Reordenamiento de la célula T (TCR), de la célula B (IgH) y BCL2 entre otras técnicas. Siendo válidas para estudio el 99,7%, es decir, sólo 4 muestras de 1525, no ha obtenido diagnóstico por tener escaso material genético (ADN).

Resultados: Durante el año 2016 se han realizado un total de 1525 estudios en la sección de Biología Molecular, en los cuales, se determinó: (ver tabla)

Conclusión: La gran variedad de técnicas realizadas, junto con los altos valores de sensibilidad de especificidad de la técnicas de diagnóstico molecular, rapidez con la que se pueden obtener los resultados, han transformado la sección de Biología Molecular en un complemento ideal del estudio anatomopatológico y en una pieza clave para el diagnóstico de enfermedades y la elección de tratamiento más adecuado para el paciente. El hecho de integrar el laboratorio dentro de los Servicios de Anatomía Patológica ayuda a rentabilizar el proceso, el material, así como a optimizar el tiempo de respuesta.

TÉCNICAS REALIZADAS EN LA SECCIÓN DE BIOLOGÍA MOLECULAR

Determinación de patógenos	HPV, 829 casos (54%)
	TBC y micobacterias, 23 casos (1.5%)
	Herpesviridae y otros virus (del Kit Neuro 9), 21 casos (1.4%)

Estudios mutacionales oncológicos	Gen KRAS, 78 casos (5%)
	Gen NRAS, 25 casos (1.6%)
	Gen BRAF, 24 casos (1.6%)
	Gen EGFR, 87 casos (6%)
Estudios de genotipado y polimorfismo	Factor II protrombina y Factor V Leiden, 297 casos (19%)
	Gen Hemocromatosis, 74 casos (5%)
	Gen Interleuquina 28, 21 casos (1.4%)
Estudios de clonalidad	Reordenamientos de la célula T, 19 casos (1.2%)
	Reordenamientos de la célula B, 7 casos (0.5%)
	BCL2, 2 casos (0.1%)

9016-90

EVOLUCIÓN DEL BANCO DE TUMORES DEL NODO BIOBANCO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA (PERIODO 2013-2016).

Virtudes Moreno Sánchez(1), Sonia López Overa(2), María José Ríos Moreno(3), Sofía Pereira Gallardo(2), Juana Correa Serrano(2), Montserrat Mora Cabezas(2), María Dolores Nepomuceno Sánchez(2), María Isabel García Sánchez(3), Guillermo Izquierdo Ayuso(3) y Juan José Ríos Martín(2) de (1) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y (3)Nodo Biobanco Hospitalario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El Nodo Biobanco Hospitalario Virgen Macarena se integra (BBHVM) como parte de la estructura del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BBSSPA), que integra a todos los Biobancos andaluces en una única organización en red (decreto 1/2013, de 8 de enero). El Banco de tumores se integro en 2009 en el Nodo BBHVM. El Biobanco es una herramienta integradora que facilita la investigación traslacional, dotando al sistema de un retorno importante en generación de conocimiento directamente aplicable a la asistencia y mejora de la calidad de vida del paciente. Su misión es ofrecer al usuario las mayores y mejores opciones de productos sanguíneos o derivados, tejidos y sustancias o muestras biológicas de origen humano, tanto para uso asistencial como de investigación bajo un marco ético y legal común.

Los objetivos del trabajo son: analizar el número de solicitudes recibidas en el Banco de tumores durante los años 2013-2016 en el BBHVM. Estudiar el número de biorrecursos (BR) cedidos en Banco de tumores-Nodo BBHVM durante este mismo periodo de tiempo. Analizar la evolución de Banco de tumores-Nodo BBHVM durante el periodo estudiado.

Material y métodos: Revisión de datos obtenidos desde el sistema de gestión y datos del BB-SSPA (SIBAI), y desde Excel de distribución y cuadro de mandos integral del Nodo BBHVM de los años 2013 al 2016

Resultados: Se recibieron 3 nuevas solicitudes de provisión en el año 2013, 14 en el año 2014, 24 en el año 2015 y 34 en el año 2016, multiplicando en 11,3 las nuevas solicitudes 2016 respecto a 2013. En el año 2014 se atendieron 12 solicitudes (1 de las recibidas en el año 2013 y 11 de las nuevas recibidas en 2014). En 2015 31 solicitudes atendidas (1 año 2013, 6 año 2014 y 24 del año 2015). En el último año estudiado un total de 45 solicitudes (1 año 2013, 1 año 2014, 13 del año 2015 y 30 de las nuevas recibidas en 2016). Respecto a los BR; en 2013 se cedieron 19 BR, 301 BR en 2014, 934 BR en 2015 y 1901 BR en 2016, multiplicando por cien el número de BR cedidos en 2016 respecto a los de 2013.

Conclusiones: El Banco de tumores-Nodo BBHVM ha experimentado durante el periodo 2013-2016 un importante crecimiento exponencial tal como demuestran el aumento de las solicitudes atendidas y aumento en el número de BR cedidos demostrando su compromiso con la investigación biomédica y la excelencia de su trabajo

ZONA POSTER

9017

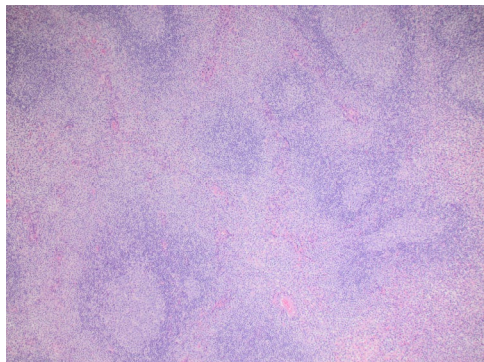
UROLOGÍA

9017-91

LINFOMA B DE CÉLULAS PEQUEÑAS TIPO MALT DE LA VEJIGA URINARIA

Miguel Martínez-Rodríguez(1), Signe Spetalen(2) y Elin Skafle Berget(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Telemark, Skien (Telemark) y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Oslo, Radiumhospitalet, Oslo.

Antecedentes y objetivos: El linfoma primario de la vejiga urinaria constituye una rara enfermedad, suponiendo menos del 1% de las neoplasias vesicales, habiendo sido registrados menos de 100 casos en la literatura. El subtipo más frecuente es el linfoma de la zona marginal extranodal (MALT), observándose mayor prevalencia en pacientes de sexo femenino y con inflamación vesical crónica.



Linfoma MALT vejiga urinaria.

Métodos: Mujer de 80 años de edad con alteraciones en vejiga urinaria, con sospecha clínica de carcinoma vesical. Se realiza estudio histológico, inmunohistoquímico y molecular de la lesión.

Resultados: El estudio histológico muestra abundantes folículos B en el estroma vesical con centros germinales reactivos así como expansión de la zona marginal. Las células neoplásicas muestran positividad para CD20, PAX5, BCL2, CD30, MUM1 y cadenas Kappa, siendo negativas para CD3, CD5, CD10, CD21, BCL6, CiclinaD1 y EBV, con un Ki-67 de 15-20%. Los centros germinales muestran inmunofenotipo reactivo. Las células neoplásicas presentan reordenamiento genético monoclonal para inmunoglobulinas.

Conclusiones: El caso presentado corresponde a una patología inusual particularmente compleja debido a la marcada presencia de centros germinales reactivos. La fuerte sospecha clínica de malignidad y la anómala expansión de la zona marginal proporcionó la clave para la sospecha de linfoma MALT en un caso aparente de cistitis folicular. Pese a no existir guías terapéuticas bien establecidas para este tipo de patología dada su escasa presentación, normalmente muestran evolución favorable, siendo importante su adecuado diagnóstico.

9017-92 SARCOMA DE EWING TESTICULAR.

David Chinchón Espino(1), Carmen del Prado Alba(1), Michele Biscuola(1), Ana Mª Martínez de Mandojana Pérez(1), Francisco José Farfan López(1), José Alberto García Bolaños(1), Gema Narciso Repilado(1) y José Luis Domínguez Miranda(1) de (1)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen: Varón de 31 años con masa palpable en testículo izquierdo de dos meses de evolución y crecimiento progresivo. Sin antecedentes clínicos de interés. La ecografía demostró masa de 4 cms, con aumento del flujo vascular, que sugería tumor de línea germinal. Orquiectomía con excisión completa del testículo y sin fragmentación del mismo.

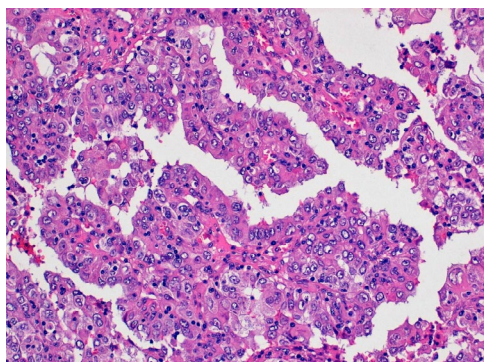
Material y métodos: Estudio mediante inclusión en parafina con técnicas de tinción habitual (hematoxilina eosina), técnicas inmunohistoquímicas y FISH (Hibridación "in situ" por fluorescencia).

Resultado: Tumor sólido muy celular, dividido en nódulos por bandas fibrosas. La neoplasia está constituida por células pequeñas redondas, o escasamente ovaladas, y uniformes, de contornos poco definidos. Los núcleos son redondos con frecuentes indentaciones y nucleolo pequeño. Exhibe intensa positividad de membrana para CD99, intensa positividad citoplásmica y de membrana para vimentina, moderada positividad de membrana para c-kit (CD117) y débil/moderada tinción nuclear para FLI1. Con FISH se observa reordenamiento del gen EWSR1.

Comentario: El diagnóstico diferencial de las neoplasias testiculares es, en algunos casos, complejo. Los tumores testiculares representan un 1% de las neoplasias en varones y un 5% de los tumores urológicos. Siguiendo la clasificación de la organización mundial de la salud los tumores testiculares se clasifican en 3 grandes grupos atendiendo a su histología y su origen: tumores de células germinales, tumores del estroma gonadal/cordones sexuales y tumores no especificados (miscelánea). El sarcoma de Ewing/PNET de testículo podría ser incluido en cualquier grupo si hubiese otro componente tumoral asociado. Desde un punto de vista biológico estos tumores derivan de la cresta neural y pueden mostrar diferenciación neuroendocrina. Tradicionalmente descritos como tumores de células pequeñas, redondas y azules. Estas lesiones se caracterizan por una traslocación cromosómica entre el gen EWS (22q12) y genes como el FLI1 (11q24) y ERG (21q22).

9017-93 METÁSTASIS GANGLIONAR RETROPERITONEAL POR CARCINOMA CON TRANSLOCACIÓN XP11.2 SIN TUMOR RENAL PRIMARIO IDENTIFICADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Angels Quera González(1), Ferran Martín Romero(1), Miquel Casas Tarrus(1), Ferran Pérez Bueno(2), Cristina Meléndez Muñoz(2), Lourdes Mir Cendra(1) y María Jesús Muntane Hombrados(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica de la Fundació Salut Empordà, Figueres (Girona) y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.



Carcinoma con translocación Xp11.2.

Antecedentes: Mujer de 34 años con dolor abdominal de meses de evolución en fosa ilíaca izquierda. Se realiza TAC toraco-abdominal que muestra agregado adenopático retroperitoneal, adenopatías mesentéricas, mediastínicas y consolidación en lóbulo pulmonar inferior derecho.

Con el objetivo de obtener diagnóstico anatomopatológico, se realiza laparotomía abdominal exploradora resecando una adenopatía retroperitoneal y se biopsia pulmón derecho por broncoscopia.

Métodos: Estudio histológico, inmunohistoquímico (IHQ) y FISH en el ganglio linfático y estudio histológico e IHQ de biopsia bronquial.

Resultados: Recibimos ganglio linfático lobulado de 2,5 cm, ocupado por tumor de patrón papilar. Las células tumorales muestran citoplasmas amplios, parcialmente eosinófilos y algunos claros, con núcleos vesiculares y nucléolos prominentes. Forman papilas con ejes fibrovasculares centrales y áreas más sólidas, con mitosis evidentes y sin necrosis. La IHQ muestra células tumorales negativas para CK7, CK20, vimentina, RE,

RP, WT-1, CEA, GATA-3, CDX-2, TTF-1, sinaptofisina, cromogranina, CD56, Melan-A, HMB-45, desmina, actina, RCC, Hepatocite y α -fetoproteína. Positividad focal para CK AE1-AE3, E-Cadherina, PAX-8 y EMA. Positividad intensa y difusa para Racemasa, CD10, C-KIT, p16 y TFE-3. El FISH para la translocación del gen TFE-3 (Xp11.23) resulta positivo.

La biopsia bronquial muestra infiltración por carcinoma de igual patrón que el ganglio analizado; con CK7 y TTF-1 negativas.

Se diagnostica el caso como metástasis por carcinoma de patrón papilar con translocación Xp11.2, compatible con origen renal.

Tras revisar minuciosamente el TAC y realizar PET-TAC, los riñones no muestran lesiones. Se inicia tratamiento con inhibidores de la tirosinquinasa, cambiando posteriormente a inmunoterapia por progresión tumoral, siendo la paciente éxitus tras 5 meses.

Conclusiones: En un paciente joven con metástasis de carcinoma papilar con áreas claras, debe plantearse como opción diagnóstica un carcinoma renal con translocación Xp11.2 y estudiar el gen TFE-3. La expresión IHQ de TFE-3 es típica también de sarcoma alveolar de partes blandas, descartado en nuestro caso por patrón histológico e IHQ. El hecho de no encontrar radiológicamente un primario renal, nos plantea como posibles hipótesis un origen en tejido renal ectópico o un tumor renal pediculado separado a retroperitoneo.

9017-94

CARCINOMA UROTELIAL VARIANTE LINFOEPITELIOMA-LIKE. PRESENTACION DE UN NUEVO CASO EN BIOPSIA, Y EN CISTECTOMÍA TRAS EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON CISPLATINO Y GENTAMICINA.

M^a Pilar Gallel Vicente(1), Judit Pallares Quixal(1), Virginia Adamoli Vidal(1) y Josep María Auget Martín(1) de (1)Hospital Universitario Arnau de Vilanova/ Santa María, Lleida.

El carcinoma urotelial variante linfopitelioma-like (CLEL) es muy poco frecuente. Suele diagnosticarse en adultos, mas frecuente en varones, y en estadio T2-T3. En algunos casos se ha descrito respuesta total al tratamiento con cisplatino. Pero los pacientes tratados antes de la cirugía son pocos, por lo que se tiene escaso conocimiento de la respuesta a la quimioterapia. Presentamos un nuevo caso, en un varón de 74 años, que se diagnosticó en la biopsia-RTU (en otro centro). Posteriormente recibió tratamiento neoadyuvante (con 2 ciclos de cisplatino y gentamicina) y cistectomía total, en nuestro centro.

El carcinoma observado, infiltrante del músculo detrusor, mostró patrón mixto constituido por sincitios de células pleomórficas enmascarados por inflamación mixta, como morfología predominante, junto a otras áreas de carcinoma urotelial poco diferenciado. En la pieza de cistoprostatectomía radical y linfadenectomía iliaca-obturatriz bilateral se confirmó la infiltración muscular profunda por el componente de carcinoma linfopitelioma-like exclusivamente, sin metástasis ganglionares (ypT2N0) ni signos de respuesta a la quimioterapia administrada. Los estudios microscópicos, moleculares e inmunohistoquímicos realizados mostraron positividad para CK7 en las células pleomórficas sincitiales, negatividad para EMA y CK20 y KI-67 de elevado índice proliferativo. El estudio molecular (EBER) fue negativo y dos marcadores de células madre CD44v6 y ALDH1 resultaron negativos.

CLEL es un raro tumor vesical sobre el que no hay consenso terapéutico. El número de casos publicados tras el tratamiento con quimioterapia es muy escaso y generalmente asociado a tratamiento conservador. El tumor presentado corresponde a un carcinoma mixto variante linfopitelioma-like predominante, de características microscópicas similares a los descritos, que no ha respondido a la quimioterapia neo-adyuvante administrada. Nos parece interesante comunicarlo para conocerlos mejor destacando la nula respuesta al cisplatino en este caso. La mayoría de autores recomiendan cistectomía radical en los pT2 ante el bajo nivel de evidencia científica.

9017-95

TUMOR SEROSO BORDERLINE DE TIPO OVÁRICO, VARIANTE MICROPAPILAR, DE LA TÚNICA ALBUGÍNEA: ESTUDIO CITOLÓGICO E HISTOLÓGICO.

Astrid Herrera Rabadán(1), Vicent Martínez i Còzar(1), Mónica Bauza(1), Daniel Felipe Riaño Alarcón(1), María José Artés Martínez(1), Beatriz Montero Balaguer(1) y David Ramos Soler(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

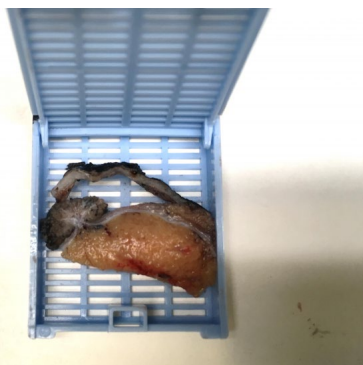


Figura 1.

Los tumores paratesticulares tipo ovárico son una entidad poco frecuente y con un patrón histológico muy variable. En la mayoría de los casos se trata de tumores papilares serosos borderline (BL), con un buen pronóstico tras la resección quirúrgica. La variante micropapilar de estos tumores se considera un carcinoma no infiltrante de bajo grado, con peor pronóstico.

Metodología: Estudio citológico de 4 cc de líquido escrotal y posterior orquiectomía para estudio anatomopatológico.

Resultados: el estudio citológico muestra la presencia de formaciones papilares constituidas por células con leve/moderada atipia nuclear y frecuentes cuerpos de psamoma, compatible con neoplasia papilar psammomatosa.

El estudio macroscópico muestra una formación paratesticular excrecente de 1 cm, pediculada y dependiente de la túnica albugínea, que no parece invadir el parénquima (ver figura 1).

En el estudio histológico se observa una proliferación papilar con papilas ramificadas revestidas por un epitelio cilíndrico monocapa. Dichas células presentan un citoplasma eosinófilo y grandes núcleos de cromatina fina con ligero pleomorfismo. Muchas de ellas presentan el polo apical ciliado y otras adoptan morfología en "tachuela". En más de un 15% de la tumoración las células forman proyecciones micropapilares, que al unirse entre ellas conforman estructuras cribiformes. Las células tumorales no infiltran el pedículo por el que la tumoración se une a la túnica albugínea.

El perfil inmunohistoquímico (IHQ) demuestra positividad frente a WT-1, EMA, CK 5-6, estrógenos y progesterona, siendo negativo para calretinina, trombomodulina y CK20. El índice de Ki 67 es de entre 10-18%.

Conclusión: el estudio citológico no es suficiente para filiar el subtipo de tumor tipo ovárico, pero sí para la orientación diagnóstica. Destacar la discordancia de los abundantes cuerpos de psamoma en la citología y su completa ausencia en la histología. El estudio histológico completo de la lesión y su perfil IHQ es de gran utilidad en el diagnóstico de este tumor.

9017-96 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE GLANDE DEL PENE.

Hugo Álvarez-Argüelles Cabrera(1), Idaira Jael Expósito Afonso(1), Alejandro Brito García(1), Abián Vega Falcón(1), Emilio González Arnay(1), Sonia García Hernández(1), Isabel González Villa(1), Leynis Isabel Martínez Blanco(1), Ángel Nazco Deroy(1) y Eduardo Salido Ruiz(1) de (1)Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: el carcinoma mucoepidermoide (CM) es relativamente frecuente en el tracto aerodigestivo superior y en relación con glándulas salivales; sin embargo, su localización en el glande del pene es excepcional. La especial localización del tumor y su controvertida histogénesis, nos permite revisar la literatura a propósito de un caso.

Material y métodos: paciente de 86 años con lesión polipoide en el surco balanoprepucial del pene. Como antecedentes, 5 meses antes, se informan lesiones verrucosas múltiples, que fueron diagnosticadas de papilomas y cambios hiperplásicos y displásicos del epitelio. Se practica penectomía parcial, que se recibe para estudio histopatológico. Las muestras fueron teñidas rutinariamente por HE y más específicamente por PAS-HE y mucicarmín.

Resultados: pieza de penectomía de 8'5 cm de longitud, que en glande presenta área blanquecina irregular con planos de sección homogéneamente blanquecinos con aproximación de 3 mm hacia cuerpo cavernoso. Microscópicamente se observa proliferación tumoral epitelial, que emite prolongaciones descendentes romas a modo de neoplasia verrucosa con intenso infiltrado inflamatorio, aunque con patrón infiltrante más irregular. Las masas tumorales constan de células escamosas, junto a lesiones intratumorales variablemente abscesificadas y con mucina, entre las que se identifican células mucinosas aisladas o en grupos pseudoglandulares. El tumor infiltra conjuntivo subepitelial -pT1-.

Conclusiones: revisada la literatura, sólo encontramos 5 informes previos de casos aislados de CM. El diagnóstico diferencial se plantea con el carcinoma escamoso pseudoglandular y carcinoma adenoescamoso, entre otros. La histogénesis del CM del pene se relaciona con glándulas periuretrales de Littre o de Cowper, así como de células embriológicamente distópicas o metaplásicas periuretrales. Aunque se señala agresividad del tumor, la casuística es escasa y falta suficiente estudio evolutivo de los casos.

ZONA POSTER

9018

POSTER XXIII CONGRESO NACIONAL SEC

9018-1

VENTAJAS DE LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA LÍQUIDA FRENTE A LA CONVENCIONAL Y COMPARACIÓN ENTRE DOS MÉTODOS DE CITOLOGÍA LÍQUIDA (THINPREP Y SUREPATH).

Candelaria Barberá Sánchez de Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia).

Hoy en día, la citología ginecológica convencional se utiliza cada vez menos, dejando paso a la citología líquida, hay menor riesgo de muestras insatisfactorias, ya que se utiliza la totalidad de la muestra, las células se disponen en monocapa, la fijación y conservación de las células se realiza desde la toma de la muestra, se minimizan los factores de confusión del observador y se pueden realizar otras pruebas (HPV) sin necesidad de una nueva toma de muestra.

Actualmente, para el procesado de muestras ginecológicas, existen técnicas o aparatos destinados a facilitar la tarea del Técnico en Anatomía Patológica, entre ellos, vamos a destacar:

ThinPrep y SurePath.

Los aspectos a valorar entre estos dos métodos son:

Toma de muestras: El procedimiento para la toma de muestras es exactamente igual para los dos métodos, la única diferencia es que en ThinPrep el escobillón se desecha y en SurePath el escobillón queda dentro del bote.

Recursos materiales: Describiremos los aparatos y materiales necesarios para el procesado de las muestras.

Fundamento de cada uno de los métodos: SurePath: Enriquecimiento celular, transferencia de células al portaobjetos y tinción automática. ThinPrep: Dispersión, recogida de células y transferencia de células.

Preparación y procesado de las muestras: Procedimiento a realizar para el preparado de las muestras y su procesado.

Principales diferencias entre los dos métodos Toma de muestras, superficie a observar, recursos materiales, tiempos de preparación y procesado, tinción y montaje, almacenamiento de material necesario y viales, mantenimiento, fundamento y número de muestras procesadas.

Las comparaciones son totalmente objetivas desde el punto de vista de un Técnico en Anatomía Patológica y sin ningún tipo de interés.

Como conclusión destacamos que, cada técnica o aparataje tiene sus pros y sus contras, no es mi competencia juzgarlos, y lo que de verdad importa es que el Técnico sea versátil y se adapte a las tecnologías que existan en su Servicio, tanto en conocimiento de las técnicas, como en el manejo de los aparatos.

9018-2 CORRELACIÓN CITOLÓGICA CON LA BIOPSIA DE VEJIGA URINARIA Y MARCADORES DE PROLIFERACIÓN (MIB-1 P53).

Ascensión Alonso Cañadas(1), Andrés Pérez Barrios(1), Piedad Romero Bayona(1), María Dolores Bernabé Pérez(1), Raquel Sánchez París(1), Magdalena Castaño Díaz(1), Elidia Molina Herrera(1), Greissy Tibisay Vázquez Benítez(1), Juan García Pérez(1) y María José López Martínez(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Se estudia la relación entre carcinomas de bajo y alto grado uroteliales y la presencia de marcadores de proliferación (MIB-1 - P53).

Las muestras de citología urinaria se tiñen con papanicolau (PAP) y se escojen para el estudio aproximadamente 100 células uroteliales conservadas para el inmunomarcaje. Se evidencia una relación directa entre carcinomas uroteliales de alto grado y la presencia de marcadores de proliferación > de 30%.

9018-3 DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE METÁSTASIS DE CARCINOMA MAMARIO EN GLÁNDULA TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vicent Martínez i Còzar(1), Mónica Bauza(1), Carlos Zac Romero(1), Ticiano Pablo Guastella(1), Luis Manuel Scavino Pinto(1), Astrid Herrera Rabadán(1), Daniel Felipe Riaño Alarcón(1), María José Artés Martínez(1) y Mireya Prieto Rodríguez(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Las metástasis tiroideas son infrecuentes, resultando un 3% de la totalidad de la lesiones metastásicas. Suelen presentarse como formaciones nodulares resultando efectivo la realización de una PAAF para determinar el origen de la lesión.

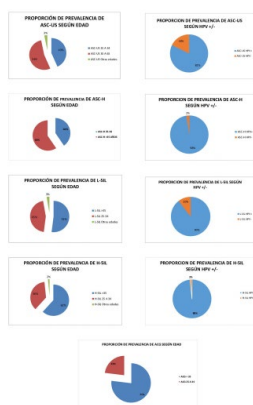
Caso clínico: El caso que presentamos corresponde a una mujer de 55 años con antecedentes de carcinoma ductal ductal infiltrante moderadamente diferenciado. Las células tumorales expresan E-cadherina ++, Receptores Estrogénicos +++ y Progesterónicos ++ de forma focal. En una revisión rutinaria en consultas de oncología se detectan 2 nódulos tiroideos hipoeoicos de 4 y 10 mm. Se remite a consulta de endocrinología donde se solicita PAAF bajo control ecográfico del nódulo tiroideo derecho de 1cm.

Resultado: Las extensiones muestran fondo hemático sobre el que se observa celularidad epitelial atípica dispuesta en grupos cohesivos, en ocasiones de morfología papilar, con escasa o nula disociación periférica. Estos grupos están compuestos por células con escaso citoplasma que presentan núcleos redondeados, de aspecto pleomórfico y contorno irregular. No se identifica material coloide ni folículos. Dichas células presentan inmunorreactividad frente a estrógenos+++ y E-cadherina+++ , siendo negativas frente a progesterona y tiroglobulina. Con estos datos se estableció el diagnóstico de metástasis de carcinoma mamario en glándula tiroides.

Conclusión: Se trata de un lugar infrecuente de presentación de metástasis por carcinoma mamario, siendo las más frecuentes las neoplasias de origen renal y el melanoma. En algunos casos puede ser la primera manifestación de la enfermedad. Suelen presentarse en el contexto de lesiones múltiples y aparecer muchos años después de la erradicación del tumor primario, como sucedió en nuestro caso (cinco años tras el diagnóstico del tumor primario).

9018-4 LESIONES PRECURSORAS, EDAD Y VPH-AR. UNA MIRADA AL AÑO 2016.

Jhon William Comba Miranda(1), Aitziber Gayoso Alberro(1), Elvira Heras Fernández(1), Ibon Irazoqui Oharriz(1), Marta Rezola Bajineta(1), María del Carmen Gómez Mateo(1), María Cristina Caballero Martínez(1), Manuel Moreno Valladares(1), Iraide Bernal Simón(1) y Irune Ruiz Díaz(1) de (1)Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).



Prevalencia de lesiones precursoras según edad y VPH-AR.

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente de las mujeres en el mundo. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical ha demostrado claramente su eficacia, su aplicación de forma adecuada y sistemática ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad por CCU. Esto se debe a la detección de lesiones premalignas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita su progresión a carcinoma invasor. Los estudios realizados han aportado evidencia que confirma al virus del papiloma humano (VPH) como agente causal de la práctica totalidad de los casos de CCU y de sus lesiones precursoras. Un número limitado de genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) esta causalmente implicado. Esto ha permitido establecer un nuevo modelo de carcinogénesis basado en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursoras y CCU.

Objetivos:

- Analizar las variables lesiones precursoras, edad y VPH-AR.
- Definir su distribución en nuestro centro durante el año 2016.
- Comparar los hallazgos con la literatura existente.

Métodos: Se ha depurado la base de datos de diagnóstico de citología cervical dentro del cribado CCU en el periodo comprendido entre 01 de enero y 31 de Diciembre de 2016 teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Lesiones precursoras CCU.
- Edad categorizada (25-34 y 35-65 años).
- VPH-AR.

Resultados: Las lesiones precursoras del CCU (ASC-US, ASC-H, L-SIL, H-SIL Y ACG) durante el año 2016 tuvieron una distribución mayoritaria en el grupo de mujeres con edad comprendida entre 35 y 65 años, mostrando un 54%, 60%, 52%, 62% y 77% respectivamente, comparado con el grupo de mujeres con edad categorizada entre 25-34 años.

Así mismo el VPH-AR con resultado positivo mostro una distribución acompañante en las lesiones precursoras del CCU (ASC-US, ASC-H, L-SIL, H-SIL Y ACG) del 82%, 98%, 90%, 98% y 100% respectivamente.

Conclusiones: Las lesiones precursoras del CCU en el 2016 en nuestro centro presentaron una distribución por edad y relación con el VPH-AR acorde a lo referido en la literatura científica.

Estos hallazgos nos permiten tener conocimiento morfológico y molecular del comportamiento dinámico de la infección por el VPH-AR, su relación con lesiones precursoras y/o progresión a CCU en nuestro medio, sentando bases para futuras estimaciones regionales y nacionales.

9018-5 CRIBADO CITOLÓGICO DE LESIONES ANALES, CORRELACIÓN CON HISTOLOGÍA Y CON INFECCIÓN POR HPV.

Adrià Lloret Dagà(1), Ignacio Sánchez Guerri(1), Lorena Díaz Sánchez(1), María Teresa Rodrigo Calvo(1), Susana Calvo González(1), Emilia Romero Martos(1), Javier Gimeno Beltrán(1), Mar Iglesias Coma(1), Francesc Alameda Quitllet(1) y Belén Lloveras Rubio(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El virus del papiloma humano (HPV) está implicado en la etiología de las neoplasias intraepiteliales anales (AIN) y del cáncer anal. Sin embargo, está poco establecido el papel de la citología y la detección del HPV en el cribado de este tipo de lesiones.

Método: Se estudiaron 277 casos de citologías anales obtenidas en un periodo de 5 años (2011-2015). Los datos que se registraron fueron datos clínicos, diagnósticos citológicos e histológicos, test de detección del HPV, infección por VIH y diagnósticos previos de lesiones anogenitales (CIN, VIN, verrugas genitales). Por otro lado, se estudiaron 143 biopsias anales realizadas durante el mismo periodo.

Resultados: En la serie de casos de citología se observó una ratio hombre-mujer de 2.6-1. El 44% de los pacientes presentaba infección por VIH y 28 casos tenían historia previa de lesiones anogenitales. Sólo 43 (15%) casos con citología tenían biopsia posterior. La prevalencia de lesiones escamosas intraepiteliales (LSIL/HSIL) en citología fue del 53% (130 LSIL Y 19 HSIL). De los casos con citología LSIL biopsiados (22), la histología mostró: condiloma (59%) y AIN2-3 (18%). Por otro lado, en los 5 casos de HSIL la biopsia fue de: AIN1 (1; 20%), AIN3 (3, 60%) y un caso de carcinoma escamoso.

Respecto a la infección por HPV, 186 casos de citología (67%) fueron positivos, 150 con tipos de alto riesgo. Quince HSIL tuvieron HPV de alto riesgo (94%). Entre los casos HPV negativos (n=53), la mayoría eran LSIL (22%) o citologías sin alteraciones (72%).

En la serie de biopsias, los diagnósticos fueron de: condiloma (69; 51%), AIN2-3 (14; 10%), y carcinoma escamoso (21; 15%).

Los resultados de este estudio indican que la citología anal y la prueba del HPV, separadas o combinadas, muestran una alta sensibilidad (90-100%) en la detección de HSIL anal. Sin embargo, la especificidad es ligeramente superior para la citología (39%), comparada con la prueba del HPV (23%) o para la combinación de ambas (21%).

Conclusiones: A pesar que los diagnósticos citológicos anales son similares a los del cribado cervical las características de los pacientes es diferente a estos últimos, ya que la gran mayoría presenta infección por VIH, que condiciona una alta frecuencia de infecciones por múltiples tipos de HPV.

Se hace necesario establecer un protocolo de manejo clínico para la detección y el seguimiento de estas lesiones.

9018-6 RENTABILIDAD DE LAS MUESTRAS CITOLÓGICAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN TRANSBRONQUIAL GUIADA POR ULTRASONIDO (EBUS) EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN. NUESTRA EXPERIENCIA DE 9 MESES EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN.

Paul Andrade Cadena(1), M^a Jesús Nicolau Ribera(1), M^a Carmen Martínez Lahuerta(1), Elena Mengual García(1) y Esther Roselló Sastre(1) de (1)Hospital General de Castellón.

Introducción y objetivos: La técnica de EBUS se ha convertido en los últimos años en la primera línea de diagnóstico cito-patológico así como de estadificación y reestadificación del cáncer de pulmón. Es una técnica mínimamente invasiva con alta sensibilidad y especificidad en la que se obtiene material mediante punción con aguja fina (PAAF) de adenopatías de diferentes territorios mediastínicos. El objetivo de este estudio es analizar la rentabilidad diagnóstica de las muestras obtenidas por medio de esta técnica desde que se empezó a realizar en nuestro hospital (mayo del 2016) en un periodo de 9 meses.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las muestras citológicas desde mayo del 2016 hasta enero del 2017. Las muestras recolectadas a través de punción se procesaron mediante ThinPrep PAP test y bloque celular para su inclusión en parafina y posterior tinción con Hematoxilina-Eosina.

Resultados: En un periodo de 9 meses se realizaron 174 de PAAFs por EBUS de diferentes territorios ganglionares mediastínicos en 63 pacientes de los cuales 39 fueron diagnosticados como negativos/benigno, 11 de adenocarcinoma, 6 de carcinoma epidermoide, 2 de carcinoma no microcítico, 1 dudoso, 3 de linfoma y 1 de metástasis. Los resultados se resumen en la tabla 1.

Conclusiones: Los diferentes estudios que comparan la rentabilidad diagnóstica de PAAFs realizadas por EBUS en el diagnóstico del cáncer de pulmón muestran una sensibilidad (S) que varía entre 86 y 96%, una especificidad (E) del 100% con un valor predictivo positivo (VPP) entre 90 y 100% y un valor predictivo negativo (VPN) entre 84 y 100%.

En nuestro estudio encontramos que el 30,15% de los casos fueron positivos para cáncer de pulmón frente a un 61,90% de casos negativos con una S del 86 %, una E del 100%, un VPP 100 % del y un VPN del 92%. Al comparar nuestros datos vemos que son muy similares a los de los otros estudios, a pesar de que nuestra muestra de estudio fue menor. Estos resultados nos confirman que esta técnica diagnóstica presenta unos niveles de rentabilidad diagnóstica mayores si comparamos con otras técnicas diagnósticas (tomografía, PET-TAC) que presentan una S del 55%, E del 51 y una S de 80% y una E del 88 % respectivamente.

Tabla 1: Diagnósticos en relación al número de muestras (PAAFs) obtenidas por EBUS

Negativo/Hiperplasia linfoide	110	
Linfadenitis granulomatosa	15	125 Benigno
Sospechoso de carcinoma	2	2 Sospechoso
Carcinoma no microcítico	5	
Carcinoma escamoso	11	
Adenocarcinoma	22	
Carcinoma microcítico	0	38 Carcinoma
Linfoma	7	
Metástasis	2	9 Otros
Total PAAF	174	174

Se realizaron 174 PAAFs de diferentes territorios linfáticos mediastínicos en 63 pacientes en total

9018-7

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LESIONES PANCREÁTICAS POR ECOENDOSCOPIA: NUESTRA EXPERIENCIA, RECLASIFICACIÓN Y CORRELACIÓN CON PIEZA QUIRÚRGICA.

Sandra Patricia Pontes de Sousa(1), Cinthya Báez Leal(1), Clarisa González Mínguez(1), M. Lluïsa Surrallés Calonge(1), Xavier Tarroch Sarasa(1), Luis Luizaga Velasco(1), Laia García Cano(1), Pilar Forcada Guiu(1), Carmen Ferrer Cassado(1) y Francisco Pérez Ochoa(1) de (1)Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona.

Introducción: La punción aspiración guiada por Ecoendoscopia (USE-PAAF) es una herramienta cada vez más utilizada en el diagnóstico de lesiones de páncreas. El objetivo de este estudio es revisar y reclasificar el diagnóstico citológico, según la nueva clasificación de Bethesda (B), correlacionándolo con la radiología, bioquímica y estudio histológico.

Métodos: Se revisaron 90 casos de USE-PAAF de lesiones pancreáticas, realizadas en nuestro hospital, entre enero 2014 y diciembre 2016. En todos los casos se correlacionaron con los hallazgos clínico-radiológicos y bioquímicos; se reclasificaron según el sistema de Bethesda como B-I no diagnóstico, B-II negativo para malignidad, B-III atipia, B-IV se subdivide en IVa que incluye las neoplasias benignas y IVb otras neoplasias, B-V sospechoso de malignidad y B-VI maligno. En los casos con pieza quirúrgica se estableció correlación cito-histológica.

Resultados: Los 90 casos correspondían a 58 hombres y 32 mujeres, de edades comprendidas entre 16 y 89 años (media de 63 años). Los casos quedaron distribuidos según la clasificación de Bethesda, B-I:13 casos (14.4%), B-II:25 casos (27.8%), B-III: 2 casos (2.2%), B-IVa: 0 casos (0%), B-IVb: 11 casos (12.2%), B-V: 4 casos (4.4%) y B-VI: 35 casos (38.9%). Con los criterios de la nueva clasificación 4 casos con diagnóstico previo de negativo para células malignas, se reclasificaron como B-I. En los 15 casos con pieza quirúrgica se estableció correlación cito-histológica, siendo correcta en 10 (66,6%); mientras que en 5 casos (33,4%) no hubo correlación, obteniéndose una S=80% (sensibilidad), E=40% (especificidad); VPP=72% (valor predictivo positivo) y VPN=50% (valor predictivo negativo).

Conclusiones: La USE-PAAF es un buen método diagnóstico y, en muchos casos, es el único diagnóstico morfológico de la lesión. Es importante un diagnóstico integrado, correlación cito-histológica con radiología y bioquímica. La nueva clasificación de Bethesda es útil y permite categorizarlas con mayor exactitud.

9018-8

VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE ATIPIA ESCAMOSA DE SIGNIFICADO INCIERTO: INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA ESPECIE PREVALENTE Y ANÁLISIS DE OTROS FACTORES PREDICTORES DE LA EVOLUCIÓN.

Daniel Mata Cano(1), Jessica Aliaga Patiño(1) y Antonio Ferrández Izquierdo(1) de (1)Hospital Clínico de Valencia.

Objetivo: Analizar prevalencia de serotipos de alto riesgo para virus del papiloma humano (VPH-AR) en pacientes con diagnóstico de atipia escamosa de significado incierto (ASCUS), su distribución con la edad de las pacientes y estudiar el efecto de estos dos factores sobre la evolución citológica posterior.

Material y método: Se han analizado 18291 citologías vaginales en base líquida realizadas entre julio 2015 y diciembre de 2016 sobre pacientes provenientes tanto de ámbito hospitalario como de asistencia primaria de ginecología-obstetricia.

Resultados: En 123 de las citologías estudiadas, el diagnóstico fue de ASCUS. La edad media fue de 39,3 años con un rango entre los 19 y los 77 años. El 59,3% de las mujeres tenían 35 años o más. Se detectó presencia de VPH en el 68,3% de los casos, correspondiendo el 63,4% a VPH-AR. La edad media de las mujeres con VPH-AR ha sido de 42,3 años frente a 37,6 en el grupo que no lo presentaban ($p=0,03$). Los serotipos víricos de alto riesgo más prevalentes han sido VPH-AR 16 (23,6% sobre la muestra general), VPH-AR 31 (11,4%) y VPH-AR 52 (10,6%). En un 60,3% se demostró coinfección por varios serotipos. La prevalencia en infecciones únicas y múltiples ha mostrado la misma tendencia, siendo la prevalencia de VPH-AR 31 y 52 en infecciones múltiples más del doble que en las únicas (23,4% y 23,4% frente a 9,7% y 9,7% respectivamente). La comparación de prevalencia por edades para cada uno de los serotipos no mostró diferencias estadísticamente significativas. La segunda citología de control practicada a los 6 meses, demostró normalidad en 69 casos (56,1%), persistencia de ASCUS en 6 casos (4,9%), LSIL en 10 casos (8,1%) y HSIL en 3 casos (2,4%). En 35 casos, no se realizó citología de control (28,5%). Se estudió, por separado, la influencia de los tres serotipos de alto riesgo y la edad sobre la presencia de alteraciones patológicas en citología de control, no demostrándose asociación estadística.

Conclusiones: Los serotipos de alto riesgo más prevalentes en nuestra serie han sido el VPH-AR16,31 y 52. Se observó una mayor prevalencia de HPV-AR en mujeres con diagnóstico de ASCUS por encima de los 35 años. Por otra parte, la edad y la presencia de HPV-AR no predicen una peor evolución citológica.

9018-9

LINFOMA DE BURKITT EN GLANDULA TIROIDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Victoria Ortega Jiménez(1), Virginia González Zafra(1), Isabel García Muñoz(1), Tatiana Cano Barbadilla(1), Lidia Pérez Villa(1), Isabel Álvarez Mancha(1), Dora García Viveros(1), Elena Cañestro Rueda(1), Isabel M^a Arranz Salas(1) y M^a Isabel Hierro Martín(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Antecedentes y objetivos: Los linfomas primarios de tiroides representan un 5% de los tumores malignos tiroideos. La mayoría son linfomas no Hodgkin B de células grandes. Son más frecuentes en mujeres y se asocian a tiroiditis linfocitaria. El linfoma de Burkitt de la glándula tiroides es una entidad rara, con solo unos pocos casos descritos en la literatura. Existen 3 variantes clínicas: la endémica, la esporádica y la asociada a inmunodeficiencias. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma anaplásico de tiroides. Pese a su alta agresividad, se trata de una entidad con buena respuesta a la quimioterapia combinada y radioterapia. Presentamos un caso de linfoma de Burkitt de tiroides con diagnóstico inicial de proceso neoplásico linfoproliferativo en la PAAF, y confirmación histológica posterior.

Material y método: Mujer de 71 años con antecedentes de hipotiroidismo primario que presenta una masa cervical de crecimiento rápido, acompañada de voz bitonal, disfagia a sólidos y líquidos, disnea de mínimos esfuerzos y ortopnea. La ecografía muestra un tiroides aumentado de tamaño, con componente endotorácico bilateral, de aspecto heterogéneo, y múltiples lesiones nodulares sólidas y quísticas. En el TAC de tórax la masa tiroidea mide 9 cm de diámetro máximo y comprime los vasos y la tráquea, sugiriendo un proceso infiltrativo tumoral.

Resultados: Se le realizó PAAF de la lesión y presentó una proliferación linfoide atípica sugestiva de proceso linfoproliferativo neoplásico tiroideo (Categoría VI de Bethesda). Ante estos hallazgos se realizó BAG de la masa, que mostraba una proliferación neoplásica de patrón difuso, constituida por células linfoides de tamaño pequeño, con núcleos con cromatina heterogénea, figuras de apoptosis y una intensa actividad mitótica.

El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para CD20, CD79, CD10 y bcl-6, con inmunoeexpresión negativa para bcl-2, y positiva para c-Myc (>80%), y un índice de proliferación (ki67) del 98%, con lo que concluimos el diagnóstico de linfoma no Hodgkin B de alto grado, tipo linfoma Burkitt. Posteriormente se ha realizado estudio de médula ósea que no ha mostrado signos de infiltración neoplásica linfoide.

Conclusiones: El linfoma de Burkitt de la glándula tiroides es una entidad muy infrecuente. Destacamos la utilidad de la PAAF en su diagnóstico inicial, con confirmación posterior en el estudio histológico.

9018-10

ACIERTOS Y DESACIERTOS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE GLÁNDULA SALIVAL EN UNA SERIE DE 77 CASOS CON CORRELACIÓN HISTOLÓGICA.

Oriol Gibert Vigués(1), Sara González Moya(1), Miriam Cerdán Tudela(1), Marta Serra Riba(1), M^a Ángeles Aparicio Galán(1), Lúcia Darder Tubert(2), Susana Ubalde Rizo(1), Jordi Temprana Salvador(1), Santiago Ramón y Cajal Agüeras(1) y Margarita Alberola Ferranti(1) de (1)Servicio de Anatomía Patológica, Sección de Citología y (2)Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Es ampliamente reconocida la utilidad de la Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) en glándula salival, aunque no está exenta de limitaciones.

Objetivos: Identificar criterios diagnósticos útiles ante las dificultades que nos plantea la PAAF de glándula salival.

Material y métodos: Correlación cito-histológica retrospectiva de 77 pacientes con tumor en glándula salival documentados en un periodo de dos años en nuestro servicio.

Resultados: Diagnósticos piezas quirúrgicas: adenoma pleomorfo (24), tumor de Warthin (23), metástasis de carcinoma escamoso (10), carcinoma acinar (5), linfoma (4), quiste de la hendidura branquial (2), adenoma de células basales (1), carcinoma ex-adenoma pleomorfo (1), carcinoma mucoepidermoide (1), metástasis de carcinoma medular de tiroides (1), cistadenoma de células oncocíticas (1), carcinoma mioepitelial (1), carcinoma epi-mioepitelial (1), lipoma (1), mucocoele (1). De éstos 92,20% (71) fueron diagnósticos concordantes con la PAAF y 7,80% (6), discordantes (3 extendidos linfocitarios reactivos fueron linfomas (2 foliculares; 1 malt); 2 carcinomas mucoepidermoides fueron Warthin; 1 extendido con células escamosas sin atipia fue la metástasis en parótida de carcinoma escamoso).

Discusión y conclusiones: A partir de nuestra serie podemos decir:

El Tumor de Warthin con metaplasia escamosa o mucinosa plantea problemas diagnósticos.

Los cambios quísticos en las neoplasias benignas o malignas pueden condicionar la aparición de abundante mucina extracitoplasmática y escasa celularidad y no ser un Carcinoma Mucoepidermoide. Aconsejamos buscar otros elementos celulares que permitan orientar el diagnóstico (tumor de Warthin o adenoma pleomorfo con metaplasia mucinosa).

Por otro lado, ante un fondo mucoide con mucífagos y sin celularidad tipo intermedio o escamosa no queratinizante, aunque puede ser quiste de retención mucosa, deberemos orientar la posibilidad de carcinoma mucoepidermoide.

Es poco frecuente el carcinoma escamoso primario de parótida: siempre descartar metástasis de primario locoregional. Éstas metástasis pueden ser muy bien diferenciadas.

Los linfomas de bajo grado son difíciles de diagnosticar por PAAF. Se recomienda realizar citometría de flujo.

Hemos tenido 2 casos de quistes de la hendidura branquial. Ésto se debe a la relación embriológica del 1er arco branquial con parótida.

9018-11 LINFOMAS EN LÍQUIDO PLEURAL: DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO.

Carmen Cabezón Bienes(1), Camino López Matanza(1) y Margarita Elices Apellaniz(1) de (1)Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Hemos revisado todos los diagnósticos realizados en líquido pleural desde la puesta en marcha del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS). De un total de 108 casos, se han diagnosticado 7 linfomas en el líquido pleural. Si bien no hemos tenido falsos positivos, no podemos determinar el porcentaje de falsos negativos, dado que carecemos de seguimiento posterior en 61 casos. En la literatura se describen hasta un 50% de falsos negativos.

Nuestros datos son concordantes con los obtenidos en el porcentaje habitual de linfomas diagnosticados en pleura: La mayoría: 3/7 (43%) corresponden a linfomas difusos de célula Grande B, en segundo lugar, 2/7 (28,5%) corresponden a linfomas foliculares y el resto a afectación por linfomas de otra índole: un linfoma marginal y un linfoma linfoblástico de precursores T. No hemos encontrado ningún linfoma primario de cavidades.

El estudio se ha realizado sobre Papanicolau procesado en material fijado en citología en medio líquido y citología convencional con estudio inmunocitoquímico sobre bloque celular.

Aunque el tamaño muestral es muy pequeño y no podemos establecer conclusiones estadísticamente significativas, nuestro trabajo se centra en valorar el diagnóstico citológico como una herramienta rápida y fiable en la rutina diaria.



Publicación oficial de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (S.E.A.P.)