



XXVI CONGRESO CHILENO DE  
ANATOMÍA PATOLÓGICA



DEL 2 AL 4 DE MAYO 2024

HOTEL ENJOY COQUIMBO

**LIBRO DE  
RESUMENES**

# **PRESENTACIONES ORALES**



## **NEOPLASIA SOLIDA SEUDOPAPILAR (NSSP) DEL PANCREAS: REPORTE DE 17 CASOS, REVISION DE LA LITERATURA Y CORRELACION CITOHIISTOLOGICA.**

Adriana Castiblanco G<sup>1</sup>, Alejandra Gallardo S<sup>1</sup>

1. Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** NSSP es una neoplasia de bajo grado, sin una línea específica de diferenciación epitelial y una patología borderline. Entidad poco frecuente, 0.3–2.7% de los tumores pancreáticos, distal, 7 cm de diámetro promedio, más frecuente en mujeres, con frecuencia bimodal (28 años - 62 años); en los hombres unimodal (64 años). Suele ser indolente, pero 10 a 15 % puede comportarse agresivamente.

**Reporte de los casos:** Se revisaron 17 casos de pacientes con diagnóstico de NSSP del páncreas, 10 en muestras obtenidas por punción ecoendoscópica (EUS) y 7 en piezas quirúrgicas. 14 mujeres y 3 hombres. Edad promedio de 39 años para mujeres y 28 años para hombres, tamaño promedio de 3,2 y 3,4 cm respectivamente; localizados en páncreas distal. 12 casos sólidos y unifocales, 5 sólido-quísticos, 1 quístico y 1 bifocal. Metástasis ganglionar en 1 caso. Diagnóstico citológico positivo en todos los casos e inmunohistoquímica para Beta-catenina positiva y para marcadores neuroendocrinos negativa. Correlación citohistológica con sensibilidad y especificidad de 100%.

**Conclusiones:** La NSSP es más frecuente en mujeres, con peak en la 4ta década, unifocal, distal, con tamaño promedio menor a lo reportado probablemente debido a la mayor sensibilidad de técnicas de imágenes. La mayoría son sólido-quísticas y en casos de quistes indeterminados la citología es de ayuda diagnóstica. El diagnóstico citológico es altamente sensible y específico. 10% de los casos con metástasis ganglionar similar a lo reportado en la literatura.

**Palabras claves:** Neoplasia solidaseudopapilar del páncreas, tumores del páncreas, reporte de casos.

## CORRELACIÓN ENTRE CITOLOGÍA TIROIDEA E HISTOPATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA

Javier Contreras<sup>1</sup>, María de los Ángeles Aldás<sup>2</sup>, Ninotchka Benítez<sup>2</sup>, Javier Tapia<sup>1</sup>, Doramis Rodríguez<sup>3</sup>

1 Residente de 2do año de Anatomía patológica de la Universidad de Chile.

2 Anatomopatólogo Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

3 Residente de 1er año de Anatomía patológica de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La citología por aspiración con aguja fina es la técnica de elección para el estudio inicial de una lesión tiroidea sospechosa. El objetivo de este estudio fue comparar el resultado del estudio citológico con el diagnóstico postquirúrgico.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se analizaron los informes anatomopatológicos de todos los pacientes sometidos a tiroidectomía entre enero de 2015 y diciembre de 2023 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que contaran con estudio citológico por punción con aguja fina en la misma institución, comparando la categoría de Bethesda del estudio citológico con el diagnóstico histopatológico postquirúrgico.

**Resultados:** Se analizaron los informes de biopsias de tiroidectomía de 419 pacientes y 454 estudios citológicos. El riesgo de malignidad para la categoría I de Bethesda fue de 44%, 16% para la categoría II, 55% para la categoría III, 16% para la categoría IV, 96% para la categoría V y 100% para la categoría VI. La sensibilidad fue de 93%, la especificidad de 94%, el valor predictivo positivo de 98% y el valor predictivo negativo de 83%.

**Conclusión:** Nuestro estudio reveló una elevada precisión de la citología por aspiración con aguja fina para las lesiones tiroideas. Teniendo en cuenta que existe cierta variabilidad en los resultados reportados en la literatura, consideramos positivo conocer el rendimiento local de este examen.

**Palabras clave:** Citología por aspiración con aguja fina; Cáncer de tiroides; Clasificación de Bethesda.

## **APORTE DE LA BIOPSIA RENAL Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN 64 PACIENTES DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>2</sup>, Carola Monsálvez Sepúlveda<sup>1</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>2</sup>, Janina Baeza Kottirsch<sup>3</sup>, Sofía Pacheco Novoa<sup>3</sup>, Antonia Zárate Fonseca<sup>3</sup>, Mauricio Chandía Cabas<sup>4</sup>, Cristina Durán Reyes<sup>5</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Estudiante cuarto año medicina. Universidad de Concepción.
4. Hematólogo. Medicina Interna Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
5. Médica Cirujana. Universidad de Concepción.

**Introducción:** En las últimas décadas, ha aumentado la enfermedad renal crónica (ERC), siendo la biopsia renal una herramienta que entrega información relevante. A nivel nacional hay pocos centros y especialistas que deben combinar clínica, microscopía óptica, electrónica (ME) e inmunofluorescencia (IFD) para la interpretación de patrones. Se presenta la caracterización de pacientes con biopsia renal en hospital de alta complejidad.

**Metodología:** Se revisaron informes de biopsias renales 2023 de 64 pacientes. Se analizó: demografía, clínica y hallazgos en microscopía óptica, ME e IFD. Análisis SPSS 2026.

**Resultados:** 35 hombres, edad promedio 42.9 años. ERC (26 pacientes), hipertensión arterial (23), diabetes mellitus (9) y lupus (8). 10 pacientes: trasplante renal. Concordancia entre clínica y biopsia en 20 casos (31%). Diagnósticos biopsia: Nefropatía IgA 14 casos, Nefropatía Lúpica 7, Glomerulopatía-ANCA 6 y Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria 6. Del grupo clínicamente catalogados como inespecíficos pudo establecerse diagnóstico preciso por biopsia en el 100% de los casos. La mejor concordancia estuvo en Nefropatía lúpica con un 88% de concordancia seguido por GMP-ANCA con 50%.

**Discusión:** La biopsia renal es fundamental en el diagnóstico y manejo del paciente con nefropatía crónica, al establecer el diagnóstico definitivo en 2 de cada 3 pacientes; especialmente en los catalogados clínicamente como inespecíficos. Las técnicas complementarias de IFD y ME resultan útiles en forma independiente o en conjunto dependiendo de las patologías.

**Palabras clave:** biopsia renal, glomerulopatías, enfermedad renal crónica

## **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Diego Burgos Burgos<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>, María Paz Barrera Barra<sup>1</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>1</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Jorge Maturana Barra<sup>2</sup>, Rafael Contreras Aguayo<sup>2</sup>, Carola Monsálvez Sepúlveda<sup>2</sup>, Pamela Villalobos Huerta<sup>2</sup>, Santiago Martínez Riquelme<sup>2</sup>, Daniel Cifuentes Soto<sup>3</sup>, Renato Melo Toledo<sup>4</sup>, Catalina Cerro Otarola<sup>4</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Unidad/Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Interno Medicina. Universidad de Concepción.
4. Estudiante de Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** El trasplante cardiaco (TC) es la terapia más efectiva en enfermedad cardiaca terminal. En nuestro hospital: primer TC el 2017. Se analizan todos los corazones explantados a la fecha.

**Metodología:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se analizaron demografía, clínica, histopatología y signos de rechazo (CD68 y C4d) de 46 corazones explantados y biopsias endomiocárdicas (BEM) de control, 2018-2024. Clasificación ISHLT rechazo. Análisis SPSS 2026.

**Resultados:** 38 hombres. Edad: x:50,6 años. Peso promedio: 502 gramos. 44 cardiomegalia (95.7%, severa 54%), 36 cardioesclerosis-fibrosis, 31 HVI, 30 aterosclerosis, 28 miocardiopatía dilatada. 3 fallecieron: 2 rechazo agudo, 1 complicación postoperatoria. Tiempo indicación-realización trasplante: 8 meses. Control: 287 BEM-43 pacientes. Primer BEM: 9 días. Promedio rechazo celular: 30,2%. En primer control 13 OR; 23: 1R y 8: 2R. Se revierte en segundo control; 24: OR, 15: 1R y 8: 2R, sin rechazo al décimo control. Rechazo humoral (AMR): 18 biopsias, 14 pacientes. Promedio: 6.6%, mayor primeros 3 meses y 0% séptimo control. 15 pAMR fueron pAMR1+ y 3 pAMR2.

**Conclusión:** Es el primer reporte de corazones explantados y seguimiento con BEM a nivel nacional. La mayoría hombres con cardiomegalia severa, hipertrofia ventricular, enfermedad coronaria y/o miocardiopatía dilatada. A pesar de que el tiempo de espera es alto, el 93% está vivo y con bajo grado de rechazo al séptimo mes. Es fundamental la información de la BEM para guiar el tratamiento inmunosupresor.

**Palabras claves:** trasplante cardiaco, rechazo, miocardiopatía.

## UTILIDAD DE LA INMUNOFLORESCENCIA DIRECTA AL DIAGNÓSTICO EN DERMATOPATOLOGÍA: EXPERIENCIA EN 338 CASOS EN 8 AÑOS.

Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>, Montserrat Cendoya Ferrada<sup>3</sup>, María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>2</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>2</sup>, Cristina Durán Reyes<sup>3</sup>, Silvia Vidal Vidal<sup>4</sup>, Rodrigo Fuentes Ortiz<sup>5</sup>, Pamela Villalobos Huerta<sup>1</sup>, Pía Villalobos Huerta<sup>6</sup>, Bayardo Cadena Sánchez<sup>7</sup>, Juan Vásquez Núñez<sup>8</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Médico cirujana. Universidad de Concepción.
4. Bioquímica. Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente.
5. Tecnólogo médico. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
6. Administrador público y estadística. Universidad de Concepción.
7. Médico Cirujano. Universidad Mayor.
8. Anatomopatólogo. Anatomía Patológica. Hospital las Higueras. Universidad de Concepción.

**Introducción:** La inmunofluorescencia directa (IFD) para anticuerpos unidos a tejidos, es una técnica complementaria en patologías cutáneas y sistémicas. Se basa en el análisis de inmunocomplejos (IC) depositados en diversas estructuras y con patrones clásicos e inespecíficos.

**Metodología:** estudio observacional descriptivo en muestra retrospectiva 2016-2023 en hospital de alta complejidad. Criterios exclusión: historia clínica incompleta y muestras de mucosas. Se caracteriza: género, edad, diagnóstico clínico, patrones de DIF (clásico, clásico con otros IC en localización clásica, clásico con otros inespecíficos, clásico focal, atípico, inespecífico y negativo). Análisis estadístico SPSS 2026.

**Resultados:** 338 IFD, 63,2% mujeres. Edad promedio: 48,5 años (el menor RN y mayor de 92 años). El 22,2% presentó diagnósticos clínicos múltiples, 21,9% vasculitis, 13,9% lupus, 12,7% penfigoide y 4,7% pénfigo. Distribución de patrones: 33,43% patrón clásico, 15,68% patrón clásico con otros inespecíficos, y 13,02% patrón clásico con otros IC en localización clásica. En el 87,8% fue útil al diagnóstico; 62,4% por confirmación de patrón clásico; 8,7% por apoyar el diagnóstico clínico y 16,7% por descarte. De estos, en 35 de 56 biopsias se confirmó otro diagnóstico.

**Conclusión:** Es una técnica complementaria muy útil en la resolución de casos complejos dermatológicos. Existe amplio espectro de marcaciones fuera del patrón clásico para cada patología, por lo que se requiere de amplio conocimiento, experiencia y correlación clínico-patológica para su interpretación.

**Palabras clave:** inmunofluorescencia directa, autoinmunidad, piel.

## **EXPERIENCIA INICIAL DE PERFILAMIENTO DEL METILOMA EN TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CHILE.**

1. Roberto Arellano Alarcón. Residente de tercer año de Anatomía Patológica, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Roger Gejman Enríquez. Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Pablo Zoroquiain Vélez. Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile

**INTRODUCCIÓN:** El perfilamiento del metiloma (PM) en el ADN es un método diagnóstico basado en el patrón de metilación genética tumoral. Está validado en tumores del sistema nervioso central (SNC), pero rápidamente se está extendiendo a otras áreas. Nuestro objetivo es describir el impacto diagnóstico del uso de PM en tumores del SNC en nuestro país.

**MÉTODOS:** Cohorte retrospectiva. Se comparó el diagnóstico histológico y la graduación con el resultado del PM de los primeros 30 casos analizados de tumores del SNC. Todos los casos fueron revisados por un neuropatólogo experto. El PM se realizó en colaboración con la Universidad de Heidelberg, Alemania.

**RESULTADOS:** Edad promedio 21 años, 15 de sexo femenino. El 62% de los casos el PM mostró un cambio significativo en el diagnóstico: el 50% de ellos tuvo cambio de un diagnóstico genérico por uno específico; el 31% de entidad diagnóstica y el 19% cambio de graduación. El 23% de los casos el PM mostró un mismo diagnóstico, pero con una subclasificación molecular diferente. Sólo el 15% no tuvo diferencias diagnósticas

**CONCLUSIÓN:** El PM es un instrumento diagnóstico fundamental en el manejo actual de los tumores del SNC. Nuestros resultados, que son similares a los publicados, demuestran que no se puede prescindir de esta tecnología, sobre todo en pacientes pediátricos o adultos jóvenes, en quienes existen categorías definidas por este método en la actual clasificación de la OMS.

**Palabras claves:** metiloma, tumores cerebrales, OMS.



# PRESENTACIONES EN POSTER

## **CARCINOMA SECRETOR DE LA MAMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Marcela Gallegos Angulo<sup>1</sup>, Daniel Carvajal Hausdorf<sup>1</sup>, Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Alex Castro Méndez<sup>1</sup>

1. Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** El carcinoma secretor de la mama es una neoplasia poco frecuente (<0,05%), de curso indolente, conformado por células epiteliales con vacuolas

intracitoplasmáticas, secreción eosinofílica extracelular y arquitectura variable, frecuentemente asociado a fusión ETV6-NTRK3. Se localiza cerca del pezón o cuadrante superoexterno. Es un tumor firme, indoloro, móvil de crecimiento lento. Puede presentar descarga por el pezón. La mayoría son pT1 o pT2, 20-35% presentan metástasis axilares y las metástasis a distancia son raras. Esencial para el diagnóstico son las características morfológicas y el patrón triple negativo o débil para ER/RP.

**Caso:** Se recibe en interconsulta biopsias core y quirúrgica de niña de 6 años, con nódulo de 35 mm retroareolar izquierdo, informadas como lesión papilomatosa intraductal y neoplasia secretora, respectivamente. En ambas se observa tumor conformado por células poligonales, con citoplasma eosinofílico, en parte vacuolado, núcleos ovoides, leve a moderado pleomorfismo, escasas mitosis y arquitectura sólida, micropapilar, papilar y microquística, que remeda folículos tiroideos y secreción eosinofílica intracelular y extracelular, PAS+. Perfil inmunohistoquímico triple negativo. Tinciones para S-100, EMA y CEA positivas; tinción focal para CK 5/6 y p63. Ki67 8%. Se diagnostica carcinoma bien diferenciado. Se identifica fusión de ETV6-NTRK3 por secuenciación. Se realiza mastectomía total con disección axilar en otro centro. A dos años del diagnóstico no se observan recurrencias.

**Conclusión:** Se reporta un caso de carcinoma secretor pediátrico, con confirmación molecular. Se discuten los caracteres clínico-patológicos y los criterios diagnósticos.

**Palabras claves:** Carcinoma secretor, cáncer pediátrico, fusión ETV6-NTRK3.

## REPORTE DE UN CASO: HAMARTOMA NASAL CONDROMESENQUIMÁTICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DICER-1.

Slater J., Pires Y.

Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana - Facultad de Medicina – Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El hamartoma nasal condromesenquimático es un tumor de tracto sinonasal y cavidad nasal de muy rara ocurrencia, mayormente se presenta en niños. Está constituido por quistes revestidos por epitelio respiratorio asociado con nódulos de cartílago inmaduro en un estroma mixoide o fusocelular.

**Caso:** Presentamos el caso de un lactante de 1 año y 10 meses, con historia reciente de obstrucción nasal y ronquidos. En estudio de imágenes se pesquiza tumor de fosa nasal derecha de 25 mm. Se realizó resección endoscópica de la lesión. Histológicamente corresponde a un pólipo con estroma en parte mixoide en el que se observa células fusiformes, dilataciones quísticas revestidas por epitelio respiratorio y cartílago hialino con osificación. Las características morfológicas fueron compatibles con un hamartoma nasal condromesenquimático. Dada la asociación con mutación en DICER-1 se sugirió completar estudio con secuenciación para DICER-1, la que demostró una variante patogénica en DICER1 c.5096-12G>A.

Se realizó estudio imagenológico basado en recomendaciones. Se encontraron formaciones quísticas pleuropulmonares de lóbulo superior izquierdo y superior derecho, las que fueron confirmadas histológicamente y compatibles con Blastoma pleuropulmonar tipo I.

**Conclusion:** El hamartoma nasal condromesenquimático es uno de los criterios mayores para indicar el estudio genético de mutación de DICER-1, que determina un riesgo para blastoma pleuropulmonar, quistes pulmonares, tumores tiroideos, ováricos y renales entre otros. El diagnóstico de esta lesión debe hacernos sugerir el estudio genético a fin de pesquisar mutaciones patogénicas que determinen la correcta vigilancia.

**Palabras clave:** Hamartoma nasal condromesenquimático, Síndrome DICER-1, Blastoma pleuropulmonar.

## PASO DE MICROSCOPIA CONVENCIONAL A PATOLOGÍA DIGITAL, RESULTADO DEL PROCESO DE VALIDACIÓN

Gonzalo Carrasco-Avino<sup>1,2</sup>, Alejandra Gallardo<sup>1</sup>, Adriana Castiblanco<sup>1</sup>, Yumay Pires<sup>1</sup>, Marcela Gallegos<sup>1</sup>, Alex Castro<sup>1</sup>, Biserka Spralja<sup>1</sup>, Natalia Gómez<sup>1</sup>, Jeannie Slater<sup>1</sup>, Daniel Carvajal<sup>1</sup>, Alejandra Roman<sup>1</sup>, Juan Pablo Pastene<sup>1</sup>, Marcela Schultz<sup>1</sup>.

1. Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago.

2. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** la patología digital está revolucionando el diagnóstico e investigación médica. Ofrece ventajas como diagnóstico rápido, facilidad para compartir imágenes y posibilidad de aplicar algoritmos de inteligencia artificial. Su implementación exige asegurar que la calidad diagnóstica sea equivalente al estándar actual (microscopía de luz convencional).

**Métodos:** se digitalizaron todas las muestras de la rutina del Servicio de Patología de Clínica Alemana, utilizando scanner Aperio GT450, Leica Biosystems y software HALO AP®, Indica Labs. Doce patólogos evaluaron prospectivamente la concordancia entre diagnóstico digital y convencional en al menos 50 casos cada uno, completando un cuestionario que incluía: grado de discordancia (no, menor o mayor), área de especialidad, tipo de muestra, causa de discordancia, presencia o no de todo el tejido en la imagen digital y grado de confianza en el diagnóstico digital y convencional, utilizando una escala del 1 al 7.

**Resultados:** se evaluó un total de 707 casos; la mayoría (95%) fueron concordantes, con discordancias menores 33 casos (4.66%) y mayores 5 (0.7%). Las causas principales de discordancia mayor fueron imágenes borrosas o falta de detalle en la imagen digital. La confianza en el diagnóstico digital fue baja en los casos con discordancia mayor, con una calificación promedio de 2.2.

**Conclusión:** este estudio demuestra que el diagnóstico digital es comparable al realizado con microscopio de luz, con una concordancia completa o sin cambios en el manejo clínico en el 99.3% de los casos.

**Palabras clave:** Patología digital; validación.

## **EXPRESIÓN DE P53 Y RIESGO DE PROGRESIÓN EN ESÓFAGO DE BARRETT**

Gonzalo Carrasco-Avino<sup>1,2</sup>, Alejandra Gallardo<sup>1</sup>, Adriana Castiblanco<sup>1</sup>, Diego Ruedi<sup>3</sup>, Alex Arenas<sup>3</sup>.

1. Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago.

2. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

3. Departamento de Gastroenterología, Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** el esófago de Barrett (BE) es una condición preneoplásica de adenocarcinoma esofágico (EAC) definida por el ascenso de mucosa gástrica al esófago distal y confirmada histológicamente por la presencia de metaplasia intestinal. Los principales factores de riesgo de progresión son la presencia de displasia y/o la expresión aberrante/anormal de p53, ésta última independiente de la presencia o no de displasia. El estudio inmunohistoquímico de p53 podría detectar pacientes con mayor riesgo de progresión a EAC.

**Métodos:** se realiza estudio inmunohistoquímico a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de Esófago de Barrett desde el 1 de enero del 2023 al 29 de febrero del 2024. Se obtienen datos demográficos.

**Resultados:** un total de 62 pacientes fueron diagnosticados con Esófago de Barrett, de los cuales 41 son hombres y 21 mujeres, con edad promedio de 59,7 años. (26-84). 56 (90,3%) no tenían displasia (NDBE), 4 (6,5%) tenían displasia de bajo grado (LGD) y 2 (3,2%) displasia de alto grado (HGD). Se observó expresión aberrante/anormal de p53 en 5/57 NDBE (8,8%), en 1/4 LGH (25%) y en 1/2 HGD (50%). Todos los pacientes p53+ fueron hombres con edad promedio de 61,4 años (43-84).

**Conclusión:** el estudio inmunohistoquímico de p53 puede detectar casos de NDBE con mayor riesgo de progresión que debieran requerir un control endoscópico más precoz y se debe realizar a todo paciente con confinación histológica de BE.

**Palabras claves:** Barrett; p53; progresión.

## **TUMOR EPITELIAL DE TESTÍCULO DE TIPO OVÁRICO: CASO DE TUMOR SEROSO BORDERLINE PARATESTICULAR.**

Carolina Pino. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Salvador Castro. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Carlos Misad. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Alejandra Villarroel. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los tumores de tipo epitelial ovárico de los testículos representan entidades raras, que histológicamente se parecen a sus homólogos ováricos. Los más comúnmente reportados son los tumores serosos y la mayoría de los casos son de tipo borderline.

**Métodos:** Paciente masculino de 50 años, consulta por nódulo testicular derecho. En ecografía se identifica lesión testicular sólida quística, de 13 mm, por lo que se decide orquiectomía con sospecha de carcinoma. El examen macroscópico demostró un tumor paratesticular bien delimitado, sólido, de 1,2 x 0,9 cm. A la microscopía, lesión quística revestida por epitelio cúbico a cilíndrico, estratificado, con formación de papilas, con atipia leve a moderada y escasas mitosis. No se observó necrosis ni invasión linfocelular. Se realizó estudio inmunohistoquímico, que mostró células tumorales positivas para receptor de estrógenos, CK7, WT1 y PAX8 y negativas para calretinina.

**Resultados:** Los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos son compatibles con un tumor seroso borderline paratesticular.

**Conclusión:** Los tumores serosos borderline de testículo y paratestículo son raros, y los patólogos deben tener en cuenta esta entidad al tratar con tumores testiculares poco comunes. La identificación de componentes invasivos en estos tumores tiene importancia pronóstica, por lo que se debe realizar un muestreo completo. Debido a que el diagnóstico diferencial de estos tumores incluye entidades malignas como el mesotelioma y el carcinoma de la rete testis, el diagnóstico correcto es importante para un manejo óptimo.

**Palabras clave:** testículo, tumor seroso borderline, inmunohistoquímica.

## **NIVELES PLASMÁTICOS DE CALICREÍNA KLK4 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECEPTOR DE ESTRÓGENO-POSITIVO**

Poblete\_MT<sup>1</sup>, Ramos I<sup>2</sup>, Gaynor A, Torres-Farfan C<sup>2</sup>, Pavicic F<sup>2</sup>, Silva M<sup>3</sup>, Rios M, Lillo C<sup>1</sup>, Irigoien A<sup>1</sup>, Figueroa CD<sup>2</sup>, Ehrenfeld P<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Servicio Anatomía Patológica Hospital Base Valdivia

<sup>2</sup> Instituto Anatomía, Histología y Patología, Universidad Austral de Chile

<sup>3</sup> Unidad de Patología Mamaria, Hospital Base Valdivia

**Introducción:** Las calicreínas (KLKs) son una familia de 15 serina-proteasas, que desempeñan roles fisiológicos, que están desregulados en varios tipos de cáncer. En este estudio preliminar, investigamos si los niveles séricos de KLK4, en una población sana y otra con cáncer de mama, presentan diferencias significativas que pudieran ser de utilidad diagnóstica.

**Métodos:** Se obtuvieron muestras séricas de mujeres sanas con control de tomografía vigente y de mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama, antes del tratamiento. Los niveles de KLK4 se determinaron mediante ELISA y los datos clínicos fueron obtenidos de la base de datos del Hospital Base Valdivia.

**Resultados:** En mujeres sanas, los niveles séricos de KLK4 eran de 2 ng/ml, mientras que en aquellas con cáncer de mama alcanzaban incluso 10 ng/ml. Las pacientes con cáncer de mama ductal invasor (receptor de estrógeno-positivo, n=40) presentaron valores promedio de KLK4 superiores (4.63 ng/ml) a la ductal in situ (n=4) o receptor de estrógeno-negativo (n=5) que alcanzaban valores en el rango de 2.57 y 2.45 ng/ml, respectivamente. Al analizar los niveles de KLK4 por tamaño tumoral no se registraron mayores diferencias entre T1 y T2 y tampoco entre ganglios linfáticos sin (4.9 ng/ml) y con metástasis (4.34 ng/ml).

**Conclusión:** Aunque nuestros resultados consideran un grupo pequeño de individuos, sugieren que KLK4 podría convertirse en un biomarcador de alerta temprana del cáncer de mama.

**Financiamiento:** FIC 17-6, FIC 22-22 Región de Los Ríos, FONDECYT 1201635

**Palabras clave:** cáncer de mama, KLK4, biomarcador

## **CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE LA MAMA ASOCIADO A BRCA 1.**

Marcela Gallegos Angulo<sup>1</sup>, Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Alex Castro Méndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana - Facultad de Medicina – Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El carcinoma de células acinares de la mama es una neoplasia rara (menos de 50 casos, uno asociado a BRCA 1), de agresividad intermedia, conformado por células

claras y granulares, con gránulos de zimógeno y patrón microglandular y sólido, que expresan lisozima y alfa1 antiqumotripsina. Presentación clínica similar a otros cánceres de mama. Las alteraciones moleculares reportadas son distintas de las del carcinoma de células acinares de la glándula salival.

**Caso:** Mujer de 37 años con mutación de BRCA-1 detectada a los 27 años. En control con resonancia, se identifica masa irregular espiculada con realce heterogéneo y cinética de meseta, de 27 mm, no visible con otros métodos. El estudio histológico muestra tumor conformado por células epiteliales con núcleos ovoideos centrales, moderado a acentuado pleomorfismo, nucléolo visible, mitosis frecuentes y citoplasma amplio, anfófilico o eosinófilico pálido. Se disponen en patrón microglandular, nidos y cordones. Se reconocen células de tipo Paneth, células claras, secreción eosinófilica intraluminal y gránulos citoplasmáticos PAS-diestasa positivos. Tinciones para GATA 3, S-100, CAM 5.2 y lisozimas positivas; tinción para EMA focal. Perfil inmunohistoquímico triple negativo; Ki67 25%. Se diagnostica carcinoma de células acinares de la mama. La etapificación es negativa. A 2 meses de la cirugía (mastectomía total más linfonodo centinela) inicia quimioterapia.

**Conclusión:** Se reporta un caso de carcinoma de células acinares de la mama. Se discuten los caracteres clínico-patológicos y los criterios diagnósticos.

**Palabras claves:** Carcinoma células acinares, BRCA-1, cáncer mamario.

## **MIOCARDITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON EVOLUCIÓN FULMINANTE.**

Jorge Maturana Barra<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>, Cristina Duran Reyes<sup>3</sup>, Rafael Contreras Aguayo<sup>1</sup>, Claudia Cabezas Osorio<sup>1</sup>, Renato Melo Toledo<sup>4</sup>, Catalina Cerro Otarola<sup>4</sup>, Allison Orellana Riquelme<sup>4</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Médico cirujano. Universidad de Concepción.
4. Alumna 5° año, Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** la miocarditis de células gigantes (MCG) es una miocardiopatía inflamatoria rara, rápidamente progresiva y fatal sin trasplante, que ocurre en adultos jóvenes previamente sanos, siendo la biopsia el gold-standard para diagnóstico. El diagnóstico temprano es fundamental para su manejo con inmunosupresión precoz.

**Método/Caso Clínico:** hombre de 37 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por dolor retroesternal posterior a actividad física. El ECG muestra bloqueo atrioventricular completo con elevación de proBNP y troponinas, ecocardiograma con hipocinesia inferior y coronariografía sin lesiones. Se implantó marcapaso transitorio. Evoluciona con aumento de troponinas y estudio viral negativo. Nuevo ecocardiograma mostró función sistólica globalmente deprimida (40- 45%), por lo que se decide realizar biopsia endomiocárdica.

**Resultados:** biopsia con observa infiltrado inflamatorio de predominio histiocítico y eosinófilo, con células gigantes multinucleadas y algunos linfocitos y plasma células, asociado a necrosis de miocardiocitos. Evoluciona con miocarditis fulminante. Inicia tratamiento inmunosupresor y estudio pre-trasplante. Un mes después con tormenta arrítmica (9 descargas del DAI) requiriendo ECMO para estabilización. Cuatro días después se realiza trasplante cardiaco ortotópico con buena respuesta. La biopsia del corazón de explante evidenció miocarditis de células gigantes en fase inactiva, con áreas de cicatrización.

**Discusión:** la biopsia endomiocárdica prequirúrgica contribuyó a establecer el diagnóstico de MCG y permitió dirigir el tratamiento de rescate del paciente, e indicar trasplante en forma oportuna, además la biopsia endomiocárdica, permite diferenciar la MCG de la miocarditis linfocítica y sarcoidal, que tienen un curso más benigno.

**Palabras clave:** miocarditis de células gigantes, miocarditis fulminante, biopsia endomiocárdica.

## **GLIOMA DIFUSO DE LA LÍNEA MEDIA CON MÚLTIPLES METÁSTASIS ÓSEAS: REPORTE DE UN CASO.**

1. Roberto Arellano Alarcón. Residente de tercer año de Anatomía Patológica, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Roger Gejman . Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile;

**INTRODUCCIÓN:** El glioma difuso de la línea media, es un tumor primario del sistema nervioso central, infiltrativo y de alto grado, principalmente a niños y adultos jóvenes. La alteración de la histona H3 es característica. Se presenta como cuadros de breve evolución,

con la tríada clásica de parálisis de nervios craneales, deterioro del tracto piramidal y ataxia. La presencia de metástasis a distancia en tumores de este tipo es extremadamente rara y generalmente son únicas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 19 años, con un tumor en la medula espinal cervical, asociada a rápido deterioro neurológico. Estudios imagenológicos demuestran múltiples lesiones óseas de aspecto blástico en el esqueleto axial, sin encontrarse otro posible tumor primario. La biopsia y la inmunohistoquímica tanto del tumor medular como de las de las lesiones óseas, fueron concordantes con un glioma difuso de la línea media con alteración de H3 K27, lo que se confirmó con perfilamiento del metiloma.

**DISCUSIÓN:** El glioma difuso de la línea media con H3 K27 alterado, es un tumor maligno y de mal pronóstico. Las metástasis óseas son inusuales y rara vez se han descrito, más aún al momento de la presentación, constituyendo un gran desafío diagnóstico. A pesar de su rareza de este caso es importante tener presente la posibilidad de metástasis múltiples en este tipo de caso.

**Palabras clave:** glioma difuso de la línea media, H3 K27 alterado, metástasis óseas.

## **MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM PESQUISADA EN BIOPSIA INTESTINAL POR SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO**

Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Jeannie Slater Morales<sup>1</sup>, Alex Castro Méndez<sup>1</sup>

1. Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana - Facultad de Medicina – Universidad del Desarrollo

La macroglobulinemia de Waldenström es un linfoma B linfoplasmocítico asociado a paraproteína IgM. Se caracteriza por compromiso medular, linfadenopatía y organomegalia. El compromiso gastrointestinal es infrecuente (<5%), con diarrea malabsortiva en 1-3% de los casos.

Presentamos el caso de una mujer de 86 años sin antecedentes, con 6 meses de diarrea y baja de peso (10 kg). El estudio endoscópico evidencia mucosa ileo-duodenal micronodular, blanquecino-amarillenta. En la biopsia se observan numerosas linfangiectasias con material eosinófilo amorfo PAS (+), rojo Congo(-). Dados los hallazgos morfológicos, se sugiere descartar macroglobulinemia de Waldenström.

El estudio sistémico muestra paraproteinemia de 0.6 gr/dL. La inmunofijación evidencia paraproteína IgM kappa en gama1, con IgM total de 921 mg/dL. La biopsia de médula ósea demuestra agregados nodulares de linfocitos pequeños, CD20(+), CD23(-), CD10(-), Ciclina-D1(-), con algunos plasmocitos CD138(+). Los hallazgos favorecen Linfoma linfoplasmocítico. La citometría de flujo apoya neoplasia linfoproliferativa B y plantea el diagnóstico diferencial entre linfoma marginal y linfoplasmocítico. Se sugiere estudio molecular de mutación de MYD88.

Se reporta este caso por la forma infrecuente de presentación y los hallazgos histopatológicos característicos que permiten plantear macroglobulinemia de Waldenström en el diagnóstico diferencial de un síndrome diarreico crónico.

**Palabras clave:** macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico, malabsorción.

## **HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÉMICA PERSISTENTE NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO Y HALLAZGOS DE AUTOPSIA.**

Claudia Andrea Valdés Valdés. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

José Tomas Peña Prado. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** la hipoglicemia hiperinsulinémica persistente (HHP) es la principal causa de hipoglicemia persistente neonatal, con una incidencia reportada, en su forma monogénica, de 1/50.000 recién nacidos. Para el manejo clínico se requiere diferenciar entre dos tipos morfológicos de afectación pancreática: focal y difusa, pues esta distinción tiene

implicancias terapéuticas. A continuación, presentamos un caso de HHP, cuya tipificación requirió ser establecida en examen postmórtem.

**Antecedentes:** neonato de 36 semanas, grande para la edad gestacional, prematuro por estado fetal no tranquilizador. Evoluciona con hipoglicemia persistente de difícil manejo, sin respuesta a diazoxide, por lo cual es trasladado a nuestro centro. Se agrega cuadro febril con demostración de foco infeccioso en urocultivo para *Klebsiella*, progresando a shock con signos de daño hipóxico isquémico en neuroimágenes. Se decide manejo proporcional, sin completar estudio de HHP al momento del fallecimiento (día 20).

**Hallazgos de autopsia:** Peso y talla superior a percentil 90, sin dismorfias. Páncreas sin lesiones focales; al examen microscópico, muestra aumento relativo y difuso en la proporción de tejido endocrino. En arteria umbilical izquierda, foco de vasculopatía arterial de tipo séptico. Otros hallazgos: hipoplasia tímica, cardiomiopatía hipertrófica, ductus arterioso persistente, hepatomegalia, ductopenia (hígado) y signos sistémicos de shock.

**Conclusión:** los hallazgos descritos son concordantes con la forma difusa de HHP, conocida tradicionalmente como nesidioblastosis difusa. Este caso ilustra la utilidad de la autopsia en casos en los cuales no se consigue completar el estudio clínico previo al desenlace.

## HALLAZGO DE EMBOLIA PULMONAR DE TEJIDO TROFOBLÁSTICO EN AUTOPSIA DE PUÉRPERA.

María Paz Barrera Barra<sup>1</sup>, Carola Monsálvez Sepúlveda<sup>2</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Claudia Constanza Valdebenito<sup>1</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>1</sup>, Miguel Duran Chandía<sup>3</sup>, Graciela Sandoval Martínez<sup>3</sup>, Daniel Cifuentes Soto<sup>4</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Alumno 5° año, Medicina. Universidad de Concepción.
4. Interno 6° año, Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Descrita en 1893, la embolia de tejido trofoblástico es distinta a la de líquido amniótico. Suele asociarse a preeclampsia u otras patologías del embarazo, sin ser sinónimo de desenlace fatal.

**Métodos-Caso clínico:** Mujer de 39 años, cursando cuarto embarazo, con antecedente de aborto previo. Sus controles ecográficos mostraron placenta normoinsera y embarazo sin incidentes. Ingresó en trabajo de parto a las 39 semanas con posterior acretismo placentario. Por sangrado e inercia uterina se realizó histerectomía de urgencia. La paciente falleció horas más tarde, pese a maniobras de reanimación.

**Resultados:** En la autopsia, destacaron signos de hipoxia a nivel de pulmones, piel, mucosas y lecho ungueal con ausencia de útero y anexos. Sangrado en napa en remanente de vasos uterinos. En la histología destaca una micro embolia pulmonar de tejido placentario, con vellosidades terciarias; positivas para p57 y HCG. Además, microtrombosis arteriolar pulmonar, sin evidencia en otros órganos.

**Conclusión/Discusión:** Existen distintas hipótesis sobre el ingreso del trofoblasto a la circulación materna, y se ha descrito su hallazgo en embarazos normales y posparto. Podría originarse durante la placentación, por tolerancia inmune o maniobras en parto/alumbramiento. En el caso reportado, las células del sincitiotrofoblasto fueron positivas para HCG y del citotrofoblasto para p57, concordando con la literatura. Si bien es un hallazgo infrecuente, es importante considerarla en casos de muerte materna; sin otras causas, por lo que se sugiere muestreo y análisis exhaustivos.

**Palabras clave:** embolia pulmonar, tejido trofoblástico, autopsia.

**PRIMER ACTO: LINFOMA NO HODGKIN. SEGUNDO ACTO: SÍNDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO. TERCER ACTO: DOS RARAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON COMPROMISO RENAL (¿CONCOMITANTE O SECUENCIAL?): FINAL INESPERADO.**

J Daniel Carpio P.<sup>1</sup>, Marina Leiva G.<sup>2</sup>, Iris Schulz T.<sup>3</sup>, Carla Lillo M.<sup>4</sup>, Ailyn Irigoien L.<sup>5</sup>, Ignacio Díaz A.<sup>6</sup>

1 Hospital Base Valdivia y Universidad Austral de Chile. Subdepartamento Anatomía Patológica e Instituto Anatomía, Histología y Patología-Unidad Microscopía Electrónica.

2 Hospital Intercultural Nueva Imperial. Departamento Medicina Interna y Nefrología.

3 Hospital Base Valdivia. Departamento Nefrología.

4 Escuela de Graduados Medicina, Universidad Austral de Chile. Programa Especialización Anatomía Patológica.

5: Escuela de Graduados Medicina, Universidad Austral de Chile. Programa Especialización Anatomía Patológica.

6 Tecnólogo Médico Supervisor y Coordinador Laboratorio. INMUNOCEL.

**Introducción:** En Nefropatología se utilizan las tres técnicas rutinarias (microscopía óptica, inmunofluorescencia y electrónica), para evitar subdiagnóstico de enfermedades infrecuentes, como son enfermedades por depósitos organizados y Enfermedad IgG4 asociada.

**Método:** Revisión de fichas clínicas, exámenes imagenológicos y biopsias.

**Resultados:** Hombre de 61 años, con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin (junio 2020) con una sesión de quimioterapia (agosto 2020). En octubre 2020 presentó síndrome nefrótico y falla renal (creatinina 4,0 mg/dL, proteinuria 5,9 gr en 24 h, C3 y C4 bajos), se realizó biopsia renal por sospecha de compromiso paraneoplásico versus toxicidad. El estudio histopatológico concluyó Glomerulonefritis (GN) por depósitos organizados Rojo Congo y DNAJB9 negativos, compatible con GN INMUNOTACTOIDE, asociado a ENFERMEDAD IgG4, con compromiso túbulo-intersticial severo. La revisión retrospectiva de biopsia ganglionar con ampliación de inmunohistoquímica concluyó Linfadenitis IgG4.

El paciente actualmente requiere diálisis semanal, se encuentra en buenas condiciones generales y buena respuesta a tratamiento esteroidal. Su último PET-CT (2021) revela nódulo sugerente de adenoma suprarrenal izquierdo, riñones normales, sin evidencia de adenopatías sospechosas.

**Conclusión:** Para estos diagnósticos se requiere un alto índice de sospecha y estudios adicionales confirmatorios. Existe evidencia en la literatura de la coexistencia de estas dos raras enfermedades, sugiriendo una secuencia lógica con proliferación de plasmocitos productores de IgG4, cuyo producto se organiza de manera anómala en el glomérulo y muy posiblemente en otros órganos.

**Palabras clave:** IgG4; Depósitos organizados; GN inmunotactoide.

## **METÁSTASIS PLEURAL DE SARCOMA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS FOLICULARES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Claudia Valdés. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. - Linyen Chiang. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. - José Valbuena Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. - Sebastián Pizarro. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Pablo de Coquimbo.

**Introducción:** El sarcoma de células dendríticas foliculares (SCDF) es una neoplasia maligna infrecuente, derivada de las células dendríticas que se encuentran normalmente en centros germinales. Presentamos un caso de interconsulta desde un hospital regional a nuestro centro.

**Presentación del caso:** Varón de 33 años con tumor amigdalino resecado en 2020. Se solicitó a nuestro centro evaluación de biopsia, observándose: tumor de células fusadas y epiteloides de citoplasma eosinófilo amplio, bordes celulares indistintos y núcleos con cromatina vesicular, pseudoinclusiones y nucléolo eosinófilo prominente; anisocitosis y anisocariosis, con abundantes células aberrantes y multinucleadas. La inmunohistoquímica evidencia positividad para CD21, CD23 y CD35, siendo negativa para marcadores

epiteliales, de linfocitos, germinales y mesenquimales. Se diagnosticó sarcoma de células dendríticas foliculares. Reconsulta en noviembre 2023 con obstrucción de vía aérea, requiriendo manejo en UCI. TAC de ingreso describe gran conglomerado adenopático cervical, engrosamiento pleural difuso y nódulos pulmonares. Durante hospitalización se toman biopsias de adenopatía cervical y tejido pleural, ambas con hallazgos histológicos similares.

**Discusión:** El SCDF es una neoplasia rara que ocurre principalmente en sitios extraganglionares (58%). El 27% de los casos tiene potencial metastásico, siendo la diseminación pleural, observada en este caso, muy infrecuente (1%). El diagnóstico requiere de criterios histológicos e inmunohistoquímicos (positiva para dos o más marcadores de células dendríticas foliculares). Tiene una aproximación clínica difícil y múltiples diagnósticos diferenciales, especialmente ante una presentación clínica poco habitual.

**Palabras clave:** sarcoma de células dendríticas foliculares, centro germinal, adenopatía.

## **HEMANGIOMA PAPILAR. UN TUMOR POCO FRECUENTE QUE DEBE DISTINGUIRSE DEL HEMANGIOMA GLOMERULOIDE DEL SÍNDROME POEMS.**

Alex Castro Méndez<sup>1</sup>, Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Marcela Gallegos Angulo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana - Facultad de Medicina – Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El hemangioma papilar es un tumor benigno poco frecuente con solo 16 casos descritos. Se presenta como lesión solitaria en cabeza y cuello de adultos varones. Al igual que el hemangioma glomeruloide se caracteriza por proliferación intravascular de vasos capilares con glóbulos eosinófilos hialinos. A diferencia del primero, no se asocia al síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, alteraciones cutáneas). Al estudio histológico el hemangioma papilar es un tumor dérmico profundo o subcutáneo con papilas intravasculares y abundante estroma, a diferencia del hemangioma glomeruloide que afecta la dermis superficial, posee escaso estroma y se asemeja a un glomérulo renal.

**Caso:** Hombre de 40 años, consulta por tumor nodular de crecimiento lento en cuero cabelludo, rojizo, firme, móvil, de 8 mm. La biopsia mostró un tumor dérmico circunscrito con extensión hasta el tejido subcutáneo superficial, compuesto por vasos ectásicos de paredes finas que contenían múltiples estructuras papilares ramificadas con estroma colagenoso, pericitos y células endoteliales con numerosos glóbulos eosinófilos hialinos PAS positivos. Los vasos tumorales eran positivos para CD31 y negativos para D2-40 y HHV-8. Numerosos pericitos positivos para actina y abundante colágeno tipo IV.

**Conclusión:** El hemangioma papilar comparte con el hemangioma glomeruloide la proliferación intravascular y la presencia de glóbulos hialinos, pero corresponde a una lesión solitaria que no se asocia a enfermedad sistémica. Es importante distinguir ambas entidades para evitar estudios innecesarios.

**Palabras clave:** Hemangioma papilar, hemangioma glomeruloide, Síndrome POEMS.

## **AMILOIDOSIS PROSTÁTICA: PATOLOGÍA DE UN CASO POCO COMÚN**

Francisca Villanueva<sup>1</sup>, María Ignacia Cartes<sup>1</sup>, Valentina Muñoz<sup>1</sup>, Jimena Cares<sup>2</sup>, Jorge Bobadilla<sup>2</sup>.

Depto. de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco - Chile. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

1 Residente Especialidad Anatomía Patológica; 2 Anatómo - Patólogo.

**INTRODUCCIÓN:** Las amiloidosis sistémicas son un grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por el depósito extracelular de proteínas amiloides en diferentes órganos y tejidos. Estas proteínas anormalmente plegadas, pueden provenir de diferentes fuentes, siendo las más comunes las cadenas livianas libres de inmunoglobulinas (AL) y la transtiretina (TTR) y se depositan en diversos órganos, fundamentalmente en el corazón, el hígado y el riñón, pero existen pocos casos reportados en próstata.

**MÉTODOS:** Reportamos el caso de un paciente de 69 años en control por insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica etapa III, psoriasis y reciente diagnóstico de mieloma múltiple cadenas livianas lambda en tratamiento, con sospecha de amiloidosis clínica e imagenológica, así como también sospecha de adenoma prostático por lo que se realiza prostatectomía total.

**RESULTADOS:** En la microscopía, se observa material hialino extracelular, de color rosa pálido, por lo que se realiza tinción Rojo Congo que evidencia dicroísmo verde—manzana con luz polarizada, resistente al tratamiento con permanganato de potasio, lo que indica una amiloidosis prostática, además se observa hiperplasia fibromuscular y glandular prostática.

**CONCLUSIÓN:** El conjunto de hallazgos clínicos y patológicos permitió realizar el diagnóstico de amiloidosis de manera no convencional, demostrando a la próstata como un tejido diana poco frecuente para el depósito de amiloide; hallazgo incidental que no debe pasar desapercibido, permitiendo el diagnóstico oportuno de una enfermedad sistémica grave.

**Palabras clave:** Amiloidosis, Próstata, Mieloma Múltiple.

## **MIOCARDITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON CUERPOS ASTEROIDES EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SARCOIDOSIS CARDIACA.**

Esteban Muñoz Niklitschek<sup>1</sup>, Santiago Martínez Riquelme<sup>2</sup>, Carolina Delgado<sup>2</sup>, Paula Galaz Cabezas<sup>3</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>4</sup>.

1.- Residente de Anatomía Patológica. Sección Anatomía Patológica. Departamento de Especialidades. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

2.- Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica Hospital Guillermo Grant Benavente. Departamento de Especialidades. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

3.- Estudiante de Medicina. 3er Año. Universidad Andrés Bello.

4.- Estudiante de Medicina. 2do Año. Universidad San Sebastián.

**Introducción:** Miocarditis de células gigantes (MCG) es rara y rápidamente fatal, en comparación con sarcoidosis cardiaca que evoluciona más lenta, aunque igualmente letal. Lograr diferenciarlas prioriza el trasplante cardiaco. Histopatológicamente la MCG se

caracteriza por presencia de células gigantes, necrosis y fibrosis. En sarcoidosis las lesiones son las características de esta patología.

**Métodos-Caso clínico:** Hombre de 66 años con miocardiopatía hipertrófica que presentó bloqueo auriculoventricular completo y tormenta arrítmica. Se manejó con desfibrilador automático implantable. Continuó con arritmias ventriculares por lo que se trasplantó un mes después. Evoluciona favorablemente, sin rechazo humoral-celular. Actualmente en buenas condiciones.

**Resultados:** Se recibió un corazón de 544 g y 15,5×15,7×7 cm. Tabique interventricular de 1.0 cm con infiltración adiposa. Endocardio blanquecino y áreas hemorrágicas subendocárdicas. Al microscopio se observó una miocarditis fibrosante con células gigantes con cuerpos asteroides y necrosis miocárdica. Técnicas de Gram, Grocott y Ziehl-Neelsen: negativas.

**Conclusión/Discusión:** La MCG suele presentarse en pacientes jóvenes en comparación al caso; sin embargo, un infiltrado inflamatorio con células gigantes multinucleadas asociado a fibrosis y necrosis, en ausencia de granulomas sarcoidales, establece el diagnóstico de MCG. Esto se apoya además en la rápida evolución clínica y también en que se ha descrito en la literatura la presencia de cuerpos asteroides en MCG. Así, una adecuada interpretación de la historia clínica y morfología permiten establecer el diagnóstico de MCG y descartar Sarcoidosis.

**Palabras claves:** Miocarditis de células gigantes, Trasplante cardiaco, Miocardiopatía.

### **CORRELACIÓN CLÍNICO, RADIOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA: MALFORMACIONES MÚLTIPLES ESQUELÉTICAS Y VISCERALES SUGERENTES DE SÍNDROME DE REGRESIÓN CAUDAL (SRC) ASOCIADO A DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) MATERNA NO CONTROLADA: PODEMOS PREVENIRLA.**

**Nombre:** Ailyn Irigoien L.<sup>1</sup>, Christopher González H<sup>2</sup>, Iván Aguilera L.<sup>3</sup>, Andrés Retamal C.<sup>4</sup>, J Daniel Carpio P.<sup>5</sup>

1 Escuela de Graduados de Medicina, Universidad Austral de Chile. Programa Especialización en Anatomía Patológica.

2 Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

3 Hospital Base Valdivia. Subdepartamento Anatomía Patológica.

4 Hospital Base Valdivia. Subdepartamento Imagenología.

5 Hospital Base Valdivia y Universidad Austral de Chile. Subdepartamento Anatomía Patológica, Instituto Anatomía, Histología y Patología.y Unidad de Microscopía Electrónica.

**Introducción:** Analizar hallazgos clínicos, imagenológicos, genéticos y anatomopatológicos en mortinato de 12 días de vida, hijo de mujer con DM2 sin tratamiento y embarazo desconocido hasta las 18 semanas, antecedente de COVID, ingesta de alcohol ocasional, uso de antibióticos y antiinflamatorios durante primer trimestre.

**Método:** Revisión de ficha clínica, exámenes imagenológicos y resultado de necropsia.

**Resultados:** Recién nacido tuvo controles cardiológicos por “situs inversus totalis (SIT)”, dextroversión, cavidades cardíacas dilatadas, ductus arterial persistente (DAP), insuficiencia tricúspide-mitral, arco aórtico amplio, comunicación interventricular e interauricular. Genética informó cariograma 46 XY y FISH negativo para Trisomías 21, 13 y 18. Nefrourología concluyó trastorno de diferenciación sexual, fenotipo masculino y SRC. Imagenología confirmó SIT en ecografía abdominal y ausencia de testes. Radiografía de pelvis-columna lumbar mostró cuerpos vertebrales lumbares de aspecto triangular, ausencia de algunos, luxación de cadera bilateral y displasia acetabular.

Fallece a los 12 días, solicitándose necropsia, que informó múltiples malformaciones estructurales: SIT, hallazgos sugerentes de malformación de la vía aérea (CPAM tipo 3), SRC (Pie bot bilateral, hemivertebra lumbar, anteversión pélvica, micropene, microorquidismo), alteraciones cardíacas (DAP y estenosis arco aórtico).

**Conclusión:** El SRC es una malformación congénita poco frecuente, con compromiso variable musculoesquelético caudal y afectación de otros sistemas. La DM2 tiene una decisiva participación como factor de riesgo, por lo que el control preconcepcional es fundamental para poder prevenir desenlaces fatales.

**Palabras claves:** Síndrome de regresión caudal, diabetes mellitus tipo 2, malformaciones, situs inversus.

## **CÉLULAS ESTROMALES ABERRANTES EN PÓLIPO INFLAMATORIO DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA COMO SIMULADOR DE NEOPLASIA MALIGNA**

David Córdova Viera, Residente de 1er año de anatomía patológica de la Universidad de Chile.

Katiuska Bezares Gallardo, anatomopatóloga Hospital San Juan de Dios.

Catalina Araya, residente de 2do año de anatomía patológica de la Universidad de Chile.

Ninotchka Benítez Moreno, residente de 2do año de anatomía patológica de la Universidad de Chile.

Salvador Castro, residente de 2do año de anatomía patológica en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Biopsias de neoplasia del tracto gastrointestinal nos lleva a un escenario complejo. Patologías como enfermedad por reflujo gastroesofágico o enfermedades inflamatorias conllevan a cierto grado de reactividad y atipia en los componentes celulares a evaluar. Los cuales se convierten en pitfalls de neoplasia maligna al momento del diagnóstico.

**Caso clínico:** Se presenta caso de paciente femenina de 35 años, en controles por ERG. Durante marzo de 2023 se realiza endoscopia destacando lesión polipoide en unión gastroesofágica, tomándose muestras para evaluación histopatológica, con diagnóstico clínico de pólipo inflamatorio. Informe patológico concluye neoplasia epitelial maligna indiferenciada. Se recibe caso para interconsulta, donde se observa mucosa columnar con metaplasia intestinal, erosionada y ulcerada, con inflamación crónica activa acentuada y

presencia en el estroma de células con marcado pleomorfismo y bizarras, sin actividad mitótica. Estudio inmunohistoquímico destaca positividad para vimentina y Ki67 de 1 a 2%.

**Resultados:** La positividad para vimentina en combinación con negatividad del resto de panel inmunohistoquímico, objetiva el origen estromal de las células atípicas, en un contexto inflamatorio acentuado. La ausencia de arquitectura infiltrante, de figuras mitóticas y un bajo Ki67, apoyan que la atipia observada es reactiva.

**Conclusión:** Existen reportes de casos de células estromales atípicas en relación a pólipos inflamatorios ulcerados, con una histogénesis desconocida de probable origen fibroblástico y miofibroblástico, siendo un imitador de una neoplasia maligna indiferenciada.

**Palabras clave:** célula estromal bizarra; pólipo inflamatorio, reactivo.

## LESIÓN FUSOCELULAR DE BAJO GRADO CONJUNTIVAL: DESAFÍO PATOLÓGICO

Yohanna Valdivia Martínez <sup>1</sup>, María Eliana Mánquez Hatta <sup>2</sup>, Pablo Vigorena Salomon <sup>2</sup>, Antonieta Solar González <sup>1</sup>, Pablo Zoroquiain Vélez <sup>1</sup>.

1. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Departamento de Oftalmología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Las lesiones fusocelulares conjuntivales de bajo grado (LFDBG) corresponden a un amplio espectro de neoplasias tanto benignas como malignas, cuya morfología inespecífica hace muy difícil diferenciarlas sin técnicas complementarias. A continuación, se presenta un caso de LFDBG correspondiente a un tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) con énfasis en el diagnóstico diferencial y el uso de técnicas complementarias

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 34 años, con lesión subconjuntival, eritematosa, en ojo derecho, de seis meses de evolución, sin antecedente de trauma. Tomografía de coherencia óptica, muestra una lesión de 0,4 cm, no adherida a la esclera, adyacente al músculo recto. Biopsia revela una neoplasia fusocelular, infiltrativa, de celularidad leve a moderada, en un estroma fibroso hialino con escaso infiltrado

inflamatorio, sin atipia citológica; cuyo diagnóstico diferencial incluyó fascitis nodular, tumor miofibroblástico inflamatorio, tumor fibroso solitario, leiomioma y menos probablemente carcinoma y melanoma de células fusadas. Estudio inmunohistoquímico resultó positivo para actina músculo liso y Ki-67 (1%) y negativo para p40, s100, STAT-6, desmina y beta catenina. Se procede con estudio de secuenciación de nueva generación (NGS), mediante el cual se detecta fusión TMP3-ALK, diagnosticándose un TMI.

**Discusión:** El TMI debe considerarse como diagnóstico diferencial de LFDBG conjuntival, aún en lesiones con bajo componente inflamatorio. Los estudios complementarios son esenciales en LFDBG para lograr un diagnóstico preciso. Según lo revisado solo hay cuatro casos de TMI conjuntival descritos y este sería el primero con estudio molecular.

**Palabras clave:** miofibroblástico, órbita, pseudotumor, fusocelular.

## EXPRESIÓN DE PD-L1 EN NEOPLASIAS CUTÁNEAS NO MELANOCÍTICAS.

Pamela Villalobos Huerta<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>2</sup> (presentador), María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>2</sup>, Cristina Durán Reyes<sup>3</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>4</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, Camila Neira Nuñez<sup>5</sup>, Vanessa Klaassen Henning<sup>1</sup>, Javiera Ramos Pérez<sup>5</sup>, Pía Villalobos Huerta<sup>6</sup>, Felipe Rojas Brito<sup>7</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Médico cirujana. Universidad de Concepción.
4. Alumno 2° año. Universidad San Sebastián.
5. Anatomopatólogo. Anatomía Patológica. Hospital las Higueras. Universidad de Concepción.
6. Administrador público y estadística.
7. Alumno 5° año. Universidad de Concepción.

**Introducción:** El marcador tumoral Programmed cell death 1 (PD-L1), se sobreexpresa en cánceres humanos. La expresión en células tumorales se ha propuesto como biomarcador predictivo de respuesta a tratamiento anti-PD-1/PD-L1. La radioterapia puede inducir la expresión de PD-L1 y responder mejor a la inhibición del punto de control. Se ha postulado asociación entre una alta expresión de PD-L1 y mayor riesgo de progresión metastásica.

Objetivo general: caracterización clínico patológica de pacientes con cáncer de piel no melanoma y expresión de PD-L1.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 59 neoplasias primarias cutáneas no melanocíticas 2014-2022. Se obtuvo información clínico patológica de fichas e informes. Expresión positiva PD-L1: membranosa en más del 1% de células tumorales, macrófagos y linfocitos estromales. Análisis mediante SPSS v23.0.

**Resultados:** 24 carcinomas basocelulares (CBC), 24 carcinomas escamosos (CEC) y 11 carcinomas de células de Merkel (CM). 5/24 (21%) CBC expresión intratumoral y 7/24 (29%) expresión estromal de PD-L1. La expresión de PD-L1 fue mayor en tumores sin invasión linfovascular o perineural ( $p=0.046$ ). En CEC, PD-L1 en células tumorales fue 38% y en TILs 46%. PD-L1 en CM fue de 27% en células tumorales.

**Conclusión:** Un número importante de las neoplasias presentan expresión positiva de PD-L1 en células tumorales, que contienen un microambiente inmunitario con expresión positiva de PD-L1. Se justificaría estudio inmunohistoquímico adicional de este marcador como factor pronóstico y objetivo potencial para terapia.

**Palabras clave:** Dermatopatología, neoplasias cutáneas no melanocíticas, PD-L1.

## CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LA MAMA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Sebastián González Vargas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Eugenia Steffens Venegas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Maritza Abud. Anatomopatóloga. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El carcinoma adenoide quístico (CAQ) de la mama es una entidad infrecuente, caracterizada por presentar células luminales y mioepiteliales, dispuestas en patrones definidos de crecimiento e inmunofenotipo triple negativo. Tiene un pronóstico favorable, a diferencia de la presentación en otros sitios.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 84 años, quien consulta por un nódulo mamario de 12 mm, BIRADS-3. La biopsia percutánea fue reportada como hallazgos morfológicos compatibles con carcinoma adenoide quístico, de tipo clásico de la mama. El examen inmunohistoquímico mostró positividad para p63 y CD117, y negatividad para receptores hormonales y HER-2, con índice de proliferación menor a 5%.

**Discusión:** El CAQ de la mama representa menos del 1% de las neoplasias malignas de la mama, manifestándose como una masa palpable única, bien delimitada e indolora. Histológicamente, es similar a su homólogo de glándulas salivales, de bajo potencial maligno, presentando rara vez diseminación. Se conforma por un componente epitelial y mioepitelial, clasificándose en tres patrones: tubular, cribiforme y sólido. La graduación puede basarse en el porcentaje del componente sólido: grado 1 (sin elementos sólidos), II (menos del 30% de componente sólido) y III (componente sólido mayor a 30%).

**Conclusión:** El CAQ es una entidad rara, de curso indolente y buen pronóstico general. Actualmente, el tratamiento estándar es la mastectomía parcial o total, mientras que la terapia adyuvante es controversial.

**Palabras claves:** carcinoma adenoide quístico, carcinoma de mama, mama, triple negativo.

## **CARCINOMA RENAL MUCINOSO TUBULAR Y DE CÉLULAS FUSIFORMES, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA**

Dra. Francisca Andrea Villanueva Muñoz. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. María Ignacia Cartes Valderrama. Residente de 2do año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Valentina Andrea Muñoz Chamorro. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Jimena Cares Rojas, Anatomopatóloga Unidad Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Dr. Jorge Bobadilla Clouet, Anatomopatólogo Unidad Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

**INTRODUCCIÓN:** Este subtipo relativamente raro de carcinoma de células renales, representando menos del 1% de los casos reportados. Histopatológicamente están compuestos por células tubulares y fusiformes con estroma mucinoso, con expresión inmunohistoquímica positiva para PAX8, Citoqueratina 7, AMACR y raramente CD10. Generalmente son tumores de bajo grado y de buen pronóstico.

**MÉTODOS:** Reportamos el caso de un paciente de 69 años que en contexto de estudio por dolor abdominal se realiza ecografía abdominal donde se evidencian lesiones quísticas sospechosas, por

lo que se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que muestra un quiste renal izquierdo Bosniak IV de 4 x 5 x 5.6 cm; por lo que se realiza nefrectomía radical.

**RESULTADOS:** Posterior estudio histopatológico de la pieza quirúrgica se observa túbulos anastomosados, revestidos por células de citoplasma claro y bajo grado nuclear, que se unen con células fusiformes en un estroma mixoide. Se realiza inmunohistoquímica con AMACR, PAX-8 y citoqueratina 7 que resulta positivo y CD10 negativo, patrón clásico del carcinoma renal mucinoso tubular y de células fusiformes.

**CONCLUSIÓN:** Es de suma importancia dar a conocer estos estudios por la rareza de esta enfermedad; la serie de casos más grande que se reporta en bibliografía no tiene más de 19 pacientes, por lo que dar a conocer casos nos ayuda a comprender mejor esta enfermedad y mejorar el diagnóstico y tratamiento para los pacientes.

**Palabras clave:** Células fusiformes, Carcinoma de células renales, Riñón.

### **NEOPLASIA HEPÁTICA DE VASOS PEQUEÑOS: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

Diego Burgos Burgos<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>, Jaima Madariaga Boero<sup>2</sup>, Vanessa Klaassen Henning<sup>2</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Consuelo Mucientes<sup>3</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>4</sup>, Catalina Pérez Pavez<sup>5</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Sección/Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Estudiante de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción.
4. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián.
5. Estudiante de Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Los tumores hepáticos vasculares comprenden la mayoría de las neoplasias hepáticas. La neoplasia hepática de pequeños vasos (HSVN) es una nueva entidad, definida como una neoplasia vascular de bordes infiltrativos, expresión positiva para CD34, bajo índice de Ki-67 y expresión nula o leve de c-myc y p53. Existen 23 casos reportados en la literatura, mediana de 58 años, predominio en hombres, mayoritariamente únicos, y tamaño medio de 2,8 cm.

**Casos Clínicos:** Mujer de 52 años estudiada por dolor abdominal con tomografía computarizada abdominal-pelviana, que evidencia masa de 15 x 9 cm en lóbulo hepático derecho, hipodensa en fase sin contraste e hiperrealce heterogéneo en fase arterial. Histopatología: proliferación de vasos pequeños focalmente infiltrativos y paredes finas en torno a áreas portales y parénquima hepático. FLI-1, CD34, CD31 positivos intensos. Ki-67

y p53: ambos 1%, concluyendo HSVN. La paciente fue sometida a embolización, con evolución sin recidiva. Segundo caso: hombre de 65 años con pesquisa incidental de 3 lesiones focales hepáticas de hasta 5 cm. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico identificó una HSVN. Se decidió seguimiento imagenológico.

**Discusión:** La HSVN es una neoplasia compuesta por vasos pequeños anastomóticos recientemente descrita. Se cree sigue un curso benigno, pero se desconoce su potencial maligno a largo plazo. El reporte de los casos presentados complementará el perfil fisiopatológico y clínico de esta entidad para guiar su vigilancia y seguimiento clínico.

**Palabras clave:** Hígado, neoplasia hepática de vasos pequeños, reporte de caso.

#### **PITUICITOMA, REPORTE DE CASO.**

1. Jennifer M Causland García becada de anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile – centro formador Hospital Barros Luco Trudeau
2. Jeannette G. Villegas Arellano becada de anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile – centro formador Hospital Doctor Franco Ravera Zunino.
3. Mylene M. Cabrera Morales Anatomopatóloga staff del Hospital Doctor Franco Ravera Zunino. Magister en biología molecular. Docente de postgrado, anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El pituitoma es una neoplasia de bajo grado, pertenece al grado 1 de la clasificación de Tumores de la OMS 2021. Surge de los pituitos en la hipófisis posterior o el infundíbulo. Con una media de 50 años. Se notificaron un total de 270 casos entre 1994 y diciembre de 2021.

**Caso clínico:** Femenina de 63 años con antecedente de glaucoma. Presenta cefalea y hemianopsia bitemporal. La Resonancia magnética nuclear sugiere macroadenoma de hipófisis. Es operada en junio del 2022. Hallazgos histológicos, neoplasia de células fusadas en sábanas con áreas estoriformes, núcleos elongados, ovalados y nucléolos conspicuos en estroma fibroconectivo. TTF1, S100 y GFAP positivos. Abril del 2023, presenta recidiva.

**Discusión:** Los pituitomas son neoplasias no infiltrativas, suelen presentarse en edad adulta y surgen en la neurohipófisis, espacio supraselar, silla turca, u ocupando ambos. En neuroimagen, son hallazgos inespecíficos que se realzan uniformemente al contraste. La histología del pituitoma es distintiva, son células fusiformes bipolares alargadas, a

menudo dispuestas en láminas sólidas y fascículos cortos, que pueden tener un patrón estoriforme con regiones de cambios ependimarios y oncocíticos. La actividad mitótica es baja con índice proliferativo bajo. Inmunohistoquímica positiva para TTF1, Vimentina, S100, variable GFAP, EMA y negativa sinaptofisina. Comparable a nuestro caso.

**Conclusiones:** El pituicitoma es una neoplasia de bajo grado, con manifestaciones clínicas e imagenológicas inespecíficas. Las características histológicas e inmunohistoquímicas ayudan a esclarecer el diagnóstico definitivo. El manejo es quirúrgico y suele ser curativo.

**Palabras claves:** Pituicitoma, neurohipófisis y estoriforme.

## COMPARACIÓN DE LA DETECCIÓN IDH1 E IDH2 MEDIANTE PCR EN TIEMPO REAL Y SECUENCIACIÓN SANGER EN MUESTRAS DE GLIOMAS.

Katherine Oporto P.<sup>1</sup>, Cristian Reyes V.<sup>1</sup>, Eliu Elgorriaga I.<sup>1,2</sup>, Rodolfo Rojas T.<sup>1</sup>, Aracelly Quiroz L.<sup>2</sup>, María Paz Barrera B.<sup>2</sup>, Esteban Muñoz N.<sup>2</sup>, María Loreto Spencer L.<sup>1</sup>, Susana Pineda C.<sup>1,2</sup>.

1.- Laboratorio de Patología Molecular, Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

2.- Sección de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Los Gliomas representan 30% de tumores primarios en sistema nervioso. En Chile la tasa general de incidencia ajustada por edad es 1,8-2 por 100.000 habitantes y mortalidad de 485 casos anuales en 2016. La OMS estableció algoritmo de clasificación basado en características histológicas y genéticas. En 2016 se incorporan marcadores moleculares para diagnóstico preciso, Uno de estos corresponde a Isocitrato Deshidrogenasa (IDH). En Gliomas se ha determinado como mutaciones más comunes: IDH1 R132H y R132C, e IDH2 R172K. El objetivo de este trabajo es realizar detección mediante PCR en tiempo real y Secuenciación Sanger, comparado con los resultados de Inmunohistoquímica.

**Métodos.** Se utilizan 15 biopsias fijadas e incluidas en parafina, de pacientes con Gliomas. Se extrae ADN mediante *Kit Qiagen*. Para el análisis de la expresión de IDH se usa PCR en tiempo real *Kit Therascrenn de Qiagen*. Para la secuenciación Sanger se utiliza kit BigDay Terminator v1.1 en equipo *SeqStudio*. Los datos se analizan con *Softwares SeqAnalysis y Variant Reporter*

**Resultados.** Existe un 80% de concordancia entre la IHQ y el qPCR. El 20% de discrepancia corresponde a muestras con IHQ no concluyentes. Para la secuenciación Sanger se observa el mismo patrón.

**Conclusiones.** Este trabajo permite corroborar la importancia de contar con varias herramientas moleculares para la determinación de IDH, que apoyan la IHQ en la clasificación de Gliomas.

**Palabras claves.** Gliomas, IDH-1 y 2, Secuenciación Sanger.

## SERIE DE CASOS DE MIELOLIPOMA SUPRARRENAL Y EXTRAADRENAL.

Javier Tapia<sup>1</sup>, José Herranz<sup>2</sup>, Constanza Peñaloza<sup>3</sup>, Francisco Alcaraz<sup>3</sup>, Javier Contreras<sup>1</sup>

1 Residente de 2do año de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile.

2 Anatomopatólogo Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

3 Residente de 1er año de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile.

**Introducción:** El mielolipoma corresponde a un tumor benigno formado por tejido adiposo maduro y células hematopoyéticas. La mayoría se localiza en la glándula suprarrenal, aunque hay situaciones excepcionales en las que se presenta fuera de esta. Habitualmente son asintomáticos y su detección generalmente es incidental. Representan del 3.3 al 6.5% de los tumores suprarrenales primarios con un *peak* de incidencia entre los 50 y los 60 años.

**Métodos:** Se analizaron los informes anatomopatológicos e historial médico de todos los casos diagnosticados como mielolipoma en un hospital universitario, período 2020-2024.

**Resultados:** Se analizaron las biopsias y fichas clínicas de 11 casos con el diagnóstico de mielolipoma, observándose una edad promedio de 59 años (rango 32 a 78), con cinco pacientes de sexo femenino, un tamaño promedio de 10.5 cm (rango 4 a 18), la totalidad eran unilaterales y siete de lateralidad derecha. No se observaron elementos sugerentes de malignidad.

Conclusión: Nuestra serie revela un perfil clínico y anatomopatológico acorde con lo consignado en la literatura, destacando un caso de ubicación extraadrenal (infrarrenal) cuyo estudio imagenológico preoperatorio sugería un liposarcoma. Es fundamental un muestreo exhaustivo de la pieza quirúrgica debido a su ubicación poco habitual y considerar los diagnósticos diferenciales de lipoma adrenal, angiomiolipoma, liposarcoma y sarcoma meloide.

**Palabras clave:** Mielolipoma suprarrenal, mielolipomaextraadrenal, tumor retroperitoneal.

## HAMARTOMA NEUROCRÍSTICO CUTÁNEO CON MÚLTIPLE AFECTACIÓN DEL CUERO CABELLUDO.

Dra. Mitzie Fernández Torres (*Residente Anatomía Patológica III año, Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile*).

Dra. Karen Cobeña Macías (*Residente Anatomía Patológica III año, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios*).

Dra. Ninotchka Benítez Moreno (*Residente Anatomía Patológica II año, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios*).

Dra. Laura Carreño Toro (*Anatomopatólogo Hospital Clínico Universidad de Chile*)

Dra. Claudia Morales Huber (*Anatomopatólogo Hospital Clínico Universidad de Chile*)

Colaboradores: Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile: Dr. Douglas del Castillo, Dr. Angelo González, Dr. Felipe Alcayaga

**Introducción:** El Hamartoma Neurocrístico cutáneo (HNC) es una entidad infrecuente, que resulta del desarrollo aberrante de células derivadas desde la cresta neural, con diferenciación melanocítica, fibrogenica y neurosustentacular.

**Método:** Se presenta caso de paciente masculino de 39 años, con aumento de volumen en vertex y región occipital desde los 18 años, antecedentes de foliculitis decalvante. Al examen físico destacó 5 tumores blandos en misma zona, con disminución de la densidad folicular, en región parietal derecha presentó 2 nódulos de hasta 4 cm de diámetro.

**Resultados:** Se realizó biopsia incisional, en la que destaca en dermis y tejido subcutáneo proliferación fusocelular y epiteloide que se dispone en sábanas, densidad celular leve a moderada, núcleos de cromatina fina, sin actividad mitótica, entre la lesión con algunos tallos pilosos disgregados sin revestimiento epitelial, sugerente de lesión probable origen

neural, melanocítico o fibroblástico, por lo que se complementó estudio con inmunohistoquímica, siendo concordante con Hamartoma neurocrístico.

**Conclusión:** El HNC es una enfermedad infrecuente, con una presentación clínica variable, siendo necesario su incorporación como diagnóstico diferencial en tumores de predominio en cuero cabelludo, alopecia y áreas pigmentadas. Es imprescindible un análisis clínico y anatomopatológico para sospecharlo y confirmarlo con IHQ. Su evolución es impredecible, existiendo el riesgo de transformación maligna, y su naturaleza genética y tratamiento aún es incierto, siendo necesario la resección con control de márgenes o resección amplia para evitar recidivas.

**Palabras clave:** Hamartoma Neurocrístico, cresta neural, afectación cuero cabelludo.

## **CARCINOMA PANCREÁTICO OPERADO Y SU GRAN SIMULADOR, ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: IMPORTANCIA DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA Y EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.**

Ailyn Irigoin L., Tomás Gacitua R, Carla Lillo M, J Daniel Carpio P.

- 1 Escuela de Graduados de Medicina, Universidad Austral de Chile. Programa Especialización en Anatomía Patológica.
2. Hospital Base Valdivia. Subdepartamento Anatomía Patológica.
3. Escuela de Graduados, Universidad Austral de Chile. Programa Especialización en Anatomía Patológica.
- 4 Hospital Base Valdivia y Universidad Austral de Chile. Subdepartamento Anatomía Patológica; Instituto de Anatomía, Histología y Patología y Unidad de Microscopía Electrónica.

**Introducción:** La enfermedad IgG4 relacionada es una patología sistémica fibroinflamatoria crónica con diversas manifestaciones orgánicas e histopatología común, que es clave para el diagnóstico. Los órganos principalmente afectados son páncreas y vías biliares extra hepáticas, como muchos otros. Afecta frecuentemente a hombres mayores de 60 años.

**Método:** Revisión de ficha clínica, exámenes imagenológicos y estudio anatomo-patológico.

**Resultados:** Varón de 65 años colecistectomizado, con cuadro de un mes caracterizado por baja de peso (10 kg), dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia, vómitos, fiebre, deposiciones diarreicas, coluria y prurito. Se realizó estudio imagenológico con resonancia magnética de abdomen que informó “Estenosis filiforme del colédoco de 15 mm. Obs. Colangiocarcinoma extrahepático infiltrativo de colédoco medio”. Se realizó pancreatoduodenectomía con preservación pilórica. El estudio anatomo-patológico

informó "Parénquima pancreático con extenso infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y plasmocitos, abundantes tractos fibrosos estoriformes y flebitis obliterativa. Estudio inmunohistoquímico con CD138 e IgG (policlonal) mostró tinción en células plasmocitoides, IgG4 con tinción positiva en 460 células por campo de mayor aumento y IgG4/IgG >40%.

**Conclusión:** Pancreatitis autoinmune tipo 1, asociada a enfermedad por IgG4, es una imitación clínica-radiológica del adenocarcinoma de páncreas, con pronóstico y tratamiento totalmente diferente. Los hallazgos histológicos claves son infiltración linfoplasmocitaria IgG4 asociada a fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. El tratamiento se realiza con esteroides y el diagnóstico se debe realizar correlacionando historia clínica, estudio imagenológico e idealmente con biopsia para mayor certeza.

**Palabras claves:** IgG4, Páncreas, Carcinoma, Autoinmune.

## **CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE TIROIDEO: UN INUSUAL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.**

Slater J., Spralja B

Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo.

Las neoplasias tiroideas con características de neoplasias de tipo glándula salival, representan uno de los más inusuales tumores primarios tiroideos.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 46 años, sometido a tiroidectomía total por enfermedad nodular tiroidea. La glándula tiroidea pesó 37 grs. Al corte, con múltiples nódulos rosado parduscos de entre 6 y 30 mm. Dos lesiones tenían un contorno irregular, de aspecto fibroso de 4 y 6 mm. La de mayor tamaño, ubicada en el istmo estaba constituida por cordones y estructuras glandulares irregulares revestidas por células epiteliales escamoides con leve atipia nuclear, positivas para P63, entremezcladas con células mucosas positivas para Azul Alcian. Se observó tinción positiva débil para TTF-1.

El carcinoma mucoepidermóide primario de glándula tiroidea es una neoplasia de rara ocurrencia, con menos de 50 casos reportados en la literatura. Su patogenia es controversial, plantéandose diversos orígenes. La mayoría de los casos reportados tienen un muy buen pronóstico, la mortalidad en algunos de ellos está relacionada con la transformación a un carcinoma anaplásico.

**Palabras clave:** carcinoma mucoepidermoide, neoplasias tiroideas, neoplasias de glándula salival.

## **TUMOR PULMONAR MIXTO: ADENOCARCINOMA Y CARCINOIDE TÍPICO EN EL CONTEXTO DE HIPERPLASIA NEUROENDOCRINA DIFUSA IDIOPÁTICA PULMONAR PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO CON INUSUAL COMBINACIÓN DE SUBTIPOS HISTOLÓGICOS Y MANIFESTACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA INFRECLENTE**

Yumay Pires N<sup>1</sup>, Jaime Verdugo B<sup>2</sup>, Miguel Antúnez R<sup>3</sup>, Pablo Pérez C<sup>4</sup>.

1 Servicio de Anatomía Patológica, 2 Departamento de Imágenes, 3 Departamento de Enfermedades Respiratorias del Adulto, 4 Departamento de Cirugía de Tórax del Adulto. Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La combinación/colisión de carcinoides pulmonares, en su mayoría atípicos, con tumores no neuroendocrinos, han sido raramente reportadas, así como la asociación de adenocarcinomas con la hiperplasia neuroendocrina difusa idiopática pulmonar (DIPNECH). Esta es una lesión infrecuente potencialmente precursora de tumores carcinoides, sin embargo, su relación con neoplasias no neuroendocrinas es menos comprendida.

**Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de asma grave y tabaquismo, con múltiples nódulos pulmonares sólidos bilaterales. El PET mostró mínima captación y un nódulo con signos sugerentes de malignidad. Se realiza lobectomía pulmonar por videotoracoscopia con diagnóstico de tumor compuesto por adenocarcinoma y carcinoide típico y múltiples "tumorlets" y un carcinoide típico, también presentes en resecciones segmentarias por videotoracoscopia contralateral, favoreciendo DIPNECH primario. En linfadenectomía hiliar, paratraqueal y subcarinal bilateral se

encontró una micrometástasis del tumor carcinoide sin signos de diseminación del adenocarcinoma.

**Conclusión:** El caso ilustra una rara combinación de adenocarcinoma y carcinoide típico en una paciente con DIPNECH, ampliando el espectro de asociaciones entre diferentes tipos histológicos de neoplasias pulmonares. Las características morfológicas e inmunohistoquímicas del tumor, en correlación con la multifocalidad radiológica ofrecen valiosa información para el diagnóstico y manejo de casos similares. Este caso subraya además la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes con patrones radiológicos atípicos, especialmente en el contexto de enfermedades pulmonares preexistentes.

## **EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MÓDULO REGISTRO NACIONAL DEL CÁNCER INTEGRADO A SOFTWARE DE INFORME DE BIOPSIAS: RESULTADOS 2023.**

Juan Carlos Acuña Hinojosa, Unidad de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario San José, Independencia, Santiago de Chile. Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

Fanny Petermann Rocha, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

Carla Taramasco Toro, Facultad de Ingeniería, Universidad Andrés Bello.

Fredy Sánchez Sierra, Subdepartamento Informática, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

**Introducción:** A fines de 2019, el Ministerio de Salud presentó una plataforma de Registro Nacional del Cáncer (RNC), basada en la recopilación de información extraída de biopsias empleando doble digitación de datos y uso de claves personales. Uno de los hospitales base de Santiago presentó como alternativa crear un módulo RNC integrado a su software de biopsias, desarrollando el proyecto durante 2021 junto a Informática del respectivo Servicio de Salud y la Escuela de Ingeniería Informática de la Universidad encargada de la plataforma ministerial original, iniciando el reporte de casos en enero de 2022, e introduciendo diversas correcciones durante ese año.

**Método:** Análisis con software estadístico Stata 18 de los resultados anonimizados del año 2023 del módulo RNC asociado al software de informe de biopsias del hospital.

**Resultados:** Se reportaron 2248 casos. La mayor prevalencia corresponde a las lesiones genitales de ambos sexos. Las NIE II-III corresponden a un 33% de todos los casos y 50% de la patología femenina. Las neoplasias mamarias en mujeres menores de 60 años presentan una prevalencia similar a las mayores de esa edad.

**Conclusión:** Los criterios de inclusión y exclusión del RNC deben ser sencillos, para facilitar el reporte. Integrar un módulo RNC al software de informe de biopsias es una alternativa válida y eficaz de registro. Los patólogos deben participar en la elaboración de un RNC efectivo.

**Palabras Clave:** Registro. Cáncer. Software. Biopsias.

## **CARACTERIZACIÓN CLINICO-PATOLOGICA DE LIPOSARCOMAS BIEN DIFERENCIADOS (LBD) Y DESDIFERENCIADOS (LDD) EN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Esteban Muñoz Niklitschek<sup>1</sup>, Rafael Contreras Aguayo<sup>2</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Pablo Mucientes Burotto<sup>2</sup>, Geraldine Ayres<sup>2</sup>, Vanessa Klaassen Henning<sup>2</sup>, Claudia Cabezas Osorio<sup>2</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>1</sup>, Maria Paz Barrera Barra<sup>1</sup>, Graciela Sandoval Martínez<sup>3</sup>, Felipe Rojas Brito<sup>3</sup>, Rocío Gutierrez Valderrama<sup>4</sup>

1 Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.

2 Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.

3 Estudiante de medicina. 5to año. Universidad de Concepción.

4 Estudiante de tecnología médica. 5to año. Universidad de Concepción.

**Introducción:** LBD, tumor de bajo grado, recurrencia local alta y raras metástasis. Afecta adultos edad media, en extremidades, retroperitoneo y mediastino. Histológicamente, atipia nuclear focal en células adipocíticas y/o estromales con bajo conteo de mitosis. LDD muestra progresión desde un LBD a un sarcoma de alto grado. Afecta retroperitoneo y personas mayores; con mayor mortalidad, resección incompleta y metástasis. Ambos presentan amplificación de MDM2/cen12(12q15). LDD deben presentar al menos 5 mit/10CM.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo 2018-2023 y de cualquier sitio. Se estudiaron: sexo, edad, tamaño, localización, recurrencia local, metástasis, mitosis, FISH MDM2/cen12(12q15), sobrevida. Análisis mediante Excel Microsoft Office.

**Resultados:** 29 casos, 15 hombres. Edad promedio 58 años (rango:11-89). 24 LBD: tamaño tumoral 21.7 cm, extremidades y retroperitoneo. Mitosis: 1-3 mit/10CM. MDM2/cen12(12q15) en 7 de 10 casos. Dos fallecieron por recurrencia local en retroperitoneo. 5 LDD: tamaño 17.9 cm, 60% retroperitoneo. Mitosis: >5mit/10CM. MDM2/cen12(12q15) en 3 casos. Dos fallecidos con enfermedad diseminada.

**Conclusión:** La mayoría fueron LBD; un tercio presentó recurrencia local, sin metástasis y muy baja mortalidad y sobrevida de más de 10 años. En cambio, LDD tuvieron alta mortalidad asociada a diseminación antes de 6 meses. Ambos tipos comparten amplificación de MDM2/cen12(12q15). Un adecuado conteo de mitosis debe realizarse en áreas no lipogénicas, con corte de separación 5 mit/10 CM.

**Palabras claves:** Liposarcoma, liposarcoma desdiferenciado, mitosis.

## SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN EN BIOPSIAS DE MÉDULA ÓSEA: EXPERIENCIA LOCAL

Eduardo Vicuña V<sup>1</sup>; Pablo Zoroquiain V<sup>2</sup>; Roger Gejman E<sup>3</sup>; José Valbuena M<sup>4</sup>; Patricio Rojas R<sup>5</sup>

- 1) Residente de segundo año, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 2) Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 3) Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 4) Anatomopatólogo, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 5) Hematólogo, Departamento de Hematología-Oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La secuenciación de nueva generación (NGS) hace posible secuenciar múltiples genes simultáneamente. La caracterización molecular de neoplasias primarias de médula ósea permite mejorar la precisión diagnóstica y la selección de tratamientos personalizados. Nuestro objetivo es describir los hallazgos de NGS en biopsias de médula ósea fijadas en formalina e incluidas en parafina.

**Método:** Cohorte retrospectiva. Se incluyeron las biopsias con sospecha de neoplasia primaria realizadas entre diciembre de 2022 y enero de 2024, en que se realizó estudio histopatológico y secuenciación de DNA mediante NGS-AVENIO Solid Tumor CGP.

**Resultados:** Se evaluaron biopsias de quince pacientes (siete hombres y ocho mujeres), edad promedio 56,5 años (rango 24-74 años). Los diagnósticos realizados fueron: leucemia mieloide aguda (N=8), las cuales demostraron variantes de significancia clínica (VSC) en 7 casos, siendo la más frecuente de ellas la mutación de *IDH1* (presente en tres casos); síndromes mielodisplásicos (N=3), con detección de VSC en todos ellos; mielofibrosis primaria (N=2), en una de las cuales se identificó una VSC, correspondiente a la mutación p.V617F de *JAK2*; leucemia linfoblástica aguda (N=1), con detección de cuatro VSC, incluida la fusión *ABL1-BCR*; y leucemia mielomonocítica crónica (N=1), con tres VSC detectadas.

**Conclusión:** Es factible realizar NGS en biopsias de médula ósea, con buen rendimiento. La mayoría de las neoplasias en nuestro centro presentan variantes de interés clínico similares a las descritas en la literatura.

**Palabras clave:** NGS, neoplasia mieloide, médula ósea.

### **APORTE DE LA SECUENCIACIÓN GENÉTICA A LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE GIST GÁSTRICO CON LA RARA VARIANTE DE CÉLULAS GIGANTES.**

Rafael Contreras Aguayo<sup>1</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>, Rodrigo Klaassen Pinto<sup>3</sup>, Francisco Mucientes Herrera<sup>3</sup>, Catalina Pérez Pávez<sup>4</sup>, Rodrigo Fuentes Ortíz<sup>5</sup>, Paula Galaz Cabezas<sup>6</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Anatomopatólogo. Centro diagnóstico anatomopatológico. Concepción.
4. Alumna 5° año. Medicina. Universidad de Concepción.
5. Tecnólogo médico. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
6. Alumna 3° año. Medicina. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo. Fusiformes, epitelioides o mixtos, con marcación de CD117, DOG1, mutaciones KIT (81.5%, sobrevida 5 años: 68%) o PDGFRA (9.9%, sobrevida 5 años: 100%). Raras variantes: con pleomorfismo, desdiferenciación o con células gigantes. Esta última formada por células gigantes acompañada por células plasmocitoides, rabdoideas y asociada a deficiencia de SDH. Mutaciones Gen PDGFRA se presenta: hombres (73%), gástricos (100%), histología epitelioides o mixta, leve o moderada celularidad (93%), pleomorfismo nuclear (93%), células gigantes (100%) y sin recurrencia ni metástasis.

**Método/Caso clínico:** Mujer de 45 años consulta por dolor abdominal con tumor submucoso resecaado.

**Resultados:** Pared gástrica con neoplasia multinodular blanquecina de 3,8 x 1,5 cm, formada predominantemente por células multinucleadas con 3 a 7 núcleos, citoplasma eosinófilo, pleomorfismo y hasta 5 mitosis (60% atípicas) por 10 campos mayores. Positivas: DOG1, CD117, S100 y Vimentina. Negativas: miogenina, actina, desmina, CD34, queratina, HMB45 y CD23. Secuenciamiento genético: mutaciones en exón 12 y 18 de Gen PDGFRA.

**Conclusión:** Se reporta un nuevo caso de la rara variante de GIST con células gigantes, asociado a mutaciones en Gen PDGFRA que contribuye a la confirmación diagnóstica y le confiere mejor pronóstico. Es importante mantener un alto índice de sospecha para reconocer esta rara entidad que resulta un desafío diagnóstico.

**Palabras claves:** GIST, PDGFRA y Células gigantes.

### **ADENOCARCINOMA PRIMARIO SINONASAL DE TIPO INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO.**

1 David A. Córdova Viera, residente de 2do año de anatomía patológica de la Universidad de Chile.

2 Antonieta Solar González, Anatomopatóloga, Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

3 Sebastián Antonio González Vargas, residente de 2do año de anatomía patológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

4 Eugenia Alejandra Steffens Venegas, residente de 2do año de anatomía patológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El adenocarcinoma sinonasal de tipo intestinal es una neoplasia maligna infrecuente, con una incidencia de 4,4 casos por 100.000 personas al año de Estados Unidos. Esta descrita una fuerte asociación a factores medioambientales, en particular a polvos de madera.

Caso clínico: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de exposición prolongada al aserrín, consultó por cuadro de cefalea frontal y rinorrea. Clínicamente se sospechó sinusitis, con indicación de tomografía axial computarizada, evidenciando un tumor sólido nasosinusal que atravesaba lámina cribiforme e invade fosa craneal anterior, sugerente de neuroblastoma olfatorio. La tomografía por emisión de positrones-tomografía computada (PET-CT) descartó evidencia de diseminación a distancia. La biopsia tomada por otorrinolaringología fue reportada como: fragmentos de tejido fibroconectivo extensamente infiltrados por neoplasia epitelial maligna dispuesta en túbulos y papilas, revestidas por células de citoplasma eosinófilo, aumento de relación núcleo citoplasma, núcleo hiper cromático y nucleólo prominente, estroma desmoplásico. En el estudio inmunohistoquímico destacó positividad para CK20 y CDX-2.

**Resultados:** El conjunto de hallazgos, sumado a la ausencia de neoplasia primaria intestinal favorecieron el diagnóstico de adenocarcinoma sinonasal primario de tipo intestinal.

**Conclusión:** El adenocarcinoma sinonasal de tipo intestinal es una neoplasia poco frecuente, que cuenta además con la dificultad de establecer el origen primario o secundario de la lesión. Si bien el perfil inmunohistoquímico objetiva el fenotipo, el manejo multidisciplinario y la estrecha colaboración con el equipo clínico orientan en definitiva el origen de la neoplasia.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma; Intestinal; Sinonasal.

## TUMOR FOSFATÚRICO MESENQUIMÁTICO: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS

Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Jeannie Slater Morales<sup>1</sup>

1 Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo

El tumor fosfatúrico mesenquimático es una neoplasia asociada a osteomalacia. Son tumores raros, de la adultez media, que se presenta en partes blandas, mayormente en extremidades, o también como tumores óseos en esqueleto apendicular, huesos craneanos y senos paranasales. Clínicamente se presenta con fracturas patológicas en el contexto de hipofosfatemia hiperfosfatúrica, debilidad muscular y/o dolor óseo.

Histológicamente muestran proliferación de células fusadas o estrelladas sin atipias, estroma altamente vascularizado, y pueden estar calcificados. Secretan FGF23, lo que causa osteomalacia que revierte tras resección.

Presentamos tres casos diagnosticados en Clínica Alemana.

Mujer 57a, con fracturas costales múltiples sin trauma, se pesquisa osteoporosis y osteomalacia sin respuesta a suplementos. PET-D muestra nódulo subcutáneo brazo izquierdo hipercaptante. Se realiza cirugía, con biopsia que confirma diagnóstico. Evoluciona con normalización de fosfemia y FGF23.

Hombre 67a, historia de 20 años de osteomalacia tratada con suplementos. Consulta por exoftalmos y diplopía. Estudio imagenológico evidencia tumor etmoidal derecho de 9,2 cm. Biopsia incisional muestra tumor fusocelular sin atipias, con matriz fibromixioide vascularizada y osteoide focal, diagnosticándose neoplasia fusocelular de bajo grado. En la resección de la lesión se confirma diagnóstico.

Mujer 48a, con fractura por estrés de rodilla derecha e izquierda, se pesquisa hipofosfatemia. PET-Galio68 muestra lesión hipercaptante muslo izquierdo. Cirugía con

biopsia escisional informada como malformación vascular. Evoluciona con normalización de fosfatemia. En revisión de biopsia, en el contexto clínico, se concluye como tumor fosfatúrico.

**Palabras clave:** Tumor fosfatúrico mesenquimático, osteomalacia, hipofosfatemia hiperfosfatúrica.

### INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM GENAVENSE DISEMINADA Y CONTRIBUCIÓN DE LA BIOPSIA AL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO.

Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>, Jaima Madariaga Boero<sup>2</sup>, María Paz Barrera Barra<sup>1</sup>, Ignacia Araneda Labra<sup>3</sup>, Geraldine Ayres Henríquez<sup>2</sup>, Susana Pineda Contreras<sup>4</sup>, Cristian Reyes Vergara<sup>4</sup>, Eliu Elgorriaga Islas<sup>5</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
- 2 Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Anatomopatólogo. Anatomía Patológica. Hospital las Higueras. Universidad de Concepción.
4. Médico cirujano. Universidad de Concepción.
5. Bioquímico. Laboratorio de Diagnóstico Molecular. Sección Patología. Universidad de Concepción.

**Introducción:** *Mycobacterium genavense* (Mg) es una especie rara de micobacterias no tuberculosas (MNT), siendo un agente patógeno oportunista en inmunodeprimidos severos con difícil identificación microbiológica, ya que no crece en medios sólidos utilizados normalmente para micobacterias.

**Método/presentación caso:** paciente masculino de 43 años VIH en etapa SIDA que consulta por fiebre. Destacan poliadenopatías, anemia y trombocitopenia severas. Se estudia con urocultivo, hemocultivo, cultivo de secreción bronquial, Genexpert-Tuberculosis, baciloscopia, test *Pneumocystis jirovecci* y punción lumbar, todos negativos. Por TAC de tórax con patrón en árbol en brote con vidrio esmerilado en lóbulos inferiores; se realiza lavado bronquioalveolar negativo para células gigantes, Grocott y Ziehl Neelsen. Se decide biopsia de adenopatía cervical.

**Resultados:** Ganglio con linfadenitis crónica no granulomatosa con abundantes bacterias Gram(+) ácido-alcohol resistentes en macrófagos. Estudio molecular en biopsia negativo para *Mycobacterium tuberculosis*, *M. avium* y MNT. Se envía muestra de deposiciones al ISP positiva para Mg por hibridación reversa. Además, por singulto persistente se toma EDA con duodenitis leve e histiocitos con abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes. Se diagnostica infección diseminada por Mg y se inicia tratamiento con buena respuesta.

**Discusión:** La identificación de micobacterias en histiocitos y su descripción en el informe de biopsia es fundamental para ayudar al clínico a dirigir estudios moleculares específicos e iniciar tratamiento precoz. En casos de difícil aislamiento se puede contar con el apoyo del ISP para la identificación.

**Palabras claves:** *Mycobacterium genavense*, linfadenitis crónica infecciosa, hibridación rever

### **GANGLIONEUROMA POLIPOÍDEO SOLITARIO COLORRECTAL: REPORTE DOS CASOS.**

Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>1</sup>, Consuelo Mucientes Medina<sup>2</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>3</sup>, Pamela Villalobos Huerta<sup>4</sup>, Pía Villalobos Huerta<sup>5</sup>, Francisco Mucientes Herrera<sup>6</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Estudiante de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción.
3. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián.
4. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
5. Administrador público y estadística. Universidad de Concepción.
6. Anatomopatólogo. Centro diagnóstico anatomopatológico. Concepción.

**Introducción:** El Ganglioneuroma es una entidad rara entre los pólipos mesenquimáticos del tracto digestivo, de presentación solitaria o múltiple, asociado o no a síndromes genéticos como Neurofibromatosis tipo I, neoplasia endocrina múltiple IIB y enfermedad de Cowden. Se ha descrito asociado a pólipo hiperplásico y adenocarcinoma en el mismo pólipo.

**Metodología:** De 7847 colonoscopías con biopsia, realizadas entre 2019-2023, se encontraron 156 pólipos mesenquimáticos del colorrecto, de ellos, dos Ganglioneuromas polipoídeos aislados.

#### **Resultados/Casos clínicos:**

**Caso 1:** mujer 25 años, sin comorbilidades ni síndromes genéticos, con diarrea prolongada; colonoscopia: pólipo sésil de 7 mm entre recto medio e inferior, resecado completamente. **Caso 2:** Hombre de 68 años, sin comorbilidades ni síndromes genéticos, con hematoquecia autolimitada. Colonoscopia: elevación sésil en la válvula ileocecal. Microscopia para ambos casos: proliferación en el corion propio de células fusadas y células ganglionares en matriz fibrilar. Inmunohistoquímica: S-100, calretinina y sinaptofisina positivas. No se observó atipia, compromiso de la muscular de la mucosa ni invasión linfovascular.

**Discusión:** La forma solitaria del Ganglioneuroma polipoídeo usualmente se presenta en pacientes sin síndrome genético. Son indistinguibles de otras lesiones polipoideas

estromales o adenomatosas del colonrecto, por lo que solo el estudio histopatológico permite el diagnóstico, el cual debe alertar al clínico para pesquisar síndromes asociados.

**Palabras clave:** Ganglioneuroma, colon, tumores mesenquimáticos

### **CARCINOMA NEUROENDOCRINO ASOCIADO CON DISPLASIA EPITELIAL DE ALTO GRADO EN LA AMPOLLA DE WATER**

Hillmann Fresno, Tomás Universidad Santiago de Chile, Residente de tercer año de anatomía patológica, Médico cirujano, Mc'Ausland García, Jennifer Universidad Santiago de Chile, Residente de tercer año de anatomía patológica Médico cirujano.

Vera Lara Silvia, Universidad Santiago de Chile, Residente de primer año de anatomía patológica Médico cirujano.

Moreno Bolton, Felipe, Universidad Santiago de Chile Hospital Barros Luco Trudeau. Profesor instructor II, Médico cirujano /universidad de chile), Anatomo-patólogo.

Miranda Heine Verónica, Universidad Santiago de Chile Hospital Barros Luco Trudeau. Profesor instructor II, Médico cirujano /universidad de chile), Anatomo-patólogo.

**Introducción:** El carcinoma neuroendocrino de células grandes en la ampolla de Vater es una condición rara, representando menos del 2 % de las neoplasias ampulares. El tumor es altamente agresivo, con mal pronóstico y metástasis frecuentes. Existen asociaciones entre estos carcinomas y adenomas, aunque aún se desconoce su relevancia clínica.

**Reporte de caso:** Paciente masculino de 77 años con ictericia, fiebre y dolor abdominal. En colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, se detectó una protrusión en la ampolla de Vater. Los hallazgos histológicos revelaron presencia de una neoplasia estromal compuesta por células epitelioides y fusadas, que presentaban núcleos cromatina en sal y pimienta, y un alto índice mitótico concordante un carcinoma neuroendocrino de células grandes asociado a un adenoma tubulovelloso con displasia epitelial de alto grado con tinción inmunohistoquímica consistente con este diagnóstico.

**Discusión:** La literatura sobre tumores neuroendocrinos en la ampolla de Vater es limitada. Estas neoplasias tienen un pronóstico sombrío, con una alta tasa de mortalidad incluso después de una extirpación completa del tumor. Es crucial mantener una alta sospecha clínica para diagnosticar y tratar oportunamente esta enfermedad debido a su rareza y letalidad.

**Conclusión:** El carcinoma neuroendocrino de células grandes en la ampolla de Vater representa un desafío clínico debido a su rareza y agresividad. La comprensión de su

clínica y su manejo adecuado son fundamentales para mejorar el pobre pronóstico de los pacientes afectados.

**Palabras clave:** Ampolla de Váter; Carcinoma de células grandes

### **GLOMANGIOPERICITOMA NASOSINUSAL: REVISIÓN DE LITERATURA Y REPORTE DE CASO**

Dr. Javier Contreras Ebner (Residente Anatomía Patológica 2° año, Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile).

Dra. Ninotchka Benítez Moreno (Residente Anatomía Patológica 2° año, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios).

Dra. Doramis Rodríguez Zayas (Residente Anatomía Patológica 1° año, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios).

Dr. David Córdova Viera (Residente Anatomía Patológica 2° año, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios).

Dra. Claudia Bolados Álvarez (Anatomopatólogo, Hospital San Juan de Dios).

**Introducción:** El glomangiopericitoma es un tumor mesenquimal nasosinusal raro, de diferenciación mioide y comportamiento indolente. Corresponde al 1% de todas las neoplasias nasosinusales.

**Presentación de caso:** Hombre de 66 años con historia de tres meses de obstrucción nasal unilateral derecha, rinorrea e hiposmia. Al examen físico, tumor polipode friable en fosa nasal derecha que obstruye lumen.

Se extraen nueve fragmentos polipoides parcialmente irregulares, blancos rojizos, edematosos. El estudio histológico evidencia proliferación difusa de células fusadas a ovoides, disposición sincicial con núcleos regulares, sin mitosis, sin necrosis. Estroma con vasos en asta de ciervo y hialinización perivascular. Estudio inmunohistoquímico positivo para Beta-catenina nuclear, Actina 14A, Actina FH35. Ki67 1-2%.

**Conclusión:** El glomangiopericitoma es un tumor poco frecuente, en cuya patogenia se reconocen mutaciones del gen CTTNB1, con consecuente acumulación nuclear aberrante de Beta-catenina y sobreexpresión de Ciclina D1. El aspecto macroscópico es polipode carnoso, no translúcido y edematoso. Histológicamente el patrón suele ser difuso, con células fusadas a ovoideas de disposición sincicial, núcleos de bordes romos, citoplasma eosinófilo claro, con una red capilar en asta de ciervo, y eritrocitos, eosinófilos y mastocitos extravasados. El estudio inmunohistoquímico evidencia positividad para Actinas, Beta-catenina nuclear, LEF-1, Ciclina D1 y Factor XIIIa.

Como diagnóstico diferencial es necesario plantear neoplasias fusocelulares tales como tumores de músculo liso, tumor fibroso solitario, meningioma, schwannoma y fibromatosis de tipo desmoide, entre otros. Es indispensable el estudio histológico e inmunohistoquímico para su correcto diagnóstico.

**Palabras clave:** Glomangiopericitoma, pericitos, pólipo nasal.

## **EPIDEMIOLOGÍA Y VALOR PRONÓSTICO DE MUTACIONES DE KRAS, NRAS Y BRAF EN POBLACIÓN CON CÁNCER DE COLON DE UN HOSPITAL REGIONAL.**

Aracelly Scarlet Quiroz Lagos<sup>1</sup>, Susana Pineda Contreras<sup>1,2</sup>, Cristian Reyes Vergara<sup>2</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>1,2</sup>, Sonia Montenegro Heredia<sup>1</sup>, Claudio Benavides Yañez<sup>3</sup>.

1- Laboratorio Diagnóstico Clínico Molecular - Sección de Patología, Facultad Medicina, Universidad de Concepción. 2- Laboratorio Patología Molecular - Unidad Anatomía Patológica - Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. Chile. 3- Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción y Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

**Introducción:** El Cáncer Colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer. Uno de los marcadores moleculares más importantes con valor pronóstico y terapéutico es KRAS. No se conoce un trabajo regional epidemiológico de las mutaciones de RAS-RAF. El objetivo del trabajo es determinar la frecuencia de mutaciones KRAS, NRAS y BRAF en pacientes con CCR de un Hospital de Alta Complejidad.

**Métodos:** Se analizaron 303 pacientes entre 14-89 años con CCR, se estudió respuesta a quimioterapia y sobrevida global. Se trabajó con tejido fijado >60% células tumorales, kit Qiagen y PCR alelo específico tiempo real (KRAS: 16 mutaciones, 1 mutación de BRAF (V600E) y 10 NRAS).

**Resultados:** Un total de 319 muestras analizadas, con 303 ADN amplificable, 51% hombres y 48% mujeres. El 38,6% de pacientes presentaba mutaciones en KRAS (35%G12D), 1,7% NRAS y 17% BRAF. El 23.7% de biopsias correspondía a colon sigmoide (18,8% mutado). Pacientes inicio tardío (>50 años) corresponden a un 84%. Curvas de Kaplan Meier indican asociación entre mutaciones puntuales de KRAS y respuesta a quimioterapia.

**Conclusión:** La frecuencia de mutaciones KRAS y BRAF encontrada en la cohorte de estudio, enfatiza la necesidad de realizar el tamizaje previo de mutaciones RAS-RAF para la selección de pacientes a ser tratados con terapia anti-EGFR y su relación con quimioterapia convencional.

**Palabras claves:** Mutaciones, cáncer de colon, biología molecular, qPCR-RT, KRAS, NRAS, BRAF.

## **FIBROSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

Pamela Villalobos Huerta<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup> (presentador), María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Federico Grossaman Villalobos<sup>3</sup>, Pablo Mucientes Burotto<sup>1</sup>, Sebastián Lobo Oberreuter<sup>4</sup>, Carlos Vera Barboa<sup>5</sup>, Cassandra Jara Soto<sup>5</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Alumno 2º año, Medicina. Universidad San Sebastián. Psicóloga especialista en análisis cualitativo.
4. Anatomopatólogo. Anatomía Patológica. Hospital las Higueras. Universidad de Concepción.
6. Bioquímico. Laboratorio citogenético. Unidad Anatomía Patológica Hospital Guillermo Grant Benavente.

**Introducción:** Fibrosarcoma epitelioides esclerosante (SEF) rara variante de fibrosarcoma. Formado por nidos o cordones de células epitelioides con fondo esclerótico o hialinizado en extremidades inferiores de varones de edad media y origen esporádico. Recurrencia (50%), metástasis (43 a 86%) y alta mortalidad. Asociado a unión de gen FUS a genes CREB3L1 o CREB3L2, o gen EWSR1 a CREB3L1. Se presenta un caso con antecedente de osteosarcoma en tibia derecha hace 11 años con múltiples recidivas y metástasis pulmonares tratadas con quimioterapia (2019).

**Métodos-Caso clínico:** Paciente masculino de 17 años. En PET-CT de control en noviembre 2023 aparece nódulo intramuscular hipermetabólico en muslo derecho, entre vasto lateral y medial de 3 x 1.5 x 2 cm; que se reseca.

**Resultados:** Se recibe tumor blanquecino bien delimitado de 2,2 x 1,5 x 1,9 cm rodeado por tejido muscular. Al microscopio neoplasia fibroblástica y epitelioides, con abundante colágeno, necrosis y fibrosis. Inmunohistoquímica: positividad difusa para Vimentina, MUC4 y focal para SATB2. Actina, Desmina, Miogenina, CKAE1/3, S100 y MDM2 negativos. FISH para EWSR1 (22q12.2): negativo. Por histología e inmunohistoquímica se diagnostica SEF.

**Conclusión/Discusión:** SEF es un sarcoma de bajo grado de mal comportamiento clínico, que necesita una adecuada valoración de inmunohistoquímica y técnicas moleculares para confirmación. Requiere un alto nivel de sospecha para su diagnóstico, en especial cuando

se presenta de novo en paciente ya tratado múltiples veces por sarcoma de otra diferenciación, como es el caso.

**Palabras claves:** Fibrosarcoma epitelioides, MUC4, gen FUS

### **HIBERNOMA ATÍPICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Sebastián González Vargas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Eugenia Steffens Venegas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Antonieta Solar González. Anatomopatóloga. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El hibernoma, una neoplasia infrecuente derivada de grasa parda, puede representar un desafío diagnóstico por su semejanza imagenológica con tumores malignos. Menos del 2% de las neoplasias de tejido adiposo son hibernomas. Presentamos un caso de hibernoma con características citológicas atípicas para ampliar el conocimiento actual de esta lesión.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 4 años, evaluada por un aumento de volumen en la región escapular izquierda. La ecografía mostró una masa sólida, ovoidea y ecogénica de 1,9 x 0,8 cm. La histopatología reveló una neoplasia adiposa concordante con hibernoma, evidenciándose núcleos pleomórficos y un recuento de 0-2 mitosis por 2 mm<sup>2</sup>, con una que otra figura mitótica atípica. Las células fueron inmunorreactivas para S-100 y negativas para desmina y Myo-D1, con un Ki-67 del 10%.

**Discusión:** Los hibernomas son típicamente benignos, de crecimiento lento y asintomáticos, pero pueden ser confundidos con tumores lipomatosos atípicos por sus características histológicas y de imagen. Existen varias variantes de hibernoma, incluidas el lipoma símil, mixoide y fusado. El tratamiento recomendado es quirúrgico, sin evidencia de recurrencia. Este caso representa una adición valiosa a los escasos informes sobre hibernomas atípicos, subrayando la importancia de un diagnóstico diferencial cuidadoso para lesiones de tejido adiposo.

**Conclusión:** Este reporte destaca la relevancia de considerar el hibernoma atípico en el espectro diagnóstico de tumores adiposos, contribuyendo significativamente a la limitada literatura sobre esta entidad.

**Palabras clave:** hibernoma, grasa parda, tumor lipomatoso atípico, tumor adipocítico.

## **METÁSTASIS ÓSEA DE MELANOMA EN ENCONDROMA. REPORTE DE UN CASO.**

Eugenia Steffens Venegas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sebastián González Vargas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Antonieta Solar González. Anatomopatóloga. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El melanoma es una neoplasia maligna melanocítica que representa el 3% de todos los cánceres de piel, pero causa 65% de las muertes. Si bien las metástasis óseas se observan en la enfermedad avanzada, la afectación del esqueleto extraaxial es infrecuente.

**Presentación del caso:** paciente masculino de 57 años, antecedente de melanoma maligno en muslo izquierdo, con resección local y biopsia de linfonodo centinela T3N0. Cinco años después consulta por dolor en húmero izquierdo. La tomografía por emisión de positrones - tomografía computada (PET-CT) mostró una lesión condroidea, hipermetabólica, sugerente de condrosarcoma. La histopatología reveló un tumor de diferenciación cartilaginosa concordante con encondroma y una segunda neoplasia, constituida por nidos de células epiteloideas, moderadamente pleomórficas e infiltrativas. El examen inmunohistoquímico mostró inmunorreactividad para triple melanoma (tirosinasa, HMB-45, melan A) y negatividad para citoqueratinas totales y CD138, compatible con metástasis de melanoma.

**Discusión:** El hueso es un sitio común de diseminación metastásica del melanoma, pero generalmente ocurre en pacientes que ya tienen metástasis generalizadas. Suelen observarse como lesiones osteolíticas del esqueleto axial en pacientes con enfermedad avanzada. Existe literatura limitada sobre metástasis óseas solitarias de melanoma maligno confirmadas patológicamente. En el caso de nuestro paciente, la presentación fue poco habitual, extraaxial y asociado a otro tumor. Con este caso destacamos la importancia de la correlación clínica, patológica y radiológica para llegar a un diagnóstico adecuado.

**Palabras clave:** melanoma, encondroma, metástasis ósea.

## **RABDOMIOMA LARÍNGEO. REPORTE DE UN CASO.**

Eugenia Steffens Venegas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sebastián González Vargas. Residente de segundo año. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Antonieta Solar González. Anatomopatóloga. Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El rabdomioma es un tumor mesenquimatoso benigno poco común que muestra diferenciación de músculo esquelético. Aunque la cabeza y el cuello son las áreas más comunes de rabdomioma extracardiaco, la laringe rara vez se ve afectada.

**Presentación del caso:** paciente femenina de 60 años, quien consultó por disfonía y disfagia de cuatro meses de evolución. Se realizó nasofibroscopía que evidenció en banda ventricular derecha una masa polilobulada submucosa cubriendo las cuerdas vocales, compatible con tumor supraglótico. La histopatología reveló una lesión conformada por células poligonales, de abundante citoplasma eosinófilo, núcleos redondos y nucleólos prominentes. El examen inmunohistoquímico mostró inmunorreactividad para desmina y miogenina; y negatividad para citoqueratinas totales, p40, cromogranina, SOX10, S100, CD34 y TFE-3, compatible con rabdomioma laríngeo.

**Discusión:** Los rabdomiomas laríngeos suelen aparecer como masas cubiertas de mucosa de tamaño variable. Clínicamente se presentan como lesiones solitarias asintomáticas, pero pueden producir ronquera progresiva, sensación de cuerpo extraño y obstrucción de las vías respiratorias. Son más frecuentes en hombres que en mujeres y afecta con mayor frecuencia a las regiones glótica y supraglótica. El diagnóstico diferencial incluye tumores benignos como hibernoma, oncocitoma, tumor de glándulas salivales, paraganglioma y tumor de células granulares, por lo que un adecuado análisis histológico es esencial para el diagnóstico. El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica. Puede recurrir, pero generalmente se debe a una extirpación incompleta del tumor. Consideramos que este caso representa un aporte al conocimiento de la entidad.

**Palabras clave:** rabdomioma, laringe, músculo esquelético.

## ONCOCITOMA EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Dra. Francisca Andrea Villanueva Muñoz. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. María Ignacia Cartes Valderrama. Residente de 2do año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Valentina Andrea Muñoz Chamorro. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Carla Robles Aravena, Cirujano Dentista, Unidad Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Dr. José Ignacio Meléndez Cruz, médico cirujano.

**Introducción:** El oncocitoma es una neoplasia encapsulada benigna caracterizada por la proliferación de los oncocitos salivales. representa menos del 1% de los tumores en estos tejidos; siendo más comunes en la glándula parótida.

**Métodos:** Reportamos el caso de un paciente de 72 años en controles por tumor parotideo sospechoso, con punción aspirativa que resulta categoría IV-A según la clasificación de Milan, sugerente de adenoma pleomorfo, por lo que se decide parotidectomía.

**Resultados:** En estudio histopatológico de la pieza quirúrgica se observa tumor bien circunscrito formado por oncocitos dispuestos en nidos y con abundante citoplasma granular eosinófilo, tomando en cuenta los diagnósticos diferenciales se realiza estudio inmunohistoquímico de DOG1, Mamaglobulina y S100 los que resultan negativos; p63 y Citoqueratina 7 positivos y un Ki67 en un 10%, lo que favorece el diagnóstico de oncocitoma.

**Conclusión:** En el diagnóstico diferencial del oncocitoma se incluyen una variedad de patologías, como el carcinoma renal metastásico y el carcinoma de células acínicas que son negativos para p63, o el adenoma pleomórfico y el mioepitelioma con metaplasia oncocítica extensa que son negativas para S100, por lo que es importante destacar el uso de herramientas de inmnohistoquímica DOG1, p63 y S100.

## **ABSCESO CEREBRAL POR AGGREGATIBACTER APHROPHILUS EN PACIENTE PEDIATRICO INMUNOCOMPETENTE ASOCIADO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA GRUPO HACEK.**

Marcela Gallegos Angulo<sup>1</sup>, Biserka Spralja Satalic<sup>1</sup>, Alex Castro Méndez<sup>1</sup>

1 Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana - Facultad de Medicina – Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El *Aggregatibacter aphrophilus* es un cocobacilo Gram negativo aeróbico, de baja patogenicidad y lento crecimiento, que infrecuentemente da origen a infecciones en pacientes inmunocompetentes. Es parte de la flora orofaríngea normal y placa subgingival. Perteneció al grupo HACEK (*Haemophilus*, *Aggregatibacter*, *Cardiobacterium*, *Eikenella* y *Kingella*) asociado a endocarditis infecciosa y abscesos cerebrales. Factores de riesgo son contacto con perros y procedimientos dentales.

**Caso:** Se reporta un caso de paciente de 6 años, de sexo masculino, sin antecedentes clínicos de importancia, inmunocompetente, con cefalea intensa y vómitos de 1 mes de evolución. La resonancia muestra una masa cerebral, frontal izquierda, redondeada, que desvía la línea media, con edema perilesional. Al examen neurológico, solo algo letárgico. No presenta enfermedad periodontal ni tratamiento dental. Refiere contacto con gatos. En ecocardiografía se identifica foramen oval permeable e imagen ecorrefringente en aurícula izquierda, que puede corresponder a vegetación. La excéresis de la lesión muestra proceso inflamatorio crónico, exudativo leucocitario, necrotizante, en granulación, en parte en organización fibrosa, con caracteres de absceso. Tinciones para microorganismos negativas. En cultivo de la lesión se identifica *Aggregatibacter aphrophilus*. Posterior a la cirugía, el paciente recibe antibioterapia. En control a los 10 meses, hay una notoria mejoría de la función motora y del compromiso óculo-motor post-quirúrgico.

**Conclusión:** Se reporta un caso infrecuente de absceso cerebral pediátrico por *Aggregatibacter aphrophilus* y se discuten los caracteres clínico patológicos y epidemiología

**Palabras claves:** *Aggregatibacter aphrophilus*, abscesos cerebrales, HACEK.

## DETECCIÓN DE INESTABILIDAD MICROSATELITAL MEDIANTE PLATAFORMA IDYLLA, UN APOORTE DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE COLON.

Rojas B<sup>1</sup>, Pineda S.<sup>1,2</sup>, Alarcón B<sup>1</sup>, Medina V<sup>1</sup>, Quiroz A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Laboratorio de Patología Molecular, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile; <sup>2</sup> Sección de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

**Introducción:** El testeo de inestabilidad microsatelital (MSI) es recomendado para pesquisar síndrome de Lynch (SL), cáncer de colon (CCR) entre otros. Se recomienda su detección mediante inmunohistoquímica (IHQ) para las proteínas del mismatch repair (MMR), y por PCR de forma rutinaria. El Hospital Regional de Concepción solo cuenta con IHQ, siendo necesario incorporar detección molecular. Existe un nuevo método diagnóstico mediante plataforma Idylla, que realiza procesamiento y detección mediante qPCR de 7 biomarcadores asociados a MSI. El objetivo de este trabajo es comparar el test diagnóstico Idylla MSI con los resultados de IHQ.

**Métodos:** Estudio retrospectivo transversal entre los años 2015-2022 del Hospital Regional Concepción. Se analizan 20 biopsias de CCR primario con pérdida de expresión de proteínas MMR detectado por IHQ en al menos 1 de 4 marcadores utilizados. Cada caso se procesa y analiza por sistema automatizado Idylla-Biocardis, y sus resultados se expresarán como: inestabilidad microsatelital alta (MSI-H) con dos o más biomarcadores mutados y estables (MSS) con menos de 2 biomarcadores mutados.

**Resultados:** Del total analizado, 18 presentaron MSI-H, todas con 2 o 3 marcadores de IHQ negativos; las 2 biopsias restantes fueron MSS, con 1 marcador de IHQ negativo.

**Conclusión:** Idylla MSI es eficaz como apoyo diagnóstico junto a IHQ en CCR, siendo un test de apoyo al diagnóstico, con un flujo de trabajo simple y tiempo de espera breve.

**Palabras claves:** Inestabilidad microsatelital, cáncer de colon, Idylla

## **NO TODO ES CARCINOMA: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA MAMA SIMULANDO UN CARCINOMA MAMARIO. EJEMPLO ILUSTRATIVO.**

-Salvador Castro. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

-Carolina Pino. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

-Maritza Abud. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

-David Córdova. Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Introducción:** el tumor de células granulares de la mama (TCGM) es un tumor benigno muy infrecuente (1/1000), indistinguible clínica y radiológicamente de un carcinoma. Al examen histopatológico se presenta con células de citoplasma eosinófilo, abundante, con patrón infiltrativo, por lo cual es necesario diferenciar de un carcinoma lobulillar variante histiocitoide, carcinoma ductal NOS con células oncocíticas, carcinoma apocrino, metástasis de carcinoma renal, y melanoma.

**Métodos:** se presenta el caso de una mujer de 60 años, quien, durante tamizaje, se identifica un nódulo mamario espiculado (BIRADS 5), por lo cual se indica biopsia por punción. El examen histológico demostró fragmentos cordonaes de una neoplasia con células poligonales, de citoplasma abundante, eosinófilo y granular, de bordes difusos y núcleo central levemente hipercromático con disposición en nidos, trabéculas y sabanas. Se realizó estudio inmunohistoquímico con positividad en células neoplásicas para S100, SOX-10, CD68, Ki-67: < 1%, y negatividad para CK(AE1/AE3) y GATA-3.

**Resultados:** las características morfológicas, y la positividad para S100, SOX-10, y CD68 focal son compatibles con TCGM.

**Conclusión:** el TCGM es una entidad benigna muy infrecuente, se requiere diferenciar de neoplasias malignas. El estudio inmunohistoquímico es crucial para realizar un correcto diagnóstico, ya que los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos no son suficientes.

**Palabras clave:** tumor de células granulares, mama, inmunohistoquímica.

## MIOSITIS OSIFICANTE UNA RARA NEOPLASIA BENIGNA QUE REQUIERE CORRELACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA PARA ADECUADA INTERPRETACIÓN.

María Paz Barrera Barra<sup>1</sup>, Rafael Contreras Aguayo<sup>2</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Rodrigo Klaassen Pinto<sup>3</sup>, Francisco Mucientes Herrera<sup>3</sup>, Miguel Duran Chandía<sup>4</sup>, Allison Orellana Riquelme<sup>4</sup>, Daniela Araneda Valdés<sup>4</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Anatomopatólogo. Centro diagnóstico anatomopatológico. Concepción.
4. Estudiante 5° año. Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Neoplasia autolimitada compuesta de células fusadas y osteoblastos. Puede desarrollarse secundaria a trauma en grandes grupos musculares, principalmente cuádriceps en hombres en segunda y tercera década. Forma más común de osificación heterotópica. Presenta tres fases distintivas: “fenómeno de zonas” y reordenamiento de USP6-FISH. En la fase inicial se confunde con sarcomas. Se presenta un caso de MO para análisis.

**Métodos-Caso clínico:** Mujer de 18 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por dolor en cara interna de muslo izquierdo, sensible a la palpación, de un mes de evolución. Ecografía: desgarro muscular con área de colección hipoecogénica adyacente, tipo hematoma. Resonancia magnética: lesión tumoral, por lo que se reseca.

**Resultados:** Tejido fibroadiposo y muscular con un nódulo blanquecino de 5 x 4 x 2 cm. A la histología se observó zona interna con células fibroblásticas fusadas y núcleos levemente hipercromáticos, zona intermedia de hueso inmaduro con osteoblastos y células multinucleadas tipo osteoclasto y zona externa con hueso laminillar maduro. SATB2: positivo en células de diferenciación osteoblástica. Tras cirugía no ha presentado recurrencia ni síntomas.

**Discusión:** La edad, antecedente de trauma previo y localización del tumor son concordantes con la literatura. En biopsias pequeñas, donde el diagnóstico diferencial es amplio, se puede emplear FISH-USP6 para apoyo diagnóstico. Es importante un alto índice de sospecha y adecuada correlación clínico radiológica, junto a la microscopía para clasificar correctamente este tipo de lesiones.

**Palabras clave:** Miositis osificante, USP6, osificación heterotópica.

## TUMOR MIXTO DE CÉLULAS GERMINALES EN OVARIO, REPORTE DE UN CASO

Dra. Valentina Muñoz Chamorro. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Francisca Villanueva Muñoz. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. María Ignacia Cartes Valderrama. Residente de 2do año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dr. Agustín Fuentes Urizar, Anatomopatólogo Unidad Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena

**Introducción:** El tumor mixto de células germinales es una enfermedad neoplásica mixta, que implica tener dos o más tipos de la neoplasia maligna derivada de células germinales. Se puede ver raramente en el ovario y se observa generalmente en niñas y mujeres jóvenes. Generalmente, los pacientes se presentan con dolor abdominal, una masa abdominal y trastornos menstruales.

**Métodos:** Reportamos el caso de una paciente de 28 años que consulta por dolor abdominal y alteraciones menstruales. La tomografía abdominal evidencia una lesión anexial izquierda sólida quística, compleja de 11 x 9 cm,

**Resultados:** En la microscopía, el muestreo de las áreas sólidas y quísticas evidenció un tumor mixto de células germinales (carcinoma embrionario 95% y tumor del saco vitelino 5%), positivo para CD30, OCT ¾, CD117, AFP, PLAP, P53.

**Conclusión:** El conjunto de hallazgos morfológicos y panel inmunohistoquímico permitió realizar el diagnóstico de tumor mixto de células germinales. La paciente se encuentra en seguimiento y tratamiento por ginecología y oncología.

**Palabras clave:** Tumor mixto de células germinales, neoplasias ováricas, ovario.

## LA ENSEÑANZA DE LA PATOLOGÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD COMPLEJA: UN ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO.

Cristina Durán Reyes<sup>1</sup> (presentadora), Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>, Santiago Martínez Riquelme<sup>2</sup>, Jorge Maturana Barra<sup>2</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>3</sup>, Diego Burgos Burgos<sup>3</sup>, Valeria Dassori Walker<sup>1</sup>, Maria Paz Barrera Barra<sup>3</sup>, Esteban Muñoz Niklitschek<sup>3</sup>, Rafael Contreras Aguayo<sup>2</sup>, Anai Vallejos<sup>4</sup>, Pía Villalobos Huerta<sup>5</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>6</sup>

1. Médico cirujana. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
4. Psicóloga especialista en análisis cualitativo.
5. Administrador público y estadística.
6. Alumno 2º año, Medicina. Universidad San Sebastián.

**Introducción:** Asignaturas de Patología general y Anatomía patológica son impartidas durante la carrera de Medicina. En estas se desarrolla la actividad práctica “Diseño de casos Clínico-Patológicos” (DCCP), donde los estudiantes vivencian en forma real el trabajo del anatomopatólogo en grupos pequeños, realizando desde el dictado macroscópico hasta el diagnóstico microscópico, con presentación final del caso.

**Métodos:** estudio observacional analítico transversal en 87 estudiantes que cursaron ambas asignaturas. Se efectuó un análisis descriptivo cuantitativo y un método cualitativo de análisis de contenido, codificándose y clasificándose las respuestas de 2 instrumentos.

**Resultados:** La satisfacción general de 82,4%, siendo percibida como innovadora y útil para el desarrollo de habilidades y aprendizajes teóricos de patología, que prepara a los alumnos de mejor manera para los desafíos del mundo real como profesionales de la salud. La evaluación cualitativa entregó valiosa información para un mejoramiento continuo; reafirmando la importancia de incorporar éstas en las evaluaciones de prácticas docentes.

**Conclusión:** La actividad DCCP ayuda de mejor forma a los estudiantes a comprender aspectos macroscópicos y microscópicos de la Anatomía Patológica; superando incluso al aula invertida. La combinación de enfoques centrados en el alumno, trabajo en entornos reales, apoyo docente adecuado y material de estudio de calidad puede conducir a una experiencia de aprendizaje más efectiva y satisfactoria para los estudiantes en esta disciplina.

**Palabras clave:** Aprendizaje; Educación Médica; Educación en Salud; Estudiantes del Área de la Salud; Motivación; Patología.

## APENDICITIS GRANULOMATOSA: UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS SECUNDARIA.

Jorge Maturana Barra<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito<sup>2</sup>—María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Carolina Derlado Schneider<sup>1</sup>, Juan Vasquez Nuñez<sup>3</sup>, Federico Grossman Villalobos<sup>4</sup>, Daniela Araneda Valdés<sup>5</sup>, Aracelly Quiroz Lagos<sup>6</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Anatomopatólogo. Anatomía Patológica. Hospital las Higueras. Universidad de Concepción.
4. Alumno 2° año, Medicina. Universidad San Sebastián.
5. Alumna 5° año, Medicina. Universidad de Concepción.
6. Tecnóloga médico. Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente.

**Introducción:** la incidencia de tuberculosis en Chile es de 13,3 casos por 100.000 habitantes al 2021, estimándose que la apendicitis tuberculosa (AT) corresponde al 1,5 al 3% de los casos extrapulmonares. Es más frecuente en varones jóvenes, se presenta como una apendicitis aguda convencional y el diagnóstico es histopatológico.

**Método/Caso clínico:** hombre de 20 años consulta por dolor abdominal de tres días de evolución y fiebre. Evaluado en urgencia se diagnostica apendicitis aguda y se resuelve quirúrgicamente. Es dado de alta y citado a control ambulatorio. Antes del control, el paciente acude a urgencias con fiebre persistente, mialgias, diaforesis nocturna y tos, y se constata baja de peso de 13 kg en tres meses. TAC de tórax informa lesiones cavitadas pulmonares bilaterales. Test molecular en esputo positivo para tuberculosis.

**Resultado:** en la macroscopía se observa apéndice de 9 × 1 cm, serosa congestiva y mucosa enrojecida en el tercio medio. A la microscopía inflamación crónica granulomatosa de la mucosa, con granulomas epitelioides y necrosis caseosa. Tinciones de Gram, Auramina y Ziehl-Neelsen negativas. PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia tratamiento antituberculoso con buena respuesta clínica.

**Conclusión:** Actualmente no existen exámenes para diagnosticar apendicitis tuberculosa previo a la cirugía y puede o no asociarse a tuberculosis pulmonar. Se destaca la importancia de la historia clínica del paciente, el patrón clásico de inflamación granulomatosa y el estudio complementario con técnicas moleculares para su confirmación.

**Palabras clave:** apendicitis tuberculosa, mycobacterium tuberculosis, patología

## TUMOR PHYLLODES BENIGNO VULVAR, REPORTE DE UN CASO

Dra. Valentina Muñoz Chamorro. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. Francisca Villanueva Muñoz. Residente de 1er año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dra. María Ignacia Cartes Valderrama. Residente de 2do año de Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco.

Dr. Agustín Fuentes Urizar, Anatomopatólogo Unidad Anatomía Patológica Hospital Hernán Henríquez Aravena

**Introducción:** El tumor filoide es una neoplasia compuesta por de epitelio similar a la mama, tiene un patrón de crecimiento en forma de hoja prominente e hiperplasia celular del estroma. Estas son neoplasias vulvares sumamente raras.

**Métodos:** Reportamos el caso de una paciente de 19 años que consulta por un nódulo vulvar de 7 cm, firme, indoloro. Se realizó una resección vulvar simple, que demostró una masa de 7 x 7 x 4 cm, de bordes bien definidos, consistencia firme.

**Resultados:** En la microscopía, el muestreo del nódulo evidenció un tumor filoides, con hipercelularidad y atipía estromal leve, necrosis y componente heterólogo ausente, recuento de mitosis de hasta 3 en 10 campos de aumento seco mayor, características de la versión benigna de esta neoplasia.

**Conclusión:** Los hallazgos morfológicos permitieron realizar el diagnóstico de tumor filoides vulvar. La paciente fue dada de alta posterior al control postoperatorio con el resultado de la biopsia.

**Palabras clave:** tumor phyllodes de vulva, tumor filoides extramamario, neoplasia vulvares

## PROCESAMIENTO DE IMAGEN DIGITAL PARA CUANTIFICACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE TTF-1 Y P40 EN CÁNCER PULMONAR

Aracelly Scarlet Quiroz Lagos<sup>1</sup>, Martina Fuentes Diaz<sup>2</sup>, Macarena Quintana Venegas<sup>2</sup>, Susana Pineda Contreras<sup>1,3</sup>, Rocío Gutiérrez<sup>1</sup>, Carolina Delgado Schnneider<sup>3</sup>

1- Laboratorio Diagnóstico Clínico Molecular - Sección de Patología, Facultad Medicina, Universidad de Concepción. 2- Carrera de Tecnología Médica, Universidad San Sebastián, Concepción. 3- Laboratorio de Patología Molecular, Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Guillermo Grant Benavente – Concepción.

**Introducción:** La inmunohistoquímica (IHQ) es una herramienta para el diagnóstico de cáncer pulmonar, usando los marcadores TTF1 y p40. Sin embargo, una desventaja es que el análisis es subjetivo al ojo. Objetivo: Definir un algoritmo de segmentación nuclear para cuantificación de los marcadores TTF1 y p40 en cáncer pulmonar.

**Métodos:** Muestras de IHQ de 62 pacientes con Adenocarcinoma y Carcinoma epidermoide. Se escanearon en Easy-Scan (MOTIC) para ser analizadas con ImageJ y QuPath. Para intensidad promedio se utilizó 0, +1, +2 o +3 y para la proporción positiva, el porcentaje de positividad. Como control positivo del algoritmo usado, se analizaron 10 IHQ de Ki67 en muestras de cáncer de mama.

**Resultados:** Image J entregó los resultados en área de pixeles y Qupath en porcentaje de células positivas. Para la intensidad promedio, para TTF1 fue de +3, usando Qupath e Image J, encontrando diferencias en el análisis de p40. Para la proporción positiva los resultados fueron diferentes para Qupath e Image J. Respecto al análisis en muestras en el control positivo del algoritmo, hubo concordancia entre el análisis del Qupath y lo indicado en el informe de biopsia.

**Conclusión:** Qupath es el software más rápido, permite obtener la proporción positiva e intensidad promedio. Como proyección del estudio se pretende extrapolar el algoritmo elegido a otros cánceres en donde los marcadores IHQ necesitan ser analizados, de manera de acortar tiempos diagnósticos.

**Palabras clave:** patología digital, algoritmos, Inmunohistoquímica.

## SARCOMA DE KAPOSI EN AMÍGDALAS PALATINAS: REPORTE DE CASO.

1. Jennifer M Causland García Becada de anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile – centro formador Hospital Barros Luco Trudeau.
2. Tomas Hillmann Fresno Becado de anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile – centro formador Hospital Barros Luco Trudeau.
3. Felipe Alejandro Valencia Ortiz Becado de anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile – centro formador Hospital Barros Luco Trudeau.
4. Verónica Rosana Miranda Heine Anatomopatóloga staff Hospital Barros Luco Trudeau. Docente de postgrado, anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile.
5. Felipe Eduardo Moreno Bolton Anatomopatólogo staff Hospital Barros Luco Trudeau. Docente de postgrado, anatomía patológica de la Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El Sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular maligna. En 2022, el Global Cancer Observatory reportó una incidencia mundial de 35813 casos, y 0.07% en Chile. Es causado por el Virus Herpes Humano 8, factores genéticos y ambientales. La coinfección por Virus De Inmunodeficiencia Humana (VIH), factor de riesgo importante, hacen del sarcoma de Kaposi uno de los cánceres más prevalentes en estos pacientes, aunque poco común en cavidad oral.

**Reporte de caso:** Masculino de 26 años, VIH positivo. En 2023 se realiza amigdalectomía bilateral por dolor faríngeo y tomografía con adenopatías múltiples amigdalinas. Hallazgos histológicos evidenciaron extensa proliferación de células fusadas asociadas a espacios vasculares, con tinciones HHV 8 intensamente positiva y CD45 negativa, diagnosticado compatible con Sarcoma De Kaposi.

**Discusión:** El sarcoma de Kaposi de cavidad oral corresponde a menos del 5% de los casos y puede simular lesiones benignas como el granuloma piogénico. Debe ser tenido en cuenta durante el diagnóstico diferencial de lesiones vascularizadas fusadas en cabeza y cuello, especialmente con VIH concomitante, ya que se asocia en el 95% de los casos como manifestación de SIDA, y puede llegar a ser localmente agresivo.

**Conclusión:** El diagnóstico de Sarcoma de Kaposi debe estar siempre entre los diagnósticos diferenciales de pacientes con lesiones vasculares fusadas de cavidad oral, en especial en pacientes con VIH, debido a su connotación como progresión de la enfermedad y su posible mal comportamiento.

**Palabras clave:** Sarcoma de Kaposi, amígdalas, VIH, cavidad oral.

## CARACTERIZACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE ENFERMEDAD DE KIKUCHI.

Rafael Contreras Aguayo<sup>1</sup>, Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, María Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Rodrigo Klaassen Pinto<sup>3</sup>, Francisco Mucientes Herrera<sup>3</sup>, Cesar Cárdenas Bahamondes<sup>4</sup>, Graciela Sandoval Martínez<sup>4</sup>, Felipe Rojas Brito<sup>4</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Anatomopatólogo. Centro diagnóstico anatomopatológico. Concepción.
4. Estudiante 5° año. Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Es una linfadenitis histiocítica necrotizante benigna, autolimitada y febril, en mujeres adultas jóvenes. Compromete linfonodos cervicales posteriores, axilares y piel. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado a infecciones virales y lupus. A continuación, se expone un caso que resalta la importancia del estudio histopatológico para esclarecer el diagnóstico.

**Método-Caso clínico:** Mujer de 27 años, sin antecedentes, consulta por aumento de volumen y dolor en cuello, malestar general y fiebre de dos meses de evolución. Tomografía: adenopatías cervicales inflamatorias. Parámetros inflamatorios elevados. Panel viral, bacterianos, PCR para tuberculosis y hemocultivos negativos. Se sospecha linfoma y se decide biopsia.

**Resultados:** Se resecan tres ganglios linfáticos de 0.9 a 2.3 cm. A la histología: áreas pálidas irregulares compuestas de histiocitos (con núcleos retorcidos), células dendríticas plasmocitoides, material granular eosinófilo y restos cariorrepticos (polvo nuclear), rodeando zona central de necrosis sin células gigantes multinucleadas. Inmunohistoquímica: CD3 y CD8 positivos en linfocitos T; CD20 y CD79a, positivos en linfocitos B y CD68 positivo en macrófagos. Histoquímica: Tinción de Grocott, Gram y Warthin Starry negativas.

**Discusión/conclusión:** La histología de la Enfermedad de Kikuchi (EFK) es característica; pero puede ser similar a la observada en pacientes con Lupus o confundirse con Linfoma cuando los histiocitos simulan inmunoblastos. Refuerza EFK la ausencia de atipia celular y linfocitos policlonales. Es fundamental el rol de la biopsia para su estudio y excluir otras causas de linfadenopatías en mujeres jóvenes.

**Palabras clave:** linfadenopatía histiocítica, Enfermedad de Kikuchi, linfadenopatía necrotizante.

## CARCINOMA ESCAMOSO BASALOIDE PRIMARIO DE LA PIEL: UN RARO TUMOR CUTÁNEO ASOCIADO A HPV.

Carolina Delgado Schneider<sup>1</sup>, Claudia Constanzo Valdebenito,<sup>2</sup>Paz Barrera Barra<sup>2</sup>, Pamela Villalobos Huerta<sup>1</sup>, Cristina Duran Reyes<sup>3</sup>, Tania Grant Riquelme, <sup>4</sup>Silvia Vidal Vidal, <sup>5</sup>Rodrigo Fuentes Ortiz<sup>6</sup>

1. Anatomopatólogo. Sección/Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
2. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
3. Médico cirujano. Universidad de Concepción.
4. Departamento de histología. Universidad Católica de la Santísima Concepción.
5. Bioquímica. Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente.
6. Tecnólogo Médico. Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente.

**Introducción:** Es una rara y agresiva variante histológica del carcinoma escamoso; presente en mucosa aérea digestiva superior y anogenital, algunos asociados a HPV 16 y 33. En piel es extremadamente inusual y suele ser metastásico. Hay escasos reportes de origen primario.

**Métodos-caso clínico:** mujer 95 años con HTA y accidente cerebrovascular 2022, dependiente severa, sin baja de peso ni otras neoplasias. Presenta tumoración polipoidea café violácea friable en mejilla izquierda de 6 años de evolución y crecimiento rápido el último mes.

**Resultados:** Se recibe piel de 1,7 x 0,9 x 1,2 cm con lesión elevada, hemorrágica, rugosa de 1,5 x 1,5 x 1 cm. Histología: neoplasia formada por nidos sólidos basaloideos con necrosis, atipia intensa y 14 mitosis por campo mayor. Palizada periférica muy focal, sin estroma mixoide ni retracción estromal. Un foco de carcinoma escamoso in situ convencional. Inmunohistoquímica positiva intensa para: EMA, p16 y KHMW, y focal para BerEP4 y K5/6. Ki67 60%. Negativas: MOC31, K20, BCL2, INSM1, cromogranina, sinaptofisina, CD56, p40, p63, ASM y S100. PCR para HPV (6,11,16 y 18): negativo.

**Conclusión:** Las características histopatológicas del Carcinoma escamoso basaloide primario cutáneo debe hacer sospechar un posible origen basaloide, escamoso o neuroendocrino. La inmunohistoquímica contribuye al diagnóstico y descarta sus diferenciales. La tinción positiva de p16 apoya asociación a Virus papiloma humano. Los casos cutáneos primarios son excepcionalmente raros.

**Palabras clave:** carcinoma escamoso basaloide, p16, piel.

## CARCINOMA ESCAMOSO PRIMARIO ENDOMETRIAL. REPORTE DE CASO.

María Paz Barrera Barra<sup>1</sup>Carola Monsálvez Sepúlveda<sup>2</sup>Carolina Delgado Schneider<sup>2</sup>Claudia Constanzo Valdebenito<sup>1</sup>Diego Burgos Burgos<sup>1</sup>Cesar Cárdenas Bahamonde<sup>3</sup>Paula Galaz Cabezas<sup>4</sup>Silvia Vidal Vidal<sup>5</sup>

1. Residente de Anatomía Patológica. Universidad de Concepción.
2. Anatomopatólogo. Sección Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.
3. Alumno 5° año, Medicina. Universidad de Concepción.
4. Alumna 3° año, Medicina. Universidad Andrés Bello.
5. Bioquímica. Unidad Anatomía Patológica. Hospital Guillermo Grant Benavente.

**Introducción:** El carcinoma escamoso primario de endometrio (PSCCE) constituye <0.5% de los carcinomas uterinos, con menos de 100 casos reportados. Se asocia a condiciones inflamatorias crónicas, radiación pélvica, y al virus papiloma humano. Suele presentarse en mujeres posmenopáusicas, con síntomas inespecíficos e imagenología no característica. En 1928, Fluhmann estableció criterios diagnósticos estrictos, descartando carcinoma escamoso cervicouterino. Como objetivo se presenta caso diagnosticado en nuestro centro.

**Métodos-Caso clínico:** Mujer de 71 años sin antecedentes mórbidos. Consultó en 2023 por tumor cervical exofítico de 6 cm que resultó un leiomioma cervical ulcerado asociado a atipia epitelial reactiva intensa. Posteriormente con histerectomía total. En cavidad endometrial a nivel del istmo, se encontró un tumor sólido blanquecino, protruyendo hacia el cérvix, de 3x2 cm, sin necrosis ni hemorragia.

**Resultados:** El estudio histopatológico mostró un carcinoma escamoso invasor queratinizante bien diferenciado no asociado a HPV (estudio por PCR) con permeación tumoral linfovascular y endometrio no tumoral involutivo. P16 y WT1 negativos. La inclusión completa del cérvix no mostró carcinoma. En ovario derecho presentó un fibroma de 1,8 cm.

**Conclusión:** El inmunofenotipo del PSCCE es heterogéneo, existiendo un limitado número de casos, con expresión de marcadores de epitelio escamoso y WT1 negativo. Su comportamiento depende del estadio. El diagnóstico preoperatorio es complejo por lo que se propone usar técnicas complementarias como las mencionadas para mejor caracterización, diagnóstico y posterior elección de tratamiento. Palabras clave: Dermatopatología, neoplasias cutáneas no melanocíticas, PD-L1.

**Palabras clave:** carcinoma escamoso primario endometrial, endometrio, patología

## TUMORES UTERINOS MIXTOS ESTROMAL ENDOMETRIAL- MUSCULAR LISO. REPORTE DE DOS CASOS: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS CON IMPACTO EN EL MANEJO CLÍNICO”

Yumay Pires N<sup>1</sup>, Adriana Castiblanco G<sup>1</sup>, Gonzalo Carrasco A<sup>1</sup>

1 Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Los tumores mixtos estromal endometrial-muscular liso son una variante de nódulos estromales y sarcomas del estroma endometrial de bajo grado con similares características microscópicas, patrón inmunohistoquímico y la mayoría de ambos con fusión JAZF1-SUZ12, debiendo presentar al menos 30% de cada componente. Estas similitudes pueden dificultar su distinción y generar confusión con leiomioma celular. Sin embargo, estos tumores difieren en su invasividad estromal-linfovascular y en su pronóstico.

### Reporte de casos

**Caso 1:** paciente de 53 años histerectomizada por nódulo mural, 4,7 cm, grisblanquecino, con centro blancoamarillento, blando, sin focos de invasión ni permeaciones.

**Caso 2:** paciente de 35 años con “miomectomía” de 1,4 y 4 cm, blanquecinos, firmes, con invasividad no evaluable.

En ambos casos con zonas de tipo estroma endometrial proliferativo CD10 positivas y ovillos con células de tipo muscular liso h-caldesmón positivas y células de tipo estromal endometrial, sin atipias, necrosis ni mitosis.

En el caso 1 se diagnosticó nódulo estromal endometrial con diferenciación muscular lisa, considerándose tratada, en el caso 2 tumor mixto estromal endometrial-muscular liso con diagnósticos diferenciales: nódulo estromal versus sarcoma del estroma endometrial de bajo grado, decidiéndose control y eventual histerectomía posterior.

**Conclusiones:** Estos casos ilustran la necesidad del conocimiento de variantes en tumores estromales uterinos, sus diagnósticos diferenciales y las limitaciones relacionadas con el tipo de muestra, subrayando la importancia del diagnóstico anatómopatológico y su impacto en el manejo clínico de las pacientes.

## LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A IMPLANTES MAMARIOS ¿EXISTE SUBREGISTRO?

Ana Milena Robledo Correa, María Eugenia Duque Franco

Médica patóloga independiente

**Introducción:** Durante los últimos 6 meses, en nuestro laboratorio diagnosticamos 2 casos de linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis mamarias entre 622 cápsulas peri protésicas evaluadas, lo cual superaría significativamente la incidencia estimada de dicha enfermedad.

**Método:** Este corresponde al segundo de los 2 casos identificados: Paciente de 65 años con mastalgia prequirúrgica, seroma derecho tardío, implantación de prótesis mamarias texturizadas en 2001 con cambio en 2012 y llevada a explantación en enero de 2024 con capsulectomía sub total. Analizamos ambas piezas quirúrgicas con microscopía de luz convencional y complementariamente con inmunohistoquímica.

**Resultados:** La cápsula peri protésica derecha presentaba necrosis en la cara interna, grupos de células linfoides atípicas de núcleo grande, cromatina irregular, pleomorfismo y nucléolos prominentes, con positividad para CD30 y CD4, expresión focal para EMA, Ki67 de 85% con CD45,CD3,CD5,CD7,CD y ALK-1 negativos.

**El diagnóstico fue:** trastorno linfoproliferativo con perfil inmunohistoquímico de linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios con compromiso de la superficie interna de la cápsula.

**Conclusiones:** Diagnosticar dos de estas lesiones en menos de 1000 especímenes y en un periodo de 6 meses, sugiere que existe sub registro ya que la incidencia estimada de la enfermedad oscila entre 1/ 2.850 y 1/ 30.000 pacientes portadoras de implantes; por lo tanto, consideramos necesario buscar esta lesión de manera más activa y sistemática y desarrollar más estudios para salvaguardar la vida de las pacientes.

**Palabras clave:** Linfoma, prótesis mamarias, subregistro

## TUMOR MESENQUIMAL MIXOIDE PRIMITIVO DE LA INFANCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

1. Dr. Barrientos Pereira, Andrés. Residente Anatomía Patológica Hospital Clínico Universidad de Chile – Rotación Anatomía Patológica Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna.
2. Dra. Elisa Alcalde, Elisa. Anatomopatóloga Hospital Luis Calvo Mackenna.
3. Dra. Gómez, Paloma. Anatomopatóloga Hospital Luis Calvo Mackenna.
4. Dra. Delgado, Alejandra. Cirugía Infantil Hospital Luis Calvo Mackenna.
5. Dra. González, Gloria. Cirugía Infantil Oncología Hospital Luis Calvo Mackenna.

La familia de tumores del gen represor BCL-6 ligado a X (BCOR) incluye una serie de tumores indiferenciados en riñón, útero, cerebro y tejidos blandos/hueso. Los sarcomas indiferenciados pediátricos que surgen en tejidos blandos/huesos, caracterizados por genes de fusión *BCOR* *oncogénicos* o duplicaciones internas en tándem en *BCOR* presentan un fenotipo histopatológico de células fusiformes y redondas, generalmente dentro de un fondo mixoide.

Corresponde a paciente de sexo femenino de 2 meses de vida que evoluciona con cuadro de dificultad respiratoria progresiva secundaria a masa intratorácica que se diagnóstica como Tumor mesenquimal mixoide primitivo de la infancia. Este Tumor forma parte de la familia de los sarcomas BCOR, cuya evolución clínica suele ser indolente, con múltiples recidivas en algunos pacientes. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica-imagenológica y luego histopatológica en conjunto con la confirmación de la alteración del gen BCOR.

Las estrategias de tratamiento se han centrado la resección quirúrgica cuando es factible. En ocasiones se complementa con ciclos quimioterapia utilizada para otros tipos de sarcomas, sin embargo, ningún régimen de quimioterapia se ha establecido como un tratamiento estándar para los tumores irresecables. La supervivencia general a 5 años es del 75%; la supervivencia libre de enfermedad es del 70 %.

Diagnosticar un tumor mesenquimal mixoide primitivo de la infancia no solo es importante para el manejo clínico del paciente individual, sino también para avanzar en la comprensión y el tratamiento específico para esta enfermedad.

**Palabras Claves:** Sarcoma indiferenciado, tumor mesenquimal mixoide primitivo de la infancia, BCOR.