



118ª REUNIÓN TERRITORIAL VALENCIANA DE LA SEAP

CASO CLÍNICO

Henry Mojica

Monica Sebastián, Cristina Monzó, Reina Jiménez Duque,
Nayara Pérez, Paul Andrade.

Servicio de Anatomía Patológica
Hospital General Universitario de
Castellón

Historia clínica

Mujer de 51 años,
fumadora 30
cigarrillos al día.

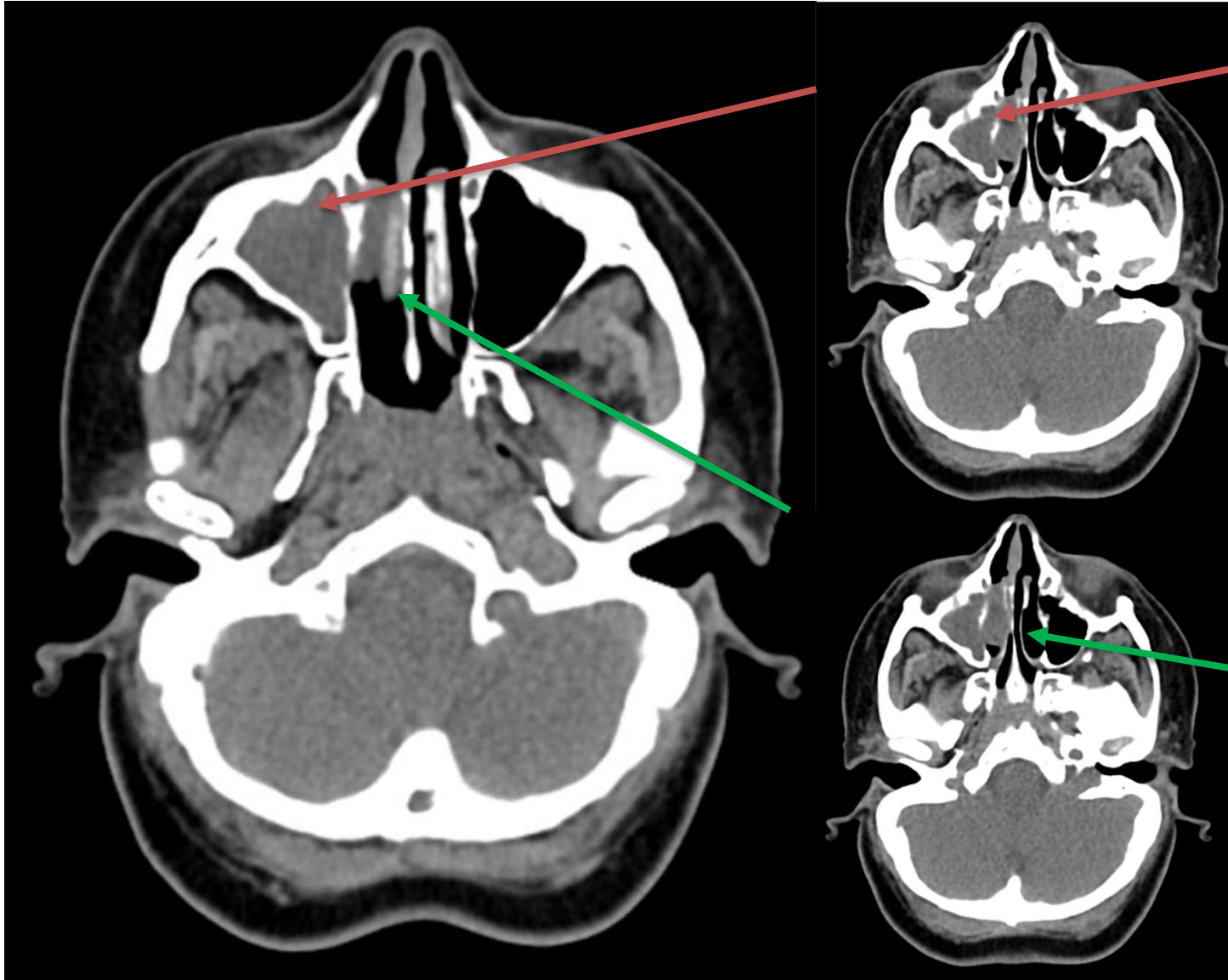
Hipertensión
arterial, dislipemia,
síndrome
metabólico.

Pólipo antro-
coanal en fosa
nasal derecha.

Síntomas riníticos
vasomotores.

Sin respuesta a
antihistamínicos y
corticoides
intranasales.

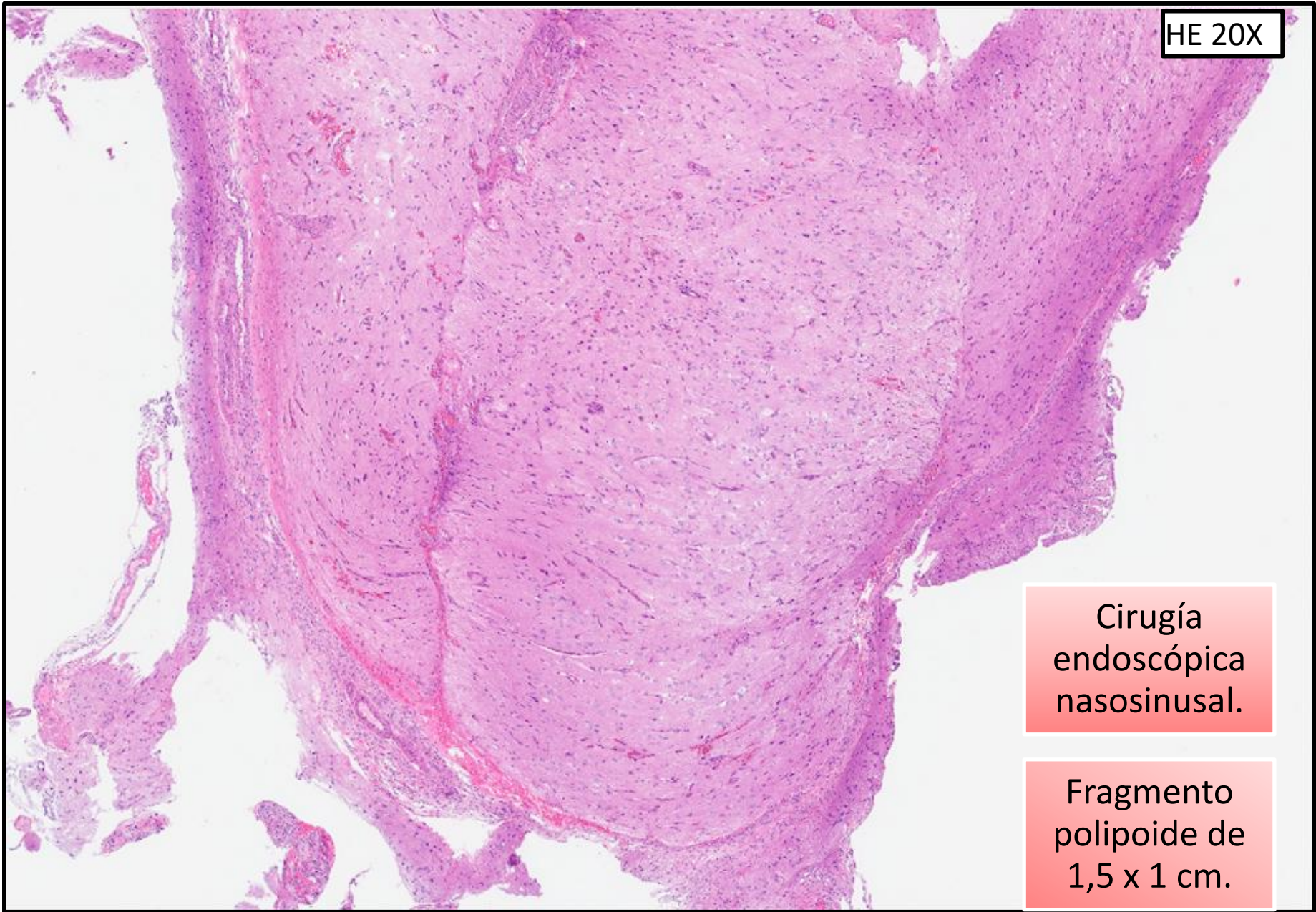
TAC Senos paranasales



Ocupación total del seno maxilar derecho, ostium de drenaje y región infundibular.

Imagen de densidad de partes blandas, ovoidea de 26 x 10mm que ocupa el meato medio derecho desplazando el cornete medio.

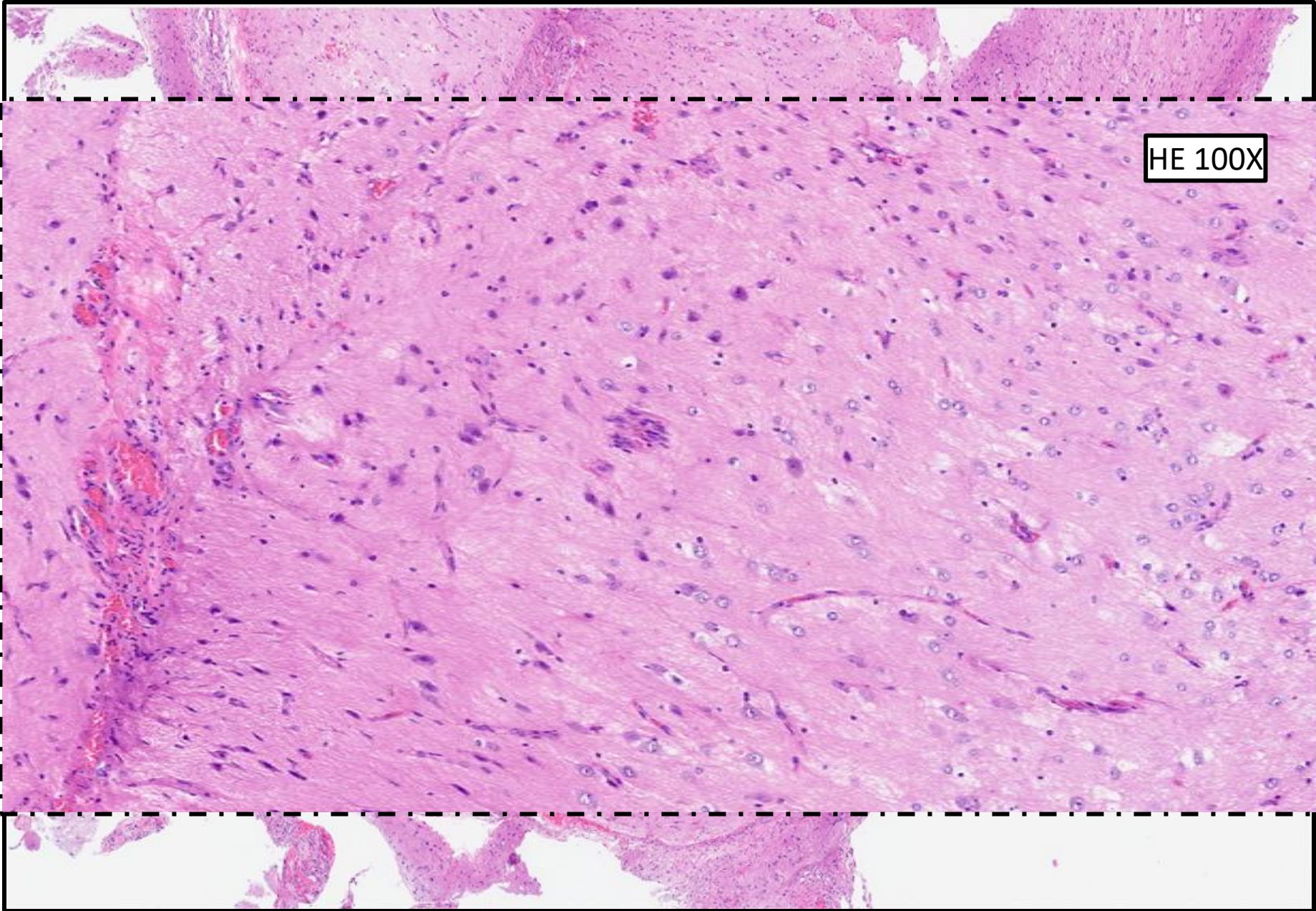
HE 20X



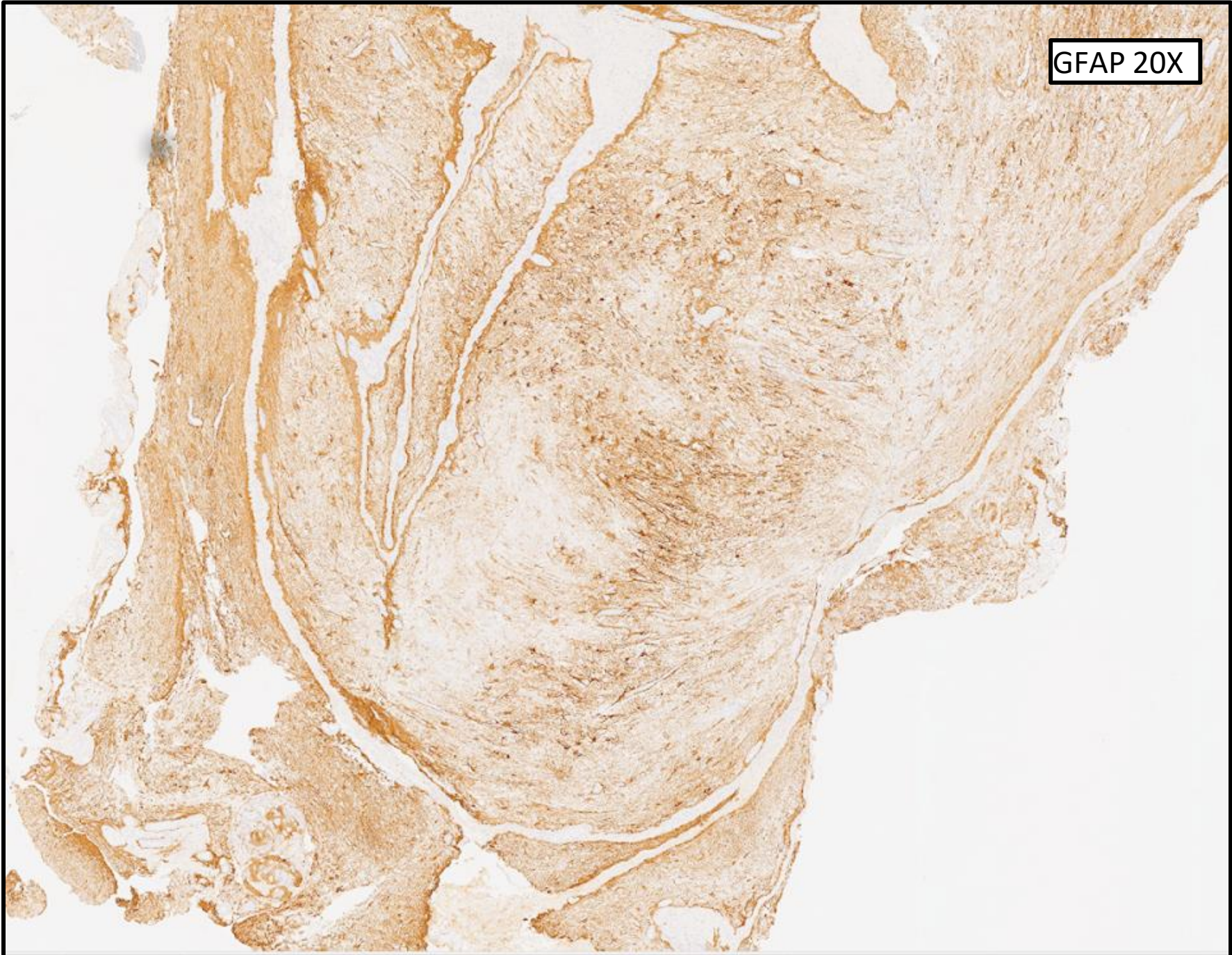
Cirugía
endoscópica
nasosinusal.

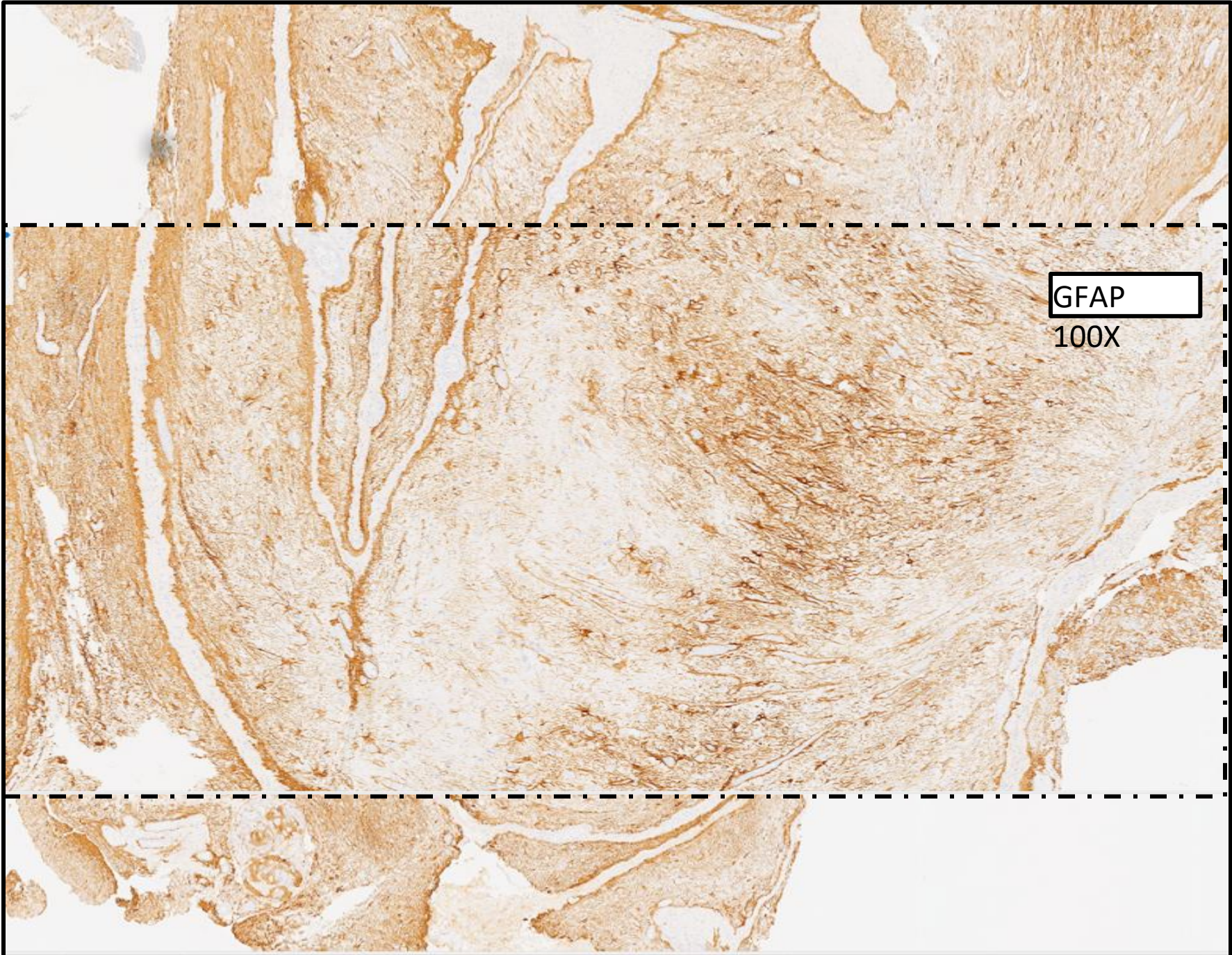
Fragmento
polipoide de
1,5 x 1 cm.

HE 100X



GFAP 20X

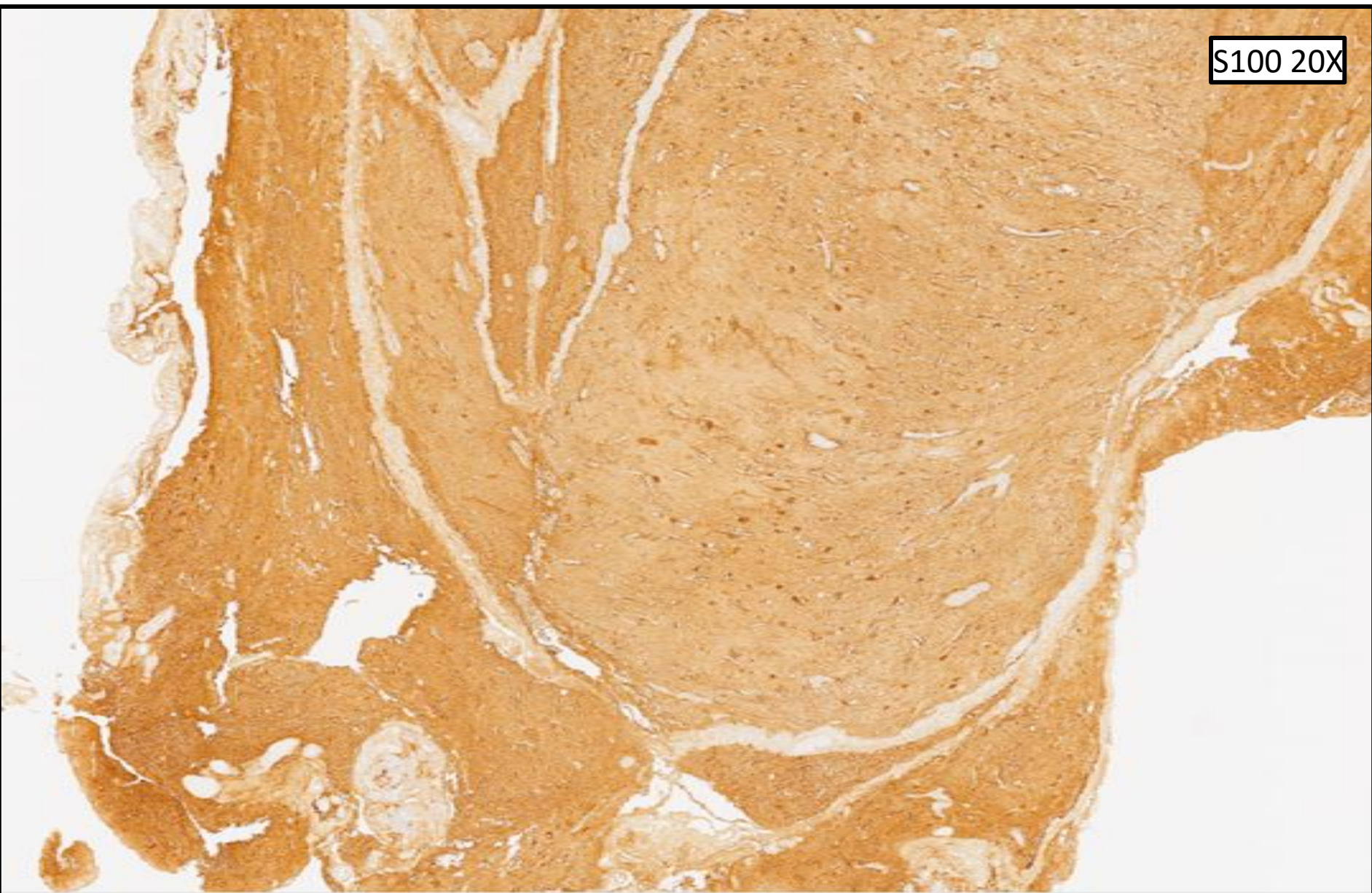




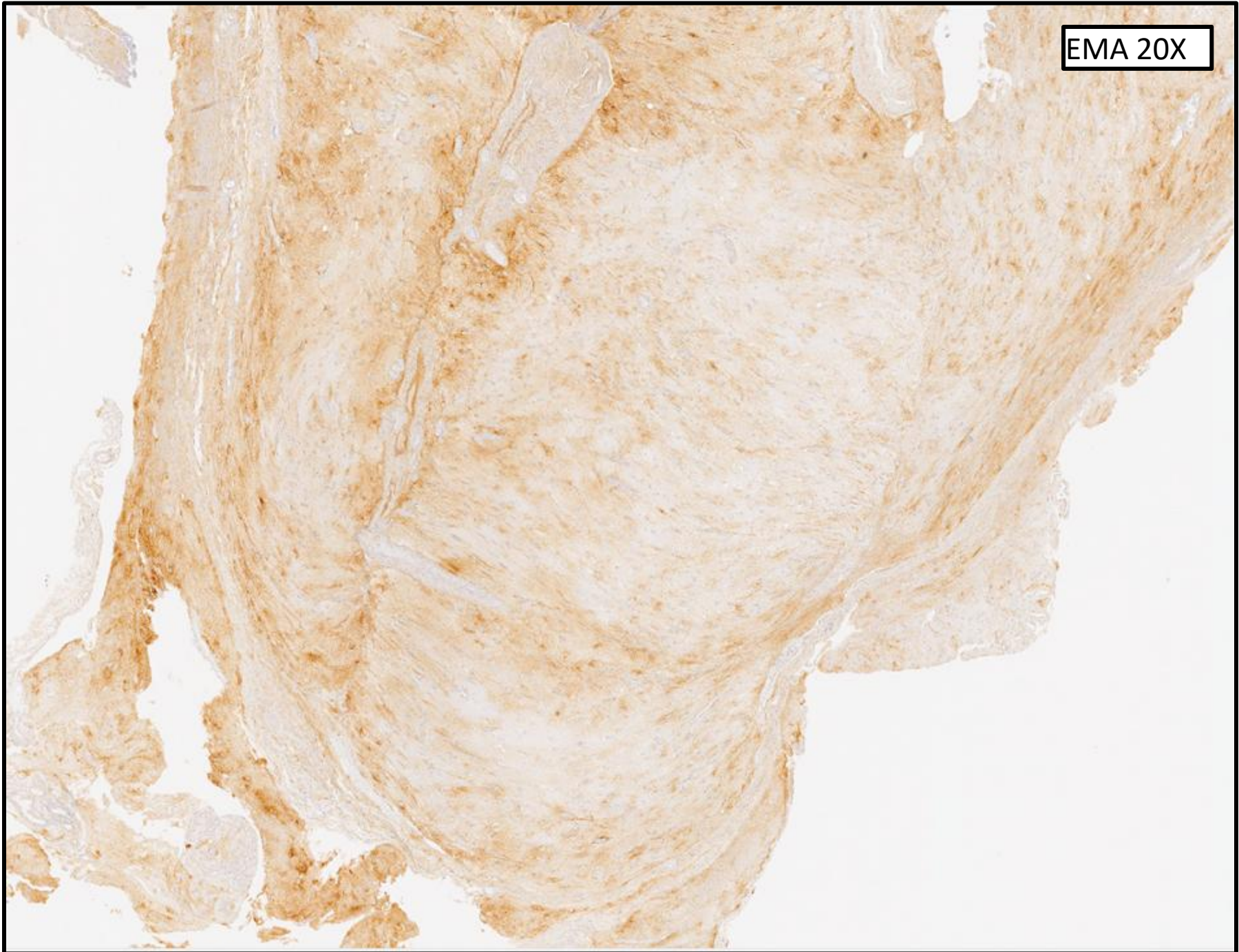
GFAP

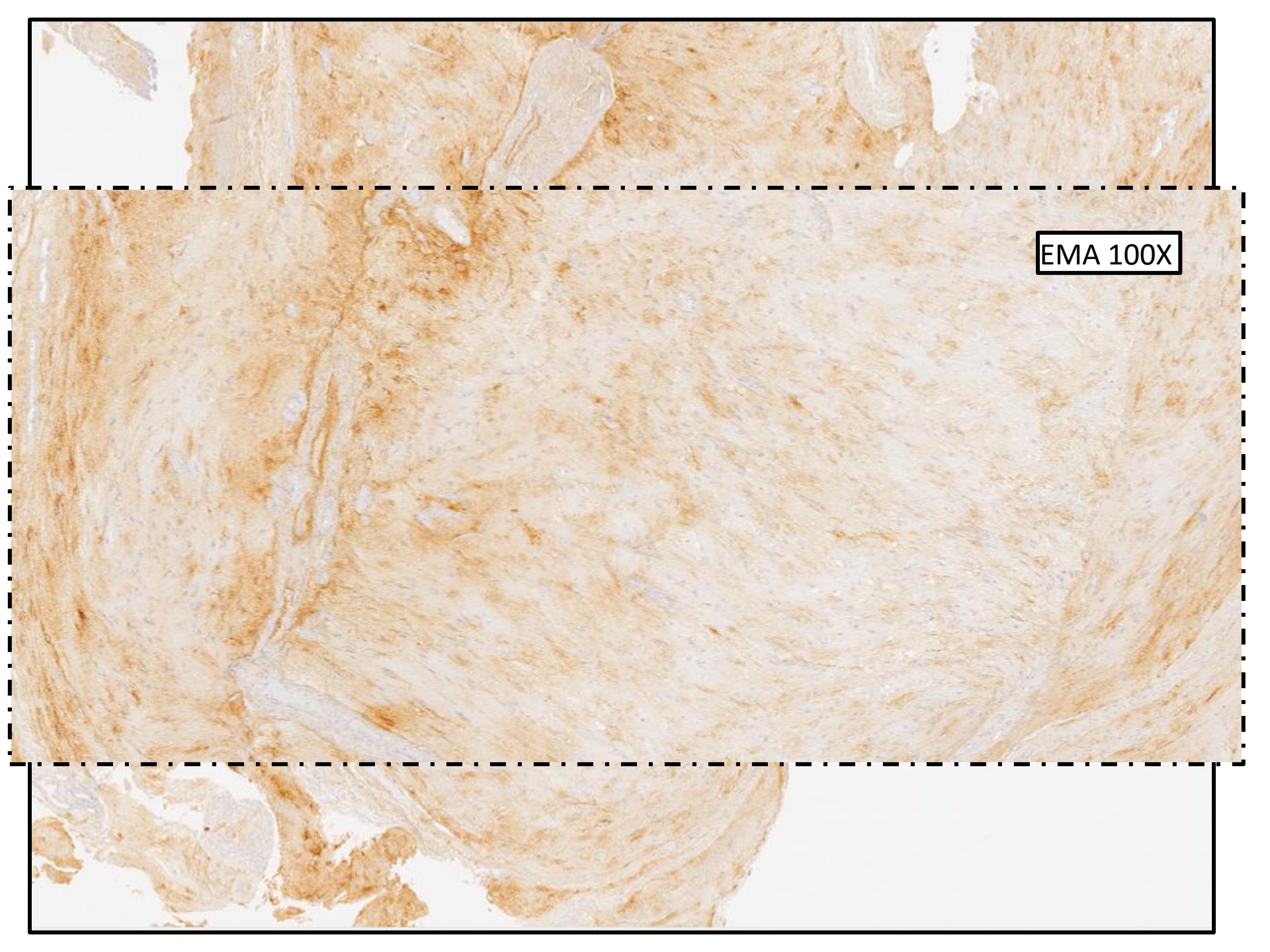
100X

S100 20X



EMA 20X

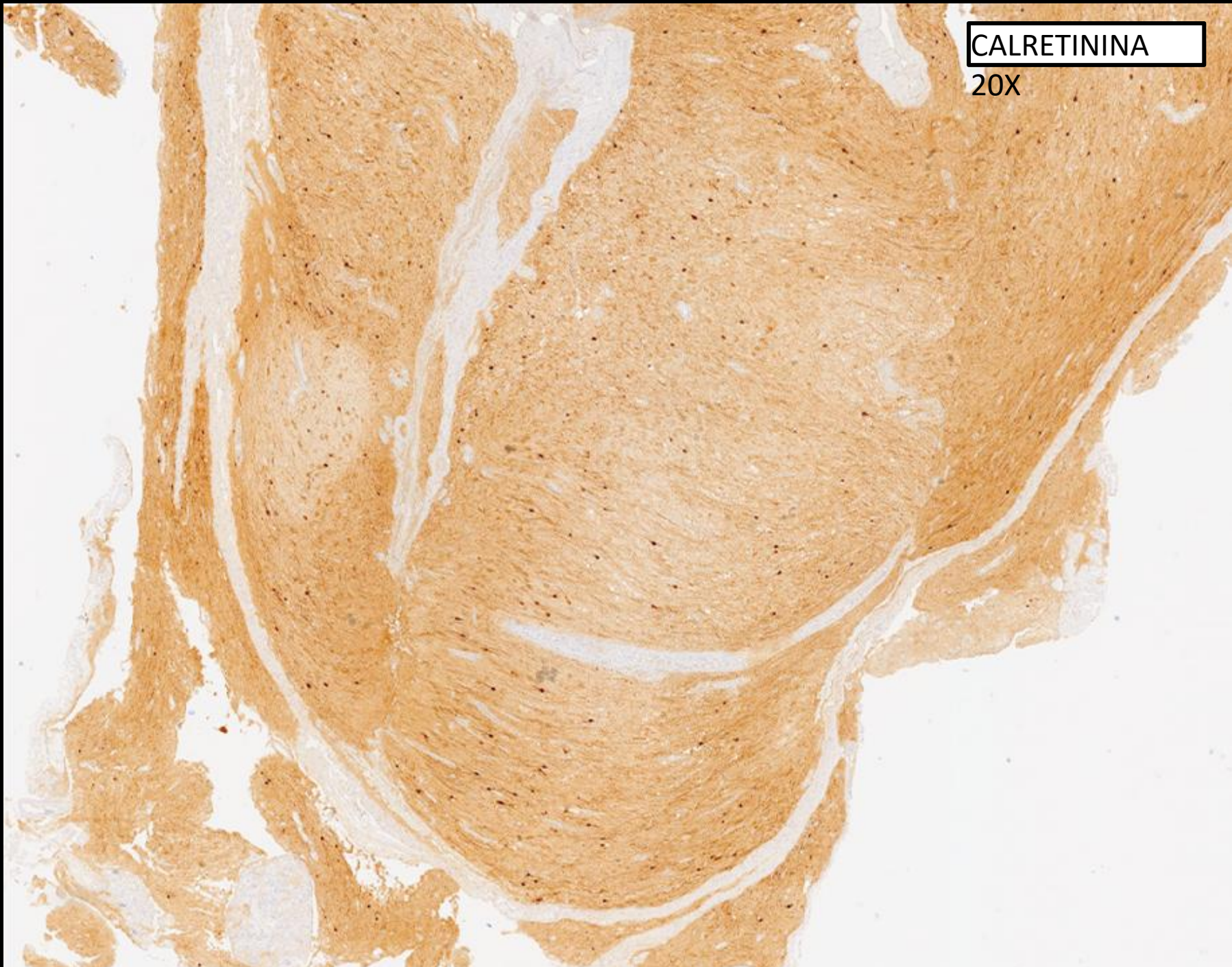


A histological section of tissue stained with EMA (Elastic Masson's Aldehyde) at 100X magnification. The tissue shows a dense, fibrous structure with a prominent, wavy, and somewhat irregular pattern of fibers. The color is a mix of light tan and brownish-yellow, with some darker, more intensely stained areas. The overall appearance is that of a highly organized, fibrous tissue, possibly a connective tissue or a specialized epithelial layer. The staining highlights the elastic fibers, which are characteristic of certain types of connective tissue. The magnification of 100X allows for a detailed view of the individual fibers and their arrangement.

EMA 100X

CALRETININA

20X

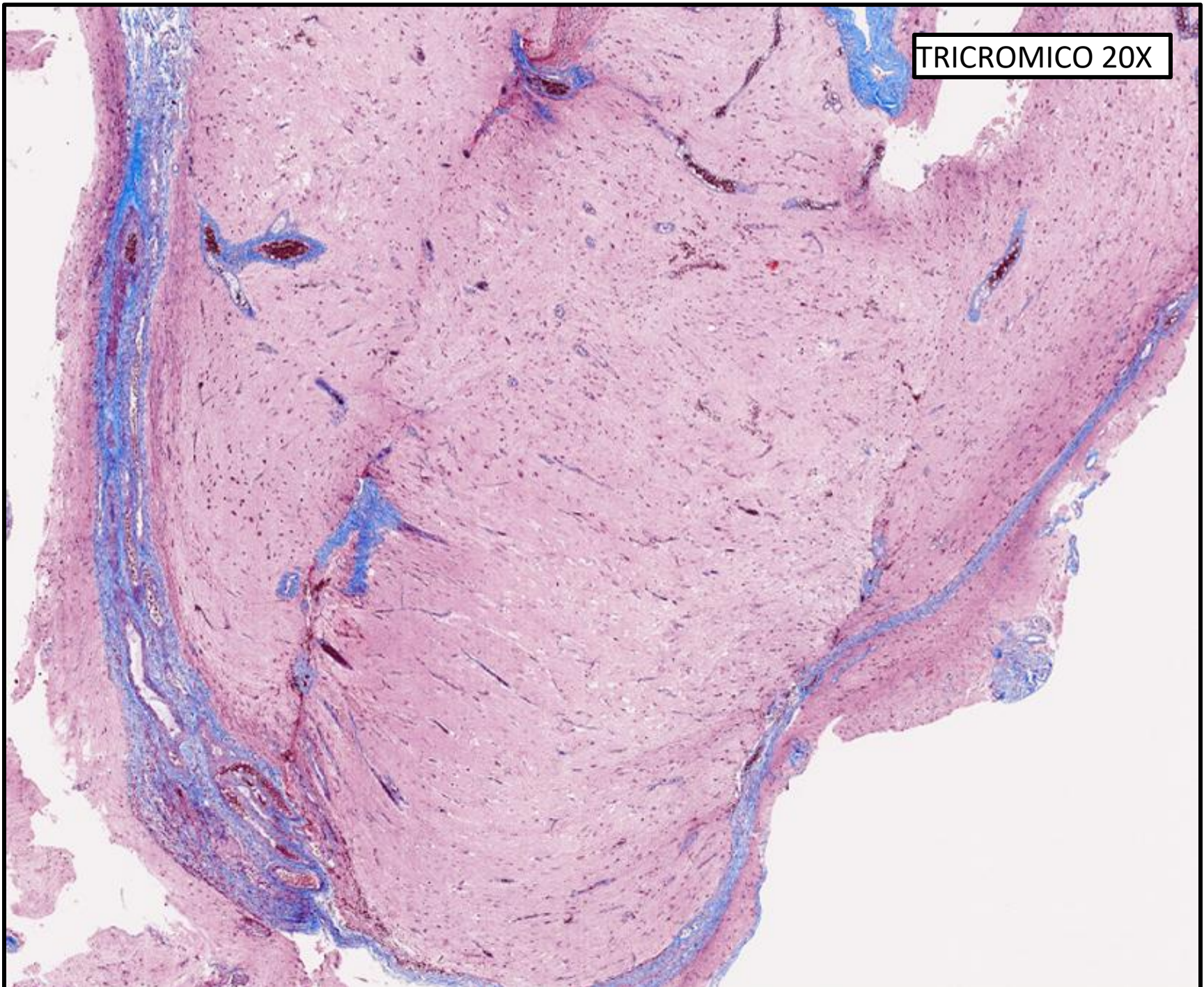


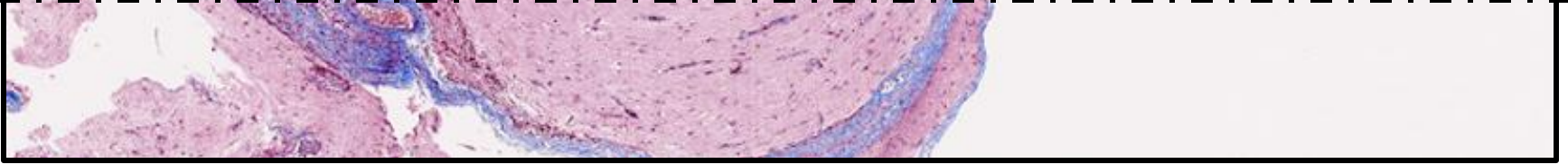
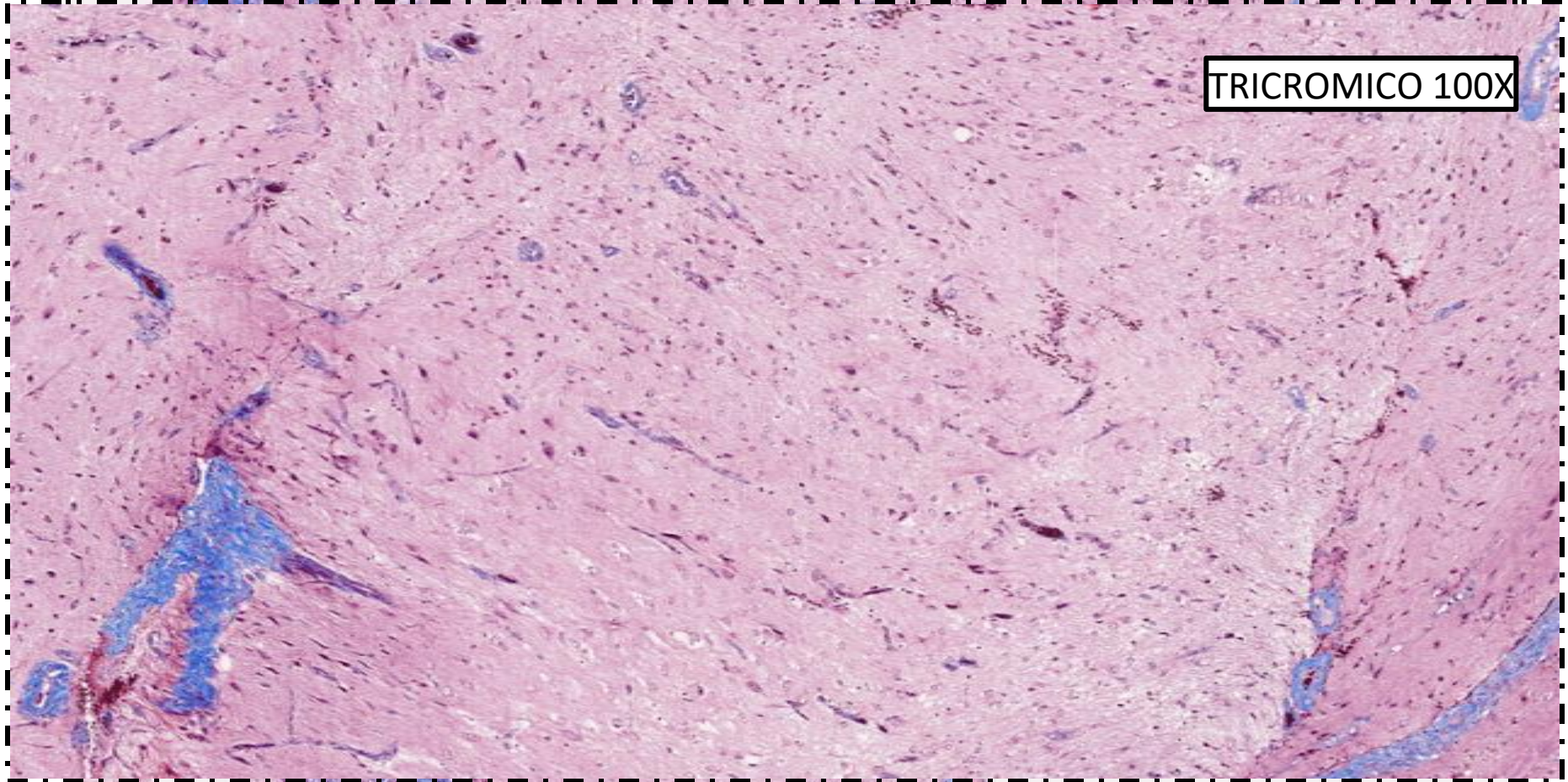
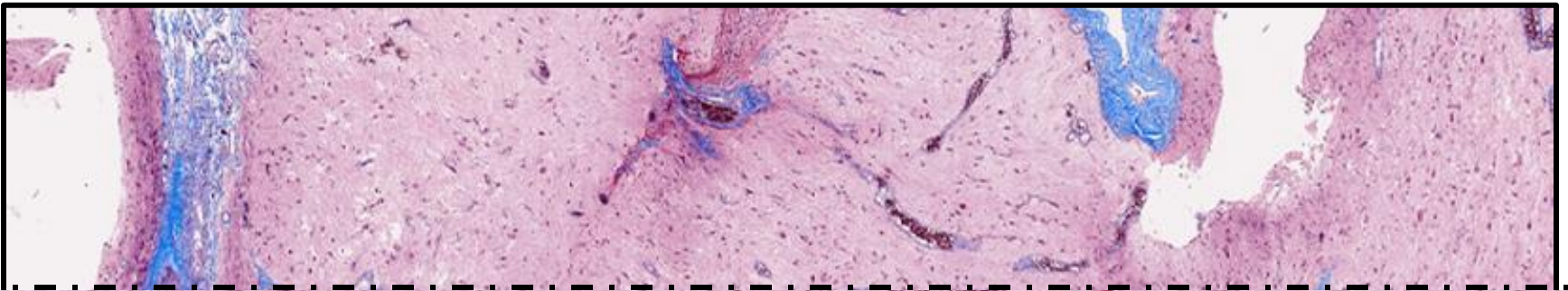


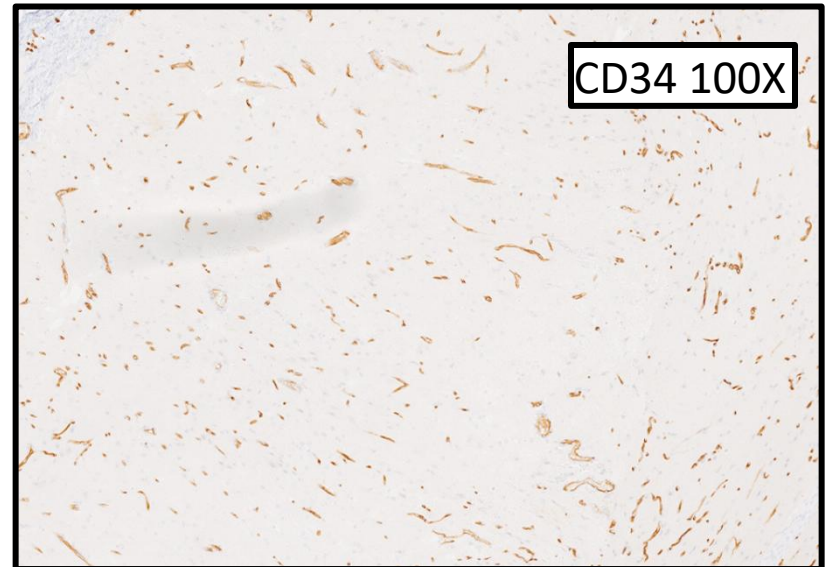
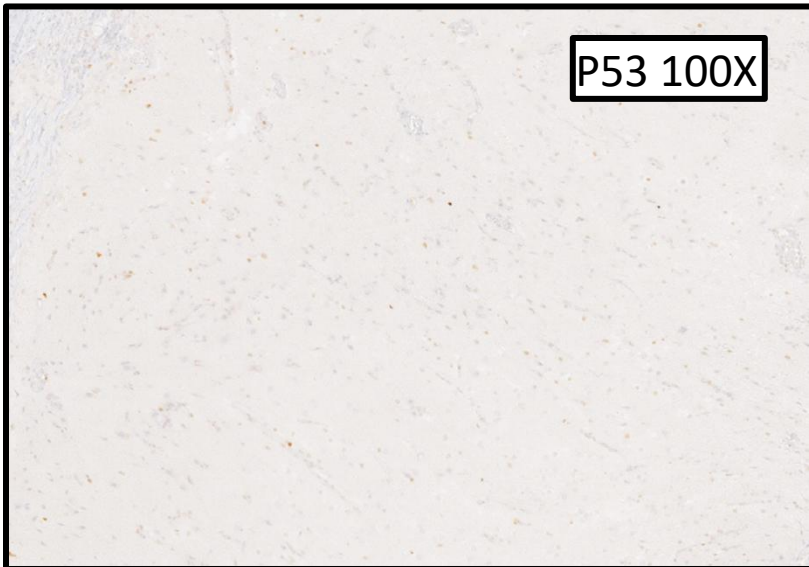
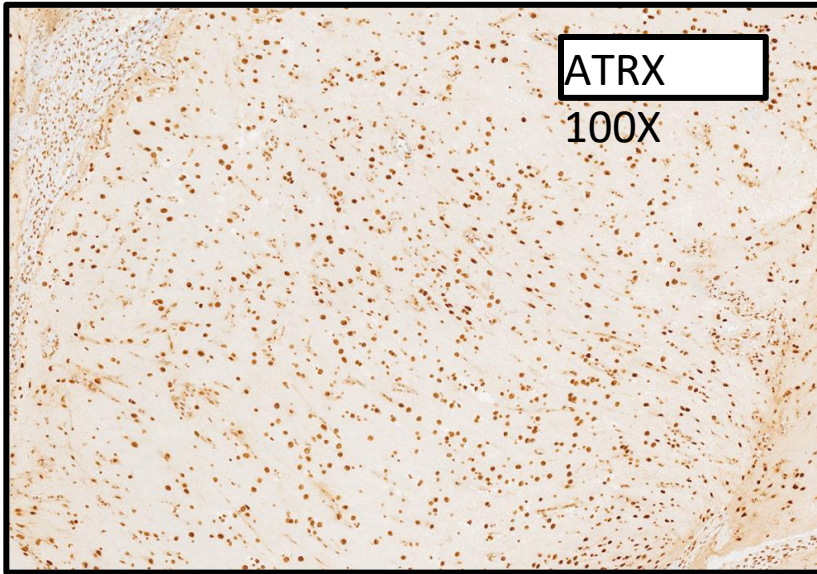
CALRETININA

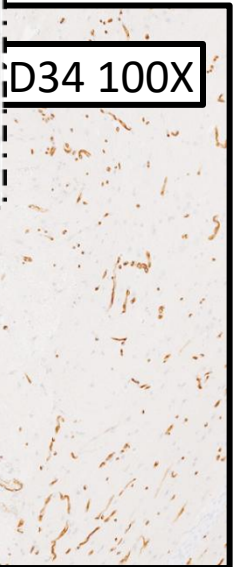
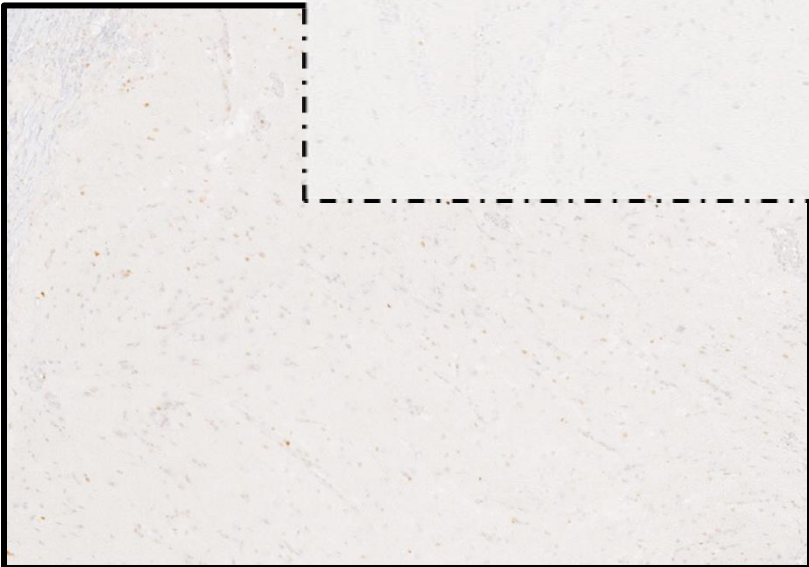
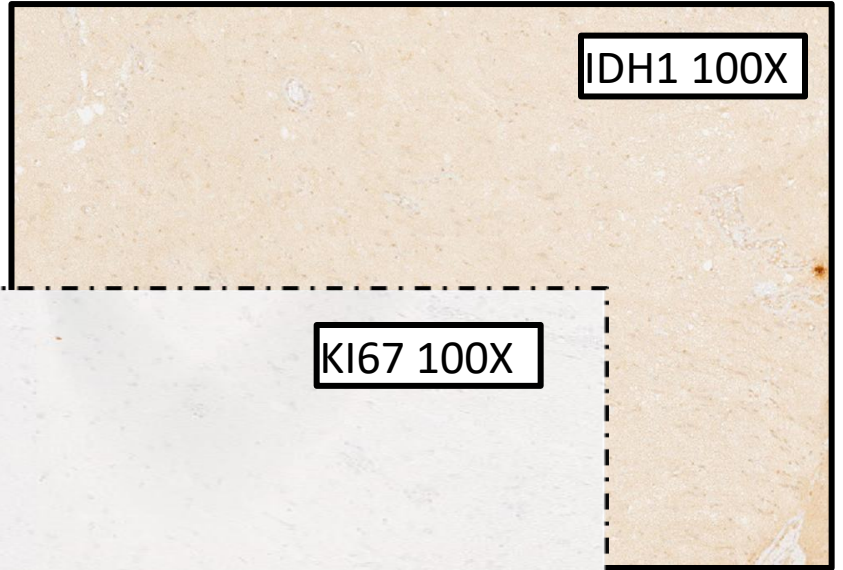
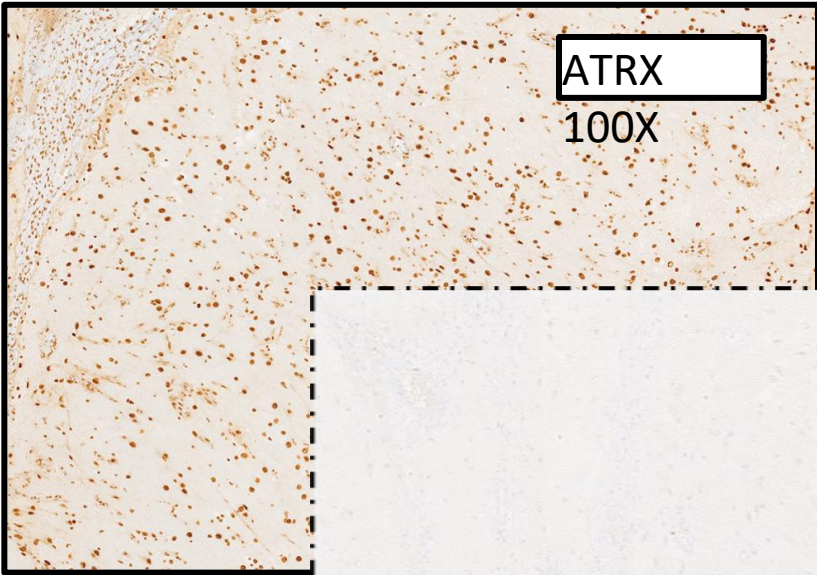
100X

TRICROMICO 20X









DIAGNÓSTICO

ENCEFALOCELE

Vs

TEJIDO HETEROTÓPICO

GLIAL

DIAGNÓSTICO

ENCEFALOCELE

TEJIDO HETEROTÓPICO GLIAL

Clínicamente similares y no se han determinado claramente diferencias histopatológicas:
Ambas lesiones están compuestas por proporciones variables de neuronas y glía.

- Cubierto por epitelio columnar o cuboidal.
- Capas de leptomeninges rodeando estructuras neurales.
- Tejido cerebral usualmente maduro compuesto por neuronas y astrocitos.

- Proporción variable de neuronas y glía.
- Componentes de la neuroglia como astrocitos, neuronas o células ependimales.
- Gliosis reactiva.
- Usualmente sin estructuras leptomeningeadas, ependimarias o del plexo coroide.

DIAGNÓSTICO

ENCEFALOCELE

TEJIDO HETEROTÓPICO GLIAL

Clínicamente similares y no se han determinado claramente diferencias histopatológicas:
Ambas lesiones están compuestas por proporciones variables de neuronas y glia.

- Cubierto por epitelio columnar o cuboidal.
- Capas de leptomeninges rodeando estructuras neurales.
- Tejido cerebral usualmente maduro compuesto por neuronas y astrocitos.

- Proporción variable de neuronas y glía.
- Componentes de la neuroglia como astrocitos, neuronas o células endodimales.
- Gliosis reactiva.
- Usualmente sin estructuras leptomeningeadas, endodimarias o del plexo coroide.

Masas poliploides que crecen con el paciente.

ENCEFALOCELE

- ❑ Herniación del componente intracraneal a través de un defecto del desarrollo de la base del cráneo.
- ❑ Trans-etmoidal, eseno-etmoidal, trans-esfenoidal, eseno-orbital, naso-frontal, naso-etmoidal, naso-orbital.
- ❑ TAC: defecto óseo del desarrollo de la base del cráneo.
- ❑ RNM:

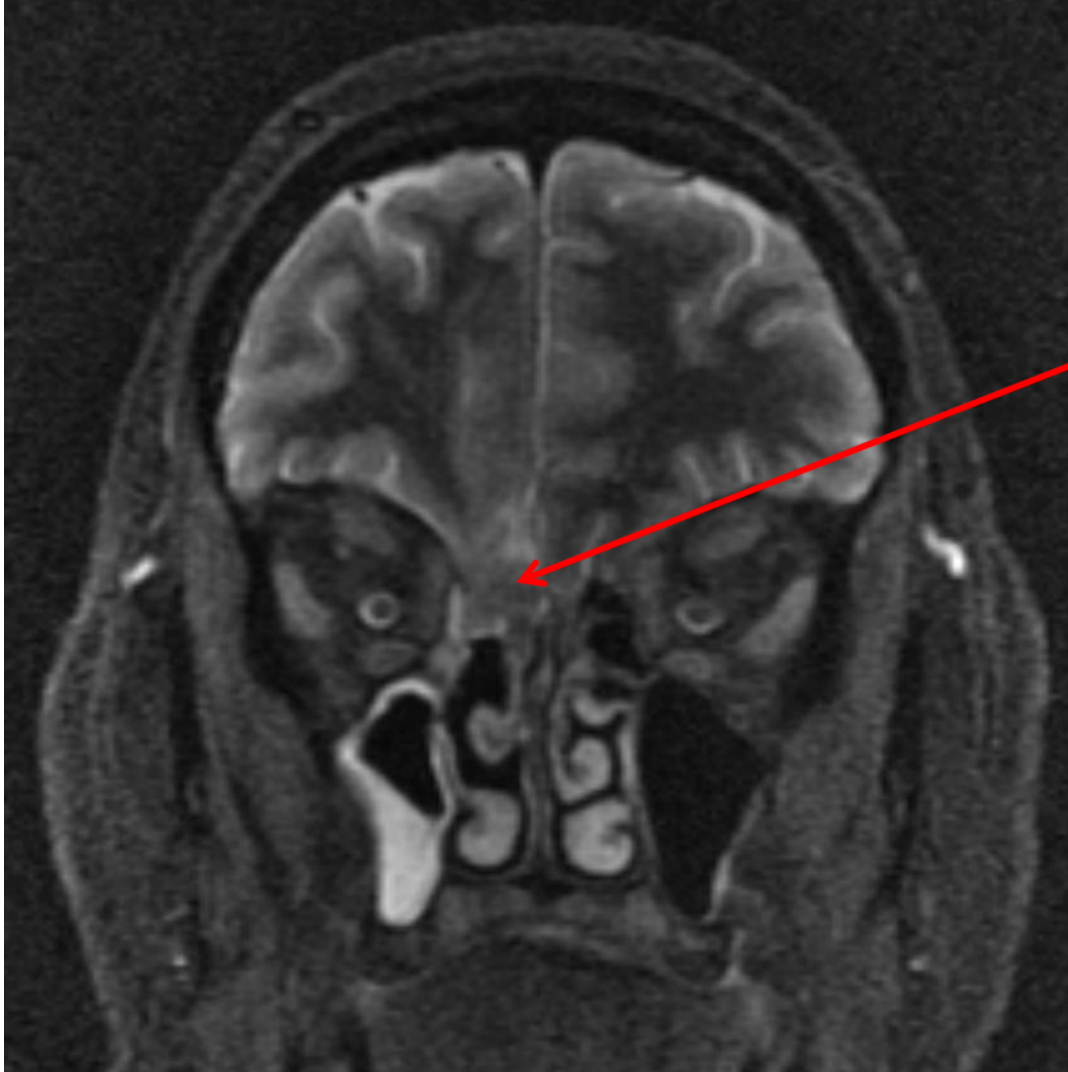
HERNIACIÓN DE TEJIDO INTRACRANEAL QUE TIENE CONTINUIDAD CON EL CEREBRO.

TEJIDO HETEROTÓPICO GLIAL

- ❑ Atrapamiento de tejido neuroectodermo durante el cierre dural o una forma discontinua de encefalocele.
- ❑ Usualmente glabelar, dorso nasal o intranasal.
- ❑ TAC: puede revelar un defecto óseo.
- ❑ RNM:

DISCONTINUIDAD CON EL PARÉNQUIMA CEREBRAL.

DESPUÉS



En el lado derecho desplazamiento caudal hacia celdillas etmoides, con imágenes compatibles con defecto óseo de la lamina cribosa para-sagital derecha

CONCLUSIONES

- Disrupción del proceso de desarrollo embrionario en la región fronto-nasal.
- Raros, cirugía es el único método de tratamiento para prevenir complicaciones inflamatorias locales e intracraneales.
- Imágenes diagnósticas son fundamentales así como el examen físico y la histopatología.
- Histopatológicamente no hay diferencias claras.

BIBLIOGRAFÍA

- Kotowski M. The differential diagnosis of congenital developmental Midline nasal masses: Histopathological, clinical, and radiological aspects. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023 [citado el 3 de diciembre de 2023];13(17):2796. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13172796>
- Juan Rosai. Rosai and Ackerman's. *Surgical Pathology*. Tenth edition. Vol. 1
- Mills SE. *Histology for Pathologists*. 4a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Rekhtman N, Baine M, A. J. *Quick reference handbook for surgical pathologists*. 2a ed. Basilea, Suiza: Springer International Publishing; 2019.
- Macfarlane R, Rutka JT, Armstrong D, Phillips J, Posnick J, Forte V, et al. Encephaloceles of the anterior cranial Fossa. *Pediatr Neurosurg* [Internet]. 1995;23(3):148–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000120952>
- Penner CR, Thompson L. Nasal glial heterotopia: a clinicopathologic and immunophenotypic analysis of 10 cases with a review of the literature. *Ann Diagn Pathol* [Internet]. 2003;7(6):354–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2003.09.010>



GRACIAS