

Revista Argentina de Morfología

MIEMBROS FUNDADORES DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Médica Sonia M. Alonso Salas | Prof. Dr. César Aranega | Prof. Dr. Rodolfo Ávila |
| Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier | Prof. Dr. Enrique Castellani | Prof. Médico Oscar Castellanos |
| Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro | Prof. Dr. Alberto Gustavo Corball | Prof. Médico Rubén D'Agostino |
| Prof. Dr. Luis M. Defagot | Médico Gabriel A. Femopase | Prof. Médico Joaquín Fernández |
| Prof. Dra. Mónica Glocker | Prof. Médica Liliana Grandi | Médica Miriam L. Hidalgo de Femopase |
| Prof. Dr. Esteban Jáuregui | Prof. Ignacio F. Lares | Prof. Lic. Oscar Alfredo Méndez Loyola |
| Prof. Dra. Rosa E. Páez | Prof. Médico Héctor Ríos | Prof. Médico Marcelo Ruggieri |
| Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio | Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio | Prof. Dra. María Elena Samar |
| Prof. Médico Nestor Simondi | Prof. Lic. Alicia Tobares | Prof. Médico Sergio Traverso |

MIEMBROS ACTIVOS DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Prof. Dr. César Aranega | Prof. Dr. Rodolfo Ávila | Téc. Lab. Rosario Barello |
| Prof. Dr. Edgardo Bettucci | Prof. Dr. Enrique Castellani | Prof. Médico Oscar Castellanos |
| Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro | Prof. Dra. María Rosa Chaig | Prof. Dr. Alberto G. Corball |
| Prof. Médico Esteban Criado Del Río | Prof. Médico Rubén D'Agostino | Prof. Dr. Luis M. Defagot |
| Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier | Prof. Médico Gabriel A. Femopase | Prof. Médico Joaquín Fernández |
| Mgter. M. Vet. Noemí Friedrich | Prof. Dra. Mónica Glocker | Prof. Médica Liliana Grandi |
| Médica Miriam L. Hidalgo de Femopase | Prof. Dr. Esteban Jáuregui | Prof. Ignacio F. Lares |
| Prof. Médico Sebastián López Bubica | Prof. Dr. José M. Mariconde | Prof. Lic. Oscar A. Méndez Loyola |
| Prof. Dr. Vicente A. Montenegro | Prof. Dra. Rosa E. Páez | Prof. Médico Héctor Ríos |
| Prof. Médico Marcelo Ruggieri | Médica Sonia M. Alonso Salas | Prof. Dra. María Elena Samar |
| Prof. Dr. Carlos A. Sánchez Carpio | Prof. Dr. Diego G. Sánchez Carpio | Prof. Dr. Néstor G. Simondi |
| Prof. Lic. Alicia Tobares | Prof. Médico Sergio Traverso | Prof. Médico Néstor Villegas |

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR HONORARIO

Prof. Carlos Sánchez Carpio

DIRECTORES EDITORIALES

Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio

Prof. Dr. Néstor Simondi

EDITORES ASOCIADOS

Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier

Prof. Dra. María Rosa Chaig

EDITOR

Sr. Alfredo E. Benito

MIEMBRO HONORÍFICO

Prof. Dr. Rogelio Pizzi

COMITÉ DE REDACCIÓN

| | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Prof. Dr. Alberto G. Corball (UNC) | Prof. Dr. José M. Mariconde (h) (UNC) | Prof. Dr. Roberto Brain (UNC) |
| Prof. Dr. Vicente A Montenegro (UNC) | Prof. Dra. Onell Gabriela Asís (UNC) | Prof. Dra. Ana María Juárez (UNC) |
| Prof. Dra. María Susana Kein (UNC) | Prof. Dra. Marta Furnes (UNC) | Prof. Dra. Reina Kaplan (UNC) |
| Prof. Méd. Rodolfo Castro Pizarro (UNC) | Prof. Méd. Sergio Traverso (UNC) | Méd. Marcelo Pagani (UNC) |
| Méd. Sebastián López Bubica (UNC) | Méd. Víctor Villarroel Saavedra (UNC) | Mgter Med. Vet. Noemi Friedrich (UNC) |
| Lic. Liliana Noemí Vega (UNC) | Dra. Fono. María V. Salinas (UNSL) | Lic. Alicia Hernández (UNC) |
| Lic. Comunic. Raúl AN Falcón (UNSL) | Lic. Fono. Norma B. Hernández (UNSL) | |

CONSULTORES NACIONALES

| | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| Prof. Dr. César I. Aranega (UNC) | Prof. Dr. Rodolfo Ávila (UNC) | Prof. Dr. Carlos F. Buonanote |
| Prof. Dr. Ricardo Cortés (UNC) | Prof. Dra. María Rosa Chaig (UNC) | Prof. Dr. Luis María Defagot |
| Prof. Dr. Ismael Fonseca (UNC) | Prof. Dr. Gustavo Irico (UNC) | Prof. Dr. Rolando B. Montenegro |
| Prof. Dr. Pedro Pizarro (UNC) | Prof. Dr. Daniel Salica (UNC) | Prof. Dr. Mario E. Zernotti |
| Prof. Dra. Marta Andrómaco (UNC) | Lic. Fonoaud. María E Funez (UNSL) | Prof. Leonor Gauna Añasco (FV-UBA) |
| Dr. Roberto M.Á. Colque (SCC) | Dr. Sergio Efrén Navarro (Méd Veterinario) | |

CONSULTORES INTERNACIONALES

Prof. Dr. Alejandro Peralta Soler (Dermatopathologist, Richfield Laboratory of Dermatopathology, Ameripath, Cincinnati, EEUU.)

Dr. Pablo Luis Sánchez (Departamento de Cirugía, División de Cirugía Cardíaca. Universidad de Maryland, EEUU.)

Prof. Marcelo N. Rivolta (Centre for Stem Cell Biology. Department of Biomedical Science The University of Sheffield, UK)

EDITORIAL

Es un compromiso inmenso la enseñanza en el postgrado, sobre todo en este caso en la Especialidad de Patología. Para ello desde hace 10 años surge la idea de otorgar a los alumnos de postgrado un espacio para presentar trabajos de su elaboración y escuchar conferencias de actualización temática. Las X JUPCO (Jornada Universitaria de Patólogos de Córdoba) da la oportunidad a todos los centros formadores en patología de Córdoba y a Patólogos de otros lugares, ex-residentes, a comunicar sus experiencias. En las X Jornadas realizadas el 29 de abril del 2022 contamos con la visita de la Dra. Cecilia Colombero (Bs. As.) que dictó su conferencia sobre Utilidad de la Biopsia Líquida y a continuación participaron médicos oncólogos y especialistas en patología ginecológica y pulmonar en una mesa debate. Fue un encuentro muy interesante y de buena comunicación académica.

***Dra. María Elisa Dionisio de Cabalier
Prof. Titular Iª Cátedra de Patología
Directora Centro Formador en Patología
Facultad de Ciencias Médicas. UNC.***

|

ÍNDICE / CONTENTS

| | |
|--|----|
| MIXOMA DE LA VAINA DEL NERVI (MVN) DÉRMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Rufino R, Rossetti D, Manrique V, Herrero M. Hospital Córdoba, Córdoba Capital. | 1 |
| CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE PIEL: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Martinello M, Villata A, Negri I, Mazzotta M, Cremonuzzi D. Servicio de Patología . Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC. | 2 |
| MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Ferro AA, Perret BL, Pérez JH, Cremonuzzi DC. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas, FCM, UNC. | 3 |
| METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO. Asia P, Kurpis M, Calafat P. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. | 4 |
| METÁSTASIS BILATERAL EN OVARIO DE NEOPLASIA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: TUMOR DE KRUKENBERG. COMUNICACIÓN DE UN CASO. Taddei E, Villata AC, Rossetti D, Briancon M, Irico S. Servicio de Patología y Ginecología Hospital Nacional de Clínicas | 5 |
| CAMBIOS MORFOLÓGICOS SUBCELULARES EN CAPILARES PERITUBULARES RENALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS: IMPORTANCIA CLÍNICA. Villata AC, Faure E, Mukdsi J. Centro de Microscopia Electrónica - FCM-UNC | 6 |
| LA INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE GIST / ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Alessio Paez, L M, Martinello M, Rojo S., Negri I. Servicio de Oncología y Patología Hospital Nacional de Clínicas | 7 |
| NEOPLASIAS DE PLEURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN 16 AÑOS. Anglada Rossi MG, Armatti MA, Romano SdelM, Stuppa T, Cabalier MEDde. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC | 8 |
| ESTEATONECROSIS MAMARIA SIMULANDO LESIÓN MALIGNA: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Basanta Chao MB, Bongiori C, Trezza C, Asis G. Servicio de Patología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM.UNC. | 10 |
| TUMOR DERMOIDE CONJUNTIVAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Martinello M, Mazzotta M. Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC. | 11 |
| NEOPLASIA PANCREÁTICA INTRAEPITELIAL (PanIN) DE BAJO GRADO EN PÁNCREAS HETEROTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Cosatto N, Di Forte N, Eckhardt G, Marzoni J. Servicio de Anatomía patológica - Hospital Misericordia Nuevo Siglo. | 12 |
| CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR INVASOR VARIANTE OSTEOCLÁSTICA EN RESECCIÓN TRANSURETRAL: presentación de un caso. Ferro AA, Mazzotta MM, Cabalier MED. Servicio de Patología. Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC. | 13 |

Revista Argentina de Morfología

Año 2022, Volumen V Suplemento N° 1

recursos
fotográficos
EDITORIAL

Editorial:

recursos fotográficos. Ramírez de Arellano 770, Planta Baja, Local Comercial 1, B° Alta Córdoba - Teléfono y fax: (54) 351-8936883 - 0351-155523555 - Córdoba - Argentina - X5000ABD - Argentina. recfot@gmail.com - www.recfot.com.ar - www.benito.com.ar

ISSN 1852-8740

Tirada 50 ejemplares. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiar, registrador, etc.; sin permiso previo por escrito del Comité Editorial. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the authors and Publisher. La editorial recursos fotográficos no es responsable de las opiniones, imágenes, tablas, gráficos, ilustraciones y fotos publicadas por los autores. Diseño y edición: Alfredo E. Benito

|



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS
1° CÁTEDRA DE PATOLOGÍA
CENTRO FORMADOR DE PATOLOGÍA



X JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA (X JUPCO)

29 de abril 2022

AULA MAGNA (Hospital Nacional de Clínicas)

Directores Ejecutivos:

Prof. Dra. María Elisa Dionisio de Cabalier

Prof. Dr. David Cremonuzzi

Comité Científico:

Prof. Dra. Mary Kurpis, Prof. Dra. Gabriela Asis, Prof. Dra. Mónica Herrero,

Prof. Susana Szlabi, Prof. Dr. Marco Mazzotta

Secretarios Administrativos:

Alicia Lorena Martínez, Leandro D. Jodar Acosta

PROGRAMA

08:00hs. ACREDITACIÓN: AULA MAGNA

08:30 hs PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES I

Presidente: David Cremonuzzi

Secretaria: Inés Strelzik

08:30 hs. 1) MIXOMA DE LA VAINA DEL NERVIO (MVN) DÉRMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Rufino R., Rossetti D., Manrique V., Herrero M. Hospital Córdoba.

08:40 hs. 2) CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE PIEL: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Martinello M, Villata A, Negri I, Mazzotta M, Cremonuzzi D Servicio de Patología - Hospital Nacional de Clínicas.

08:50 hs. 3) MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Ferro AA, Perret BL, Pérez JH, Cremonuzzi DC. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas

09:00 hs.-4) METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO. Asia Paloma, Kurpis Maria, Calafat Patricia. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba.

09:10 hs.-5) METÁSTASIS BILATERAL EN OVARIO DE NEOPLASIA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: TUMOR DE KRUKENBERG: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Taddei E; Rossetti D. Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas

09:20 hs.-6) CAMBIOS MORFOLÓGICOS SUBCELULARES EN CAPILARES PERITUBULARES RENALES EN UNA

COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS: IMPORTANCIA CLÍNICA. Ana C. Villata, Erica Faure, Jorge Mukdsi. Centro de Microscopia Electrónica-FCM-UNC.

09:30. Hs- 7) LA INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE GIST / ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Alessio Paez, L M, Rojo Sandra, Negri Ideal. Servicio de Oncología y Patología Hospital Nacional de Clínicas.

09:40.- hs. COMENTARIOS

10:00.- hs. CAFÉ

10:20.HS CONFERENCIA CENTRAL: Dra. Cecilia Colombero (Bs. As). "Biopsia líquida: definiciones y aplicaciones en la oncología actual"

11,30 hs. Mesa Debate: Coordinadora: Dra. Verónica Bengiό. Integrantes: Prof. Dr. Sebastián Irico, Prof. Viviana Heller, Prof. Sandra Rojo, Prof. Justo López

12:30 hs. PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES II

Presidente: Alejandro Zaya

Secretario: Ismael Fonseca

12:30 hs. 8) NEOPLASIAS DE PLEURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN 16 AÑOS. Anglada Rossi M.G.; Armatti M.A.; Romano S. del M.; Stuppa, T.; Cabalier ME. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas.

12:40 hs. 9) ESTEATONECROSIS MAMARIA SIMULANDO LESIÓN MALIGNA: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Basanta Chao MB, Bongiori C, Trezza C, Asis G. Servicio de Patología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.

12:50 hs. 10) TUMOR DERMOIDE CONJUNTIVAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Martinello M, Mazzotta M. Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas.

13:00 hs. 11) NEOPLASIA PANCREÁTICA INTRAEPITELIAL (PanIN) DE BAJO GRADO EN PÁNCREAS HETEROTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Cosatto N., Di Forte N., Eckhardt G., Marzioni J. Servicio de Anatomía patológica Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Año 2022

13: 10 hs. CIERRE DE LAS JORNADAS

AGRADECIMIENTO AL APORTE CIENTÍFICO DE LABORATORIO MERCK

MIXOMA DE LA VAINA DEL NERVIIO (MVN) DÉRMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rufino R., Rossetti D., Manrique V., Herrero M.
Hospital Córdoba, Córdoba Capital.

INTRODUCCIÓN

El MVN (“*neurotecoma mixoide*”) dérmico es un tumor cutáneo benigno mixoide con diferenciación de vaina nerviosa. Afecta a todas las edades y a ambos sexos, en dermis o subcutis de miembros, más comúnmente en dedos.

Es una masa pequeña, no dolorosa, de crecimiento lento, de nódulos mixomatosos con células de Schwann, cuyo inmunofenotipo es: S100+, GFAP+, NSE+; CD63- y SMA-.

OBJETIVOS

- Presentar un caso de MVN, con diagnóstico en nuestro hospital.
- Realizar una breve actualización bibliográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recibió una lesión de piel de base de 3er dedo de mano izquierda, de una paciente de sexo femenino, de 43 años de edad, la cual fue fijada en formol al 10% (Buffer), incluida en taco de parafina, cortada en 3µm y coloreada con H/E y técnicas de inmunohistoquímica (S100).

RESULTADOS

La muestra fue examinada al microscopio óptico, y se describió como “...piel cuya epidermis muestra hiperqueratosis con acantosis leve regular, subyacente presenta una proliferación no encapsulada bien delimitada en patrón multilobular que ocupa todo el espesor de la dermis. Cada lóbulo está constituido por células fusiformes o estrelladas dispuestas desordenadas y de manera arremolinada en un estroma con abundante material mixoide, separados por tejido conectivo fibroso. Límites quirúrgicos: el profundo en contacto”.

Diagnóstico: “LESIÓN EN BASE DE 3ER DEDO DE MANO IZQUIERDA CON HALLAZGOS COMPATIBLES CON NEUROTOMA (MIXOMA DE LA VAINA NERVIOSA)”.

S100 resultó positivo.

CONCLUSIÓN

Los MVN son tumores raros y, aunque benignos, tienen una alta tasa de recidiva tras escisión incompleta. Histológicamente pueden confundirse con otras lesiones,

y la variante celular del neurotecoma tendría una histogénesis diferente (fibrohistiocitaria), aún no esclarecida. Los dermatólogos, cirujanos y patólogos deben conocer la presentación y el curso clínico de esta lesión poco frecuente, así como su similitud clínica e histológica con otros tumores benignos y malignos.

BIBLIOGRAFÍA

- Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R. (2018). *WHO Classification of Skin Tumours. 4th Edition. France.*
- Kao EY, Kernig ML. (2021 Nov 14). In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 022 Jan. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30137810/>*

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE PIEL: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Martinello M, Villata A, Negri I, Mazzotta M, Cremonuzzi D
Servicio de Patología . Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma adenoescamoso primario de piel es una neoplasia poco frecuente, usualmente agresiva con potencial para recurrencia local y metástasis. Aunque se considera una variante de carcinoma de células escamosas con diferenciación glandular, su patogenia es desconocida. Tiene predilección por la región de cabeza y cuello de pacientes mayores, hombres y predomina en pacientes inmunosuprimidos.

OBJETIVOS

Presentar un caso de carcinoma adenoescamoso primario de piel debido a su baja frecuencia y localización atípica; y analizar la histogénesis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 36 años que consulta por lesión en región umbilical luego de colecistectomía por video laparoscopia. Se recibe tumorectomía umbilical que medía 10x7x6,5 cm con losange de piel en superficie de 10x6,5 cm, en superficie lesión ulcerada y necrótica de 4x3 cm. Al corte se observó lesión de aspecto tumoral redondeada, de bordes poco definidos, blanquecina con área central de aspecto necrótico.

Histológicamente se observó una proliferación de células neoplásicas de estirpe epitelial invasoras que conformaban nidos de variados tamaños, algunos con pseudoglandulas poco definidas y cordones y células sueltas en profundidad. Las células presentaban macroanisocariosis, hiper cromatismo nuclear, algunos núcleos vacuolados con nucléolos prominentes, amplios citoplasmas eosinófilos, con focos de queratinización individual y formación de perlas córneas. Se destacaban células en anillo de sello y áreas de mucina extracelular. La neoplasia presentaba componente in situ. Se realizó marcación con Inmunohistoquímica resultando positivo para P63 y CEA.

Conclusiones

La presentación clínica y antecedentes de ésta paciente nos hizo plantear diagnósticos diferenciales, entre los que se encuentra tumor metastásico, carcinoma de uraco e implante tumoral por la técnica de videolaparoscopia.

Sin embargo la histología junto a los resultados de Inmunohistoquímica nos ayudaron al reconocimiento de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Patterson, JW. Weedon's skin pathology. 5th ed. USA: Elsevier; 2021.*
- Banks ER, Cooper PH. Adenosquamous carcinoma of the skin: a report of 10 cases. J Cutan Pathol. 1991 Aug;18(4):227-34.*
- WHO Classification of Skin tumors. 4th ed. 2018*
- Cruz, P. Adenocarcinoma de uraco: ¿qué tanto sabemos? Rev. Mex. De Urol. 2014; 74(5): 301-307*
- Cano, CA. Adenocarcinoma de pared abdominal y carcinoma insospechado de vesícula biliar: un tributo de la cirugía laparoscópica. RevHispanoam Hernia. 2017;5(3):100-104.*
- Boscaino A, Sapere P, Marra B. Carcinoma of the Urachus. Report of a Case. Tumori Journal. 1989;75(5):518-519.*

MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ferro AA, Perret BL, Pérez JH, Cremonuzzi DC
 Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas, FCM, UNC.

INTRODUCCIÓN

El miofibroblastoma de mama es una neoplasia mesenquimal benigna infrecuente que se presenta luego de los 50 años. Constituye una proliferación delimitada de miofibroblastos bien diferenciados con tendencia a comprimir el parénquima mamario normal, adyacente. No metastatizan y presentan un bajo índice de recurrencia.

OBJETIVO

Presentar un caso infrecuente de un miofibroblastoma de mama, establecer los parámetros histopatológicos para su diagnóstico y analizar los diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años que consultó por una masa multinodular no dolorosa, la cual deformaba la mama izquierda, de evolución incierta. Se realizaron estudios por imágenes y se decidió su resección quirúrgica llevándose a cabo una biopsia intraoperatoria la que fue informada como lesión fusocelular mixoide. Se recibió pieza quirúrgica de mastectomía simple acompañada de piel sin alteraciones, con una masa tumoral de 25 cm, de crecimiento expansivo y lobulada, rodeada en sectores por pseudocápsula. Macroscópicamente, al corte fue sólida, colorido grisáceo, consistencia elástica y aspecto gelatinoso, con áreas mucinosas. Se hallaba lobulada y separada por tractos fibrosos, con focos necróticos y otros de aspecto hemorrágico. Comprímia la piel, sin infiltrarla. Microscópicamente, se observó una proliferación de células fusiformes con citoplasmas claros, de núcleos pequeños e hipercromáticos, nucléolos inconspicuos, algunos con pseudoinclusiones nucleares. Las células se disponían en un fondo mixoide, con áreas colágenas. Recuento mitótico bajo. Se percibieron focos de necrosis y hemorragia. Inmunohistoquímica: CD34 positivo, ASMA positivo, Ki-67 15%.

CONCLUSIONES

El miofibroblastoma representa una proliferación uniforme de células fusiformes, dispuestas en haces definidos, separadas por bandas de colágeno y cuyo diagnóstico definitivo se realiza a través de técnicas de inmunohistoquímica: CD34 y marcadores musculares

(actina de musculo liso y desmina) positivos, lo que permite diferenciarlo de otros tumores fusiformes tales como el lipoma de células fusadas, el tumor fibroso solitario, el sarcoma de células fusiformes, el carcinoma de células fusiformes metastásico, el carcinoma lobulillar invasor, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez BMD, Mora SE. *Miofibroblastoma epiteloide de mama: A propósito de un caso. Rev Clin Esc Med. 2020;10(3):38-40.*
- Magro G. *Mammary myofibroblastoma: an update with emphasis on the most diagnostically challenging variants. Histol Histopathol. 2016;31(1):1-23.*
- Sánchez Campos R, Fuster Diana C, García Vilanova A, Medrano González J, Navarro Moratalla C. *Miofibroblastoma de mama en el varón: un desafío diagnóstico. A propósito de 2 casos. Rev Senol Patol Mamar. 2017;30(2):85-91*
- Leyva BLI, Norma Ríos RN, Martin RJ, et al. *Miofibroblastoma mamario: Incidencia, hallazgos clínico-patológicos y de imagen. Anales de Radiología México. 2006;5(3):195-200.*

METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO

Asia P, Kurpis M, Calafat P.

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los tumores metastásicos de vesícula biliar son excepcionales, siendo el melanoma, el carcinoma renal de células claras y el carcinoma de mama los más frecuentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 48 años de edad con antecedente de gastritis crónica, derivado a nuestra institución por dispepsia, anorexia, dolor abdominal e ictericia, asociado a masa peritoneal que comprime vía biliar. Se decide realización de biopsia guiada por imágenes de la misma, la cual informó carcinoma con células en anillo de sello vinculable a origen gástrico en primer lugar.

Posteriormente se realiza VEDA donde se constata linitis plástica y se toma nueva biopsia, con hallazgos histopatológicos similares. Por el estadio avanzado y la sintomatología, se decide colocar un drenaje de vía biliar realizándose además colecistectomía para facilitar la técnica, la cual se envió a nuestro laboratorio para su procesamiento.

OBJETIVOS

Dar a conocer un caso poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recibió pieza quirúrgica de 85x30x20 mm, con pared de 9 mm de espesor, la cual llegó abierta y con clip en el cístico. Estaba recubierta por una serosa lisa, ligeramente opaca, y a la apertura presentaba una lesión exofítica a nivel del cuerpo y cuello de 45x25x10 mm. Ésta ocupaba toda la circunferencia, se localizaba a 9 mm del margen quirúrgico y no impresionaba comprometer la serosa. Se realizó un muestreo de la lesión para su estudio histopatológico.

RESULTADOS

El estudio microscópico objetivó vesícula biliar infiltrada por células atípicas y ocasionales células en anillo de sello, las cuales se disponen conformando nidos sólidos o con necrosis central, comprometiendo todas las capas de su pared y respetando en sectores el epitelio de revestimiento, asociado a múltiples focos de permeación linfovascular. El margen circunferencial se encontraba comprometido.

Dichos hallazgos se informaron como adenocar-

cinoma poco diferenciado, con células en anillo de sello, vinculable a metástasis de origen gástrico.

DISCUSIÓN

Destacamos la importancia del trabajo interdisciplinario y el conocimiento de los antecedentes patológicos del paciente para llegar al diagnóstico adecuado, fundamentalmente en casos poco frecuentes.

METÁSTASIS BILATERAL EN OVARIO DE NEOPLASIA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: TUMOR DE KRUKENBERG. COMUNICACIÓN DE UN CASO

Taddei E., Villata AC., Rossetti D., Briancon M., Irico S.
Servicio de Patología y Ginecología Hospital Nacional de Clínicas

INTRODUCCIÓN

Se define Tumor de Krukenberg como la metástasis bilateral en ovario, con la característica presencia de células en anillo de sello en al menos un 10% de la neoplasia. Representa 1-2% de los tumores ováricos, con una edad media de presentación de 47 años, siendo su origen primario más frecuente el aparato digestivo. El pronóstico en estas pacientes es pobre.

OBJETIVO

Presentar un caso de tumor de Krukenberg en una paciente de 26 años, con situs inversus.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 26 años consulta por masa abdominal de rápido crecimiento y pérdida de peso. APP: extrofia vesical y situs inversus. RMN informa voluminosas masas ovoideas bilaterales parauterinas. Marcadores tumorales CEA: 397, CA 19-9: 1749, CA125: 508. Se indicó laparotomía exploradora y se realizó anexectomía bilateral.

RESULTADOS

Macroscopía: ambos ovarios con marcado aumento de tamaño, superficie lobulada, colorido amarillento, sólidos y con pequeños quistes. Microscopía: Proliferación de células neoplásicas en anillo de sello dispersas y conformando pseudonódulos. Inmunohistoquímica: CDX2 (+), CK7 (+), CK20 (+), Mamoglobina (-). Resultado: hallazgos vinculables con adenocarcinoma mucosecretante intracelular metastásico bilateral en ovario (Tumor de Krukenberg). Se sugiere descartar en primer lugar tracto digestivo superior. La paciente fallece al mes debido a compromiso cerebral.

CONCLUSIONES

El tumor de Krukenberg es una entidad infrecuente y de rápida evolución, donde el estudio histológico resulta imprescindible para el diagnóstico. En un porcentaje de casos el tumor primario no es detectado.

Presentamos un caso de interés clínico y anatómico-patológico, tanto por su edad de presentación, la concomitancia con situs inversus, donde no llegó establecerse el origen primario del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Nakamura Y, Hiramatsu A, Koyama T, Oyama Y, Tanaka A, Honma K. A Krukenberg tumor from an occult intramucosal gastric carcinoma identified during an autopsy. *Case Rep Oncol Med [Internet]*. 2014;2014:1–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/797429>
- Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JK, Myers JL, Rosai y Ackerman Patología Quirúrgica. 11a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2021. 1414–1415
- Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM, editores. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. Cham, Suiza: Springer International Publishing; 2019. 1157–1162
- Al-Agha OM, Nicastrì AD. An in-depth look at Krukenberg tumor: An overview. *Arch Pathol Lab Med [Internet]*. 2006;130(11):1725–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5858/2006-130-1725-ailakt>
- Moghazy D, Al-Hendy O, Al-Hendy A. Krukenberg tumor presenting as back pain and a positive urine pregnancy test: a case report and literature review. *J Ovarian Res [Internet]*. 2014;7(1):36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-2215-7-36>
- Aljure Reales V de J, Álvarez Gallego GC, Ávila Espitia NC, Arrieta Coley A, Ángel Suárez OG. Situs inversus totalis: revisión de tema con aproximación a la Genética y reporte de casos. *Rev colomb cardiología [Internet]*. 2017;24(1):40–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-situs-inversus-totalis-revision-tema-S0120563316301929>

CAMBIOS MORFOLÓGICOS SUBCELULARES EN CAPILARES PERITUBULARES RENALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS: IMPORTANCIA CLÍNICA

Villata AC, Faure E, Mukdsi J.
Centro de Microscopia Electrónica - FCM-UNC

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM), está vinculada al daño secundario de riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos. Clásicamente en la nefropatía diabética se ha puesto el foco de atención en glomérulos, túbulo-intersticio y vasos de pequeño y mediano calibre^{1,2,3} mientras que la posibilidad de una lesión importante a nivel de los capilares peritubulares ha recibido menos atención^{4,5}.

OBJETIVOS

Describir los cambios subcelulares en el endotelio y membranas basales de capilares peritubulares en una cohorte de pacientes con DM tipo 1 y 2 y analizar su asociación con los niveles de creatinina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Muestreo no probabilístico por conveniencia, período 2008-2019. n=150 nefropatías diabéticas y n=100 enfermedades de cambios mínimos (controles), evaluadas mediante microscopía electrónica de transmisión. Estadística: modelo de regresión logística múltiple y X^2 . $p < 0,05$.

RESULTADOS

El 70% de pacientes con DM fue de sexo masculino, con edades entre 14 y 79 años y una media de 58 años ($DS \pm 12,5$) y valores de creatinina entre 0,7 y 6,6 mg/dL. A nivel subcelular los diabéticos con menos de 5 años de diagnóstico (n=70) presentaron edema y proyecciones citoplasmáticas en el endotelio de capilares peritubulares. Sin embargo, después de los 5 años (n=80) se apreciaron laminaciones en las membranas basales capilares. Ambas variables se asociaron estadísticamente ($p < 0,05$) con los niveles de creatinina. El grupo control no exhibió cambios de significación.

CONCLUSIONES

Ambos tipos de DM presentan modificaciones subcelulares en endotelio y membrana basal de capilares peritubulares dependientes del tiempo de evolución.

La posibilidad de aumentar en una unidad la creatinina es 5,4 veces mayor en una persona con edema endotelial, con la probabilidad de un incremento de 2,60; 2,67 y 5,50 veces cuando las laminaciones son leves,

moderadas y severas, respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- World Health Organization. *Global report on diabetes: executive summary*. World Health Organization, 2016.
- 2- Tervaert T, Mooyaart A, Amann K, et al. *Renal Pathology Society Pathologic classification of diabetic nephropathy*. *J Am Soc Nephrol* 2010; 21:556-63.
- 3- Qi C, Mao X, Zhang Z, Wu H. *Classification and Differential Diagnosis of Diabetic Nephropathy*. *J Diabetes Res* 2017; 8637138:2017
- 4- Hvala A, Ferluga D, Rott T, Kobenter T, et al. *Peritubular capillary changes in alport syndrome, diabetic glomerulopathy, Balkan endemic nephropathy and hemorrhagic fever with renal syndrome*. *Ultrastruct Pathol* 2005; 29:451-9.
- 5- Kida, Y. *Peritubular Capillary Rarefaction: An Underappreciated Regulator of CKD Progression*. *Int J Mol Sci* 2020; 21:8255.

LA INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE GIST / ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alessio Paez, L M, Martinello M, Rojo S., Negri I.
Servicio de Oncología y Patología Hospital Nacional de Clínicas

INTRODUCCIÓN

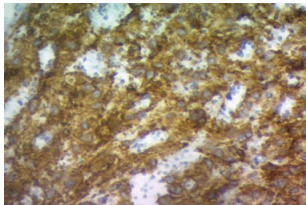
La coexistencia de adenocarcinoma y GIST en estómago, se ha detectado de forma incidental en mucosa, serosa y en ocasiones intramural, tanto en cirugías como VEDA. Cabe destacar, que esta asociación, ha sido poco documentada. Los GIST varían desde tumores de bajo a alto grado, lo cual influye en su pronóstico. Según reportes de casos, la sincronía entre los GIST y el adenocarcinoma gástrico es del 0,53%

OBJETIVO

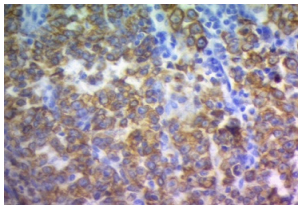
Presentar un caso sobre la asociación, entre el tumor del estroma gastrointestinal y adenocarcinoma gástrico por la baja incidencia de esta presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un paciente de 69 años con múltiples comorbilidades, que consulta por dolor abdominal, encontrándole una masa en lóbulo hepático izquierdo y en contacto con la curvatura menor del estómago. Se le realizó una bisegmentectomía hepática. El estudio histopatológico informó: metástasis de GIST. (IHQ: vimentina +, S100 +; CD117 + multifocal; DOG1+; Ki67: 10 al 15%). En el postoperatorio presentó hemorragia digestiva, se le realizó VEDA que evidenció una lesión ulcerada. Se indicó Gastrectomía total más linfadenectomía. Los hallazgos histológicos fueron de adenocarcinoma invasor pobremente diferenciado, 5 de 17 estructuras ganglionares con reemplazo metastásico, 4 de ellos con metástasis de adenocarcinoma, y 1 con proliferación de células de tipo epiteoide que sugieren origen mesenquimal. IHQ vinculable a GIST.



DOG1 + 40x



pan CTK + 40x

RESULTADOS

Con los hallazgos obtenidos, se inició tratamiento con Imatinib para el GIST, y quimioterapia/ radioterapia adyuvante para el adenocarcinoma.

CONCLUSIÓN

Actualidad no existen evidencias sólidas sobre las razones de esta coexistencia. Es posible que ambos tejidos estuviesen influenciados por un mismo carcinógeno desconocido.

BIBLIOGRAFÍA:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662952/>
 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115894/>
 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1785382/>
 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635104/>
- ASCO sep, 6ta edición

NEOPLASIAS DE PLEURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS EN 16 AÑOS

Anglada Rossi MG, Armatti MA, Romano SdeIM, Stuppa T, Cabalier MEDde.
Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC

INTRODUCCIÓN

La pleura es una membrana serosa compuesta por dos hojas: la pleura visceral que recubre los pulmones, se refleja a nivel de los bronquios y tapiza el interior de la pared torácica donde recibe el nombre de pleura parietal. Como toda serosa, está compuesta por una lámina de tejido conjuntivo, rica en fibras elásticas y abundantes vasos sanguíneos y linfáticos, cubierta por una capa de células mesoteliales.

La misma puede verse afectada por tumores primarios o secundarios, siendo esta última mucho más frecuente. Las metástasis se pueden producir a partir de cualquier tumor sobre todo de neoplasias primarias pulmón y mama.

OBJETIVOS

General:

- Determinar las neoplasias más frecuente en pleura y su estirpe, en una serie de casos en el servicio de patología del HNC.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de neoplasias primarias y secundarias en pleura.
- Definir la edad y sexo de presentación del cáncer pleural.
- Consignar antecedentes patológicos personales y factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal entre 1996 y 2012. Para tal propósito, se analizaron los protocolos de pleura del archivo del Servicio de Patología y se seleccionaron aquellos que cumplían con un diagnóstico compatible con neoplasia y se excluyeron aquellas que no lo eran.

Se construyó una base de datos en Microsoft Excel y se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos personales y manifestaciones clínicas.

RESULTADOS

Sobre un total de 261 biopsias de pleura estudiadas entre 1996 y 2012, 41 de ellas corresponden a neoplasias tanto primarias como secundarias. Las 220 restantes corresponden a otro grupo de patologías no neoplásicas.

Se evaluaron 41 biopsias neoplásicas de pleura, de

las cuales 30 corresponden a pacientes de sexo femenino y 11 de sexo masculino. La edad media fue de 60.08 años (tomada de datos de 36 pacientes, ya que 6 de ellos no tenían registro de edad). En mujeres, la edad media fue de 60,8 años y en hombres 58,1 años.

Del total de casos analizados (n=41), 8 (19,51%) correspondieron a neoplasias primarias (mesotelioma maligno). Los 33 restantes (80,49%) fueron metástasis en pleura, distribuidas de la siguiente manera: 13 de pulmón (2 carcinomas epidermoides, 3 carcinomas sin especificar, 2 carcinomas neuroendócrinos, y 6 adenocarcinomas), 12 provenían de mama, 2 de adenocarcinomas sin especificar origen, 1 de endometrio, 1 de un mucinoso sinusal, 1 de un mucinoso de origen indeterminado, 1 de un coriocarcinoma, 1 de un carcinoma de células claras de riñón, y 1 de ovario. Dentro del resto de los casos, se observó. Se solicitaron técnicas de inmunohistoquímica en 7 casos, siendo el marcador más usado calretinina (en 4 de ellos), también se utilizaron: sinaptofisina, cromogranina, receptores de estrógeno y progesterona, citoqueratinas, EMA, neurofilamento, WT1 y TTF1.

El tabaquismo fue el principal factor de riesgo, seguido por hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad de Chagas y etilismo. Cabe mencionar que estos resultados muy probablemente se encuentren sesgados y no reflejen la realidad ya que para valerse de los mismos, se recurrió a las fichas con las que ingresaron las biopsias al Servicio de Patología encontrándose muchas de ellas incompletas no detallándose en varios casos los factores de riesgo ni los antecedentes de los pacientes. Probablemente al realizar un análisis más exhaustivo se encuentre, que estos factores de riesgo están presentes en un número sustancialmente mayor de pacientes. No se encontraron datos de exposición a asbesto.

La presentación clínica más común que evidenciaron los pacientes fue el derrame pleural encontrándose en 13 de ellos. El antecedente clínico que más frecuentemente presentaron fue cáncer de mama presente en 12 pacientes.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes fueron femeninos. La edad media fue de 60 años en mujeres y 58 años en hombres. El cáncer más frecuente fueron las metástasis, la mayoría co-

rrespondiente a pulmón, seguido en frecuencia por mama.

Resulta llamativa la similar proporción entre la frecuencia de metástasis de pulmón y mama, en comparación con las referidas en la bibliografía consultada (Rosai y Ackerman), en donde se encuentra que el pulmón ocupa un lugar mayor (33%) con respecto a mama (20,9%). Por otra parte, dicha fuente referencia que al tercer lugar lo ocupa el Cáncer de estómago (7,3%), no encontrando ninguno de ellos en nuestra serie estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

- Eynard AR; Valentich MA; Rovasio RA. (2008), Histología y Embriología del ser humano: Bases celulares y moleculares, Buenos Aires, Argentina, Panamericana.*
- Robbins y Cotran, (2010), Patología estructural y funcional, Barcelona, España, Elsevier.*
- Rosai y Ackerman, (2020), Patología Quirúrgica, Buenos Aires, Argentina, Amolca.*
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0304541202708007/first-page-pdf>

ESTEATONECROSIS MAMARIA SIMULANDO LESIÓN MALIGNA: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Basanta Chao MB, Bongiori C, Trezza C, Asis G.

Servicio de Patología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM.UNC.

INTRODUCCIÓN

La necrosis grasa es una lesión mamaria inflamatoria no neoplásica caracterizada por tejido adiposo necrótico con histiocitos espumosos, células inflamatorias crónicas y células gigantes multinucleadas.

Se produce a consecuencia de un traumatismo, biopsia percutánea, tumorectomía, mamoplastia de reducción, reconstrucciones mamarias, remoción de implantes o radioterapia.

Suele presentarse clínicamente como una masa solitaria, superficial, indolora y firme.

OBJETIVO

Presentación de caso infrecuente que plantea dificultades diagnósticas y simula un tumor maligno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años sin enfermedades preexistentes con antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama. Se realiza mamografía control que evidencia microcalcificaciones en cuadrante ínfero izquierdo de mama izquierda que informa BIRADS IVb. Se lleva a cabo cuadrantectomía, la cual mide 5x3,5x2,3 cm, colorido amarillento con áreas blanquecinas y consistencia aumentada. Al corte se observa área blanquecina de aspecto granular de 1,5x0,8 cm adyacente a pezón.

Microscópicamente exhibe necrosis grasa extensa, granulomas lipofágicos con focos de calcificación distrófica y áreas de degeneración quística. Contiguo a estas lesiones, se observan numerosos histiocitos espumosos, hemosiderófagos, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con algunos eosinófilos sobreagregados. El estroma es fibrohialino y en sectores fibroblástico. No se observa malignidad en el material estudiado.

CONCLUSIÓN

La importancia de la necrosis grasa de la glándula mamaria radica en que puede mostrar una amplia variedad de presentaciones clínicas y radiológicas, pudiendo simular un proceso maligno, por lo que la toma de biopsia es la clave para establecer diagnóstico y tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

Syed A. Hoda & Edi Brogi & Frederick C. Koerner & Paul P. Rosen. *Rosen's breast*

pathology. Philadelphia, 4 th ed. USA: Wolters Kluwer. 2014.

Rosai J. "Ackerman's Surgical Pathology." Vol II 11th ed. Elsevier Mosby. 2017

Tayyab SJ, Adrada BE, Rauch GM, Yang WT. A pictorial review: multi-modality imaging of benign and suspicious features of fat necrosis in the breast. *Br J Radiol.* 2018;91(1092):20180213.

Taboada JL, Stephens TW, Krishnamurthy S, Brandt KR, Whitman GJ. The many faces of fat necrosis in the breast. *Am J Roentgenol.* 2009;192(3):815-25.

Barba, M & Cobos Bombardiere, MP & Sarquis, F & Luna, G & Miller, B. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. *Revista argentina de radiología, 2011. Volumen 75 - Número 1, 28-29.*

Ayala, AC & Llinas-Quintero, N & Gallón-Villegas, L & Saldarriaga-Jaramillo, X & Vásquez-Trespalcios, E. Correlación clínica e imagenología en diagnóstico diferencial entre necrosis grasa y cáncer inflamatorio de mama. *A propósito de un caso. Gaceta Mexicana de Oncología, 2021. 20, 56-60.*

TUMOR DERMOIDE CONJUNTIVAL:

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Martinello M, Mazzotta M.

Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC

INTRODUCCIÓN

El tumor dermoide conjuntival es un tipo de coristoma (tejido normal de localización anormal), congénito y benigno. Afecta con mayor frecuencia a mujeres y personas de raza blanca. Se localiza generalmente en el limbo esclerocorneal, región inferotemporal. Está formado por inclusiones epidérmicas resultantes del cierre defectuoso de las hendiduras faciales embrionarias. Se presenta como una masa pequeña, única, de colorido blanquecino-amarillento o rosado, sobreelevada. Se compone de elementos ectodérmicos (epitelio con queratina, pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas) y mesodérmicos (tejido fibroso, grasa, vasos sanguíneos) combinados en diversa proporción.

La asociación con síndromes sistémicos se encuentra hasta en un 30% de los casos. Los más frecuentes son el síndrome de Goldenhar (displasia óculo-aurículo-vertebral) y el síndrome de nevus epidérmicos.

Los pacientes pueden referir molestias oculares, lagrimeo, enrojecimiento, presencia de lesión ocular, o disminución de la visión en casos avanzados.

Por la baja frecuencia de esta patología nos motivó a su presentación y revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 16 años de edad sin APP que consulta por lesión conjuntival por molestia. Se recibió en el servicio de anatomía patológica una lesión ligeramente sobreelevada de colorido blanquecino que medía 0,5x0,4x0,2 cm con un pelo en superficie. Histológicamente se observó lesión nodular recubierta por epitelio plano estratificado bien diferenciado, el corion presentaba moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con polimorfonucleares neutrófilos en banda y haces de colágeno prominentes. Se destacaba una unidad pilosebácea en el centro de la lesión. Ausencia de atipia en el material estudiado.

CONCLUSIÓN

El tumor dermoide conjuntival es una lesión benigna, infrecuente de ver en laboratorio de anatomía patológica ya que no siempre la conducta es quirúrgica. Nos pareció relevante la presentación del caso como un hallazgo, para tener en cuenta como diagnóstico en casos de lesiones conjuntivales.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez OA, Quignon SS. Tumor dermoide córneo conjuntival. Presentación de un caso. Medisur. 2014; 12(2): 431-436.*
- Almaguer MG, Arias XC. Quiste dermoide corneal bilateral. Rev Cubana Oftalmol. 2015; 28(2).*
- WHO classification of tumours of the eye. 4th ed. 2018.*
- Rosai J. "Ackerman's Surgical Pathology." Vol II 11th ed. Elsevier Mosby. 2018*

NEOPLASIA PANCREÁTICA INTRAEPITELIAL (PanIN) DE BAJO GRADO EN PÁNCREAS HETEROTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cosatto N, Di Forte N, Eckhardt G, Marzioni J.
Servicio de Anatomía patológica - Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

INTRODUCCIÓN

El páncreas heterotópico es la presencia de tejido pancreático fuera de su ubicación normal, frecuente cerca de la ampolla de Vater y estómago, poco frecuente en yeyuno, que puede desarrollar condiciones patológicas similares a las que se desarrollan en el páncreas normal, siendo una de ellas, la neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN), definida como una lesión microscópica, menor a 5 mm, asintomática, con grados variable de atipia citológica y arquitectónica, cuya importancia radica en la posibilidad de progresión a adenocarcinoma ductal invasivo.

OBJETIVO

Exponer la presentación inusual de tejido pancreático ectópico en yeyuno con una lesión pancreática asociada en un paciente oncológico con lesión concomitante recto-sigmoidea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 57 años intervenido quirúrgicamente por adenocarcinoma de recto-sigma, que durante la exploración quirúrgica se le encuentra una lesión indurada sospechosa de secundarismo en yeyuno, la cual es reseca y enviada para estudio histopatológico.

Macroscopía: Se recibieron para estudio histopatológico, segmento de recto sigma, segmento de yeyuno con sospecha de lesión metastásica, ambos anillos (proximales y distales) y un fragmento de epiplón. En el segmento de yeyuno se reconoció un área abultada de 1 cm de diámetro, que al corte era intramural, de colorido amarronado y consistencia elástica.

RESULTADOS

Microscopía: Los cortes histológicos evidenciaron en el nódulo yeyunal, pared de yeyuno con páncreas ectópico el cual presentaba una neoplasia pancreática intraductal (PanIN 1 B) de bajo grado.

CONCLUSIÓN

Si bien el páncreas ectópico es un hallazgo incidental frecuente, su presentación en yeyuno es rara. La presencia de patologías pancreáticas en este tipo de lesiones nos permitió revisar las nuevas clasificaciones de las lesiones pancreáticas intraepiteliales y tener en cuenta sus diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JK, Myers JL. *Páncreas y region ampular. Patología Quirúrgica. Buenos Aires: Amolca; 2019. 886-933.*
- Cornea R, et al. *Intestinal heterotopic pancreas involved by simultaneous PanIN-2 lesion and endocrine microadenoma: a unique case. 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28617892/>*
- Ayşe Armutlu, Volkan Adsay. *Cystic and intraductal lesions. PanIN. 2022. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/pancreaspanin.html>*
- Safadi S, Martin DR, Rustagi T. *Pancreatic intraepithelial neoplasia in heterotopic pancreas: incidentally diagnosed on endoscopic mucosal resection of a duodenal polyp. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29936443/>*
- Salcedo Allende, MT *Neoplasia intraepitelial pancreática y adenocarcinoma ductal de páncreas: estudio de factores de las vías de señalización celular y su correlación con la clínica. 2015. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/377763/mtsa1de1.pdf;jsessionid=B6D1A10E25E6A3852413DA9552ED5E3D?sequence=1>*

CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR INVASOR VARIANTE OSTEOCLÁSTICA EN RESECCIÓN TRANSURETRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ferro AA, Mazzotta MM, Cabalier MED
Servicio de Patología. Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma urotelial papilar invasor variante osteoclástica es un tumor raro, indiferenciado y de alto grado. Posee una morfología similar al tumor de células gigantes del hueso, con una población bifásica de células mononucleares (pancitoqueratina positivas) y de células gigantes multinucleadas tipo osteoclastos (CD68 positivas). La evidencia sugiere que las células mononucleares son las verdaderamente neoplásicas.

OBJETIVO

Presentar un caso infrecuente de un carcinoma urotelial de alto grado variante osteoclástica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 78 años que consultó al servicio de urología por presentar hematuria de dos meses de evolución. Se le realizó cistoscopia que informó lesión vegetante de 4 cm de diámetro en cara lateral derecha y otra lesión sólida de basa ancha en hora 11 y se realizó biopsia. El material fue procesado con técnicas histológicas de rutina. Microscopía: carcinoma urotelial papilar invasor de alto grado con focos de diferenciación osteoclástica (células gigantes multinucleadas rodeadas de células mononucleares). El músculo detrusor se encontró comprometido. Inmunohistoquímica: CD68 positivo en células gigantes multinucleadas. CK AE1/AE3, EMA y p53 positivos en células mononucleares. Ki-67 del 50%.

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de una variante rara y agresiva de carcinoma urotelial cuyo reconocimiento es importante por sus connotaciones pronósticas y su diagnóstico se apoya en criterios histomorfológicos con confirmación inmunohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

Karasavvidou F, Mitrakas L, Strataki M, Anastasiou D, Koukoulis G, Tzortzis V. Poorly differentiated muscle-invasive giant cell tumor of the bladder leads to unfavorable clinical outcome. Journal of Surgical Case Reports. 2022; 4:1-2.

Zukerberg LR, Armin AR, Pisharodi L, Young RH. Transitional cell carcinoma of the urinary bladder with osteoclast-type giant cells: a report of two cases and review of the literature. Histopathology. 1990;17: 407-411.

Baydar D, Amin M, Epstein J. Osteoclast-rich undifferentiated carcinomas of the urinary tract. Mod Pathol. 2006;19: 161-171.

Behzatoğlu K, Durak H, Canberk S, et al. Giant cell tumor-like lesion of the urinary bladder: a report of two cases and literature review; giant cell tumor or undifferentiated carcinoma?. Diagn Pathol. 2009;4:48.

Priore SF, Schwartz LE, Epstein JI. An expanded immunohistochemical profile of osteoclast-rich undifferentiated carcinoma of the urinary tract. Mod Pathol. 2018; 31: 984-988.

REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1- **Contenido:** la Revista Argentina de Morfología es la revista oficial de la Asociación de Anatomistas de Córdoba, que se publica semestralmente, constituyendo los dos números anuales un volumen. Considerará para su publicación trabajos relacionados con todas las temáticas de las Ciencias Morfológicas desde una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria, en las siguientes áreas: Anatomía e Histología humanas, animal y vegetal, Embriología, Bioética, Epidemiología, Investigación básica y clínica, Educación e Historia de las Ciencias Morfológicas.

2- **Condiciones:** Los trabajos que se reciban para su publicación se aceptarán sobre la base de ser originales e inéditos, y que no hayan sido publicados total o parcialmente, ni remitidos a otra revista o medio de difusión. Los editores informarán a los autores de la recepción del trabajo. Todo material propuesto para su publicación será revisado por el Comité Editorial y enviado para su evaluación a dos evaluadores externos. Los autores recibirán los comentarios de los evaluadores debiendo incorporar las modificaciones sugeridas. La REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos y hará sugerencias para mejorar su presentación.

3- **Tipos de artículos:** la revista publica artículos originales, editoriales, artículos de revisión, ensayos, actualizaciones, casos clínicos, conferencias, comunicaciones breves, cartas al editor.

4- **Presentación de los artículos:** los artículos podrán redactarse en español, inglés o portugués. Mecanografiados a doble espacio, en páginas numeradas desde la correspondiente al título, escritas en una sola carilla, fuente Times New Roman 12. El texto se entregará por triplicado, en hojas tamaño A4, acompañado de disco compacto en Word, indicando en la etiqueta el número de versión, título del artículo y el nombre del autor principal. En archivo aparte se enviarán las figuras, gráficos y tablas.

5- **Referencias bibliográficas:** Serán enumeradas en hojas diferentes a las del texto, con números arábigos de forma consecutiva a su aparición en el texto, según las Normas Vancouver, que se pueden consultar en la dirección electrónica: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp#ejemplos

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

Autor. Título. Edición. Lugar. Editorial y año

Lolas, F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida. Segunda Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo, 2001.*

CAPÍTULO DE UN LIBRO

Autor del capítulo. Título del capítulo. En: Apellido del autor del libro. Título del libro. Edición. Lugar. Editorial, año. Volumen y páginas consultadas y serie.

Ocaña Riola, R. *Análisis descriptivo. En: Burgos Rodríguez, Rafael. Metodología de Investigación y escritura científica en clínica. Segunda Edición. España. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996. 131-154*

ARTÍCULO DE REVISTA

Autor. Título del artículo. Título de la Revista. Año; vol: (n°), páginas.

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124 (16): 606-612.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS: ARTÍCULO DE REVISTA EN FORMATO ELECTRÓNICO

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar [revista en INTERNET, o revista online o revista en línea] 2003 setiembre-diciembre. [acceso o citado 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>*

NO SE DEBEN INCLUIR:

- Resúmenes o abstracts de presentaciones a congresos.
- Publicaciones internas de instituciones públicas o privadas.
- Datos sin publicar.

DATOS SIN PUBLICAR: ESTA INFORMACIÓN SE CITA EN EL TEXTO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- según Polak (sin publicar)
- according to Polak (unpub. data)

ARTÍCULOS EN PREPARACIÓN Y ARTÍCULOS EN ETAPA DE REVISIÓN PERO NO ACEPTADOS AÚN:

- según Polak (in litt.)
- according to Polak (in litt.)

COMUNICACIONES PERSONALES

- según Polak (com. pers.)
- according to Polak (pers. comun.)

ARTÍCULOS ORIGINALES:

Con una extensión máxima de 12 páginas, incluyendo texto, ilustraciones y referencias. Las secciones se ordenarán por separado, de la siguiente manera: * primera página o página del título; segunda página, resumen estructurado (objetivo, materiales y métodos, resultados, principales conclusiones) en el idioma original del trabajo y en inglés y hasta cinco palabras clave después del resumen; a partir de la tercera página, el texto dividido en Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión.

En la página del título se indicarán los siguientes datos: título del trabajo en el idioma original y en inglés, nombre y apellido de los

autores, nombre completo y dirección del centro o institución donde se desarrolló el trabajo, título abreviado de hasta 40 caracteres incluyendo los espacios, dirección del autor responsable del trabajo y correo electrónico para la correspondencia y fuente de financiación de la investigación realizada, si corresponde.

Fotografías, gráficos y figuras deberán ser de buena calidad y tendrán una dimensión máxima de 10 x 15 cm. Se citarán en el texto por orden de aparición.

Las imágenes podrán ser en color o blanco y negro. En las imágenes microscópicas incluir técnica de coloración y aumento según el objetivo utilizado o la escala. En hoja aparte se incluirán los pies de figura debidamente numerados. Las tablas se incluirán en número de una por hoja, con su número y enunciado. Tablas, gráficos y figuras deberán ser lo suficientemente autoexplicativos para que no se necesite remitirse al texto para su comprensión.

ARTÍCULOS BREVES (SHORT COMMUNICATIONS)

De estructura similar a la de los artículos originales, escribir introducción, materiales y métodos, resultados y discusión en un solo bloque, con una extensión máxima de 3 páginas.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN (REVIEW)

Constará de introducción, desarrollo según el tipo de estudio, conclusiones. Se puede acompañar de resumen, cuadros, figuras y referencias. Debe incluir un análisis crítico de la literatura y datos propios de los autores.

EDITORIALES

Sección que se receptorá sólo por invitación parara expresar una opinión, reflexión o punto de vista sobre un asunto de actualidad o para comentar algún artículo reciente de particular interés. Abarcará una o dos páginas, tendrá un firme sustento científico y puede incluir algunas referencias.

ENSAYO

Sección de análisis y reflexión de contenido analítico, que expresa la opinión del autor sobre un tema específico o de actualidad, constará de introducción, desarrollo y conclusiones, en un texto de una a dos páginas, con firme sustento científico y pocas o ningunas referencias

ACTUALIZACIONES

Estos trabajos descriptivos en los que se expone una visión global y actualizada sobre la situación de un área podrán ser tan extensos o breve como se requiera.

CASOS CLÍNICOS

En estos trabajos se presentarán resumen, introducción, presentación del caso clínico, discusión, referencias.

6- Remisión del manuscrito: El manuscrito se enviará a la dirección postal Chubut 419 B° Alberdi Córdoba CP 5000, y/o al correo electrónico: paezbenitez@hotmail.com.ar . Ética: cuando se informen trabajos con pacientes, cadáveres o animales, es indispensable tener la aprobación del Comité de Etica de la institución donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la última revisión de la declaración de Helsinki.

7- Nomenclatura: La terminología utilizada estará de acuerdo a la última edición de Anatomic Terminology, Nomina Anatómica Veterinaria, Terminología Histológica (Federative International Committee on Anatomical Terminology – FICAT –)

8- Costo de publicación y separatas: El costo de las imágenes en colores correrá por cuenta de los autores. Costo por artículo: 25 dólares. Costo de 10 separatas: 25 dólares.

9- Fotografías: Deberán enviarse en imágenes digitales con terminación .jpg, de más de 300 dpi, nítidas y bien definidas. En el pie de figura de cada imagen anotará la palabra clave que identifique el trabajo, el número de la ilustración y apellido del primer autor. Si la fotografía se incluyera en material previamente publicado, deberá acompañarse de la autorización escrita del titular de los Derechos de Autor. Todas las imágenes deberán citarse en el texto en orden de aparición. Las gráficas, dibujos y otras ilustraciones deben dibujarse o elaborarse con un programa de computación y adjuntarlas al mismo CD del texto; se debe señalar en la etiqueta el programa utilizado.