

# 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 Néstor Simondi	Prof. Lic. Alicia Tobares	Prof. Médico Sergio Traverso

## MIEMBROS ACTIVOS AÑO 2012 DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

Prof. Médico Pablo Balmaceda	Téc. Laboratorio Rosario Barello	Prof. Dr. Edgardo Bettucci
Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier	Prof. Médico Oscar Castellanos	Prof. Dra. Melcky Castro
Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro	Prof. Dra. María Rosa Chaig	Prof. Dr. Alberto Gustavo Corball
Prof. Médico Esteban Criado Del Río	Prof. Dr. Luis M. Defagot	Mgter. M. Veterinaria Noemí Friedrich
Prof. Dr. Esteban Jáuregui	Prof. Médico Sebastián López Bubica	Prof. Médico José M. Mariconde
Prof. Dr. Vicente Adelio Montenegro	Prof. Dra. Rosa E. Páez	Prof. Médico Héctor Ríos
Prof. Médico Marcelo Ruggieri	Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio	Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio
Prof. Médico Néstor Simondi	Prof. Médico Néstor Villegas	

## COMITÉ EDITORIAL

### DIRECTORES:

Prof. Dra. Rosa E. Paéz	Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio	Prof. Dr. Estéban Jáuregui
-------------------------	---------------------------------	----------------------------

### EDITOR ASOCIADO:

Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier	Prof. Dra. María Rosa Chaig
--	-----------------------------

### COMITÉ DE REDACCIÓN:

Prof. Médico Oscar Castellanos (UNC)	Prof. Médica Melcky Castro (UNC)	Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro (UNC)
Prof. Dr. Alberto Gustavo Corball (UNC)	Lic. Comunic. Raúl AN Falcón (UNSL)	Prof. Dra. María Rosa Chaig (UNC)
Mgter M. Veterinaria Noemi Friedrich (UNC)	Prof. Dr. Roberto Brain (UNC)	Prof. Dr. Vicente Adelio Montenegro (UNC)
Dra. Fonoaud. María Verónica Salinas (UNSL)	Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio (UNC)	Prof. Médico Néstor Simondi (UNC)
Prof. Médico Sergio Traverso (UNC)	Prof. Dr. Julio Cosiansi (UNC)	Prof. Dra. María Susana Kein (UNC)
Lic. Fonoaud. Norma B. Hernández (UNSL)	Prof. Dra. Ana María Juárez (UNC)	Prof. Dra. Reina Kaplan (UNC)
Prof. Dra. Marta Furnes (UNC)	Médico Sebastián López Bubica (UNC)	Médico Marcelo Pagani (UNC)
Dr. Víctor Villarroel Saavedra (UNC)	Lic. Liliana Noemí Vega (UNC)	Lic. Alicia Hernández (UNC)
Médico Prof. Asistente Sergio Traverso (UNC)		

### 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)	Prof. Dr. Gabriel Fonseca (FO - UNC)	Lic. Fonoaud. María E Funez (UNSL)
Prof. Leonor Gauna Añasco (FV - UBA)	Dr. Roberto Miguel Ángel Colque (SCC)	Dr. Sergio Efen Navarro (Médico Veterinario)

### CONSULTOR INTERNACIONAL:

Prof. Dr. Alejandro Peralta Soler Dermatopathologist, Richfield Laboratory of Dermatopathology, Ameripath, Cincinnati, EEUU.	Prof. Marcelo N. Rivolta Centre for Stem Cell Biology Department of Biomedical Science The University of Sheffield, UK
--	--

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

## EDITORIAL

Por sexto año consecutivo se ha realizado la Jornada Universitaria de Patólogos de Córdoba (VI JUPCO) y poder expresarme sobre este particular es un honor. Allá en el año 2011 en una conversación informal entre quien les escribe y la Prof. Dra. María E. D. de Cabalier, surgió la idea de una Jornada Científica que se realizase en el querido Hospital Nacional de Clínicas y así esbozamos la que sería la primer edición, donde contamos con una amplia participación de numerosos profesionales de distintas áreas de la Medicina además, de un emocionante reencuentro con todos aquellos que realizamos nuestra formación en la Primera Cátedra de Patología.

Durante los dos primeros años, los trabajos presentados, por todos los profesionales que participaron, se realizaron en soporte electrónico.

Luego en estos años subsiguientes y contando siempre con una nutrida participación de distintos profesionales médicos, tanto locales como de otras provincias, se nos abrió la magnífica oportunidad de publicar las comunicaciones científicas de las JUPCO en esta prestigiosa revista, por lo que mis palabras finales son para destacar mi más ferviente agradecimiento, por apoyar la participación y estimular la difusión de distintos trabajos de interés científico.

Dra. Nancy B. Reinoso  
Cátedra de Patología I  
Hospital Nacional de Clínicas  
Córdoba - CP 5003

## ÍNDICE

Portada.....	I
Miembros Fundadores de la Revista Argentina de Morfología.....	II
Miembros Activos de la Revista Argentina de Morfología.....	II
Comité Editorial.....	II
Comité de Redacción:.....	II
Consultores Nacionales:.....	II

RESÚMENES. VI° JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.....	1
1.- PLASMOCITOMA TESTICULAR BILATERAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIELOMA MULTIPLE: "EL TESTICULO COMO PROBABLE SITIO SANTUARIO". GARCÍA CHIPLE MARÍA E, CALAFAT PATRICIA, COLLA RAÚL, DILLER ANA- HOSPITAL PRIVADO DE CBA. ....	3
2.-TUMOR PARDOS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPERPARATITOIDISMO: COMUNICACIÓN DE UN CASO.FLORES V., BRUNO M.A., SILVA F.C. LABORATORIO PRIVADO CBA.....	4
3.-REVISIÓN CASUÍSTICA DEL MIXOMA ODONTOGÉNICO EN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE FACULTAD ODONTOLÓGICA DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. ESTUDIO RETROSPECTIVO. MARTINA A, TOMASI R, CISNEROS M, KAPLAN R, FERREYRA DE PRATO RS. FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNC.....	5
4.- ADENOCARCINOMA EN BOCA DE COLOSTOMÍA. (COMUNICACIÓN DE UN CASO). CHOQUE G.E., FAURE E.E., CREMONEZZI D.C., BRUNO M.A. SERVICIO DE PATOLOGIA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. FCM . UNC.....	6
5.- ENFERMEDAD DE HAILEY HAILEY DE VULVA. (COMUNICACIÓN DE UN CASO). FAURE E.E, PERRET B, HERRERO M, CREMONEZZI D.C. LABORATORIO PRIVADO CBA.....	7
6.-UTILIDAD DE LA PUNCIÓN BIOPSIA DE MAMA ASISTIDA POR VACÍO (BAV): MAMMOTOME / SUROS. VANZO CC., CABRAL MC., CANALS, NV. INSTITUTO PRIVADO OULTON CBA.....	8
7.- CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS EN UN MODELO ANIMAL DE DOLOR NEUROPÁTICO. ASIS, O.G.; UNDA, S. R; VILLEGAS, E. A; LAINO, C.H. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA.....	9
8.- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PALADAR BLANDO Y DURO, TONSILA PALATINA Y NASOFARINGE: DIAGNÓSTICO CLÍNICO/PATOLÓGICO E IMAGENOLÓGICO. SAMAR ME, AVILA RE, CORBALL AG, FONSECA IB. FAC ODONT. Y FCM - UNC.....	10
9.- SCHWANNOMA CON ELEMENTO GLANDULARES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO MORFOLÓGICAS DE UNA INUSUAL VARIANTE HISTOLÓGICA. MARTÍNEZ M, RODRÍGUEZ N, MEZA VETANZO Z, KAPLAN R. III° CÁTEDRA DE PATOLOGÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNC.....	11
10.-NEOPLASIA SÓLIDA SEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: REPORTE DE 7 CASOS. MENDOZA M.C.; CALAFAT P.; KURPIS M. HOSPITAL PRIVADO DE CBA.....	12

**Revista Argentina de Morfología**  
Año 2016, Volumen III N° 3 suplemento 1.



**Editorial:**

recursos fotográficos. Deán Funes 52 - 3er piso - Of 320 - Pasaje Central - Teléfono y fax: (54) 351-4244219 - 0351-155509375 - 0351-155523555 - Córdoba - Argentina - X5000AAB - Argentina. recfot@gmail.com - benitoal@arnetbiz.com.ar - www.refcot.com.ar  
ISSN 1852-8740

Tirada 200 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, fotocopiador, 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

---

11.-SCHWANNOMA GÁSTRICO, LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: REPORTE DE UN CASO. LABORIÉ, MA. V.; CALAFAT, P. HOSPITAL PRIVADO DE CBA. ....	13
12.- CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: VARIANTES MICROCARCINOMA Y ENCAPSULADA. A PROPÓSITO DE UN CASO. VOLMARO K. HERRERO M. SUAREZ GHIBAUDO MH. CRISTIANO J. LABORATORIO PRIVADO DE CBA. ....	14
13.- LESIONES LIQUENOIDES ORALES: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. TOMASI RA, TALAVERA AD, ASIS OG, FERREYRA DE PRATO RS FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNC. ....	15
14.- PÓLIPO INFLAMATORIO FIBROIDE: ASPECTOS CLÍNICO- MORFOLÓGICOS DE UNA LESIÓN POCO FRECUENTE. BORGARELLO P.D., RIVAS D.A., ALANIS A.M., BRUNO M.A. SERVICIO DE PATOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC. ....	16
15.- CARCINOMA EPIDERMOIDE EN ÚLCERA DE MARJOLIN (PRESENTACIÓN DE UN CASO).FAURE, E.E.; CHOQUE, G.E.; BORGARELLO, P.D.; CABALIER, M.E.D. SERVICIO DE PATOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC. ....	17
16.- ANGIOMATOSIS BACILAR CON PELIOSIS HEPÁTICA EN UN PACIENTE CON SIDA: REPORTE DE UN CASO. MAZZOTTA MM, FORNI LI, QUINTEROS GRECO C, CABALIER MED. SERVICIO DE PATOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC. ....	18
17.-TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO VESICAL: SU CORRECTO DIAGNÓSTICO PARA UN ADECUADO TRATAMIENTO. FARA MA, MAZZOTTA MM, DEFAZIO D, CABALIER MED. SERVICIO DE PATOLOGIA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC. ....	19
NORMAS DE PUBLICACIÓN .....	21

---

**RESÚMENES**

**VI° JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA**

***Hospital Nacioal de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Córdoba***

**29 de Abril de 2016**



## 1.- PLASMOCITOMA TESTICULAR BILATERAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIELOMA MULTIPLE: “EL TESTICULO COMO PROBABLE SITIO SANTUARIO”

García Chiple María E, Calafat Patricia, Colla Raúl, Diller Ana- HOSPITAL PRIVADO DE CBA.

### INTRODUCCION

El plasmocitoma extramedular (PE) constituye una forma inusual de neoplasia de células plasmáticas, representando el 3% de ellas. Puede manifestarse de manera aislada, concomitante con Mieloma Múltiple (MM) o como recaída del mismo. La localización testicular resulta inusual, habiéndose reportado 71 casos hasta el momento. El Plasmocitoma testicular (PT) es considerado manifestación local de una afectación sistémica, más que neoplasia primaria.

### OBJETIVO

Reportar el caso de un paciente con antecedente de MM, que desarrolló PT bilateral, dos años después de lograr remisión completa de su enfermedad tras quimioterapia y TAMO.

### MATERIAL Y METODOS

Paciente masculino de 53 años con diagnóstico en 2013 de MM IgG Kappa, Estadio Durie Salmon IIIA - Sistema internacional II. Realizó posteriormente seis ciclos de quimioterapia y luego TAMO, logrando remisión completa. Dos años después, el paciente desarrolló una lesión blastomatosa en testículo izquierdo. Seis meses más tarde se detectó lesión de similares características en testículo derecho. En ambas ocasiones se realizó orquiectomía.

### RESULTADOS

El estudio microscópico de ambas lesiones reveló proliferación de células plasmáticas atípicas. El diagnóstico de PT fue confirmado con IHQ positiva para CD138 y Kappa.

### CONCLUSION

El PT es sumamente inusual, representando el 2% de las neoplasias de células plasmáticas localizándose el 0.03% en testículo. Algunos consideran a este último, sitio santuario de la quimioterapia debido a la barrera hemátotesticular de manera similar a lo que ocurre en otras patologías hematolinfoides. Frente al caso referenciado, que presenta PT bilateral luego de tratamiento quimioterápico, nos lleva a considerar que el desarrollo de los mismos puede deberse a la falta de acción terapéutica del tratamiento a nivel testicular. De allí la necesidad de llevar a cabo un exhaustivo examen físico que contemple dicho órgano. La importancia de nuestra presentación radica en lo extraño del caso, permitiéndonos rotular a la localización testicular como un sitio santuario.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hathaway A, *Incidental discovery of a testicular plasmocytoma at initial presentation of múltiple myeloma; Case reports in Hematology; Vol 2013; Article ID 752921*
2. Pow Sang M, Astigueta Abad J, Sánchez J, *Plasmocitoma testicular como presentación inicial de mieloma múltiple: presentación de un caso y revisión de la literatura; Arch. Esp. Urol. 2013; 66 (2): 242-248*
3. Ahnach M, Marouan S, Rachid M, Madani A, *Extramedullary plasmocytoma relapsing at differents sites: an unusual presentation; Pan African Medical Journal, 2013; 14:34.*
4. Izzo L, Stagnitti F, Gabriele R, *Primary testicular plasmocytoma; Ann. Ital. Chir., 2011 82: 65-*
5. Berrondo C, Gorman T, Yap R; *Primary plasmocytoma of the testicle; Journal of Medical Case Reports 2011, 5:494*

## 2.-TUMOR PARDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPERPARATIROIDISMO: COMUNICACIÓN DE UN CASO.

Flores V., Bruno M.A., Silva F.C. LABORATORIO PRIVADO CBA.

### INTRODUCCIÓN

El tumor óseo pardo forma parte del compromiso óseo por hiperparatiroidismo primario, como consecuencia de un metabolismo alterado del calcio. Compromete cualquier parte del esqueleto con predominio en costillas, clavícula y pelvis. Cuando afecta cabeza y cuello lo hace preferentemente en mandíbula.

### OBJETIVO

Presentar un caso de tumor pardo como primera expresión de hiperparatiroidismo, evento muy infrecuente en la actualidad, de donde se desprende el interés de esta comunicación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 53 años de edad que consultó por dolor articular intenso en cintura y miembros inferiores, con disminución de movimientos. La centellografía reveló lesiones osteolíticas múltiples, en vértebras, húmero, costilla, mandíbula y articulación sacroilíaca izquierda, compatible con secundarismo. Antecedentes patológicos: litiasis renal, bocio endotorácico. Se realizó TAC para hallar tumor primario, con resultado negativo, por lo que se indicó punción ósea vertebral.

Macroscopia: se recibió cilindro óseo blanquecino de 0,7 cm. de longitud, y fragmento pardo irregular de consistencia blanda de 0,8 x 0,3 x 0,2 cm. El material fue fijado en formol y procesado con técnica de rutina.

### RESULTADOS

La microscopía reveló una proliferación celular densa, constituida por numerosas células gigantes tipo osteoclastos, fondo fibroso y hemosiderina.

Conclusión diagnóstica: Tumor Pardo por Hiperparatiroidismo, en un adecuado contexto clínico. Completar estudios.

### CONCLUSIÓN

La presentación del tumor pardo como primera manifestación clínica de hiperparatiroidismo es infrecuente en la actualidad, ya que habitualmente se incluye el dosaje de calcio en análisis clínicos, en controles de rutina. En el presente caso, estudios posteriores a nuestro diagnóstico revelaron la presencia de un adenoma de paratiroides. Seis meses después de su extirpación se observó regresión casi completa de las lesiones líticas. En la actualidad continúa en control clínico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. F. Schajowicz, L.V. Ackerman. and H.A Sissons. *Histological Typing of Bone Tumour- World Health Organization. International histological classification of tumours 1972; 48-49.*
2. Bilezikian JP, Silverberg SJ. *Asymptomatic primary hyperparathyroidism N Engl J Med 2004; 350:1746-51.*
3. Triantafyllidou K, Zouloumis L, Karakinaris G, Kalimeras E, Iordanidis F. *Brown tumors of the jaws associated with primary or secondary hyperparathyroidism. A clinical study and review of the literature. Am J Otolaryngol. 2006; 27(4):281-6.*
3. Dr. Miguel Arredondo López, Dr. Oscar García-Roco Pérez y Dra. Yamilet Villalonga Moras *Tumor marrón del hiperparatiroidismo. A propósito de un caso. Rev Cubana Estomatol 2002;39*
4. Wilson A. Delgado Azañero, José Leonardo Silva Toro, Edgar Alejandro Cabrera Gómez: *Tumor pardo parasinfisiario en paciente con enfermedad renal crónica terminal: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Estomatológica Herediana Vol. 21, núm. 4 (2011):219-225*
5. Rosai and Ackerman's *Surgical Pathology. Volumen 1. Ed. Mosby. Tenth edition: 573-574.*

## 3.-REVISIÓN CASUÍSTICA DEL MIXOMA ODONTOGÉNICO EN LABORATORIO DE ANATOMÍA

## PATOLÓGICA DE FACULTAD ODONTOLÓGICA DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Martina A, Tomasi R, Cisneros M, Kaplan R, Ferreyra de Prato RS. FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNC.

### INTRODUCCIÓN

El Mixoma odontogénico es una neoplasia benigna, agresiva y recurrente que provoca desplazamiento y movilidad dentaria. Según la OMS, representa entre el 3-20% de los tumores odontogénicos. Siendo más frecuente en mandíbula y en sexo femenino con edad promedio de aparición: 28.8 años. Histológicamente está constituido por células fusiformes inmersas en un estroma mixoide, en ocasiones fibroso, con o sin restos de epitelio odontogénico.

### OBJETIVO

Revisión casuística de Mixomas en el laboratorio de Anatomía Patológica de Facultad de odontología UNC y presentación de un caso clínico.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron casos con diagnóstico de Mixoma/Mixofibroma Odontogénico, de biopsias recibidas entre 1990 y 2016, que fueron fijadas en formol e incluidos en parafina. Los cortes se colorearon con técnica de H/E. Se tipificaron mediante observación a doble ciego. Se consignaron los datos correspondientes a la edad, sexo, diagnóstico presuntivo, localización y fueron analizados mediante estadística descriptiva. Caso clínico: correspondiente a una paciente de 27 años con lesión en maxilar superior lado izquierdo, afectando 33x22x42 mm según revela la Tomografía Axial computada, ocupando el seno maxilar y conservando el piso de órbita. El Tratamiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general mediante enucleación con márgenes de seguridad que involucro el 3º molar inmerso en el tejido tumoral, sin complicaciones ni recidiva hasta la actualidad. Con diagnóstico de Fibromixoma Odontogénico que mostraba un componente fibromixoide con sectores de abundante fibroplasia.

### RESULTADOS

Del total de casos recibidos (6314), 6 correspondieron a Mixoma/Mixofibroma Odontogénico (0.09%), con localización en maxilar superior (66 %) y frecuencia 1:1 en sexo masculino/femenino.

Conclusión: Los datos epidemiológicos comentados en la literatura mundial son semejantes a los encontrados en nuestro estudio. Debido a su agresividad local que hace necesaria la resección quirúrgica con márgenes amplios.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Aditya A, Khandelwal P, Joshi S, Trimbake S, Dighe R. *Odontogenic Myxoma of Mandible: Report of A Rare Case.* *J Clin Diagn Res.* 2016 Feb;10(2):ZJ01-2.
- 2- Barnes L., Eveson J W, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours.* IARC Press. Lyon 2005, pp 316-317
- 3- Leiser YI, Abu-El-Naaj I, Peled M *Odontogenic myxoma--a case series and review of the surgical management.* *J Craniomaxillofac Surg.* 2009 Jun;37(4):206-9.
- 4- Fernández RG, Arzate H. *Mixoma odontogénico; expresión y localización espacial de la fibronectina, vitronectina y queratina.* *Revista Odontológica Mexicana.* 2006;10(1):8-15.
- 5- Gendelman H, Cuesta-Carnero R, Bachur RO, et al *Odontogenic Mixoma: report of a case.* *J. Oral Maxillofac Surgery* 1998; 46:705-709.

#### **4.- ADENOCARCINOMA EN BOCA DE COLOSTOMÍA (COMUNICACIÓN DE UN CASO).**

Choque G.E., Faure E.E., Cremonuzzi D.C., Bruno M.A. SERVICIO DE PATOLOGIA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. FCM . UNC.

#### **INTRODUCCIÓN**

El desarrollo de cáncer en boca de colostomía es un evento raro (incidencia 1-3 %). La mayoría corresponde a cánceres colorrectales metacrónicos, mientras que los tumores primarios pueden ser adenocarcinomas, sarcomas de pared muscular o carcinomas de piel.

#### **OBJETIVOS**

Presentar un caso de adenocarcinoma en boca de colostomía en un paciente sin antecedentes de adenocarcinoma de colon, correlacionar con la bibliografía actual y considerar el pronóstico.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Hombre de 80 años con antecedentes de diabetes, HTA, tabaquismo y alcoholismo. Ingresó a nuestro hospital por diversas afecciones desde el año 1994. En 2014 se realizó colostomía transversa por fístula perianal, que luego de dos complicaciones concluye con una colostomía terminal. A finales del 2015 presentó una tumoración sangrante en la boca de ostomía. Se biopsia en marzo de 2016, recibiendo lesión polipoide de aspecto verruciforme de 2,3 x 1,9 x 1cm. Se procesa con técnica de rutina y coloración de Masson.

#### **RESULTADOS**

Adenocarcinoma bien diferenciado con aislados focos de invasión estromal dérmicos. La coloración de Masson no evidenció presencia de fibras musculares, por lo que se descarta invasión de pared colónica.

Conclusión: La ocurrencia de carcinomas en el sitio de colostomía en pacientes sin historia de cáncer colorrectal es excepcional, progresando con pocos, pero evidentes signos clínicos.

En nuestro caso el pronóstico es bueno ya que si bien se advirtieron focos de invasión estromal a nivel cutáneo, la mayor parte de la neoplasia se encuentra in situ y pudo descartarse invasión de la pared colónica.

La atenta intervención del cirujano estableciendo un diagnóstico precoz es la mejor opción para lograr un mejor pronóstico del paciente ostomizado, recordando además la importancia del monitoreo periódico de la lesión a fin de evitar una posible recurrencia del tumor.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cremades Pérez M, Gómez Artacho M, Navinés J, Fernández Llamazares Rodríguez J. Adenocarcinoma sobre colostomía terminal: una entidad rara pero relevante. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015; 107(5): 309-309.
2. Maeda C, Hidaka E, Shimada M, Shimada S, Nakahara K, Takayanagi D et al. Transverse colon cancer occurring at a colostomy site 35 years after colostomy: a case report. *World J Surg Oncol.* 2015; 13:171. doi. 10.1186/s12957-015-0593-7
3. Mourra N, Bataillon G, Lesurtel M. Fungating Mass Occurring at a Colostomy Site 50 Years After Colectomy for Inflammatory Condition. *Gastro.* 2014;146:1-2.
4. Alegre SVJ, Basilio SM, Germano BD, Roberto de PP. Neoplasia occurring at the colostomy site: Report of two cases and review of the literature. *Rev Mex Col.* 2007; 13: 24-26.
5. Shibuya T, Uchiyama K, Kokuma M, Shioya T, Watanabe Y, Moriyama Y, Matsumoto K, Yokosuka I. Metachronous adenocarcinoma occurring at a colostomy site after abdominoperineal resection for rectal carcinoma. *J Gastroenterol.* 2002; 37:387-90.

## 5.- ENFERMEDAD DE HAILEY HAILEY DE VULVA. (COMUNICACIÓN DE UN CASO)

Faure E.E, Perret B, Herrero M, Cremonuzzi D.C. LABORATORIO PRIVADO CBA.

### INTRODUCCIÓN

Esta forma de disqueratosis acantolítica es denominada también pénfigo benigno crónico familiar. Fue descrita por los hermanos Hailey en 1939. Es una enfermedad rara, de herencia autosómica dominante que afecta ambos sexos y comienza entre los 20 y 30 años. La presentación en vulva como única manifestación de la enfermedad es extremadamente rara.

### OBJETIVOS

presentar un caso de enfermedad de Hailey Hailey (EHH) de vulva, establecer diagnósticos diferenciales con otras enfermedades con acantólisis, analizar su patogénesis y su posible asociación con carcinoma epidermoide.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 36ª que presentó en vulva múltiples lesiones papuloeritematosas, pruriginosas, algunas ulceradas con períodos de remisión. Un año de evolución sin respuesta a tratamientos. Se realizó biopsia en losange de 1 cm de una de las lesiones de mayor tamaño y más reciente. Se realizó técnica de rutina para obtener cortes coloreados con hematoxilina y eosina.

### RESULTADOS

Se observó ampolla intraepidérmica suprabasal con acantólisis y fisuras hacia la dermis. Las células acantolíticas estaban dispuestas formando papilas, tapizando las hendiduras o sueltas en la ampolla, alternando con escasas células disqueratóticas. Se diagnosticó EHH de vulva. La paciente fue derivada a un centro especializado y obtuvo buena respuesta al tratamiento. Actualmente está en remisión.

### CONCLUSIÓN

Otras enfermedades con acantólisis suprabasal merecen diagnóstico diferencial con la EHH tales como el pénfigo vulgar, enfermedad de Darier y la enfermedad de Grover. La patogénesis de esta dermatosis parece ser una mutación del gen ATP2C1 que determinaría una alteración en las adhesiones intercelulares. La enfermedad se exacerba con el calor, fricción o con infecciones secundarias. En este sentido se han identificado casos asociados con HPV y mayor riesgo de carcinoma vulvar.

### BIBLIOGRAFÍA

- Mayra Ponce, Rossana Mendoza y Guido Paredes. *Hailey-Hailey disease: case report Dermatol Perú.* 2010; 20: 236-239.
- Mercedes Fandiño, Hugo Moreno, Margarita Jaled, Mauro Coringrato y Esteban Maronna. *Pénfigo crónico familiar benigno (enfermedad de Hailey-Hailey). Comunicación de 4 casos y revisión de la literatura. Arch. Argent. Dermatol.* 2013; 63:244-250
- Janet S. Wieselthier, MD; Stephanie H. Pincus, MD. *Hailey-Hailey Disease of the Vulva. Arch Dermatol.* 1993;129:1344-1345. doi:10.1001/archderm.1993.01680310116027.
- Ochiai T, Honda A, Morishima T, Sata T, Sakamoto H, Satoh K. *Human papillomavirus types 16 and 39 in a vulval carcinoma occurring in a woman with Hailey-Hailey disease. Br J Dermatol.* 1999;140:509-13.
- Cockayne SE, Rassl DM, Thomas SE. *Squamous cell carcinoma arising in Hailey-Hailey disease of the vulva. Br J Dermatol.* 2000; 142: 540-2.

## 6.-UTILIDAD DE LA PUNCIÓN BIOPSIA DE MAMA ASISTIDA POR VACÍO (BAV): MAMMOTOME / SUROS.

Vanzo CC., Cabral MC., Canals, NV. INSTITUTO PRIVADO OULTON CBA.

### INTRODUCCIÓN

Procedimiento percutáneo bajo guía mamográfica, ultrasonido o RNM, que localiza a la aguja de manera exacta en la lesión. Se combinan los efectos del corte y la aspiración, a través de un único orificio cutáneo, obteniendo cilindros mas gruesos (ocho veces más grandes), no fragmentados, sin sangre, más representativos, selectivos y exactos. Es diagnóstico y/o terapéutico. Permite la colocación de marcadores para localización quirúrgica diferida y seguimiento imagenológico.

### OBJETIVOS

Comparar los resultados de nuestra experiencia en punciones obtenidas por BAV con los diagnósticos definitivos de las piezas quirúrgicas. Demostrar los beneficios de la técnica. Correlacionar nuestros datos con la bibliografía.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron 294 pacientes, entre mayo 2011 a enero de 2016, edad promedio 54 años. Indicaciones: 286 BAV guiada por Estereotaxia digital por microcalcificaciones. 8 BAV guiada por US por nódulo sólido. Los cilindros fueron fijados en formol 10% entre 6 a 12 hs, procesadas en procesador automático, embebidas en parafina y coloreadas con Hematoxilina y Eosina. Cortes con micrótopo semiautomático en 4 Um

### RESULTADOS

Se diagnosticó Patología benigna n 225 (76,53%) Patología maligna n 69 (23,47%) Se realizó correlación histológica de la patología maligna con las piezas quirúrgicas: 75,36% Se diagnosticó un 20,06% de CDIS por BAV.

### CONCLUSIONES

Es un procedimiento mínimamente invasivo, que permite obtener mayor volumen tisular permitiendo así un diagnóstico más preciso en la patología pre-invasiva de la mama. Un número mayor de población y seguimiento a largo plazo podrían demostrar el verdadero beneficio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. *Vacuum-assisted breast biopsy for breast cancer.* Park HL, Hong J. *Gland Surg.* 2014 May; 3(2):120-7.
2. *Berg WA. Image-Guided breast biopsy and management of High-risk lesions.* *Radiol Clin North Am* 2004; 935-46.
3. *Diagnostic value of fine-needle aspiration biopsy for breast mass: a systematic review and meta-analysis.* Yu YH, Wei W, Liu JL. *BMC Cancer.* 2012 Jan 25; 12:41. Epub 2012 Jan 25
4. *Dershaw DD. Equipment Technique, Quality, Assurance and accreditation for Imaging-Guided Breast Biopsy Procedures.* *Radiol Clin North Am* 2000; 38 (4):773-90.
5. *Lieberman L. Clinical Management Issues in Percutaneous core Breast Biopsy.* *Radiol Clin North Am* 2000; 38(4):791-807.

## 7.- CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS EN UN MODELO ANIMAL DE DOLOR NEUROPÁTICO.

Asis, O.G.; Unda, S. R; Villegas, E. A; Laino, C.H. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA

### INTRODUCCIÓN

El dolor neuropático es un verdadero problema clínico, ya que en muchos casos el tratamiento es inadecuado e insatisfactorio, y menos del 50% de los casos se logra alivio satisfactorio.

Los modelos animales de lesión nerviosa periférica nos han aproximado a conocer los mecanismos que subyacen al dolor neuropático, éstos generan injurias como neuropraxias, axonotmesis y neurotmesis. La Constricción Crónica de Nervio Ciático (CCI) es uno de los modelos que mejor ha logrado reproducir respuestas propias de dolor crónico, en ratas de laboratorio.

### OBJETIVO

Caracterizar los cambios Histopatológicos en el modelo de CCI, a los fines de desarrollar en una etapa posterior, nuevos tratamientos farmacológicos para el dolor crónico mediante este modelo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La CCI consiste en colocar cuatro ligaduras de cat-gut crómico 4.0 alrededor del nervio ciático (NC), comprimiéndolo levemente en ratas macho Wistar. Se distribuyeron los animales en dos grupos: grupo SHAM (operados sin lesión del NC) y grupo con lesión del NC. Después de 14 días posoperatorio, se sacrificaron los animales y se realizó la disección del NC para los estudios histopatológicos. El material fue sometido a procesamientos de rutina, con múltiples cortes transversales de nervio ciático, los cuales fueron coloreados con hematoxilina/eosina.

### RESULTADOS

Los hallazgos histopatológicos observados fueron desorden, compresión y agrupamiento de células de Schwann, evidenciándose filetes nerviosos con mayor número de éstas células. En ocasiones el perineuro se mostró ligeramente engrosado. Además, se evidenció escaso infiltrado inflamatorio, polimorfonuclear neutrófilo y mononuclear, algunas células gigantes multinucleadas, vasos sanguíneos congestivos, y extravasación eritrocitaria.

### CONCLUSIÓN

Los movimientos observados de las células de Schwann en el sitio de la ligadura, según los datos bibliográficos, se deberían a reparación tisular y regeneración axonal.

Nuestros resultados sugieren que estos cambios constituirían una parte de las evidencias que caracterizarían la CCI como un modelo de dolor neuropático.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Busquets Julià C, Faulí Prats A. *Novedades en el tratamiento del dolor neuropático. Semin Fund Esp Reumatol.* 2012;13(3):103–109.
2. Lili X. Wang, Zaijie Jim Wang. *Animal and cellular models of chronic pain. Advanced Drug Delivery Reviews* 55 (2003) 949–965
3. Bennett G.J., Xie Y.K. *A peripheral mononeuropathy in rat that produces disorders of pain sensation like those seen in man. Pain (1988) 33 87–107.*
4. Sudoh Y, Desai Sp, Haderer Ae, Sudoh S, Gerner P, Anthony Dc, De Girolami U And Wang Gk. 2004. *Neurologic and histopathologic evaluation after highvolume intrathecal amitriptyline. Reg Anesth Pain Med* 29: 434-440
5. Nagler RM. 2010. *CRPS: Central aspects related to locus of pain, pathophysiology, and mood. Neurology* 75: 109-110.

## 8.- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PALADAR BLANDO Y DURO, TONSILA PALATINA Y NASOFARINGE: DIAGNÓSTICO CLÍNICO/PATOLÓGICO E IMAGENOLÓGICO.

Samar ME, Avila RE, Corball AG, Fonseca IB FACULTAD DE ODONTOLOGIA Y DE CIENCIAS MÉDICAS UNC

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucoepidermoide (CME) -ISD-O Code 8430/3- es un tumor epitelial maligno. Alrededor del 53% ocurre en glándulas salivales mayores y sólo 21 % lo hace en las menores, principalmente en paladar y ocasionalmente en nasofaringe. Por otro lado, en la literatura consultada se han descrito sólo tres casos de CME en tonsilas.

### OBJETIVOS

Nosotros presentamos un caso de CME de hemipaladar paladar duro y blando derechos, tonsila palatina y nasofaringe homolaterales donde analizamos su grado histológico y potencial proliferativo como factores pronósticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 73 años que en agosto de 2013 consulta a la Fundación para la Educación, Investigación y Prevención en Cabeza y Cuello por una tumoración exofítica del paladar duro y blando de 2 años de evolución, con secreciones nasales mucopurulentas y dolor local. La biopsia se analizó con H/E Y Ki67.

### RESULTADOS

En la exploración física se observó una masa submucosa polinodular de hemipaladar duro derecho, que se continuaba con hemipaladar blando, pilar anterior y pared lateral de orofaringe (tonsila palatina) homolaterales. Con resonancia magnética se observó una extensa lesión tumoral expansiva, heterogénea, que comprometía: hemipaladar duro y blando derechos, tonsila palatina, nasofaringe y región pterigomaxilar derechas con erosión de seno maxilar homolateral.

La biopsia incisional diagnosticó CME de alto grado.

En la pieza quirúrgica del tumor primario se observaron con H/E cordones sólidos de células epidermoides, con atipias y anaplasia; nidos de células claras y células oncocíticas. Se observó necrosis, hemorragia, edema, estroma desmoplásico y metástasis en 3 nodos linfoides regionales. La proliferación celular fue muy evidente con Ki67. Su estructura e inmunohistoquímica indicaron CME de alto grado de malignidad. Se realizó radioterapia posoperatoria. Luego de casi 3 años no hay signos de recidiva tumoral ni metástasis.

### CONCLUSIÓN

Su agresividad, alta proliferación celular y capacidad infiltrativa obligan al seguimiento de la paciente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Avila Uliarte RE, Samar Romani ME, Corball de Santiago AG, Fonseca Acosta IB 2015. Carcinoma mucoepidermoide de la base de la lengua: presentación de dos casos de localización infrecuente. *Patología Revista Latinoamericana* 53: 207-211
2. Coca-Pelaz A, Rodrigo, JP, Triantafyllou A, Hunt JL, Rinaldo A, Strojani P, et al. 2015. Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 272: 799-819 doi: 10.1007/s00405-014-3053-z.
3. Jarvis SJ, Giangrande V, Brennan PA 2015. Mucoepidermoid carcinoma of the tonsil: a very rare presentation. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 33: 286-288.
4. Re M, Pasquini E 2013. Nasopharyngeal mucoepidermoid carcinoma in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 77: 565-569. doi: 10.1016/ijporl.2012.12.0p12.
5. Samar ME, Avila RE, Fonseca IB, Olmedo L, Asís OG, Ferraris R. 2011. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: histological and immunohistochemical prognostic factors. *Int. J. Morphol.* 29: 455-462.

## 9.- SCHWANNOMA CON ELEMENTO GLANDULARES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO MORFOLÓGICAS DE UNA INUSUAL VARIANTE HISTOLÓGICA.

Martínez M, Rodríguez N, Meza Vetanzo Z, Kaplan R. III° CÁTEDRA DE PATOLOGÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNC.

### INTRODUCCIÓN

Los schwannomas son neoplasias benignas de los nervios periféricos. Pequeñas, encapsuladas solitarias, asintomáticas. Edad media: 30 años. Presentándose como una proliferación de células fusiformes sin atipia con áreas más densas (Antoni A) y más laxas (Antoni B). En las zonas Antoni A hay núcleos en empalizada formando los cuerpos de Verocay. Se han descrito numerosas variantes histológicas entre ellas la glandular. poco frecuente que posee un escaso componente. Las glándulas están revestidas por células cúbicas sin atipia citoqueratinas + (CTK) y antígeno de membrana epitelial+ (EMA). Las células fusiformes son S-100 positivas. El tratamiento es quirúrgico. Los principales diagnósticos diferenciales: neurofibroma, Angiomioma y los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs)

### OBJETIVOS

Indicar la importancia clínico-patológica e inmunohistoquímica del Schwannoma con elementos glandulares. Plantear diagnósticos diferenciales con otras lesiones.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 37 años con nódulo subcutáneo asintomático en la región anterior de la muñeca del miembro superior derecho de seis meses de evolución. El material es remitido al Servicio de Patología, fijado en formol buffer al 10 % e incluido en taco de parafina. Se realizan cortes seriados que se colorean con técnica de H/E. e inmunohistoquímica. (S - 100, EMA, CTK).

### RESULTADOS

Nódulo revestido por una fina capsula transparente de 2.5x 1.5x1 cm. de superficie lisa, sólido, blanquecino homogéneo, constituido por una proliferación de células fusadas (S – 100 +) sin atipia que se disponen formando haces, en sectores con núcleo elongados en empalizada con aisladas estructuras glandulares (CTK +, EMA +).  
Diagnostico: Schwannoma glandular.

### CONCLUSIÓN

Consideramos que en nuestro caso se encuentran suficientemente definidos los criterios clínicos morfológicos e inmunohistoquímicos. para realizar un diagnóstico de certeza Los diagnósticos diferenciales: neurofibroma: Adolescentes, sin capsula , zona flexora S 100(+). Factor XIII (+). Angiomioma: Adolescentes, Nódulo solitario Bien delimitados. (CD 34 +). GISTs: hemorragia, necrosis y degeneración quística.( c-KIT+),

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sundarkrishnan LI, Bradish JR, Oliai BR, Hosler GA. Cutaneous Cellular Pseudoglandular Schwannoma: An Unusual Histopathologic Variant. *J Cutan Pathol.* 2016 Feb;43(2):93-100.
2. Christopher A. Robinson, MD, Bernadette Curry, MD, and N. Barry Rewcastle, MB, ChB *Archives of Pathology & Laboratory Medicine Pseudoglandular Elements in Schwannomas* 2005 Sept; Vol 129, Issue 9.
3. Kim YC1, Park HJ, Cinn YW, Vandersteen DP. Benign glandular schwannoma. *Br J Dermatol.* 2001 Nov; 145(5):834-7.
4. Oda Y1, Hashimoto H, Tsuneyoshi M, Iwata Y. Benign glandular peripheral nerve sheath tumor. A case report. *Pathol Res Pract.* 1994 May; 190(5):466-73.
5. Yoshida SO1, Toot BV Benign glandular schwannoma. *Am J Clin Pathol.* 1993 Aug;100(2):167-70.

## **10.-NEOPLASIA SÓLIDA SEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: REPORTE DE 7 CASOS.**

Mendoza M.C.; Calafat P.; Kurpis M. HOSPITAL PRIVADO DE CBA.

### **INTRODUCCIÓN**

La neoplasia sólidaseudopapilar de páncreas (NSSP) es una lesión de bajo potencial maligno, con una incidencia de 1-2% y de etiología desconocida. El 90% se da en mujeres jóvenes.

### **OBJETIVOS**

Reportar 7 casos de paciente con NSSP, diagnosticados en nuestra institución.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Los 7 casos fueron diagnosticados entre los años 2012 y 2016 en el Hospital Privado de Córdoba. Cinco de ellos recibieron tratamiento quirúrgico en dicha institución, y dos fueron en consulta, a todas las lesiones se las estudio con HE y técnica de inmunohistoquímica. Se evaluara la edad de los pacientes, sexo, sintomatología, localización de la lesión, tamaño, y las características histopatológicas.

### **RESULTADOS**

Todos los casos correspondieron a pacientes de sexo femenino, con un rango de edad entre los 14–54 años (media 28.6). Los síntomas de presentación en orden de frecuencia fueron dolor abdominal, masa palpable, y hallazgo incidental

Macroscópica: La localización más frecuente fue a nivel cefálico. El tamaño del tumor vario entre los 2cm - 11cm de diámetro. En todos los casos la lesión era localizada en páncreas, de bordes bien delimitados, y coloración pardo grisácea. En 2 casos se observó capsula que circundaba la lesión, y en 2 casos la presencia de lesiones quísticas.

Microscopia: Todos los casos presentaban un patrón sólido con estructurasseudopapilares, revestidas por células poco cohesivas. En dos casos se reportó la presencia de necrosis intratumoral.

Inmunohistoquímica: Todos los casos fueron positivos para progesterona, CD10, y Vimentina. Siendo negativos para marcadores neuroendocrinos y ecadherina.

### **CONCLUSIÓN**

Nuestros hallazgos se correlacionan con lo descripto en la bibliografía. Actualmente hay un incremento en el diagnóstico por la incorporación a la práctica diaria de estudios de alta complejidad como son la tomografía axial computada y la resonancia magnética.

## 11.-SCHWANNOMA GÁSTRICO, LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: REPORTE DE UN CASO.

Laborié, Ma. V.; Calafat, P. HOSPITAL PRIVADO DE CBA.

### INTRODUCCIÓN

El Schwannoma Gástrico (SG), reportado por primera vez por Daimaru en 1988, es un tumor mesenquimal originado en células de Schwann del plexo nervioso mioentérico de la pared gastrointestinal. Son infrecuentes (0,2% de los tumores gástricos) y su localización más común en el tracto digestivo es el estómago (60-70%). De crecimiento lento, asintomáticos habitualmente y afectan más a las mujeres, entre la 5ª y la 6ª década de la vida. Un correcto diagnóstico histopatológico en la pieza quirúrgica es imprescindible. Al ser lesiones submucosas, la endoscopia digestiva no suele ayudar y las imágenes no los diferencian con exactitud del GIST, su principal diagnóstico diferencial.

### OBJETIVOS

Reportar el caso de un SG, tumor de bajísima frecuencia y comportamiento biológico típicamente benigno.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 41 años, obeso, con epigastralgia de tres años de evolución, tratado medicamente, es sometido a colecistectomía videolaparoscópica por colecistitis aguda. Durante la misma se evidencia tumoración gástrica en curvatura mayor. Se decide estudiar al paciente y eventual cirugía en un segundo tiempo. La tomografía computada mostró una lesión parietal gástrica sólida, la endoscopia digestiva evidenció una lesión submucosa con ulceración central y los marcadores séricos tumorales fueron normales. Con sospecha de GIST se decide realizar gastrectomía parcial.

### RESULTADOS

Macroscópicamente se objetivó lesión nodular submucosa de 60 x 50 mm de diámetro, bien circunscripta y superficie de corte trabeculada. Microscópicamente se observó lesión moderadamente celular, con células elongadas y en algunos sectores empalizada nuclear. Además se observó un característico manguito linfoide rodeando al tumor. La técnica de inmunohistoquímica demostró positividad para S100 y GFAP, y negatividad para CD34, ASMA, CD117 y DOG1.

### CONCLUSIÓN

Un correcto diagnóstico histopatológico es esencial ya que, a diferencia del GIST que suele recurrir o metastatizar, el SG tiene un comportamiento benigno y puede ser tratado con resección quirúrgica únicamente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Daimaru Y, Kido H, Hashimoto H, Enjoji M. Benign schwannoma of the gastrointestinal tract: a clinicopathologic and immunohistochemical study. *Hum Pathol.* 1988 Mar;19(3):257-64.
2. Grosse-Holz M, Sackmann M, Seitz G. Mesenchymal gastric tumor--not always GIST. *Pathologe.* 2015 Feb;36(1):89-91.
3. Voltaggio L, Murray R, Lasota J, Miettinen M. Gastric schwannoma: a clinicopathologic study of 51 cases and critical review of the literature. *Hum Pathol.* 2012 May;43(5):650-9.
4. Kessler W, Schreiber A, Glitsch A, Evert M, Puls R, Patrzyk M, Heidecke CD. Gastric schwannoma: a "typical" clinical course?. *Chirurg.* 2009 Jan;80(1):62-4.
5. Bosolino A., De la Torre A., Ratto R., Marzano C. Schwannoma gástrico. *Gastroenterol Hepatol.* 2010 Nov;33(9):686-7.

## 12.- CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: VARIANTES MICROCARCINOMA Y ENCAPSULADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Volmaro K. Herrero M. Suarez Ghibaudó MH. Cristiano J. LABORATORIO PRIVADO DE CBA.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar es la neoplasia maligna más frecuente de tiroides. Dentro de sus variantes, existe el microcarcinoma que es aquel carcinoma papilar menor o igual a 1 cm. de diámetro, como un hallazgo incidental muy común (25% o más) en tiroides removidas por otras razones y la variante encapsulada como una forma inusual (10%), que está completamente rodeada por una cápsula fibrosa y es de excelente pronóstico.

### OBJETIVOS

Presentar un caso inusual de dos variantes con expresión clínica nodular a la palpación destacando las características clínico-morfológicas, diagnósticos diferenciales y su excelente pronóstico.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Hombre de 29 años con nódulo palpable en cuello, ecográficamente nódulo hipoecoico de 0,8 cm. en lóbulo derecho. Es extirpado, fijado en formol al 10% e incluido en parafina y coloreado con técnicas de H/E y de Masson.

### RESULTADOS

Macroscopia: Fragmento de tejido de 1,5x1,3 cm., irregular, pardo claro. Al corte: nódulo de 0,8 cm, bien delimitado, encapsulado, blanquecino. Microscopia: Nódulo tiroideo rodeado totalmente por una cápsula fibrosa, no infiltrada, constituido por papilas con las características citoarquitecturales del carcinoma papilar convencional.

### CONCLUSIÓN

Variante inusual de pronóstico excelente. Puede ser curada por cirugía. Es necesario distinguirla del nódulo hiperplásico con degeneración quística central con papilas y del adenoma benigno. Es importante el hallazgo no incidental de esta lesión con expresión clínica nodular a la palpación ya que puede ser de hecho precursor del carcinoma papilar invasivo por la evidencia de un grado variable de encapsulación residual que puede mostrar este último.

### BIBLIOGRAFÍA

1. EVANS HL. *Encapsulated papillary neoplasms of the thyroid. A study of 14 cases followed for a minimum of 10 years. Am J Surg Pathol* 1987; 11: 592-593.
2. SCHRÖDER S, BÖCKER W, DRALLE H., KORTMAN K-B, STERN C. *The encapsulated papillary carcinoma of the Thyroid. A morphologic subtype of the papillary thyroid carcinoma. Cáncer* 1984; 54: 90-93.
3. MORENO A., RODRIGUEZ JM, SOLA J., SORIA T., PARRILLA P. *Encapsulated papillary neoplasm of the thyroid: retrospective clinicopathologic study with long term follow-up. Eur J Surg* 1996; 162: 170-180.
4. BALOCH ZW, LIVOLSI VA. *Microcarcinoma of the thyroid. Adv Anat Pathol* 2006; 13: 67-75.
5. PEREZ-MONTIENL MD, SUSTER S. *The spectrun of histologic changes in thyroid hiperplasia: a clinicopatologic study of 300 cases. Hum Pathol* 2008, 39: 1080-1087.

### 13.- LESIONES LIQUENOIDES ORALES: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Tomasi RA, Talavera AD, Asis OG, Ferreyra de Prato RS FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNC.

#### INTRODUCCIÓN

Las lesiones liquenoides orales (LLO) y el liquen plano oral (LPO) presentan signos clínicos e histológicos similares. Vaan der Waal-Vaan der Meij determinaron los criterios para su diagnóstico. Las LLO se clasifican en: 1) lesiones topográficamente asociadas a restauraciones como amalgamas y otras aleaciones. 2) lesiones liquenoides relacionadas con fármacos 3) lesiones liquenoides en enfermedad de injerto contra huésped y 4) lesiones que tienen aspecto de liquen plano, pero que les faltan uno o más aspectos clínicos característicos. Histopatológicamente presentan infiltrado linfocitario subepitelial, paraqueratosis focal y displasia epitelial. Algunos autores señalan la transformación maligna de LLO y LPO, confirmando la existencia de un mayor riesgo en LLO.

#### OBJETIVOS

Revisar la bibliografía actual, destacando las características diferenciales desde la clínica e histopatología entre LLO y LPO. Presentar un caso clínico.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre LLO en bases de datos biomédicas (Pub Med). Caso clínico: paciente de 50 años de edad, sexo femenino que acudió a la consulta odontológica con una lesión de aspecto liquenoide, color blanquesina, húmeda y extendida, ligeramente elevada y en sectores erosionada. Se hallaba localizada en el borde lingual izquierdo. Tiempo de evolución aproximado: 8 meses. El laboratorio de rutina arrojó resultados normales. La lesión unilateral fue biopsiada. El material fue procesado con inclusión en parafina y coloración HE.

#### RESULTADOS

Los hallazgos histopatológicos mostraron epitelio plano estratificado paraqueratinizado con imágenes "tipo coilocíticas", sectores atróficos y signos de displasia epitelial moderada. El resultado del informe anatómopatológico fue lesión liquenoide oral y se planteó diagnóstico diferencial con displasia liquenoide. Se realizaron controles periódicos y no presenta recidiva hasta el momento.

#### CONCLUSIÓN

Es importante el correcto diagnóstico según las características diferenciales tanto clínicas como histopatológicas debido a la alta incidencia de transformación maligna en estas lesiones, en comparación con LPO.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Van der Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jul;14(7):E310–314.
2. Venkatesh Vishwanath Kamath, Krishnanand Setlur, Komali Yerlagudda Indian: Oral Lichenoid Lesions - A Review and Update. *J Dermatol*. 2015 Jan-Feb; 60(1): 102.
3. Marinka Mravak-Stipetic, Bo•ana Loncar-Brzak, Iva Bakale-Hodak, Ivan Sabol, Sven Seiwerth, Martina Majstorovic, Magdalena Grce: Clinicopathologic Correlation of Oral Lichen Planus and Oral Lichenoid Lesions: A Preliminary Study. *ScientificWorldJournal*. 2014; 2014: 746874.
4. Helen McParland, Saman Warnakulasuriya: Oral Lichenoid Contact Lesions to Mercury and Dental Amalgam—A Review. *J Biomed Biotechnol*. 2012; 2012: 589569.
5. Maria J. Lartitegui-Sebastián, Begoña Martínez-Revilla, Carolina Saiz-García, Sonia Eguizabal-Saracho, Jose M. Aguirre-Urizar: Oral lichenoid lesions associated with amalgam restorations: A prospective pilot study addressing the adult population of the Basque Country. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 July; 17(4): e545–e549.

## 14.- PÓLIPO INFLAMATORIO FIBROIDE: ASPECTOS CLÍNICO- MORFOLÓGICOS DE UNA LESIÓN POCO FRECUENTE.

Borgarello P.D., Rivas D.A., Alanis A.M., Bruno M.A. SERVICIO DE PATOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC.

### INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) o tumor de Vanek, es una lesión benigna poco frecuente, submucosa, cuya ubicación más común es el antro gástrico (70%), aunque puede localizarse en cualquier sitio del tubo digestivo. La edad de mayor incidencia ocurre en la sexta década sin predilección clara por sexo.

### OBJETIVOS

Determinar edad, sexo y localización. Describir su morfología. Señalar los diagnósticos diferenciales. Comparar con la bibliografía actual.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron cuatro casos en 5 años en nuestro servicio.

Caso 1: Hombre, 74 años. Gastrectomía subtotal con pólipo pediculado de 5,5x3,3x2,4 cm.

Caso 2: Mujer, 76 años. Pólipo de recto de 1,5x1x0,8 cm.

Caso 3: Mujer, 65 años. Gastrectomía subtotal por adenocarcinoma y polipectomía duodenal de 1 cm. de diámetro.

Caso 4: Mujer, 72 años. Pólipo gástrico de 0,6 cm. de diámetro.

Las biopsias fueron fijadas en formol al 10%, procesadas con técnicas de rutina e inmunohistoquímica.

### RESULTADOS

En nuestros casos encontramos una edad promedio de 72 años, con predominio en sexo femenino y localización más frecuente en tubo digestivo alto.

Histológicamente presentaron similares características. Correspondieron a lesiones submucosas no encapsuladas constituidas por una proliferación fusocelular tipo fibroblastos, dispuestas en forma concéntrica alrededor de vasos sanguíneos con infiltrado inflamatorio predominantemente eosinofílico.

Estas lesiones plantearon diagnósticos diferenciales principalmente con tumores estromales gastrointestinales (GIST) y gastroenteritis eosinofílica, que fueron descartados por la morfología e inmunohistoquímica.

Lo descripto coincidió en general con la bibliografía consultada.

### CONCLUSIONES

El PIF es una lesión poco frecuente, generalmente asintomática, de etiología no definida, que se presenta predominantemente después de la sexta década de la vida. El diagnóstico se realiza con la microscopía e inmunohistoquímica. Es importante que en el muestreo endoscópico la toma sea profunda, ya que una biopsia superficial puede resultar en un diagnóstico erróneo de pólipo hiperplásico o gastritis.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Morales Fuentes GA, Ariño Suárez M, Zárate Osorno A, Rodríguez Jerkov J, Terrazas Espitia F, Pérez Manauta J. Pólipo de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2011; 79(3): 263-67.
2. García Ayala E, Mayorga Anaya HJ, Cárdenas Mastrascusa LR, Sandoval Martínez DK. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico: a propósito de un caso. *MÉD. UIS.* 2010; 23(2): 145-49.
3. Mellado Pérez AM, Hernández Cubas MO, Lara Martín M. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Reporte de un caso. *Rev. Méd. Electrón.* 2013; 35(4): 404-10.
4. Bernal Eusse A, Cock Botero AM, Pérez MP, Bernal Cuartas C. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Presentación de dos casos en Medellín. *RCG.* 2012; 27(4): 327-30.
5. Genna AD. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico como causa de hemorragia digestiva alta con descompensación hemodinámica. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016; 46(1): 48-51

## 15.- CARCINOMA EPIDERMOIDE EN ÚLCERA DE MARJOLIN (PRESENTACIÓN DE UN CASO).

Faure, E.E.; Choque, G.E.; Borgarello, P.D.; Cabalier, M.E.D. SERVICIO DE PATOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC.

### INTRODUCCIÓN

La úlcera de Marjolin es la degeneración maligna de una lesión crónica de la piel, que se desarrolla en zonas previamente traumatizadas o con inflamación crónica, especialmente con antecedentes de quemaduras. Una de cada 300 úlceras crónicas puede desarrollar cáncer.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso (87%), seguido del carcinoma de células basales y como neoplasias raras, el melanoma y el sarcoma.

Se reportaron metástasis a distancia hasta en el 54 % de las úlceras de Marjolin localizadas en miembros inferiores.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de malignización de úlcera de piel de 20 años de evolución en paciente joven y considerar el pronóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 25 años con antecedentes de esclerodermia y liquen pigmentado, con úlcera de 20 años de evolución en tobillo, a quien se realiza biopsia incisional en abril del corriente año.

### RESULTADOS

Piel que a nivel de la lesión descrita en la macroscopía exhibe una proliferación de células neoplásicas de estirpe epitelial con diferenciación escamosa invasoras de las dermis. Las células presentan marcada atipia con citoplasmas amplios y eosinófilos, algunos con queratinización individual y eventuales perlas córneas. La epidermis muestra una zona ulcerada recubierta por costra. Carcinoma epidermoide bien diferenciado en biopsia incisional.

### CONCLUSIÓN

La degeneración maligna de una lesión crónica de la piel es una patología infrecuente; debe sospecharse ante toda úlcera crónica de apariencia atípica con crecimiento tumoral o que no reacciona favorablemente a los tratamientos habituales.

La biopsia es un recurso económico y sencillo que nos permite arribar a un diagnóstico de certeza y actuar en consecuencia.

En cuanto al tratamiento se recomienda su escisión quirúrgica con márgenes de seguridad de al menos 2 cm, obteniendo curaciones de hasta el 90%.

El pronóstico en general es bueno, aunque peor que en otros carcinomas escamosos cutáneos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez D, Ramos V, Villalba Munera J, Molina Martínez J L, Sanchís S. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología*. 2006 ; 58 (1): 63-66.
2. Rossi G, Cortés L, Wainstein V, Calb I. La importancia de la biopsia en las úlceras crónicas Úlcera de Marjolin. *Flebología y Linfología*. 2010 ; (5) 13.
3. Irene García Morales I, Pérez Gil A, Camacho F M. Úlcera de Marjolin: carcinoma sobre cicatriz por quemadura . *Actas Dermosifilogr*. 2006; 97:529-32 DOI: 10.1016/S0001-7310 (06) 73457-3.
4. Shen R, Zhang J, Zhang F, Du Y, Liang W, Xu L, et al. Clinical characteristics and therapeutic analysis of 51 patients with Marjolin's ulcers. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2015. 10: 1364-1374. DOI: 10.3892/etm.2015.2699.
5. Soto Dávalos B.A., Cortés Flores, A.O., Bandera Delgado A., Luna Ortiz K., Padilla Rosciano A.E. Neoplasia maligna en cicatriz de quemadura: úlcera de Marjolin. *Informe de dos casos y revisión de la literatura*. *Ciruj. Ciruj*. 2008; 76: 329-331.

## 16.- ANGIOMATOSIS BACILAR CON PELIOSIS HEPÁTICA EN UN PACIENTE CON SIDA: REPORTE DE UN CASO.

Mazzotta MM, Forni LI, Quinteros Greco C, Cabalier MED. SERVICIO DE PATOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC.

### INTRODUCCIÓN

La angiomatosis bacilar (AB) es una enfermedad rara, producida por bacterias del género *Bartonella*. Produce una proliferación vascular anómala que afecta principalmente piel y ganglios linfáticos. Las lesiones cutáneas más características son pápulas purpúricas rojas. Cuando compromete hígado o bazo, se conoce como peliosis. Fue descrita en pacientes infectados con VIH, siendo frecuente en etapas avanzadas ( $CD4 < 200$  células/mm<sup>3</sup>), aunque también se ha reportado en inmunocompetentes.

### OBJETIVO

Presentar un caso de angiomatosis bacilar con peliosis hepática en un paciente con sida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 24 años con HIV en tratamiento, con CD4 de 274/mm<sup>3</sup>. Consultó por lesiones cutáneas rojizas en cara, cuero cabelludo y cuello y síndrome febril prolongado. Antecedente: arañazo de gato. Laboratorio: aumento de GOT, GPT, FAL Y GGT y KPTT. Ecografía: hígado y bazo aumentados de tamaño y ecogenicidad. TAC: múltiples y pequeñas lesiones redondeadas hipodensas en hígado. Se realiza biopsia de piel y se remite para estudio histopatológico.

### RESULTADO

La microscopía mostró una proliferación vascular constituida por múltiples capilares agrupados en lóbulos de distintos tamaños, con endotelios prominentes sin atipia. El estroma exhibió leve infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares neutrófilos y acúmulos de material amorfo eosinófilo. Con la coloración de Giemsa se observaron pequeños gérmenes cocobacilares agrupados. El diagnóstico fue de angiomatosis bacilar. Se instauró tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol, doxiciclina, rifampicina y azitromicina. A la semana las lesiones cutáneas evolucionaron favorablemente, y luego de un mes el paciente fue dado de alta.

### CONCLUSIÓN

Presentamos este nuevo caso de AB debido a que es una infección poco frecuente, característica de pacientes inmunosuprimidos y con excelente respuesta al tratamiento. Se demuestra la importancia de sospechar esta entidad en pacientes con cuadros clínicos sugerentes y la utilidad de realizar coloraciones especiales tales como Giemsa y Warthin-Starry para visualizar el microorganismo en los cortes histológicos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. VÁSQUEZ, P et al. Angiomatosis bacilar por *Bartonella quintana* en un paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 2007, vol. 24, no 2, p. 155-159.
2. URIBE, P et al. Angiomatosis bacilar por *Bartonella quintana* como primera manifestación de infección por VIH: Report of one case. *Revista médica de Chile*, 2012, vol. 140, no 7, p. 910-914.
3. ARNÉS MC et al. Enfermedad por arañazo de gato. *Revista Centro de Salud*, 2001, vol. 9, p. 152-155.
4. RODRÍGUEZ G; TORRES BE, MOTTA, A. Angiomatosis bacilar. *Biomédica*, 2002, vol. 22, no 2, p. 141-54.
5. COCKERELL, CJ, LEBOIT PE. Bacillary angiomatosis: a newly characterized, pseudoneoplastic, infectious, cutaneous vascular disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, vol. 22, no 3, p. 501-512

## 17.-TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO VESICAL: SU CORRECTO DIAGNÓSTICO PARA UN ADECUADO TRATAMIENTO.

Fara MA, Mazzotta MM, Defazio D, Cabalier MED. SERVICIO DE PATOLOGIA. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. UNC.

### INTRODUCCIÓN

De las neoplasias vesicales, las no epiteliales suponen 0,5-2% del total, siendo la mayoría malignas y sólo un pequeño porcentaje benignas. El TMI (también denominado seudotumor inflamatorio o pseudosarcoma) es un tumor benigno de origen mesenquimal cuya localización vesical es muy poco frecuente y no debe confundirse con una neoplasia maligna ya que tiene excelente pronóstico. Se menciona recurrencia local, no documentándose metástasis.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de TMI vesical considerando sus diagnósticos diferenciales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, que consulta en el servicio de urología por presentar incontinencia urinaria y hematuria, tras histerectomía realizada en junio de 2015 por leiomiomatosis uterina y posterior formación de fístula véscicovaginal. Se realiza uretrocistofibroscopia, observándose una tumoración que ocupa 80 % de la luz vesical. Se procede a resección transuretral de un 30 % de dicha lesión. En marzo de 2016 se recibe en el servicio de patología una tumoración de 12x5x4 cm obtenida mediante cistectomía parcial de superficie irregular multinodular, colorido pardo claro y consistencia firme. Al corte colorido blanquecino con áreas congestivas. Los materiales fueron procesados con las técnicas histológicas de rutina y se realizaron técnicas de inmunomarcación.

### RESULTADOS

La microscopía mostró una proliferación de células miofibroblásticas bien diferenciadas dispuestas en fascículos y con patrón estoriforme. El estroma presentaba áreas mixoides. La inmunohistoquímica reveló marcada positividad frente a pancitoqueratina, así como para actina y desmina focalmente. Hubo negatividad para CD117. Se llegó al diagnóstico de TMI vesical. La paciente evolucionó favorablemente.

### CONCLUSIÓN

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) vesical es un tumor mesenquimal benigno que plantea diagnósticos diferenciales con el pólipo fibroide inflamatorio, fibromatosis, leiomiosarcoma inflamatorio y tumor del estroma gastrointestinal. La aplicación de estudios inmunohistoquímicos ayuda al diagnóstico y aporta al equipo médico una correcta valoración para su adecuado tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Garrido Abad P et al. Tumor miofibroblástico inflamatorio vesical: Aportación de un nuevo caso. Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa), 2008, vol. 61, no 1, p. 62-65.
2. Yagnik V et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the urinary bladder. Urologyannals, 2010, vol. 2, no 2
3. Sun K et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of bladder: a clinicopathologic study of five cases. Zhonghuabing li xuezhazhi Chinese journal of pathology, 2007, vol. 36, no 9, p. 605-608.
4. Alderman M, Kunju, LP. Inflammatory myofibroblastic tumor of the bladder. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 2014, vol. 138, no 10, p. 1272-1277.
5. Ramos M et al. Inflammatory pseudo tumor of the bladder (in a 6-month-old girl). Acta Médica Portuguesa, 1994, vol. 7, no 12, p. 697-8.

## 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](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 Rodriguez, 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 aceptará sólo por invitación para 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 Ética 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.