

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. Paéz	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. Paéz	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

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 Noemí 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)		

CONSULTORES NACIONALES:

Prof. Dr. Gustavo Irico Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Dr. Rolando B. Montenegro Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Lic. Fonoaud. María E Funez Facultad de Universidad Nacional de San Luis
Prof. Dr. César I. Aranega Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Leonor Gauna Añasco Facultad de Ciencias Veterinarias Universidad Nacional de Buenos Aires	Dr. Roberto Miguel Ángel Colque Presidente de la Sociedad de Cardiología de Córdoba
Prof. Dr. Luis María Defagot Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Dr. Gabriel Fonseca Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Dr. Daniel Salica Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba
Prof. Dr. Pedro Pizarro Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Dr. Rodolfo Ávila Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Prof. Dr. Mario E. Zernotti Facultad de Medicina Universidad Católica de Córdoba

CONSULTOR INTERNACIONAL:

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

EDITORIAL

Escribo estas líneas expresando que siente y vive un médico en formación, desde mi experiencia, la V Jornada Universitaria de Patólogos de Córdoba, fue un acontecimiento colmado de saberes científicos, incluyendo: actualización en anatomía patológica, presentación de casos poco frecuentes y disertaciones sobre temas específicos, que a los residentes, nos cuesta estudiar o aprender más que otros, situación que enaltece a la reunión. Por otra parte, constituyó un momento para despejar dudas sobre ciertas patologías, seguir construyendo y enriqueciendo el vocabulario científico y, como es habitual, unirse aún más con el grupo humano al cual tomamos la decisión de pertenecer, el de los patólogos. Fue un espacio para despojarse de temores y prejuicios, para dialogar y animarse a opinar. Conocimos gente importante, cual famosos de televisión se tratase, pero en este caso, desempeñándose en nuestra especialidad, ejerciendo sus profesiones con la máxima dedicación y sacrificio. Esto nos motivó a estudiar para crecer y ser como ellos, sin dejar de lado el principal objetivo y tarea esencial del médico: ayudar al prójimo, asistir al paciente en su proceso de salud-enfermedad, sin importar que seamos el “médico invisible”, aquél “que en el laboratorio” diagnostica y gracias al cual se toman las decisiones terapéuticas.

Para concluir, deseo recalcar, una vez más, la importancia de estas reuniones científicas y culturales, sobre todo para nosotros, los residentes, que enriquecen con la transmisión de conocimientos y experiencias de nuestros profesores. Muchas gracias V JUPCO!!

Marco Mario Mazzotta
Médico Residente de Patología

ÍNDICE

RESÚMENES. Vº JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA	1
RED NEURONAL CONVOLUCIONAL EN SISTEMAS DE PREANÁLISIS DE PAPANICOLAOU. AYALON N, JURI G.A, GAY STABILE R.L, CABALIER M.E.D	3
ANGIOMIOMA (LEIOMIOMA VASCULAR) EN PALADAR DURO; REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. TOMASI RA, PANICO R, DIONISIO DE CABALIER ME, FERREYRA DE PRATO R.....	4
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE GLANDULAS SALIVALES MENORES: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO. AVILA RE, SAMAR ME, FONSECA I, OLMEDO LA, FERRARIS RV.	5
BÚSQUEDA DE MARCADORES PREDICTIVOS DE CONDUCTA BIOLÓGICA EN BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS DE CÁNCER DE COLON. CORDERO V., MENDEZ N., NEGRI I. , BRUNO M., CREMONEZZI D.	6
CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE VESÍCULA BILIAR: COMUNICACIÓN DE UN CASO. SOMOZA G, MAZZOTTA MM, ALANIS AM, BRUNO M.....	7
CISTOADENOMA MICROQUÍSTICO DE PANCREAS: COMUNICACIÓN DE UN CASO. FERRARIS L, ASIS OG, FONSECA IB, SPITALE LS.	8
ELASTOFIBROMA DORSIS: NUESTRA CASUÍSTICA EN 10 AÑOS. SOMOZA G, MAZZOTTA MM, MALDONADO MG, DE CABALIER MED	9
ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: PRESENTACIÓN DE UN CASO. SÁNCHEZ, AV; DILLER A.	10
TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE COLON CON MUTACIÓN DEL PDGFRA-RECEPTOR ALFA DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DERIVADO DE PLAQUETAS: C-KIT/CD117(-), CD34(-), DOG 1 (+). REPORTE DE CASO. GURRIERI, F.; CARREÑO, N.; DIRENZO, C.; GÓNGORA JARA, H.	11
COMPLEJO DE VON MEYENBURG IMITANDO METÁSTASIS HEPÁTICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. LABORÍE, MA. V.; DILLER, A.	13
SARCOMA DE EWING(SE)/TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO DE MAXILAR SUPERIOR. REPORTE DE CASO. CARREÑO,M.; GURRIERI, F.; DANIELE A.; GÓNGORA JARA, H.	15

Revista Argentina de Morfología

Año 2015, 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, fotocopiar, registrar, 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

MELANOMA DE CÉLULAS GLOBOIDES CON RECIDIVA TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. MAZZOTTA MM, BRENE MG, REINOSO NB, DE CABALIER MED	16
MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES VARIANTE ONCOCÍTICA CON DISEÑO MICROFOLICULAR EN EL CONTEXTO DE UNA TIROIDITIS DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO. MAZZOTTA MM, SZLABI S, GELMAN LM, DE CABALIER, MED	17
MICROMETÁSTASIS GANGLIONAR DE CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. MORÁN G, HEINRICH GG, TREZZA C, FONSECA IB, SPITALE LS. II CÁTEDRA DE PATOLOGÍA.	18
ONCOCITOMA RENAL: COMUNICACIÓN DE UN CASO. ROSALES F, FERRARIS RV, FONSECA IB, SPITALE LS.	20
TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GISTS): ANÁLISIS DE 20 CASOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES Y UTILIZANDO MICROARRAY TISSUE PREPARADOS "IN HOUSE". GUERINI, JULIO C; FONSECA, ISMAEL B; CHIAVASSA, YANINA S; SPITALE, LUIS S.	21
LINFANGIOMA DE TIPO QUÍSTICO EN INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO. CHIAVASSA YANINA S, FERRARIS R, FONSECA ISMAEL B, SPITALE LUIS S.	23
NORMAS DE PUBLICACIÓN	25

|

RESÚMENES

Vº JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA

***Hospital Nacioal de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Córdoba
24 de Abril de 2015***

RED NEURONAL CONVOLUCIONAL EN SISTEMAS DE PREANÁLISIS DE PAPANICOLAOU

Autores: Ayalon N, Juri G.A, Gay Stabile R.L, Cabalier M.E.D

Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

INTRODUCCIÓN:

Una red neuronal convolucional (RNC), es un tipo de red neuronal artificial, con algoritmo de la familia de los llamados “aprendizaje profundo”, donde las neuronas corresponden a campos receptivos de una manera muy similar a las neuronas de la corteza visual primaria. Los fundamentos de este algoritmo se basan en el trabajo realizado por Hubel y Wiesel que jugó un papel importante en la comprensión sobre la selectividad de orientación y detección de bordes. Varios sistemas de redes neuronales no profundas fueron introducidos en los 80 y 90 para análisis de Papanicolaou, La RNC presenta una selección de patrones durante el aprendizaje, que la hace mucho más efectivas para tareas de visión artificial, especialmente en la clasificación de imágenes.

OBJETIVOS:

Aplicar la RNC al análisis de papanicolaou, permitiendo la diferenciación entre células normales y anomalías citológicas, dejando que el algoritmo encuentre y determine los patrones por sí solo.

Material y métodos:

El algoritmo se desarrolla en dos etapas: (1) diferenciación y detección de células (2) aprendizaje automático. Se utilizan imágenes capturadas con microscopio óptico con cámara digital. La información se procesa en un algoritmo que se desarrolla en Matlab para ambas etapas, utilizando código modificado de “LeNet5” [LeCun98] y “Deep Learning Toolbox” [Palm2012].

CONCLUSIÓN:

Este trabajo promoverá la aplicación de otros algoritmos al análisis citológico, basados en aprendizaje profundo de inteligencia artificial. Además, permitirá su uso por parte de los especialistas, como una herramienta de apoyo a los estudios de screening y de selección de casos que necesiten un análisis posterior, de mayor complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hubel, D. and Wiesel, T. *Receptive fields and functional architecture of monkey striate cortex. Journal of Physiology (London)*, 195, 215–243, 1968
2. H. Lee, R. Grosse, R. Ranganath, and A.Y. Ng, “Convolutional deep belief networks for scalable unsupervised learning of hierarchical representations.”, ICML 2009
3. R. Palm. *Prediction as a candidate for learning deep hierarchical models of data. Master’s thesis, Technical University of Denmark, DTU Informatics, 2012.*
4. LeCun, Y., Bottou, L., Bengio, Y., and Haffner, P. *Gradient-based learning applied to document recognition. Proceedings of the IEEE*, 86(11), 2278–2324, 1998
5. Fukushima, Kunihiko. “Neocognitron: A Self-organizing Neural Network Model for a Mechanism of Pattern Recognition Unaffected by Shift in Position”. *Biological Cybernetics* 36 (4): 193–202, 1980

ANGIOMIOMA (LEIOMIOMA VASCULAR) EN PALADAR DURO; REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

TOMASI RA, PANICO R, DIONISIO DE CABALIER ME, FERREYRA DE PRATO R
Cátedra de Anatomía Patológica "A"- Facultad de Odontología- UNC

INTRODUCCIÓN:

Angioleiomioma es un tumor benigno raro frecuente en extremidades inferiores y rara vez se observa en tejidos orales. Se caracteriza microscópicamente por una proliferación de células de músculo liso entremezclado con abundantes canales vasculares. Afectan principalmente a labios, paladar, mucosa bucal y lengua, y se presenta como un nódulo submucoso indoloro.

OBJETIVOS:

Presentación de un caso de leiomioma vascular de localización bucal y revisar la bibliografía.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En este trabajo se presenta un caso clínico; paciente adulto joven de 33 años de edad, que acudió a la consulta odontológica con una lesión estaba situada a nivel del paladar duro a la altura del primer y segundo premolar superior izquierdo, de aspecto nodular, asintomática, con un tiempo de evolución de aproximadamente entre 8 meses, de color violáceo/azulado de 0,7 cm de diámetro con vitropresión negativa, a la palpación renitía y fluctuaba. La ortopantomografía de características normales, en modelos de yeso mostraba una elevación delimitada y análisis de sangre de rutina con resultados normales.

RESULTADOS:

El paciente fue tratado quirúrgicamente. El análisis microscópico con inclusión en parafina y coloración HE y TRI, microscópicamente mostró epitelio plano ortoqueratinizado, tejido fibroso denso, por debajo neoformación vascular rodeada de células de aspecto mioblastico con núcleos en habano también sectores con células adiposas y áreas hemorrágicas. El diagnóstico clínico diferencial se realizó con mucocel, hemangioma y adenoma pleomorfo entre otras entidades. El resultado del informe anatómopatológico fue de Leiomioma vascular y se plantea diagnóstico diferencial con Fibroangioma de tipo nasofaríngeo. Esta lesión hasta el momento no recidivó a dos años y medio de la extirpación.

CONCLUSIÓN:

Los odontólogos deben considerar en el diagnóstico diferencial esta rara entidad en la evaluación de lesiones nodulares del paladar duro que tiene un buen pronóstico siempre que no tenga afectación ósea.

BIBLIOGRAFÍA

- Gueiros LA, Romañach MJ, Pires-Soubhia AM, Pires FR, Paes-de-Almeida O, Vargas PA. Angioleiomyoma affecting the lips: Report of 3 cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Jul 1;16(4):e482-7.
- Brooks JK, Nikitakis NG, Goodman NJ, Levy BA. Clinicopathologic characterization of oral angioleiomyomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94:221-7
- Ide F, Mishima K, Yamada H, Saito I, Horie N, Shimoyama T, et al. Perivascular myoid tumors of the oral region: a clinicopathologic re-evaluation of 35 cases. *J Oral Pathol Med*. 2008;37:43-9.
- Baden E, Doyle JL, Lederman DA. Leiomyoma of the oral cavity: a light microscopic and immunohistochemical study with review of the literature from 1884 to 1992. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1994;30B:1-7.
- Gaitan Cepeda LA, Quezada Rivera D, Tenorio Rocha F, Leyva Huerta ER, Mendez Sánchez ER. Vascular leiomyoma of the oral cavity. Clinical, histopathological and immunohistochemical characteristics. Presentation of five cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E483-8.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLOGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO

Avila RE, Samar ME, Fonseca I, Olmedo LA, Ferraris RV.

Cátedras de Histología y 2º de Patología. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra A de Histología. Facultad de Odontología. UNC

INTRODUCCION:

Las neoplasias salivales corresponden a un grupo raro y clínicamente diverso de lesiones que representan entre el 2 y 6,5% de todos los tumores de cabeza y cuello. El tumor maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide (CME). Esta neoplasia afecta en un 53% de los casos a las glándulas salivales mayores. Un 21% se desarrolla en las glándulas palatinas y el resto en otras localizaciones.

OBJETIVO:

Estudiar las características clínicopatológicas e inmunohistoquímica de nuestra casuística de CME de glándulas salivales menores (GSm), escasamente documentado en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo de la casuística de CME (n=22) analizada en nuestro laboratorio en el periodo 1995-2014. Se seleccionaron tumores de GSm (n=10, 45,54%) y se tomaron datos de edad, sexo, localización anatómica y diagnóstico anatomopatológico, grado histológico y potencial proliferativo (ki 67).

RESULTADOS:

Se encontraron 10 tumores en GSm, en 5 mujeres (50%) y 5 hombres (50%). La edad media de los pacientes fue de 61 años con un rango de 16 a 85 años, siendo el paladar más afectado (5 casos, 50%); un caso con compromiso de tonsila palatina derecha y orofaringe. Los otros sitios fueron base de lengua (n=3; 30%), mejilla (n=1; 10 %) y localización ectópica a nivel cervical (n=1; 10%). Predominaron los tumores de bajo grado de malignidad (n=6; 60%), siendo 4 de alto grado (40%). La proliferación celular con Ki67 fue muy evidente en las células epidermoides de CME de alto grado.

CONCLUSIONES:

En nuestra casuística predominaron tumores de bajo grado, con edad media de 61 años al momento del diagnóstico, a diferencia de la bibliografía que refiere 45 años. La incidencia similar en ambos sexos y el caso excepcional en una adolescente coinciden con la literatura. El grado histológico asociado al índice de proliferación celular es un parámetro indicador de su comportamiento biológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avila RE, Samar ME, Corball AG, Fonseca IB, Olmedo LA (2014): Carcinoma mucoepidermoide de la base de la lengua: estudio histopatológico de dos casos de localización infrecuente. <http://galeria.uaem.mx/exposiciones/carteles-del-1er-congreso-iberoamericano-histolog%C3%ADa-2014>.
2. Coca-Pelaz A, Rodrigo, JP, Triantafyllou A, Hunt JL, Rinaldo A, Strojam P, et al (2015). Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 272: 799-819 doi: 10.1007/s00405-014-3053-z.
3. Samar ME, Avila RE, Fonseca IB, Olmedo LA, Asís OG, Ferraris R (2011). Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: histological and immunohistochemical prognostic factors. *Int. J Morphol.* 29: 455-462.
4. Scholsen T, Verdes J: The ki-67 protein: from the known and the unknown. *J Cell Physiol* 2000, 182: 311-332.
5. Triantafyllidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D: Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. *Oral Dis* 2006, 12: 364-370.

BÚSQUEDA DE MARCADORES PREDICTIVOS DE CONDUCTA BIOLÓGICA EN BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS DE CÁNCER DE COLON.

Cordero V., Mendez N., Negri I., Bruno M., Cremonuzzi D.

Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

INTRODUCCIÓN:

El adenocarcinoma colorrectal ocupa el tercer lugar en incidencia a nivel mundial, afectando a ambos sexos, con un promedio etario de 60 años. Numerosos factores genéticos, hereditarios y ambientales están vinculados con su histogénesis. Su fisiopatogenia está relacionada con el "modelo de progresión adenoma-carcinoma" en el 80% de las formas esporádicas. Macroscópicamente pueden ser vegetantes, infiltrantes y ulcerados, comprometiendo más frecuentemente el colon izquierdo.

OBJETIVO:

Correlacionar las características histopatológicas estudiadas en biopsias endoscópicas con diagnóstico de adenocarcinoma de colon, con lo hallado en la pieza quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional sobre 15 casos de biopsias endoscópicas con diagnóstico de adenocarcinoma invasor de colon y sus respectivas piezas quirúrgicas. Se valoraron criterios microscópicos tales como: patrón arquitectural, grado nuclear, mitosis, necrosis, permeaciones vasculares e infiltraciones perineurales, y fibrosis estromal.

RESULTADOS:

De los 15 casos estudiados (73% hombres y 27% mujeres), la edad promedio fue de 66 años y la localización más frecuente colon izquierdo (80%). En los casos de alto grado (4) hubo correlación del 100% entre las características histológicas de la biopsia endoscópica y la pieza quirúrgica en patrón arquitectural y grado nuclear, y no hubo correlación en el índice mitótico. Entre los restantes (11 casos de grado moderado), la coincidencia completa alcanzó al 36%.

DISCUSIÓN:

La correlación histopatológica entre biopsias incisionales y piezas quirúrgicas fue de un 54%, principalmente en relación a los tumores de alto grado, lo que indica que una valoración minuciosa de patrón arquitectural y grado nuclear nos podrían dar, especialmente en estos casos, una adecuada percepción de aspectos tenidos en cuenta para predecir comportamiento biológico. No obstante no debemos perder de vista que es una pequeña muestra de la totalidad de la lesión y que su valoración es operador dependiente, estando sujeta a variaciones intraobservador e interobservador en el momento del estudio anatomopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosai J.: *Tracto gastrointestinal, Intestino grueso: Carcinoma Colorectal*. En: Rosai y Ackerman. *Patología Quirúrgica*. Ed. 10°. Venezuela. Amolca. 2013 (1). 731-803.
- Betés Ibáñez M, Muñoz Navas M. *Factores pronósticos del cáncer colorrectal*. *An Med Interna*. Madrid. 2008; 25: 317-320
- Borda F, Jiménez FJ, Borda A, Urman J, Goñi S, Ostiz M y Zozaya JM. *Endoscopic localization of colorectal cancer: Study of its accuracy and possible error factors*. *Rev. esp. enferm. dig*. 2012, vol.104, n.10, pp. 512-517.
- Corte MG, et al. *Características, patrón de manejo y pronóstico del cáncer colorrectal*. *Medifam*. 2003, vol.13, n.3, pp. 31-38.
- Tapia E O, Roa S JC, Manterola D C, y Bellolio J E, . *Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos*. *Int. J. Morphol*. 2010, vol.28, n.2, pp. 393-398.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE VESÍCULA BILIAR: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Somoza G, Mazzotta MM, Alanis AM, Bruno M

Servicio y I^o Cátedra de Patología, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia más frecuente del tracto biliar. Predomina en sexo femenino y la edad promedio es 70 años. El adenocarcinoma es el más frecuente (90-95%), mientras que el adenoescamoso es raro y el escamoso puro más aún, con incidencia variable según criterios entre el 1 al 12%. Los síntomas se presentan cuando la neoplasia se encuentra en estadios avanzados.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar, su frecuencia en nuestra casuística y comparar con la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 76 años que consultó por ictericia, hipocolia, dolor abdominal y vómitos. La TAC mostró dilatación de vía biliar intrahepática, vesícula de tamaño normal con litiasis y paredes engrosadas en bacinete. La laparotomía exploradora reveló adherencias de vesícula a epiplón mayor y colon derecho. Se realizó colecistectomía, fijándose la pieza quirúrgica en formol y procesándola con la técnica de rutina.

RESULTADOS:

Macroscopia: vesícula biliar de 6,5x3cm acompañada de cálculo combinado, con pérdida del reticulado. A nivel proximal se apreció pared engrosada de 1,5 cm de espesor, con masa tumoral infiltrante y vegetante, de colorido blanco amarillento. Microscopía: se observó una proliferación de células neoplásicas de estirpe epitelial invasoras con grado nuclear y recuento mitótico altos, disponiéndose en estructuras glanduliformes y nidos sólidos con diferenciación escamosa. Infiltraba la túnica externa extendiéndose al tejido hepático y a ganglio cístico adyacente. Diagnóstico: carcinoma adenoescamoso invasor con extensión hepática (PT3). En nuestra casuística de 10 años la incidencia fue de 6,06% (2 casos), en relación al total de carcinomas de vesícula biliar.

CONCLUSIÓN:

El carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar es una patología rara y tanto sus características clinicopatológicas como su frecuencia coinciden con la bibliografía consultada. El componente escamoso produce una infiltración local extensa con compromiso de órganos vecinos, siendo menor su potencial metastásico que el del adenocarcinoma y el pronóstico es ligeramente peor que el de este último.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Albores-Saavedra J, Klöppel G, Adsay NV, et al. *Carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile ducts*, 4th edn. WHO Press: Geneva, 2010.
- 2-Ishikawa Y, Yoshida H, Mamada Y, et al. [Squamous cell carcinoma of the gallbladder]. *J Nippon Med Sch* 2004;71:417-420
- 3-Duffy A, Capanu M, Abou-Alpha GK, et al. Gallbladder cancer (GBC): 10-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre (MSKCC). *J Surg Oncol* 2008;98:485-489
- 4-Adsay NV, Klimstra DS. Benign and malignant tumors of the gallbladder and extrahepatic biliary tract. In: Odze RD, Goldblum JR (eds). *Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract and Pancreas*. Elsevier: Philadelphia, 2009, pp 845-875
- 5-Roa JC, Tapia O, Cakir A, Basturk O, Dursun N, et al. Squamous cell and adenosquamous carcinomas of the gallbladder: clinicopathological analysis of 34 cases identified in 606 carcinomas. *Modern Pathology* (2011) 24, 1069-1078.

CISTOADENOMA MICROQUÍSTICO DE PANCREAS: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Ferraris L, Asis OG, Fonseca IB, Spitale LS.

II Cátedra de Patología, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

El cistoadenoma microquístico del páncreas (cistoadenoma seroso o rico en glucógeno) constituye la neoplasia quística más frecuente (25-38% de los tumores quísticos); Sin embargo, su incidencia real es difícil de calcular. Hasta el año 2000 había menos de 400 casos informados en la literatura. Fue descrito por Compagno y Oertel en 1978. Su histogénesis es debatida, aunque se piensa que deriva de células madre de los conductos pancreáticos distales que dan origen a células centroacinares, acinares, ductales e insulares. El promedio de edad es la séptima década de la vida, y predomina en mujeres, con una relación aproximada de 2:1. No tiene predilección por sexo. Algunos casos ocurren en el contexto de una enfermedad de von Hippel-Lindau, pero también puede ser esporádico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, que consultó por dolor abdominal. La TAC reveló una masa tumoral localizada en la cabeza del páncreas. Macroscopia: pieza quirúrgica de duodeno-pancreatectomía que incluye cabeza de páncreas con una formación tumoral, mal delimitada, de 4,5 cm. de diámetro, multiloculada, de aspecto esponjoso y contenido serohemático. Duodeno: sin lesiones. Microscopia: las secciones histológicas mostraron múltiples formaciones quísticas tapizadas por epitelio cúbico y cilíndrico simple PAS +, sin atipia nuclear. El resto de la pared presentaba fibrosis y vasos sanguíneos dilatados y congestivos. Se observaron, además, algunas formaciones papilares con similar revestimiento, tractos de esclerohialinosis y depósitos de calcio. No se detectó invasión de la pared quística.

RESULTADOS:

"Pieza quirúrgica de duodeno-pancreatectomía", con hallazgos consistentes con CISTOADENOMA MICROQUÍSTICO DE PANCREAS.

DISCUSIÓN:

la incidencia verdadera es difícil de calcular, pues muchos casos son asintomáticos o dan manifestaciones inespecíficas. La mayoría se presentan en mujeres adultas. El tratamiento adecuado es la resección quirúrgica completa. La existencia de una variante maligna (cistadenocarcinoma seroso) no ha sido demostrada categóricamente. La histogénesis de esta neoplasia es aún incierta.-

Palabras claves: páncreas, cistoadenoma, mucina, multiloculado, duodeno-pancreatectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai J. Rosai and Ackerman's. *Surgical Pathology. 10 th Ed. Vol 1, pág 1019, 2011.*
2. Compton CC. *Serous cystic tumors of the pancreas. Semin Diagn Pathol 2000, 17:43-55.*
3. Marsh WL, Colonna J, Yearsley M, Bloomston M, Franquel WL. *Calponin is expressed in serous cystadenomas of the pancreas but not in adenocarcinomas or endocrine tumors. Appl Immunohistochem Mol Morphol 2009, 17:216-219.*
4. Aristi UG, Güereña EA, Ramos de la Cruz R. *Cistadenoma seroso del páncreas. ("adenoma microquístico"). Informe de siete casos. Rev Med Hosp Gen Mex 2002; 65 (1): 15-22.*
5. Shintaku M, Arimoto A, Sakita N. *Serous cystadenocarcinoma of the pancreas. Pathol Int 2005, 55:436-439.*

ELASTOFIBROMA DORSI: NUESTRA CASUÍSTICA EN 10 AÑOS

Somoza G, Mazzotta MM, Maldonado MG, de Cabalier MED
Servicio de Patología-Hospital Nacional de Clínicas

INTRODUCCIÓN:

El elastofibroma dorsi (ED) es un seudotumor raro constituido por fibras elásticas fragmentadas anómalas en un estroma colagenoso. En su patogenia se han implicado factores genéticos, elastogénesis anormal y traumatismos y roces repetidos. Es más común en mujeres y después de los 50 años. Se presenta como una masa indolora de crecimiento lento, localizada usualmente en el polo inferior de la escápula, en algunos casos bilateralmente. También se ha descrito en otras localizaciones (tronco, brazos, cabeza, diversas vísceras, etc). Suelen medir menos de 5 cm pudiendo alcanzar los 15 cm. El tratamiento de elección es la escisión simple.

OBJETIVOS:

Presentar nuestra casuística de ED en un período de 10 años, estudiar sus características clínico-patológicas y comparar con la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisó el material de archivo y se encontraron 5 casos de ED. El material fue procesado con las técnicas de rutina.

RESULTADOS:

Tres casos correspondieron a sexo femenino (60%) y 2 a masculino (40%). La edad promedio fue de 50,2 años. 4 tuvieron localización subescapular (1 de ellos bilateralmente) y 1 frontal. Se sospechó clínicamente ED en 1 caso y lipoma en 4. En 1 de ellos se consideró también dermatofibroma y sarcoma. Macroscópicamente, correspondieron a lesiones nodulares con un promedio de 5,93 cm de longitud, consistencia elástica y colorido blanquecino. Microscópicamente se observaron fibras elásticas fragmentadas y engrosadas en un estroma colagenoso denso, confirmadas con la coloración de orceína.

CONCLUSIÓN:

Los casos estudiados tuvieron en general características clínico-patológicas acordes a la bibliografía consultada, excepto por la inusual localización frontal de uno de ellos. Destacamos que el ED es una patología de baja frecuencia y se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial ante una masa localizada subescapular de crecimiento lento, sobre todo en mujeres adultas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mortman KD et al: *Elastofibroma dorsi: clinicopathologic review of 6 cases. Ann Thorac Surg. 83 (5):1894-7. 2007*
- 2) Hisaoka M et al: *Elastofibroma: clonal fibrous proliferation with predominant CD34-positive cells. Virchows Arch. 448(2):195-9, 2006.*
- 3) Nishida A et al: *Bilateral elastofibroma of the thighs with concomitant subscapular lesions. Skeletal Radiol. 32(2):116-8, 2003*
- 4) Negamine N et al: *Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer. 50(9):1794-805, 1982.*
- 5) Briccoli A, Casadei M, Di Renzo L, Favale L, Bacchini P et al. *"Elastofibroma dorsi". Surgery today, vol. 30, no. 2, pp. 147-152, 2000.*

ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Sánchez, AV; Diller A.

Hospital Privado Centro Médico Córdoba.

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad relacionada a IgG4 es una condición fibroinflamatoria recientemente descrita, con hallazgos clínicos distintivos y características histopatológicas únicas.

OBJETIVO.

Reportar un caso clínica e histológicamente compatible con enfermedad por IgG4.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Paciente de sexo masculino de 74 años de edad, que consultó por cuadro de tumoración parotídea bilateral de 3 meses de evolución, indolora, asociado a astenia marcada y pérdida de peso. Además presentaba xerostomía sin xeroftalmía. Al examen físico exhibía poliadenopatías cervicales, inguinales y axilares derecha con tumefacción parotídea y submaxilar bilateral. El laboratorio mostró leucocitosis con discreta eosinofilia, ac anti-Ro y anti-La negativos y serología viral negativa. Un estudio tomográfico expuso aumento de tamaño de glándulas submaxilares y parótidas bilaterales con múltiples adenopatías axilares, inguinales y retroperitoneales. El proteinograma en suero fue normal, la inmunofijación en suero y orina fue negativas y las subclases de inmunoglobulinas G, normales.

RESULTADOS.

Se realizó biopsia de glándula salival menor que mostró un infiltrado inflamatorio difuso constituido por linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. La técnica de IHQ mostró hasta 8 células IgG4 positivas por HPF y hasta 24 células IgG positivas por HPF con una relación IgG4/IgG del 33%. Luego se efectuó biopsia de ganglio linfático cervical que evidenció abundantes células plasmáticas en el espacio interfolicular, con frecuentes eosinófilos. La IHQ demostró frecuentes células IgG positivas y abundantes IgG4 positivas.

CONCLUSIÓN.

La enfermedad relacionada a IgG4 afecta páncreas, tronco celíaco, pulmón, glándulas salivales y lacrimales, tiroides, riñón, paquimeninges, glándula pituitaria, próstata, mama y otros órganos. La afectación puede ser simultánea, pero el compromiso usualmente es metacrónico. Evoluciona en un periodo de años y el reconocimiento de la enfermedad es un verdadero desafío, debiendo ser planteada como diagnóstico diferencial de múltiples trastornos reumatológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Stone J, Zen Y, Deshpande V. Review article: mechanisms of disease igg4-related disease. *N Engl J Med* 2012. Feb 9;366(6):539-51.
- Khosroshahi AI, Carruthers MN, Deshpande V, Unizony S, Bloch DB, Stone. Rituximab for the treatment of IgG4-related disease: lessons from 10 consecutive patients. *JHMedicine (Baltimore)*. 2012 Jan;91(1):57-66
- Carruthers, Mollie N.; Stone, John H.; Khosroshahi, Arezo. The latest on IgG4-RD: a rapidly emerging disease. *Current Opinion in Rheumatology*. 2012 Jan; 24 (1) 60- 69
- Masaki Y, Dong L, Kurose N, Kitagawa K, et al. Proposal for a new clinical entity, IgG4-positive multiorgan lymphoproliferative syndrome: analysis of 64 cases of IgG4-related disorders. *Ann Rheum Dis* 2009;68:8 1310-1315
- Ebbo MI, Daniel L, Pavic M, Sève P, Hamidou M. IgG4-related systemic disease: features and treatment response in a French cohort: results of a multicenter registry. *Medicine (Baltimore)*. 2012 Jan;91(1):49-56

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE COLON CON MUTACION DEL PDGFRA-RECEPTOR ALFA DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DERIVADO DE PLAQUETAS: C-KIT/CD117(-), CD34(-), DOG 1 (+). REPORTE DE CASO.

Gurrieri, F.; Carreño, N.; Direnzo, C.; Góngora Jara, H.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Dr. E. Vera Barros. La Rioja, Argentina

INTRODUCCIÓN:

Los GIST son tumores mesenquimáticos que han causado confusión en su origen, clasificación y comportamiento biológico. Los avances inmunohistoquímicos y microscopía electrónica demostraron su origen en células intersticiales de Cajal, con tres patrones histológicos: fusiforme, epitelioide y mixto. Predomina en adultos, de 60 años e incidencia similar para ambos sexos. Localizaciones: estómago (60%), intestino delgado (30%), esófago (5%) y colon (2%). Se describieron GIST "extragastrointestinal" en peritoneo, mesenterio, epiplón, hígado, páncreas, ovarios, útero y próstata.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de localización e inmunofenotipo infrecuente de GIST.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 34 años con masa palpable y dolor abdominal de 4 meses. RMN: tumor bordes netos y lobulados en flanco izquierdo y extensión retroperitoneal.

RESULTADOS:

Macroscopia: Tumor de 16x10x8cm., multinodular, fina cápsula gris con áreas marrones. Al corte blanquecino, fibroso, mixoide y blando, adherido a serosa de segmento de colon de 7x2cm., mucosa conservada. 8 ganglios paraaórticos. Microscopia: células neoplásicas mesenquimáticas distribuidas en haces cruzados y entrelazados. Citoplasmas fusiformes acidófilos, núcleos atípicos y nucléolos visibles. Aisladas células de aspecto bizarro. 5 mitosis/50 campos de gran aumento. Necrosis: presente. Pseudocápsula sin invasión. Permeaciones vasculares: ausentes. Intestino: un foco en íntimo contacto con el tumor. Ganglios: (-). Inmunohistoquímica: DOG-1 y Vimentina positivos. CD 34, CD 117, CD 68, AE1/AE3, Desmina y S-100: Negativos. Diagnóstico: GIST con mutación del PDGFRA.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de GIST convencional se realiza en base a la histología y la positividad para CD117 (C-KIT) y CD34. Existen limitaciones en el diagnóstico en casos C-KIT negativos. La positividad para DOG-1 y negatividad para los otros dos marcadores se han descrito como expresión de la mutación PDGFRA, más frecuentes en estómago y con patrón epitelioide. Nuestro caso sería el primero descrito de localización colónica, patrón fusiforme, DOG 1 (+) y con negatividad para C-KIT, CD 34 y los demás marcadores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1_ Markku Miettinen, MD and Jerzy Lasota, MD. *Gastrointestinal Stromal Tumors. Gastroenterol Clin North Am.* 2013 June ; 42(2): 399–415. doi:10.1016/j.gtc.2013.01.001.
- 2_ Bernadette Liegl, MD, Jason L. Hornick, MD, PhD, and Christopher D. M. Fletcher, MD, FRCPath. *Monoclonal Antibody DOG1. Shows Higher Sensitivity Than KIT in the Diagnosis of Gastrointestinal Stromal Tumors, Including Unusual Subtypes. Am J Surg Pathol* 2009; 33:437–446.
- 3_ M.r. Mercado, M.l. gómez Dorronsoro. *Estudio del anticuerpo Dog1 en el diagnóstico de tumores del estroma gastrointestinal – gist. An. Sist. Sanit. Navar.* 2011; 34 (2): 245-251.
- 4_ Takuya Wada, Satoshi Tanabe, Kenji Ishido, Katsuhiko Higuchi, Tohru Sasaki, Chikatoshi Katada. *DOG1 is useful for diagnosis of KIT-negative gastrointestinal stromal tumor of stomach. World J Gastroenterol* 2013 December 21; 19(47): 9133-9136.
- 5_ Espinosa I, Lee CH, Kim MK, Rouse BT, Subramanian S, Montgomery K, Varma S, Corless CL, Heinrich MC, Smith KS, Wang Z, Rubin B, Nielsen TO, Seitz RS, Ross DT, West RB, Cleary ML. *A novel monoclonal antibody against DOG1 is a sensitive and specific marker for gastrointestinal stromal tumors. Am J Surg Pathol.* 2008 Feb;32(2):210-8.

COMPLEJO DE VON MEYENBURG IMITANDO METÁSTASIS HEPÁTICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Laborié, Ma. V.; Diller, A.

Servicio de Patología, Hospital Privado Centro Médico Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El Hamartoma biliar (HB) o Complejo de Von Meyenburg (CVM) es una lesión hepática benigna, poco común, con prevalencia del 5,6%, en adultos. Descrito por primera vez en 1918 por Von Meyenburg, como una malformación del sistema hepatobiliar, asintomática, de diagnóstico incidental durante laparotomía o autopsia. La importancia reside en que fácilmente es mal interpretada, en imágenes y examen macroscópico, como enfermedad hepática metastásica, más aún en pacientes con neoplasia maligna extrahepática, siendo la biopsia, el método diagnóstico gold estándar.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente de sexo masculino, de 78 años, con carcinoma escamoso esofágico y CVM como hallazgo quirúrgico, no detectado preoperatoriamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 78 años, ex tabaquista y trasplantado renal, con disfagia de un mes de evolución. Se realiza videoendoscopia digestiva alta y toma biopsia, diagnosticándose carcinoma escamoso de esófago. En estudios de imágenes preoperatorios, no se detecta compromiso visceral. Se realiza esofagogastrectomía y durante la misma, se evidencia tumor hepático solitario, sospechoso de enfermedad metastásica, que se reseca y envía para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS

La microscopía óptica evidenció lesión hepática bien delimitada, de 2mm de diámetro, constituida por estructuras ducto biliares, revestidas por una capa simple de células cuboides, de apariencia benigna, con núcleo oval, rodeadas por estroma fibroso. Dichas células fueron inmunoreactivas para Ck7 y Ca19.9, y negativas para Ck20 y CDX2, permitiendo confirmar el origen biliar, descartando enfermedad metastásica. En esófago se observó un carcinoma escamoso, infiltrante hasta adventicia (pT3UICC).

CONCLUSIÓN

Los HB son lesiones raras y benignas, con escasos reportes de asociación a colangiocarcinoma. Solitarios o múltiples y de localización hepática subcapsular, con tamaño de pocos milímetros a varios centímetros. Los de menor tamaño pueden escapar al diagnóstico radiológico o mal interpretarse como enfermedad hepática metastásica, siendo, el diagnóstico definitivo, mediante biopsia de la lesión. Cuando coexisten HB y carcinoma esofágico, como en el presente caso, el diagnóstico preoperatorio y la diferenciación de metástasis hepática es extremadamente difícil, siendo el estudio intraoperatorio y diferido, de fundamental importancia, debiendo siempre tener presente, al CVM, como diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mimatsu K. et al. Preoperatively undetected solitary bile duct hamartoma (von Meyenburg complex) associated with esophageal carcinoma. *Int J Clin Oncol.* 2008 Aug;13(4):365-8.
2. Van Baardewijk LJ. et al. Von Meyenburg complexes in the liver: not metastases. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A1674.
3. Song JS. et al. Cholangiocarcinoma arising in von Meyenburg complexes: report of four cases. *Pathol Int* 2008;58:503-512.
4. Stefan Fritz et al. Multiple von Meyenburg complexes mimicking diffuse liver metastases from esophageal squamous cell carcinoma. *World J Gastroenterol* 2006 July 14; 12(26): 4250-4252.
5. Filip Vukmirovi et al. Von Meyenburg complex (hamartoma of the bile duct) mimicking liver metastases. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70(11): 1059-1061.
6. Shinichi Aishima et al. Bile duct adenoma and von Meyenburg complex-like duct arising in hepatitis and

- cirrhosis: Pathogenesis and histological characteristics. Pathology International 2014; 64: 551–559.*
7. Laura Lorenzon, Vincenzo Ziparo. Von Meyenburg Complexes Mimicking Liver Metastases. *HEPATOLOGY*, Vol. 54, No. 2, 2011.

SARCOMA DE EWING(SE)/TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO DE MAXILAR SUPERIOR. REPORTE DE CASO.

Carreño, M.; Gurrieri, F.; Daniele A.; Góngora Jara, H.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. Enrique Vera Barros. La Rioja, Argentina.

INTRODUCCIÓN:

Existe un grupo de tumores con un espectro de características clínico-patológicas que comparten una alteración citogenética común (t11:22)(q24;q12), denominado familia de Tumores SE/PNET; puede presentarse en tejido óseo, extraóseo, nervios periféricos u otros sistemas. Comprenden el SE clásico, SE extraóseo, tumor de Askin, SE atípico y tumor neuroectodérmico primitivo periférico (pPNET). En cabeza y cuello el SE representa 2% de los casos, más frecuente en maxilares entre los 10 y los 20 años.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de de localización facial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 68 años con tumor redondeado en hemicara derecha que compromete cuadrante superior derecho de cavidad oral de 2 meses de evolución, doloroso y de crecimiento progresivo. Examen físico: asimetría facial, masa dura palpable, adherida a planos profundos sin adenopatías locorregionales. RMN: lesión lobulada de 4x4,5 cm. infiltrante con destrucción del maxilar superior que ocupa seno maxilar. No se observan metástasis.

RESULTADOS:

Macroscopía: Dos fragmentos tisulares blanquecinos con áreas translúcidas y amarillentas de 1.3x0.7x0.5 cm y 1.3x0.6x0.5 cm, blandos. Microscopía: células neoplásicas malignas con núcleos hiper cromáticos, redondeados y pequeños, escaso a moderado citoplasma ligeramente eosinófilo y células en apoptosis. Recuento de mitosis: Alto. Permeaciones vasculares hemáticas: Presentes. Inmunohistoquímica (IHQ): CD20, CD3, Enolasa neuronal específica, Desmina, Cromogranina, Sinaptofisina y WT-1 negativos; CD99 intensamente positivo; Vimentina, CTK AE1/AE3 positivos en células tumorales aisladas.

Diagnóstico: tumor neuroectodérmico primitivo / sarcoma de Ewing.

CONCLUSIÓN:

Los SE/PNET son neoplasias infrecuentes; los de localización en maxilar superior y edad avanzada cuentan con pocos reportes individualizados en la literatura, de allí la importancia de la documentación de este caso, siendo éste el de mayor edad reportado al momento. Tanto la clínica como las imágenes del PNET son inespecíficos requiriendo estudios de biopsia con inmunohistoquímica, o también ultraestructurales y citogenéticos para confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Lourdes Peña Sevilla, Lilibeth Piñate, María Granados, Alfonso López, Claudia Sánchez, Elien Morao, Reina Arteaga, Nilda Rojas, Ruth Gómez. Tumor Neuroectodermico Primitivo de Maxilar: presentación de un caso. *Revista Venezolana de Oncología. Versión impresa ISSN 0798-0582. Rev. venez. oncol. v.18 n.4 Caracas dic. 2006.*

Poornima Kadagad, Meenaxi Umarani, Pascal Pinto. Primitive Neuroectodermal Tumour of Maxilla: A Rare Case. *10.5005/jp-journals-10015-1098. WJD, july-September 2011;2(3):281-283*

Abdoljalil Kalantar Hormozi, MD, Mohammad Reza Ghazisaidi, MD, and Seyed Nejat Hosseini, MD. Unusual Presentation of Peripheral Primitive Neuroectodermal Tumor of the Maxilla. (*J Craniofac Surg 2010;21: 1761Y1763*).

Saiquat Shah, Kyung-Hoe Huh, Won-Jin Yi, Min-Suk Heo, Sam-Sun Lee, and Soon-Chul Choi. Primitive neuroectodermal tumor of the maxillary sinus in an elderly male: A case report and literature review. *Imaging Sci Dent. 2014 Dec; 44(4): 307-314.*

Enzinger and Weiss's. *Soft tissue tumors. Chapter 32. Ewing's sarcoma/PNET Tumor family and related lesions*

MELANOMA DE CÉLULAS GLOBOIDES CON RECIDIVA TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mazzotta MM, Brene MG, Reinoso NB, De Cabalier MED
Servicio de Patología-Hospital Nacional de Clínicas

INTRODUCCIÓN:

El melanoma de células globoides (MCG) fue descrito en 1970 y es reconocido como la variante más rara de melanoma. Suele ser amelanótico y posee considerable espesor al momento del diagnóstico, por lo cual es de mal pronóstico. Las células muestran rasgos histoquímicos, inmunohistoquímicos y ultraestructurales similares a los del melanoma convencional

OBJETIVOS:

Presentar el caso inusual de un melanoma de células globoides con recidiva tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de sexo femenino de 87 años que presentó un tumor en mejilla izquierda de más de 6 cm, ulcerado y no doloroso de varios meses de evolución y crecimiento progresivo. La biopsia incisional con estudio histopatológico e inmunohistoquímico (S100+, HMB45+, Vimentina+, PanCK-) fue diagnóstica de MCG. En la biopsia escisional se informó MCG en fase de crecimiento vertical, Clark V, Breslow mayor a 1,5 cm, límite quirúrgico profundo muy próximo a la lesión y laterales libres. Un año más tarde se objetivó una lesión vegetante en tercio externo de párpado inferior izquierdo de 1,5 cm. La sospecha clínica fue recidiva de melanoma. El estudio histopatológico demostró MCG Clark IV, Breslow 0,5 cm y recuento mitótico 1/mm². No se observaron permeaciones vasculares y los límites quirúrgicos estaban libres. En los controles oncológicos no se detectaron metástasis y la paciente tuvo buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN:

El caso presentado corresponde a una variante poco frecuente de melanoma y su diagnóstico es un desafío ya que ante una lesión enteramente compuesta de células claras, se abre un abanico de diagnósticos diferenciales tales como nevo de células globoides, carcinoma renal metastásico, carcinoma escamoso de células claras, acrospiroma de células claras maligno, carcinoma sebáceo, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Maher J, Cameron A, Wallace S, Acosta-Rojas R, Weedon D, Rosendahl C. Balloon cell melanoma: a case report with polarized and non-polarized dermatoscopy and dermatopathology. *Dermatol Pract Concept.* 2014;4(1):11
- 2-Magro CM, Crowson AN, Mihm MC. Unusual variants of malignant melanoma. *Mod Pathol.* 2006;19Suppl 2:S41-70
- 3-Inskip M, Magee J, Barksdale S, Weedon D, Rosendahl C. Balloon cell melanoma in primary care practice: a case report. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3(3):6
- 4-Cagnano E, Benharroch D, Sion-Vardy N. Compound nevus with congenital features and balloon cell changes- An immunohistochemical study. *Ann Diagn Pathol.* 2008;12(5):362-4
- 5-Grace F, Kao MD, Elson B, Helwig MD, James H, Graham MD. Balloon cell malignant melanoma of the skin: a clinicopathological study of 34 cases with histochemical, immunohistochemical and ultrastructural observations.

MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES VARIANTE ONCOCÍTICA CON DISEÑO MICROFOLICULAR EN EL CONTEXTO DE UNA TIROIDITIS DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mazzotta MM, Szlabi S, Gelman LM, de Cabalier, MED
Servicio de Patología-Hospital Nacional de Clínicas.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma papilar y sus variantes pueden exhibir cambios oncocíticos. La variante oncocítica comprende del 1 al 11% de todos los carcinomas papilares. El caso típico exhibe arquitectura y rasgos nucleares de carcinoma papilar con células oncocíticas. Sin embargo, usualmente carece de infiltrado linfoplasmocitario y asociación con tiroiditis linfocitaria, acontecimiento visto en la variante Warthin-like. Esta última se asemeja histológicamente al tumor del mismo nombre de las glándulas salivales. Estudios de seguimiento han concluido que posee similar comportamiento clínico y pronóstico que el carcinoma papilar convencional.

OBJETIVOS:

1.-Presentar una variante inusual de carcinoma papilar de tiroides. 2.-Resaltar la utilidad de la PAAF aún en las lesiones subcentimétricas. 3.- Destacar la asociación con tiroiditis de Hashimoto. 4.-Diferenciar ésta lesión de los tumores de células de Hürthle.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 69 años con antecedente de bocio multinodular. Se realiza PAAF de nódulo tiroideo sólido en lóbulo derecho con categorización diagnóstica 5 del sistema Bethesda (diagnóstico presuntivo de carcinoma papilar variante oncocítica). Se realiza tiroidectomía, se fija en formol y se procesa con técnicas de rutina.

RESULTADOS:

En la pieza quirúrgica se encontró un nódulo de 0,9 cm de diámetro en el lóbulo derecho. El estudio histopatológico del mismo demostró un microcarcinoma papilar de tiroides variante oncocítica con diseño microfolicular. Además se apreció intenso infiltrado linfoplasmocitario difuso y nodular con células de Hürthle en toda la glándula lo cual fue consistente con tiroiditis de Hashimoto.

CONCLUSIÓN:

El caso presentado corresponde a una variante rara de carcinoma papilar de tiroides con combinación de patrones: microcarcinoma papilar variante oncocítica con diseño microfolicular, detectado y diagnosticado por PAAF ecoguiada. La asociación con tiroiditis de Hashimoto sugiere un probable nexa patogénico, aún cuando se encuentra más ligada a la variante Warthin-like. Por último considerar el diagnóstico diferencial con tumores de células de Hürthle.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Zubair W, Baloch MD. Warthin-like papillary carcinoma of the thyroid. *Arch Pathol Lab Med.* 2000;124:1192-1195.
- 2-Sobrinho-Simoes MA, Nesland JM, Holm R, Sambade MC, Johannessen JV. Hürtle cell and mitochondrion-rich papillary carcinoma of the thyroid gland: an ultrastructural and immunocytochemical study. *Ultrastruct pathol.* 1985;8:131-142.
- 3-Apel RL, Asa SL, LiVolsi VA. Papillary Hürtle cell carcinoma with lymphocytic stroma: "Warthin's-like tumor" of the thyroid. *Am J Surg Pathol.* 1995;19:810-4.
- 4-Berho M, Suster S. The oncocytic variant of papillary carcinoma of the thyroid: a clinicopathological study of 15 cases. *Hum Pathol.* 1997;28:47-53.
- 5-Grodski S et al. An update on papillary microcarcinoma. *Curr Opin Oncol.* 2009;21(1):1-4.

MICROMETÁSTASIS GANGLIONAR DE CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Morán G, Heinrich GG, Trezza C, Fonseca IB, Spitale LS. II Cátedra de Patología.

Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM, UNC.

Contacto: *isma_fonseca@hotmail.com*

INTRODUCCIÓN:

La afectación metastásica de los ganglios axilares es uno de los factores pronósticos de sobrevida global y libre de enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Se denomina micrometástasis ganglionar a la metástasis mayor de 0,2 mm y menor o igual a 2 mm. Los depósitos celulares menores o iguales a 0,2 mm son denominados células aisladas o submicrometástasis (Conferencia de Consensos de Philadelphia, 2002).

OBJETIVOS.

Comunicar un caso de micrometastasis ganglionar de carcinoma mamario y revisar la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 66 años de edad que en la mamografía presentó microcalcificaciones confluentes y puntiformes en el cuadrante súpero-externo. Se le realizó punción biopsia estereotáxica y la radiografía de los cilindros confirmó las microcalcificaciones. Se envían para estudio histopatológico. Resumen: los hallazgos histológicos resultaron vinculables a un carcinoma ductal invasor de mama (biopsia incisional). El examen físico reveló retracción del pezón izquierdo, con engrosamiento del tejido retroareolar. No se palpaban ganglios axilares ni de otras cadenas. Los estudios complementarios no revelaron imágenes sugestivas de secundarismo regional ni a distancia. Se decidió efectuar mastectomía con exploración de ganglio centinela y estudio histopatológico intraoperatorio. Ganglio Centinela: se recibe parcialmente coloreado con patent blue y mide 2.5 x 1.5 cm. Se efectuaron cinco cortes por congelación.

Resultados: Tejido mamario + para carcinoma invasor. Ganglio centinela: Resultado preliminar intraoperatorio positivo para neoplasia (se observa un colgajo de células atípicas). Con dicho hallazgo se decidió continuar con la mastectomía y efectuar vaciamiento ganglionar axilar. Pieza de mastectomía con carcinoma ductal invasor. Ganglio centinela con micrometástasis de menos de 1 mm. Uno de los seis ganglios linfáticos aislados del vaciamiento axilar mostró dos micrometástasis, de 1 mm y < de 1 mm respectivamente.

DISCUSIÓN:

Desde su introducción en la práctica clínica en los años 90, la técnica del ganglio centinela ha permitido tener un conocimiento más preciso del verdadero grado de extensión linfática del cáncer de mama, a la vez que permite llevar a cabo un estudio más minucioso de un número muy limitado de ganglios, evitando la realización de linfadenectomías innecesarias y con excelentes resultados en el seguimiento a largo plazo. Los avances en las técnicas de abordaje quirúrgico y en la evaluación histopatológica de los ganglios resecados, con una adecuada técnica y cortes delgados seriados, permite detectar focos neoplásicos pequeños y establecer el diagnóstico de micrometástasis.-

Palabras claves: micrometastasis, ganglio centinela, linfadenectomía, impronta.

BIBLIOGRAFÍA:

- Schwartz GF, Giuliano AE, Veronesi U. *The Consensus Conference on the role of sentinel lymph node biopsy in carcinoma of the breast, April 18-22, 2001, Philadelphia, Pennsylvania. Cancer. 2002;94:2542-2551.*
- Hwang RF, Gonzalez-Angulo AM, Yi M. *Low locoregional failure rates in selected breast cancer patients with tumor-positive sentinel lymph nodes who do not undergo completion axillary dissection. Cancer 2007; 110:723.*
- Olson JA Jr, McCall LM, Beitsch P, et al. *Impact of immediate versus delayed axillary node dissection on surgical outcomes in breast cancer patients with positive sentinel nodes: results from American College of Surgeons Oncology Group Trials Z0010 and Z0011. J Clin Oncol 2008; 26:3530.*
- Jeruss JS, Winchester DJ, Sener SF. *Axillary recurrence after sentinel node biopsy. Ann Surg Oncol 2005; 12:34.*

- Francissen CM, Dings PJ, van Dalen T. Axillary recurrence after a tumor-positive sentinel lymph node biopsy without axillary treatment: a review of the literature. *Ann Surg Oncol* 2012; 19:4140.

ONCOCITOMA RENAL: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Rosales F, Ferraris RV, Fonseca IB, Spitale LS.

II Cátedra de Patología, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Córdoba.

Contacto: *isma_fonseca@hotmail.com*

INTRODUCCIÓN:

El oncocitoma renal es un tumor benigno cuya frecuencia de presentación oscila entre el 3-7% de las masas renales sólidas. Este tumor deriva de células del túbulo contorneado distal y es más frecuente en el sexo masculino. Muestra especiales características celulares y evolutivas, con posibilidad de metacronicidad, bilateralidad y multifocalidad.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de una paciente con diagnóstico documentado de oncocitoma renal; describir los hallazgos anatomopatológicos y realizar una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 69 años de edad que consultó por dolor en hipogastrio, con hallazgo por TAC de tumor renal derecho.

Macroscopia: Pieza quirúrgica de nefrectomía derecha de 13 x 10 x 8 cm. y que pesaba 500 gr. Al corte se observaba una formación tumoral de 8,5 cm. de diámetro que ocupaba unos 2/3 de la pieza, era de color pardo con una cicatriz central. El tumor llegaba hasta la cápsula y grasa intrarrenal desplazando la pelvis pero sin infiltrarla.

Microscopia: Los preparados histológicos obtenidos mostraron una proliferación de células oncocíticas que exhibían citoplasma acidófilo, finamente granular y núcleos hipercromáticos con ligera anisocitosis y macrocariosis. En sectores conformaban estructuras tubulares, algunas quísticamente dilatadas y en otros adoptaban una disposición alveolar. La estroma era escasa y fibrosa.

RESULTADOS:

Designado como Pieza de Nefrectomía derecha con hallazgos vinculables a Oncocitoma renal.

DISCUSIÓN:

El oncocitoma renal es un tumor de baja incidencia y sus características macroscópicas, particularmente la cicatriz central, ha sido utilizado para distinguirlo principalmente del carcinoma renal. Histológicamente, el principal diagnóstico diferencial lo constituye el carcinoma de células renales cromóforo, variante eosinófilo.

Un detalle interesante en la evolución del conocimiento de estas neoplasias ha sido su comportamiento benigno cuando son originarias del riñón, a diferencia de otras localizaciones en las que ha demostrado progresión maligna.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Axel Costilla-Montero, Benjamín Guadarrama-Benítez, Marco A Aragón-Castro, Rubén Gutiérrez-Rosales, Omar Morales-Ordaz, Roberto Cisneros-Chávez, Oliver Pérez-Guadarrama, Abraham López-Zepeda, Claudia Carrillo-Ponce, Carlos A Morales-Padilla. *Oncocitoma renal incidental. Revista mexicana de urología. 2011; 71(6):360-362.*
2. Banks, K.W., Cherullo, E.E., Novick, A.C: *Giant renal oncocytoma. Urology 2001; 57(2):365-366.*
3. Crotty TB, Farrow GM, Lieber MM. *Chromophobe cell renal carcinoma: clinicopathological feature of 50 cases. J Urol. 1995;154:964-967.*
4. Gobbo S, Eble JN, Delahunt B, Grignon DJ, Cheng L. *Renal cell neoplasms of oncocytosis have distinct morphologic immunohistochemical, and cytogenetic profiles. Am J Surg Pathol 2010, 34: 620-626.*
5. Rosai J. *Rosai and Ackerman's. Surgical Pathology. 10 th ed. Vol 1, pág 1195, 2011.*

TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GISTS): ANÁLISIS DE 20 CASOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES Y UTILIZANDO MICROARRAY TISSUE PREPARADOS "IN HOUSE".

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS (GISTS): ANALYSIS OF 20 CASES WITH MONOCLONAL ANTIBODIES AND USING TISSUE MICROARRAY PREPARED "IN HOUSE".

Guerini, Julio C; Fonseca, Ismael B; Chiavassa, Yanina S; Spitale, Luis S.
II Cátedra de Patología HUMN, FCM, UNC. Rodríguez Peña 385 – Córdoba, Argentina -
Contacto: Ismael Fonseca – isma_fonseca@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Los tumores estromales gastrointestinales (GISTs) representan del 1-3% de las neoplasias gastrointestinales y constituyen el tumor mesenquimático más frecuente del tracto digestivo. Los GISTs se definen por la expresión de un receptor para el factor de crecimiento tirosin-kinasa (CD-117), lo cual lo diferencia de otros tumores mesenquimáticos (leiomiomas, leiomiomasarcomas, tumores neurogénicos, etc.) que no expresan dicha proteína.

OBJETIVOS:

- Analizar la expresión inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales en microarray tissue (MAT) fabricados "in house", de pacientes con tumor estromal gastrointestinal (GIST).
- Evaluar la expresión inmunohistoquímica de los GISTs con un panel de biomarcadores monoclonales (c-KIT o CD117, CD-34, vimentina, actina de músculo liso, DOG 1, S-100 y Ki 67) en MAT preparados "in house" comparados con los métodos inmunohistoquímicos convencionales.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un análisis retrospectivo de 20 casos de pacientes con GISTs, cuyo diagnóstico se efectuó mediante biopsias endoscópicas y/o resecciones quirúrgicas de tejidos procesados con la técnica de hematoxilina-eosina. Se diseñó un sistema para la extracción de cilindros de tejidos en parafina (taco donante) e insertarlo de forma precisa en un taco receptor utilizando agujas tipo abbocath. Se realizaron cortes de 4 micras de espesor para efectuar la tinción con H-E e inmunohistoquímica utilizando anticuerpos monoclonales con el sistema avidina-biotina-peroxidasa (ABP) en microarray tissue. El panel de anticuerpos empleados estaba constituido por a-actina de músculo liso (SMA), CD-34, c-KIT (CD-117) y DOG-1 (ANO-1).

RESULTADOS:

Del total de casos estudiados con anticuerpos monoclonales en MAT observamos CD-117 positivo en el 100% de los casos; CD-34 positivo en el 95 % y a-actina de músculo liso positivo en el 30%. El DOG1 se expresó en el 80 % de los casos con un patrón de tinción tumoral predominante citoplasmático.

DISCUSIÓN:

Comparando MAT preparados "in house" con el estudio de biopsia incluida en parafina convencional, resulta más beneficioso que este último dado que permite analizar en forma simultánea varios cortes de tejidos en un mismo preparado histopatológico y establecer un diagnóstico de certeza de utilidad clínica, que permita implementar una terapéutica target efectiva.-

Palabras clave: tissue, CD117, gastrointestinal, DOG1, microarray.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Espinosa I, Lee CH, Kim MK, Rouse BT, Montgomery K, Varma S, Corless CL, Heinrich MC, van de Rijn A. A novel monoclonal antibody against DOG1 is a sensitive and specific marker for gastrointestinal stromal tumors. *Am J Surg Pathol* 2008, 32: 210-218.

2. Hornick JL, Fletcher CDM. The significance of KIT (CD117) in gastrointestinal stromal tumors. *Int J Surg Pathol* 2004, 12: 93-97.
3. Liegl B, Hornick JL, Corless CL, Fletcher CD. Monoclonal antibody DOG 1 shows higher sensitivity than KIT in the diagnosis of gastrointestinal stromal tumors, including unusual subtypes. *Am J Surg Pathol* 2009, 33: 437-446.
4. Rosai J. *Rosai and Ackerman's 10 th Ed. Vol 1, Pathology Surgical*, pp 638, 2011
5. Dorfman DM, Bui MM, Hsi ED, Rickert RR, Roche PC. The CD117 immunohistochemistry tissue microarray survey for quality assurance and interlaboratory comparison: a College of American Pathologists Cell Markers Committee Study. *Arch Pathol Lab Med.* 2006 Jun; 130(6):779-782.

LINFANGIOMA DE TIPO QUÍSTICO EN INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

CYSTIC LYMPHANGIOMA IN SMALL BOWEL: A CASE REPORT

Chiavassa Yanina S, Ferraris R, Fonseca Ismael B, Spitale Luis S.

II Cátedra de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Rodríguez Peña 385. CP 5000 – Córdoba, Argentina -.

Contacto: Ismael Fonseca e-mail: isma_fonseca@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Los linfangiomas constituyen un grupo poco frecuente de tumores benignos de los vasos linfáticos, más comúnmente encontrados en la infancia. 1 Son malformaciones vasculares caracterizadas por vasos linfáticos quísticamente dilatados. Existen tres formas: capilar, cavernoso y quístico. La localización habitual es en cabeza y cuello, ocurriendo esporádicamente en órganos parenquimatosos.²

OBJETIVOS:

- Presentar un caso raro de linfangioma.
- Describir los hallazgos anatomopatológicos, estableciendo diagnósticos diferenciales.
- Realizar una revisión actualizada de la bibliografía.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 55 años de edad, sin antecedentes mórbidos, que concurre a la consulta por dolor abdominal difuso de un mes de evolución, sin otros síntomas gastrointestinales. Mediante estudios imagenológicos se constata una masa abdominal, a nivel de intestino delgado, que se decide biopsiar. El material remitido estaba constituido por:

1) Segmento de intestino delgado, que en el borde de inserción mesentérico presentaba múltiples formaciones quísticas de 2 mm de diámetro, que al corte rezumaban un líquido de aspecto lechoso. La mucosa exhibía aspecto afelpado y edematoso, sin lesiones de significación. El meso se encontraba indurado, con vasos congestivos y focos hemorrágicos aislados.

2) Fragmento de epiplón con áreas quísticas similares a las descritas en 1.

3) Dos ganglios linfáticos, blanquecinos y blandos, de 1 cm. cada uno.

Microscopia: Los preparados histológicos mostraron, a nivel de la lesión descrita, la presencia de numerosos espacios dilatados de paredes delgadas, revestidos por endotelio simple aplanado sin atipia. Algunos de los espacios contenían material amorfo acidófilo. Se acompaña de focos de infiltración hemática de los tejidos.

Los ganglios linfáticos exhibían centros germinales reactivos e hiperplasia histiocitaria sinusal.

Diagnóstico sugerido: Linfangioma de tipo quístico. Hiperplasia folicular reactiva.

DISCUSIÓN:

El linfangioma quístico es una patología tumoral benigna poco frecuente. Es más común en niños y habitualmente se encuentra en zona de cabeza y cuello, y axila (95% de los casos). La ubicación intraabdominal es menos frecuente, con incidencia de 1/160 000 individuos.³ Dentro de esta región anatómica, las ubicaciones preferenciales incluyen el mesenterio, epiplón y retroperitoneo.

Los diagnósticos diferenciales que debemos considerar cuando se está frente a una masa intraabdominal de aspecto quístico, son: hemangioma cavernoso, mesotelioma multiquístico, adenoma microquístico de páncreas, teratomas quísticos, seudoquistes pancreáticos, quistes de duplicación intestinal, etc.

La clasificación establecida por Wegner en 1887 aún está vigente:

- a) Linfangiomas capilares o simples.
- b) Linfangiomas cavernosos.
- c) Linfangiomas quísticos.

Los subtipos quístico y cavernoso son los que pueden presentar localización intraabdominal. Esta clasificación no es estricta para todos los tumores linfáticos; ya que algunas lesiones presentan características histopatológicas mixtas o pueden evolucionar de una forma a otra en el tiempo.⁴

La mayoría de los linfangiomas de intestino delgado tienen crecimiento lento e indolente, por lo que presentan sintomatología en raras ocasiones. Constituyen habitualmente un hallazgo en exploraciones abdominales por otras causas o en autopsias. Son generalmente asintomáticos, a menos que alcancen grandes dimensiones, como el caso que nos ocupa.

La mayoría de las lesiones requiere tratamiento quirúrgico. La escisión completa del tumor es el tratamiento óptimo, aun incluyendo órganos adyacentes, con tasas mínimas de recidiva (10%); que se incrementan notablemente (tasas de recidiva del 90-95%) ante la imposibilidad de la extirpación total de la masa tumoral, lo que ocurre con mayor frecuencia en los linfangiomas que comprometen la raíz del mesenterio.⁵

Destacamos la importancia de la comunicación de este caso, dada su baja incidencia en mayores de 50 años y localización intraabdominal, según la literatura consultada.

Palabras clave: linfangioma, tumores benignos, intestino delgado.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Rosai Juan, Rosai and Ackermans Surgical Pathology, Chapter 25, Vol, 2; Pág 2295-97, Mosby Elsevier, 10th Edition, 2011.
- 2- Torrealba A., De Barbieri M. Linfangioma abdominal. Caso clínico Rev Chil Pediatr 2012; 83 (1): 68-72.
- 3- Uriza L., Uribe A., Quesada, D., Archila G., Serrano Linfangioma quístico en el intestino delgado: presentación de caso. Rev Colomb Radiol. 2012; 23(3): 3556-60.
- 4- Reyes M, Rossel D, Pacheco F, Parada X, Casanova K. Linfangioma de intestino delgado Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - N° 1, Febrero 2004; 66-70.
- 5- Yanez R, Parada X, Da Venezia M y cols. Linfangioma mesentérico multiquístico como causa de vólvulo intestinal. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - N° 3, Junio 2009; pág. 285-289.

SARCOMA DE EWING EXTRAÓSEO(SEE)/PNET EN MIEMBRO INFERIOR. REPORTE DE CASO.

Daniele A L, Direnzo S C, Carreño M N, Góngora Jara H.

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Dr. E. Vera Barros. La Rioja, Argentina.

INTRODUCCIÓN:

El SEE/PNET es raro y predomina en adultos jóvenes varones. Se localiza en regiones paravertebrales, pared costal y partes blandas de extremidades inferiores; raramente en pelvis y cadera, retroperitoneo, extremidades superiores aunque puede originarse en cualquier lugar del organismo. Son de crecimiento rápido y dolorosos en un tercio de los casos. Radiológicamente son lesiones inespecíficas.

OBJETIVOS:

Presentamos un caso infrecuente de SEE/PNET localizado en pierna derecha.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 20 años con tumefacción y dolor posterior a traumatismo contuso en miembro inferior derecho de dos días de evolución. Examen físico: tumoración de 3x2 cm. en cara anterior de tibia derecha. Ecografía: Hematoma. Se intenta drenaje sin obtener colecciones. Rx a los 10 días: normal. 40 días después se toma biopsia y muestra bacteriológica. Se indica magnetoterapia. RMN: Aumento de volumen, edema muscular, de tejido celular subcutáneo, óseo y hematoma. Eco doppler: compromiso de vasos periosteales.

RESULTADOS:

Macroscopia: fragmento de 2x1.5x1 cm., gris, friable. Microscopía: proliferación de células neoplásicas malignas que infiltran células musculares esqueléticas, de núcleos hipercromáticos, redondeados, pequeños, con difusión cromatínica. Citoplasmas escasos, ligeramente eosinófilos, algunos con vacuolas. Extensa fibrosis y necrosis. Inmunohistoquímica: S100, Keratina, CD45, CD3, CD20 negativos; CD99 positivo. Diagnóstico: SEE/PNET. Estadificación a los dos meses: Metástasis pulmonares bilaterales, inguinales e ilíacas (IV).

CONCLUSIÓN:

En el H.E. se deben plantear diagnósticos diferenciales: Linfoma, Tumor de células pequeñas y redondas desmoplásico, Rabdiosarcoma, Tumor neuroendócrino. El diagnóstico inicial de hematoma retrasó la toma biopsia, el diagnóstico y tratamiento. El SEE es menos frecuente y de peor pronóstico que el SE óseo y debe estar incluido en los diagnósticos de tumores de partes blandas de casos con signos clínicos e imagenológicos inespecíficos. Su diagnóstico se basa en la positividad del CD99 y la ausencia de compromiso óseo en diagnóstico por imágenes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Monsef Boufettal, Mohamed Azouz, Amine. H. Rouhi, Mustapha. Mahfoud, Ahmed. El Bardoumi, Mohamed. S. Berrada, Moradh. El Yaacoubi- Extraosseous Ewings sarcoma of the leg: a case report- Sch. Acad.J.Biosci., 2014;2.
- 2.- Mk Narula, Nishant Gupta, Rama Anand, and Sudhir Kapoor- Extraosseous Ewings sarcoma/primitive neuroectodermal tumor of the sacral nerve plexus- Indian J Radiol imagin. May 2009;19(2): 151-154.
- 3.- Zamzuri Z, Mohd Adhan SY, Saufi MA, Azian AA, Fadhli MD- Primary ewing sarcoma of the lumbosacral spine: a case report- The intenational medical journal Malaysia, Volume 11 number , pg 47-june 2012.
- 4.- Ezingar and Weiss. Soft tissue tumors. Chapter 32.
- 5.- Rossai and Akerman. Surgical Pathology.