

Revista Argentina de Morfología

MIEMBROS FUNDADORES DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

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

MIEMBROS ACTIVOS 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. Esteban Jáuregui
-------------------------	---------------------------------	----------------------------

EDITOR ASOCIADO:

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

COMITÉ DE REDACCIÓN:

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

CONSULTORES NACIONALES:

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

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

En los albores del siglo XX, después de años de luchas infructuosas para que las universidades se abrieran a todos aquellos que quisieran colaborar en profesionalizar el país, un grupo de estudiantes liderados por jóvenes de espíritus inquietos, irrumpen los claustros universitarios para impedir una elección rectoral. Ante la estupefacción de la élite de profesores y de los poderes hegemónicos, se enarbola la bandera que culminará con LA REFORMA DE 1918.

Este hito histórico fue el inicio de la democratización de los altos estudios y en su manifiesto, la frase inspiradora “La juventud de Córdoba a los hombres libres de Sudamérica” se haría extensiva a otras universidades americanas y del mundo.

Ya pasaron 100 años y aún suenan los pasos de los grandes maestros que profesaron el cambio y sembraron las ciencias médicas como arte, nos inculcaron el rigor del método científico y el amor por la docencia. Como heraldos de este legado debemos trabajar mucho más arduamente y adecuarnos a los avances técnicos en materia de comunicación, que muchas veces nos superan.

El desafío es cotidiano, el deseo de mejorar sigue vigente, como en el '18 de la Reforma. Sigamos haciendo ciencia, sigamos curando, enseñando, sembrando, para honrar a nuestros maestros y sostener los laureles que supimos conseguir.

David César Cremonezzi
1º Cátedra de Patología
HNC. FCM. UNC

|

ÍNDICE / CONTENTS

Colagenosis perforante reactiva asociada con adenocarcinoma de Ampolla de Vater: presentación de un caso. Rodríguez, N.; Meza Vetanzo, Z; Pets, E. Herrero, M.	7
Tumor Adenomatoides de píndimo, presentación de un caso y revisión de la literatura. Martínez M., Volmaro K., Rodríguez N., Suarez Ghibaud M.H	8
Hiperplasia Multinodular oncocítica de la glándula parótida (HMNO). Alcain W, Martínez E, Cordero V, Rivas D.	9
Carcinoma Mucoepidermoide Central (CMC): Comunicación de un caso. Borgarello PD, Szlabi S, Gelman L... ..	10
Infección Paratiroidea por <i>Criptococo neoformans</i> en paciente HIV. Converso M., Bernhardt M. C., Stradella V., Cabrera MB.....	11
Encefalopatía diabética: efecto de ácidos grasos poliinsaturados (PUFAS) y antioxidantes en un modelo experimental de Diabetes tipo 2 (DM2). Diaz GT, López CB, Villalba Arrascaeta GI, Morsone M, Repossi G.	12
Osteolipoma: un tumor raro en la cavidad oral. Szlabi S, Panico R, Chiarella I, Gelman L.	13
Linfoma No Hodgkin B difuso de células grandes tipo pierna ("leg-type"): reporte de un caso. Faure E, Choque G, Mazzotta MM, Cabalier MED	14
Hiperplasia Multinodular Oncocítica de glándula parótida (HMNO). Alcain W, Martínez E, Cordero V, Rivas D.....	15
Porocarcinoma Écrino: reporte de un caso. Borgarello P, Mazzotta MM, Reinoso NB, Cabalier MED.	16
Carcinoma de Mamas de células claras rico en glucógeno: comunicación de un caso. A propósito de una variante inusual. Fonseca IB., Meneses CA, Bongiorno CD Spitale LS	17
Endometriosis Diafragmática: comunicación de dos casos. Fonseca IB., Dionisi HJ, Quaranta MM, Spitale LS....	18

Revista Argentina de Morfología

Año 2018, Volumen IV N° 2 (suplemento).

recursos
fotográficos
EDITORIAL

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

|

COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ASOCIADA CON ADENOCARCINOMA DE AMPOLLA DE VATER: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodriguez, N.; Meza Vetanzo, Z; Pets, E. Herrero, M.
III Cátedra de Patología, Hospital Pediátrico.

INTRODUCCIÓN

La colagenosis perforante reactiva (CPR), fue descrita por primera vez por Mehregan en 1967. Es una rara enfermedad en la que se elimina el colágeno alterado a través de la epidermis. El defecto ocurre en la dermis papilar donde se observa colágeno tipo IV alterado, rodeado por una proliferación epidérmica focal. En niños se presenta en forma hereditaria (AR) y una forma adquirida en adultos con antecedentes de diabetes mellitus (62%), enfermedad renal terminal, entre otros. También está asociado a condiciones malignas como leucemia, linfoma, carcinoma prostático, carcinoma hepatobiliar, adenocarcinoma de ampolla de Vater y carcinoma papilar de tiroides, entre otros. A pesar de que la patogénesis es desconocida, se ha hipotetizado que el trauma superficial y la microangiopatía diabética pueden ser factores contribuyentes.

OBJETIVO

Reportar y presentar esta patología inusual, con sus características clínicas e histológicas valorando los hallazgos morfológicos en la biopsia de piel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de sexo masculino de 63 años internado por un síndrome coledociano con antecedente de diabetes tipo 2, HTA y colelitiasis. Al examen físico presenta pápulas eritematosas, pruriginosas, algunas con costra central y umbilicadas que comprometían todo el tegumento, respetando rostro, palmas y plantas.

RESULTADOS

Piel cuya epidermis exhibe depresión central con restos necróticos basófilos, fibras colágenas alteradas y restos celulares. La epidermis adyacente presenta hiperplasia psoriasiforme, acantosis y leve espongirosis.

CONCLUSIÓN

La CPR es una patología infrecuente, relacionada habitualmente con diabetes e insuficiencia renal crónica, y pocos casos han sido reportados con adenocarcinoma de ampolla de Vater. Debemos tener presente esta asociación ante lesiones de piel con alteración de las fibras colágenas dérmicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Mehregan AH, Schwartz OD, Livingood CS. Reactive perforating collagenosis. *Arch Dermatol.* 1967;96:277-82.
- 2- Lee, B., & Ashrafy, A. H. (2018). Perforating skin disorders—A case report of reactive perforating collagenosis. *Pathology*, 50, S77-S78.
- 3- Kawakami T, Saito R. Acquired reactive perforating collagenosis associated with diabetes mellitus: eight cases that meet Faver's criteria. *Br J Dermatol.* 1999;140(3):521-524.
- 4- Mullins TB, Bhimji SS. Reactive Perforating Collagenosis. [Updated 2017 Oct 6]. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459214/>*
- 5- Karpouzis A, Giatromanolaki A, Sivridis E, Kouskousis C. Acquired reactive perforating collagenosis: current status. *J Dermatol.* 2010;37(7):585-592.
- 6- L. Gonzalez -Lara, S Gómez-Bernal, F Vázquez-López y B. Vivanco-Allende. *Dermatosis perforante adquirida: Presentación de 8 casos. Actas Dermo-Sifilográficas.* 2014; 105(6):e39-e43.

TUMOR ADENOMATOIDE DE PIDÍDIMO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Martínez M., Volmaro K., Rodríguez N., Suarez Ghibaud M.H
III Cátedra de Patología, Hospital Pediátrico.

INTRODUCCIÓN

El tumor adenomatoide representa la neoplasia benigna paratesticular más frecuente. Su localización más común es el epidídimo. Raramente se presentan como tumores paratesticulares en otras localizaciones como: cordón espermático, túnica vaginal y túnica albugínea, expresándose como una masa intratesticular, significando un desafío diagnóstico difícil en la clínica. Se originan de las células mesoteliales y expresan positividad para calretinina y citoqueratina.

OBJETIVO

Presentar un caso de tumor adenomatoide localizado en la cola del epidídimo, y realizar una revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 46 años de edad que consulta por masa escrotal no dolorosa de larga evolución. Se le realiza ecografía evidenciando lesión nodular y bien definida de 2cm.adyacente a cola de epidídimo. Los marcadores tumorales séricos (b-HCG, AFP, CEA y LDH) fueron normales. Se realiza su extirpación quirúrgica. El espécimen es fijado en formol al 10% e incluido en parafina y coloreados con técnica de H/E.

RESULTADOS

Microscopía: Tumoración nodular que mide 2 x 2 x 1 cm., superficie lisa, adherida a un fragmento longitudinal de tejido epididimario de 1,5 x 0,3 cm. (cola de epidídimo). Al corte sólido, blanquecino, bien delimitado, sin necrosis ni hemorragia.

Microscopia: Constituido por una proliferación de células sin atipia aplanadas, cubicas y ovoides con núcleos redondos y citoplasma eosinófilo, algunos vacuolados. Se dispusieron revistiendo pequeños espacios quísticos irregulares y en cordones con estroma conectivo y pequeños acúmulos linfoides en la periferia tumoral. Se observaron conductos epididimarios normales adyacentes al mismo.

CONCLUSIÓN

El tumor adenomatoide es tumor benigno poco

frecuente de origen mesotelial que se localiza más comúnmente en el epidídimo. La Ecografía permite distinguirlo de lesiones quísticas y de masas intratesticulares. Histológicamente pueden tener distintos patrones de crecimiento y son inmunohistoquímicamente positivos para calretinina y citoqueratina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Dell`Atti *Ultrasound diagnosis of unusual extratesticular mass: Case report and review of the literature. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* 2013; 85,1
- 2- Gonzalez Cordeira P, Perez Fentes D, Carrera Alvarez J, Puñal Pereyra A. *Tumor adenomatoide de epidídimo: aportación de 5 casos y revisión de la literatura. Arch. Esp. Urol* 2014., 67 (8) 722-725
- 3- Andrew Y, Sun MD, A Scott Plackwiche MD, Edmund S, Sabanegh Jr, Md. *Adenomatoide Tumor of the testis Arising from the tunica albuginea Rev. Urol.* 2016; 18(1); 51-53.
- 4- Ioannis P., Kaselas C., Patoulis D, y et al. *Epididymal Adenomatoide Tumor: A very rare paratesticular tumor of childhood. Case report in Medicine, Volume 2016, Artículo ID, 4 pages.*

HIPERPLASIA MULTINODULAR ONCOCÍTICA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA (HMNO)

Alcain W, Martínez E, Cordero V, Rivas D.

Servicio y I Cátedra de Patología-Hospital Nacional de Clínicas (HNC)-FCM, UNC

INTRODUCCIÓN

La HMNO de glándula parótida es una lesión benigna infrecuente no encapsulada, caracterizada por múltiples nódulos conformados por oncocitos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en la séptima década de la vida.

OBJETIVOS

Comunicar un caso de HMNO de glándula parótida, plantear diagnósticos diferenciales y revisar bibliografía actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Hombre de 68 años con antecedentes de irradiación por tumor hipofisario que consultó por tumoración en región parotídea izquierda de 10 años de evolución. La TAC confirmó tumor parotídeo indicándose exéresis.

RESULTADOS

Macroscopía: Se recibió lesión nodular de 3,5 x 2,5 x 2 cm, colorido pardo rojizo, superficie ligeramente irregular y consistencia elástica. Al corte era sólida, pardo amarillada y aspecto carnosos, con área blanquecina en el centro de 0,7 x 0,3 cm. Se fijó en formol y se procesó en forma rutinaria. Microscopía: Se observó proliferación de células epiteliales sin atipia, con características oncocíticas dispuestas en múltiples nódulos separados por finos tractos fibrosos. Las células conformaban trabéculas y túbulos, con núcleos vesiculosos y amplios citoplasmas granulares eosinófilos. El estroma era escaso, representado por delicados tabiques bien vascularizados. Recuento mitótico bajo. Presentaba borde de crecimiento expansivo, sin cápsula, advirtiéndose parénquima parotídeo dispuesto entre los nódulos. Por sectores el límite quirúrgico contactaba con los nódulos descriptos. Se solicitó inmunomarcación con KI 67, cuyo resultado fue 4%. Diagnóstico: Hiperplasia multinodular oncocítica de glándula parótida.

CONCLUSIÓN

Las lesiones oncocíticas se caracterizan por una proliferación de células con citoplasmas amplios y granulares que puede ser hiperplásica o neoplásica, planteando diagnósticos diferenciales con oncocitosis, hiperplasia nodular y oncocitoma. La HMNO representa menos del

0.1 % de las lesiones parotídeas y su mala delimitación puede sugerir un carcinoma oncocítico. Es de buen pronóstico y su tratamiento es quirúrgico, recomendándose su extirpación completa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rosai y Ackerman. *Patología quirúrgica 10ª edición*. 2013. Vol.1. 825-826.
- 2) Cheuk W, Chan JK, *Salivary gland tumors*. En: *Fletcher. Diagnostic Histopathology of Tumors, 4th Edition*. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2013.
- 3) E Alcaraz-Mateos, C Vazquez-Olmos, F Piqueras-Perez: *Hiperplasia nodular oncocítica multifocal de glándula parótida. A propósito de un caso con revisión del espectro de lesiones oncocíticas*. *Revista española de patología*. 2012; 45 (3): 169-174.
- 4) El-Naggar AK, Chan J, Takata T, Grandis J, Bloeck P. *WHO classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours*. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.
- 5) Samar ME. Ávila RE y col. *Tumores epiteliales de glándulas salivales*. Editorial académica española 2013

CARCINOMA MUCOEPERMOIDE CENTRAL (CMC): COMUNICACIÓN DE UN CASO

Borgarello P.D, Szlabi S. Gelman L.
Servicio de Patología Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Los tumores intraóseos de las glándulas salivales son poco frecuentes. Existe consenso general de que el carcinoma mucoepidermoide es el tumor más común en dicha localización. No obstante el CMC solo representa el 2-3% de todos los carcinomas mucoepidermoides. Ocurre más comúnmente en el maxilar inferior, en la 4a y 5a décadas de la vida. Su origen es controvertido con diversas etiologías posibles. Histológicamente son de bajo grado.

OBJETIVO

Resaltar la importancia de considerar la presencia de tumores no odontogénicos en sitios tales como los maxilares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió un caso en consulta de lesión multilobulada de maxilar superior, con diagnóstico de carcinoma poco diferenciado de tipo odontogénico, ameloblástico, perteneciente a hombre de 44 años. Fue derivado a nuestro hospital para interconsulta y estudio de IHQ.

RESULTADOS

Se observó una proliferación de células neoplásicas de estirpe epitelial heterogénea. En amplios sectores se disponían en nidos y cordones de células de apariencia epidermoide con marcada atipia celular, representada por macroanisocariosis y núcleos bizarros, sectores de apariencia cribiforme con material de secreción extracelular y otras áreas conformadas por células de amplios citoplasmas claros, núcleos vesiculosos y nucléolos evidentes. Se destacó notable desmoplasia estromal, focos de necrosis tumoral e infiltración perineural. Se realizó PAS-AB: positivo. Inmunohistoquímica con los siguientes resultados: CK5-6, P63 y CK20: positivos. CK19 y HER-2: negativos. Se diagnosticó como: carcinoma mucoepidermoide.

CONCLUSIÓN

La histogénesis del CMC no está clara. Las teorías sugieren origen a partir de: metaplasia del epitelio quístico odontogénico, tejido salival atrapado durante la embriogénesis, del epitelio del seno maxilar, atrapamiento iatrogénico de glándulas salivales menores y restos odontogénicos de la lámina dental. De tal modo que la

existencia de tumores como el CMC deben ser considerados como una posibilidad diagnóstica ante tumores más comunes en la región tales como el ameloblastoma y carcinomas odontogénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nafise Shamloo, Nasimtaghavi, Majidnemati, and Yasersafi. *Central Mucoepidermoid Carcinoma of Mandible: A Case Report. Ajmcr. 2015; 3(8): 235-38.*
2. Deepti Simon, Thara Somanathan, K Ramdas, Manoj Pandey. *Central Mucoepidermoid carcinoma of mandible. A case report and review of the literatura. Wjco. 2003; 1(1): 1-5.*
3. C.P. Dain, Joseph P. Thomas, K. Ambika, R. Heera, K. Rency, Joseph Michael Manoj. *Central Mucoepidermoid Carcinoma of the mandible. From a histopathologic perspective. 27 (1) 2015:147-50*
4. Ilson Sepúlveda, Michael Frelinghuysen, Enrique Platin, M. Loreto Spencer, Alvaro Compan Juan Munzenmayer, David Ulloa. *Mandibular Central Mucoepidermoid Carcinoma: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Oncol 2014; 7:732-738*

INFECCIÓN PARATIROIDEA POR *Criptococo neoformans* EN PACIENTE HIV

Converso M., Bernhardt M. C., Stradella V., Cabrera M. B.
Hospital Aeronáutico Córdoba

INTRODUCCIÓN

La criptococosis es una enfermedad fúngica oportunista causada por el complejo *Cryptococcus*. La infección se produce por vía inhalatoria, con una fase pulmonar en ocasiones asintomática, se extiende por vía sanguínea a múltiples localizaciones, principalmente a sistema nervioso central. Cuando la inmunodepresión es extrema el *criptococo* se disemina a la piel, hígado u otros. La respuesta del anfitrión es variable según el estado inmunológico, desde nula hasta escasa formación de granulomas y/o focos de supuración.

OBJETIVO

Presentar un caso de criptococosis en un paciente con HIV/SIDA en una localización inusual como es la glándula parótida y plantear diagnósticos diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente masculino de 54 años con diagnóstico de HIV/SIDA, que consulta por lesión nodular parotídea derecha, dura, indolora, que fue aumentado progresivamente de tamaño, sin fiebre ni otro síntoma. La ecografía y TAC revelan imágenes nodulares intraparotídeas sin vascularización, la mayor de 1,9 cm. Se realizó parotidectomía. APP: meningitis por *Criptococo neoformans* 4 meses antes, confirmada por punción lumbar y hemocultivo; carga viral 2.494.482 copias/ml y CD4: 26 cel/mcl. Se realizó tratamiento específico y terapia antiretroviral con buena respuesta clínica y del laboratorio.

RESULTADOS

Macroscopia: trozo irregular de superficie pardo grisácea que mide 4 x 4 x 2,5 cm que incluye losangeta de piel de 3x1,5 cm. Al corte es amarillento con focos pardo grisáceos y firme.

Microscopia: Los cortes muestran marcada inflamación aguda supurada y granulomatosa destacando la presencia de estructuras redondeadas con halo claro periférico, P.A.S. positivas.

CONCLUSIONES

La criptococosis es una micosis sistémica aguda, subaguda o crónica, que causa enfermedad grave en personas con resistencia inmunológica baja, principalmente en pacientes HIV/SIDA. Debido a que se pueden originar

reservorios ocultos, es importante tenerla presente como diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones pseudotumorales viscerales de presentación inusual.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Milner, Danny. *Diagnóstico patológico de enfermedades infecciosas*. Editorial Amolca, Edición 2017. Capítulo 3.
- 2- Rodríguez M. y cols. *Infección por criptococos en el VIH-Sida*. Rev Ciencias Médicas vol.21 no.2 Pinar del Río mar.-abr. 2017. Versión On-line ISSN 1561-3194.
- 3- Spinello Antinori. *New Insights into HIV/AIDS-Associated Cryptococcosis*. Hindawi Publishing Corporation ISRN AIDS Volume 2013, Article ID 471363. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/471363>
- 4- Shuang Xia y cols. *A Retrospective Cohort Study of Lesion Distribution of HIV-1 Infection Patients With Cryptococcal Meningoencephalitis on MRI Correlation With Immunity and Immune Reconstitution*. Medicine Volume 95, Number 6, February 2016.

ENCEFALOPATÍA DIABÉTICA: EFECTO DE ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS (PUFAS) Y ANTIOXIDANTES EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE DIABETES TIPO 2 (DM2)

Díaz GT, López CB, VillalbaArrascaeta GI, Morsone M, Repossi G.
Instituto de Biología Celular, FCM, UNC.

INTRODUCCIÓN

Para el estudio de la encefalopatía diabética (ED) utilizamos ratas eSS que desarrollan espontáneamente una forma moderada de DM2 desde los 6 meses y ED al año. Esta evolución puede modularse al menos parcialmente con el aporte de PUFAs y el antioxidante nordehidroguaiarético (NDGA).

and motor perturbations in elderly with longstanding diabetes mellitus. Nutrition, 30(6):628-635, 2014.

OBJETIVO

Analizar parámetros metabólicos y morfológicos del hipocampo en un modelo experimental de DBT2 y su modificación mediante el tratamiento.

MÉTODOS

Se utilizaron 18 ratas macho eSS y 3 Wistar. Recibieron por vía IP 6,25 mg/kg de PUFAs ω 3/ ω 6 con o sin agregado de 1,19 mg/kg de NDGA. Se evaluaron parámetros metabólicos, de estrés oxidativo (EO) e inflamatorios y se analizó histopatológicamente el hipocampo con HE y Nissl e IHQ con GFAP y SYNP. Se realizó análisis estadístico.

RESULTADOS

Ratas eSS al año presentaron hiperglucemia, hipertrigliceridemia, aumento de HbA1c, marcadores inflamatorios y de EO alterados. La IHQ para GFAP y SYNP fue menor en ratas diabéticas que en controles. El tratamiento con ω 3+NDGA incrementaron la expresión de SYNP y mostraron marcadores inflamatorios, de EO y estructurales del SNC similares a los controles sanos.

CONCLUSIONES

Las ratas eSS presentaron ED, las control y las tratadas con ω 6, tuvieron altos niveles de EO en hipocampo y plasma, espongiosis, disminución del espesor y aumento de la dispersión celular de la zona CA1 del hipocampo. La ED mejoró con PUFAs n3+NDGA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Díaz-Gerevini GT, Repossi G, Dain A, Tarrés MC, Das UN, Eynard AR. Beneficial action of resveratrol: How and why?. *Nutrition*, 32(2):174-8, 2015.
- 2- Díaz-Gerevini GT, Repossi G, Dain A, Tarrés MC, Das UN, Eynard AR. Cognitive

OSTEOLIPOMA: UN TUMOR RARO EN LA CAVIDAD ORAL

Szlabi S, Panico R, Chiarella I, Gelman L.
Laboratorio Privado de Patología. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El lipoma constituye el tumor mesenquimal más común. Puede localizarse en cualquier sitio, pero aproximadamente el 20% comprometen cabeza y cuello, sólo el 1-4% ocurren en la cavidad oral. Se han descrito variantes histológicas de los lipomas sobre la base del tejido predominante, no obstante el osteolipoma representa una variante poco frecuente de éste tipo tumoral. Se clasifican en intraóseos, paraostales y aquellos que son independientes del tejido óseo. De estos últimos se han publicado muy pocos casos.

OBJETIVO

Presentar una variante poco común de un tumor frecuente, en una localización poco habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió una biopsia de labio de un paciente masculino de 83 años. El mismo presentó una lesión radiopaca. Se emplearon técnicas histológicas de rutina.

RESULTADOS

analizamos un trozo irregular de tejido de colorido pardusco que midió 2 x 1,5 x 1 cm. Al corte se observó tejido pardo amarillento con áreas de consistencia cálcica. Microscopia: las secciones histológicas correspondieron a tejido adiposo maduro con delgados tractos conectivos bien vascularizados y áreas de espículas de hueso maduro sin atipia. Se diagnosticó como: Osteolipoma.

CONCLUSIÓN

Aunque el osteolipoma constituye una entidad muy poco frecuente en la cavidad oral, en pacientes con lesiones periféricas de consistencia dura a la palpación y radiopacas, que histológicamente presenten tejido adiposo maduro y trabéculas óseas, deben ser diagnosticados como osteolipomas. El pronóstico es el mismo que el de los lipomas, y el tratamiento recomendado es el de la extirpación quirúrgica. No se han descrito recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Omonte SV; Benvenuto de Andrade BA; Leal RM; Capistrano HM; Alencar Souza PE; CampolinaRebello M. Osteolipoma: a rare tumor in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med*

Oral Pathol Oral Radiol 2016;122:e8-e13.

2. Diom ES; Ndiaye IC; Ndiaye M; Thiam A; Tall A; Nao EEM; Diallo BK; Diouf R; Diop EM. Osteolipoma: An unusual tumor of the parotid region. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* (2011) 128, 34–36.
3. Yamamoto N; Ishikawa A; Yamauchi K; Miyamoto I; Tanaka T; Kito S; Matsuo K; Yamashita Y; Morimoto Y; Takahashi T. Osteolipoma of the lower lip: A case report. *Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 23(3) August 2011; 143-145.
4. Firth NA; Allsobrook O; Patel M. Osteolipoma of the buccal mucosa: a case report. *Aust Dent J.* 2017 Sep;62(3):378-381.

LINFOMA NO HODGKIN B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES TIPO PIERNA (“LEG-TYPE”): REPORTE DE UN CASO

Faure E, Choque G, Mazzotta MM, Cabalier MED
I Cátedra de Patología, HNC, FCM, UNC

INTRODUCCIÓN

Los linfomas No Hodgkin de células B constituyen el 20-25% de linfomas cutáneos primarios (LCP). Se definen por su presentación en la piel, sin evidencia de diseminación extracutánea en el momento del diagnóstico. El LCP difuso de células B grandes (LCPDCG-B) tipo pierna es una de las variantes principales, y se origina en linfocitos B periféricos poscentro germinal. Representa 10-20% de los LCP-B y su frecuencia se encuentra en aumento. Se desconoce su etiología, pero se especula una posible respuesta linfoproliferativa a estímulos antigénicos. Afecta a pacientes de edad avanzada y mujeres, presentándose como nódulos o tumores rojo violáceos que crecen rápidamente y pueden ulcerarse, en una o ambas piernas. 10-20% surge en otras localizaciones. Es un linfoma de grado intermedio con tasas de supervivencia a 5 años del 41-73%.

OBJETIVO

Presentar un caso de LCPDCG-B tipo pierna describiendo sus características clínicas e histológicas, evaluando su evolución y pronóstico en relación a la literatura revisada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 77 años de Córdoba, jubilada. Consulta por placa indurada eritematosa en región supramaleolar externa de pierna derecha, de 1 año de evolución con aumento progresivo de tamaño y asintomática. Sin adenopatías. APP: HTA, asma, maculopatía, ERGE y pólipos intestinales. Laboratorio normal.

RESULTADO

Biopsia: proliferación de células neoplásicas linfoides de gran tamaño, infiltrando de manera difusa la dermis. Inmunohistoquímica: CD20+, CD10-, Bcl-6+, Bcl-2+, CD5-, CD23+, MUM-1+, Ki-67: 30%. Conducta: TAC toracoabdominal y punción aspiración de médula ósea: ambos sin alteraciones. Se realizó quimioterapia con régimen R-CHOP. En los controles posteriores se constató mejoría de la lesión y ausencia de compromiso sistémico.

CONCLUSIÓN

El caso presentado tiene características clínicas

e histopatológicas coincidentes con la literatura revisada. Las comorbilidades relacionadas con la edad y las recaídas frecuentes potenciales requieren un seguimiento estricto de los pacientes. El diagnóstico precoz de la enfermedad mediante histopatología e inmunohistoquímica y un rápido tratamiento constituyen los pilares para el pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Campoy, María Virginia, et al. “Linfoma B primitivo cutáneo difuso de células grandes de la pierna localizado en antebrazo.” *Arch Argent Dermatol* 65.3 (2015): 86-89.
- 2- Martínez, Mariana J., et al. “Linfoma cutáneo primario de células B, tipo pierna: reporte de un caso.” *Arch. Argent. Dermatol* 66.1 (2016): 1-4.
- 3- Morales, Cristian, et al. “Linfoma cutáneo primario difuso de células B grandes tipo pierna: primer reporte de presentación como úlcera de Marjolin sobre úlcera venosa crónica.” *Revista Médica del Uruguay* 31.1 (2015): 58-63.

HIPERPLASIA MULTINODULAR ONCOCÍTICA DE GLÁNDULA PARÓTIDA (HMNO)

Alcain W, Martínez E, Cordero V, Rivas D.

Servicio y I Cátedra de Patología-Hospital Nacional de Clínicas (HNC)-FCM, UNC

INTRODUCCIÓN

La HMNO de glándula parótida es una lesión benigna infrecuente no encapsulada, caracterizada por múltiples nódulos conformados por oncocitos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en la séptima década de la vida.

OBJETIVOS

Comunicar un caso de HMNO de glándula parótida, plantear diagnósticos diferenciales y revisar bibliografía actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Hombre de 68 años con antecedentes de irradiación por tumor hipofisario que consultó por tumoración en región parotídea izquierda de 10 años de evolución. La TAC confirmó tumor parotídeo indicándose exéresis.

RESULTADOS

Macroscopía: Se recibió lesión nodular de 3,5 x 2,5 x 2 cm, colorido pardo rojizo, superficie ligeramente irregular y consistencia elástica. Al corte era sólida, pardo amarillada y aspecto carnosos, con área blanquecina en el centro de 0,7 x 0,3 cm. Se fijó en formol y se procesó en forma rutinaria. Microscopía: Se observó proliferación de células epiteliales sin atipia, con características oncocíticas dispuestas en múltiples nódulos separados por finos tractos fibrosos. Las células conformaban trabéculas y túbulos, con núcleos vesiculosos y amplios citoplasmas granulares eosinófilos. El estroma era escaso, representado por delicados tabiques bien vascularizados. Recuento mitótico bajo. Presentaba borde de crecimiento expansivo, sin cápsula, advirtiéndose parénquima parotídeo dispuesto entre los nódulos. Por sectores el límite quirúrgico contactaba con los nódulos descriptos. Se solicitó inmunomarcación con KI 67, cuyo resultado fue 4%. Diagnóstico: Hiperplasia multinodular oncocítica de glándula parótida.

CONCLUSIÓN

Las lesiones oncocíticas se caracterizan por una proliferación de células con citoplasmas amplios y granulares que puede ser hiperplásica o neoplásica, planteando diagnósticos diferenciales con oncocitosis, hiperplasia nodular y oncocitoma. La HMNO representa menos del

0.1 % de las lesiones parotídeas y su mala delimitación puede sugerir un carcinoma oncocítico. Es de buen pronóstico y su tratamiento es quirúrgico, recomendándose su extirpación completa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rosai y Ackerman: *Patología quirúrgica 10ª edición*. 2013. Vol.1. 825-826.
- 2- Cheuk W, Chan JK, *Salivary gland tumors. En: Fletcher. Diagnostic Histopathology of Tumors, 4th Edition. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2013.*
- 3- E Alcaraz-Mateos, C Vazquez-Olmos, F Piqueras-Perez: *Hiperplasia nodular oncocítica multifocal de glándula parótida. A propósito de un caso con revisión del espectro de lesiones oncocíticas. Revista española de patología*. 2012; 45 (3): 169-174.
- 4- El-Naggar AK, Chan J, Takata T, Grandis J, Bloeck P. *WHO classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.*
- 5- Samar ME. *Ávila RE y col. Tumores epiteliales de glándulas salivales. Editorial académica española 2013.*

POROCARCINOMA ÉCRINO: REPORTE DE UN CASO

Borgarello P, Mazzotta MM, Reinoso NB, Cabalier MED

Lugar de realización: I Cátedra de Patología, HNC, FCM, UNC

INTRODUCCIÓN

El porocarcinomaecrino (PCE) es un tumor maligno raro que deriva de la porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas écrinas. Puede ser primario o desarrollarse de una lesión precursora benigna (poromaécrico, nevo sebáceo, etc). Se presenta como placas verrugosas, lesiones nodulares o polipoideas que se ulceran y sangran con facilidad, localizadas en extremidades inferiores (44-53%), tronco (24 %), cabeza y cuello (18 %) y extremidades superiores (8 %). Es más frecuente en mujeres (1,3:1) y ancianos (media de edad: 68,6 años). La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección. Tiene un comportamiento localmente agresivo y alto índice de recidiva local (20%). El curso evolutivo es lento, pero su pronóstico es sombrío cuando aparecen metástasis linfáticas o viscerales.

OBJETIVO

Presentar un caso de PCE planteando sus diagnósticos diferenciales, analizando su evolución y pronóstico

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 78 años, de Lima (Perú) y ama de casa. Motivo de consulta: lesión en región de flanco derecho, única, asintomática, que comenzó como una placa eritematosa y fue aumentando gradualmente de tamaño, de 10 años de evolución. Sin APP de relevancia.

RESULTADOS

Biopsia de piel: proliferación de células neoplásicas malignas epiteliales dispuestas en columnas irregulares y anastomosadas, con atipia, pleomorfismo y mitosis atípicas. Inmunohistoquímica: EMA+ en células tumorales y CEA+ en estructuras ductales. Conducta: excéresis completa de la lesión (márgenes negativos), TAC toracoabdominal (sin alteraciones) y seguimiento clínico.

CONCLUSIÓN

El PCE es de rara presentación. El principal diagnóstico diferencial es con el poromaécrico, del cual se distingue por la presencia de atipia, pleomorfismo, mitosis atípicas y crecimiento infiltrativo. Debido al carácter potencialmente agresivo del PCE, el diagnóstico precoz y su rápido tratamiento quirúrgico con márgenes negativos es la forma adecuada de conseguir un pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Armendáriz KS, Memije M, Martínez IG, Luna EM, Caire ST. Porocarcinoma en piel acral. *Rev Mex Dermatol.* 2013;57(3):211-4.
- 2- Casavilca S, Lama A, Guerrero M, Essary LR, Mantilla R, Cano L, et al. Porocarcinomaecrino: Estudio clínico-patológico de 19 casos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú. *Rev Peruana Med Exp Salud Pública.* 2013;30(3):437-40.
- 3- Kurisu, Y., Tsuji, M., et al. A case of EccrineProcarcinoma: usefulness of immunostain for S-100 protein in the diagnosis of recurrent and metataticdedifferentiated lesions. *An Dermatol* 2013; 25(3):348-351.

CARCINOMA DE MAMAS DE CÉLULAS CLARAS RICO EN GLUCÓGENO: COMUNICACIÓN DE UN CASO. A PROPÓSITO DE UNA VARIANTE INUSUAL

Fonseca IB., Meneses CA, Bongiorno CD SpitaleLS

II Cátedra de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, FCM, UNC.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas mamarios con células claras constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias primarias o metastásicas, poco común. En 1981 Hull propuso la denominación actual de la entidad (carcinoma rico en glucógeno -CRG), cuya incidencia es del 1-3% de los carcinomas mamarios. Menos de 150 casos hasta la actualidad han sido descritos desde el primero reportado en 1981.

OBJETIVO

Presentar una variante inusual de carcinoma mamario que plantea diagnósticos diferenciales por su característica histológica principal (células de citoplasma claro y eosinófilo).

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años que consultó por nódulo en mama derecha con mamografía de sospecha de proceso neoproliferativo. Se realizó cuadrantectomía y ganglio centinela con estudio intraoperatorio.

RESULTADOS

Macroscopia: Tumor de 1,2 cm, bordes netos y llamativo color pardo-rojizo (simulando una lesión papilar), alejado de límites quirúrgicos. Microscopia: Los cortes mostraron un carcinoma ductal invasor con predominio arquitectural sólido y menos frecuente papilar, con numerosas células de citoplasma claro, otros eosinófilos y granulares (tinción de PAS positiva). No se observaron estructuras glanduliformes. Ganglio centinela: Negativo. Diagnóstico: Carcinoma de células claras rico en glucógeno.

CONCLUSIÓN

Esta entidad, cuyo criterio histopatológico fundamental es estar compuesto en un 90% por células claras, plantea diagnósticos diferenciales con patologías benignas y malignas de la mama e incluso metástasis en mama de neoplasias con células claras. Los más relevantes son carcinoma rico en lípidos, secretorio, lobular histiocitoide, apocrino, con diferentes valores pronósticos. Su reconocimiento, además, es necesario por dos razones: 1-carcinomas con células claras son infrecuentes en mama y pueden ser artificios de sustancias intracitoplasmáticas extraídas en el procesamiento histológico; 2-glucógeno

intracitoplasmático se observó sin una apariencia significativa de células claras en 60% de carcinomas mamarios. Motiva la presentación del caso el hecho de ser una variante infrecuente de carcinoma ductal de mama y el análisis crítico de sus diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Rosen's Breast pathology, 4° ed, 2014. Glycogen Rich Carcinoma. Chapter 28, pp 757-761.
- 2- Who Classification of Tumours of the Breast. 4° ed, Lyon 2012. Exceptionally rare types and variants. Glycogen rich clear cell carcinoma, pp 74.
- 3- Christos Markopoulos, I Dimitris Mantas, I T Philipidis, I Efstatios Kouskos, I Zoi Antonopoulou, IML Hatzinikolaou, I and Helen Gogas. Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast World J Surg Oncol. 2008; 6: 44.
- 4- Seki HI, Sasaki K, Morinaga S, Asanuma F, Yanaihara H, Kaneda M, Suzuki K, Ishii Y, Kamiya N, Osaku M, Ikeda T. [A Case of Glycogen-Rich Clear Cell Carcinoma of the Breast with Extensive Intraductal Components and Micrometastases to the Axillary Lymph Node]. Gan To kagaku Myoho. 2016; Feb, 43 (2): 239-241.
- 5- Vilma Ratti* and Olivia Pagani. Clear Cell Carcinoma of the Breast: A Rare Breast Cancer Subtype – Case Report and Literature Review. Case Rp Pncol. 2015, Set-Dic 8 (3): 470-472

ENDOMETRIOSIS DIAFRAGMÁTICA: COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

Fonseca IB., Dionisi HJ, Quaranta MM, Spitale LS

II Cátedra de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, FCM, UNC.

La endometriosis se define como presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta a mujeres en edad reproductiva. A pesar de corresponder a una patología habitualmente circunscrita a la pelvis, puede existir compromiso extrapelviano en el 9% de los casos. Entre las diferentes ubicaciones, se encuentra tracto gastrointestinal (32,3%), tracto urinario (5,9%), y otros sitios (61,8%), que incluyen cicatrices abdominales, hígado, vesícula biliar, páncreas, mamas, pleura y pulmón. La afectación torácica por endometriosis es menor al 1% y puede localizarse en vías aéreas, parénquima, pleura o diafragma. El síntoma más común es el dolor torácico, seguido por omalgia. Los mecanismos patogénicos de la endometriosis torácica aún no están dilucidados. Existen varias teorías: a. implantación retrógrada; b. microembolización hematogena endometrial y c. metaplasia del epitelio celómico.

OBJETIVO

Presentar dos casos de endometriosis diafragmática y comentar los hallazgos anatomopatológicos.

CASO CLÍNICO 1:

Mujer de 27 años con antecedentes de endometriosis ovárica que consultó por dolor torácico.

CASO CLÍNICO 2:

Mujer de 32 años, derivada por omalgia derecha y con antecedentes de endometriosis pélvica. Se solicitó TAC de tórax, que informó en ambos casos formación sólida, ovoidea, de 30 mm x 13 mm y 40 x 15 mm ubicadas en la región subdiafragmática derecha e izquierda respectivamente.

RESULTADOS

Ambos casos presentaron hallazgos similares.

Macroscopia: Varios fragmentos de tejidos de 10 a 15 mm. cada uno, de color pardo y aspecto de músculo, con focos de aspecto hemorrágico.

Microscopia: los cortes mostraron tejido muscular estriado que incluye focos de glándulas y estroma endometrial. 1 y 2 Designados como "material de diafragma" con hallazgos consistentes con endometriosis.

CONCLUSIÓN

Motiva la presente comunicación la infrecuente

localización de esta patología a nivel diafragmático. Es conocido que la mayoría de los pacientes con endometriosis torácica tienen endometriosis pélvica previamente, similar al caso N° 2 de nuestro reporte.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. *Clinical features of thoracic endometriosis: A single center analysis. Obstet Gynecol Sci 2015;58(3):223-331.* Azizad Pinto P, Clarke D. *Thoracic endometriosis syndrome: case report and review of the literature. Perm J 2014;18(3):61-5.*
- 2- Nezhat C, Main J, Paka C, Nezhat A, Beyqui RE. *Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis. JSL 2014;18(3).pii: e2014.00312.*
- 3- Berríos Silva R, Bulboa Foronda C, Santolaya Cohen R, Undurraga Machicao PF, Pérez Castro P, Sandoval Sepúlveda, C. *Endometriosis diafragmática: a propósito de un caso. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(4)*
- 4- Ucvet A, Yamansavci Sirzai E, Cansun Yakut, Yoldas B, Gursoy S. *Endometriosis pulmonar torácica: presentación de 2 casos de una enfermedad muy poco frecuente. Arch Bronconeumol. 2014; 50(10):454-455*

REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

Autor. Título. Edición. Lugar. Editorial y año

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

CAPÍTULO DE UN LIBRO

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

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

ARTÍCULO DE REVISTA

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

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

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS: ARTÍCULO DE REVISTA EN FORMATO ELECTRÓNICO

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar [revista en INTERNET, o revista online o revista en línea] 2003 setiembre-diciembre. [acceso o citado 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revi2a.html>*

NO SE DEBEN INCLUIR:

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES PERSONALES

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

ARTÍCULOS ORIGINALES:

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

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

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

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

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

ARTÍCULOS BREVES (SHORT COMMUNICATIONS)

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

ARTÍCULOS DE REVISIÓN (REVIEW)

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

EDITORIALES

Sección que se receptorá sólo por invitación 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.