

Revista Argentina de Morfología

MIEMBROS FUNDADORES DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

Méd. 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. Méd. Liliana Grandi	Méd. 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. Dr. Néstor Simondi	Prof. Lic. Alicia Tobares	Prof. Médi. Sergio Traverso

MIEMBROS ACTIVOS DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

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

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR HONORARIO

Prof. Carlos Sánchez Carpio

DIRECTORES EDITORIALES

Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio

Prof. Dr. Néstor Simondi

EDITORES ASOCIADOS

Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier

Prof. Dra. María Rosa Chaig

EDITOR

Sr. Alfredo E. Benito

MIEMBRO HONORÍFICO

Prof. Dr. Rogelio Pizzi

COMITÉ DE REDACCIÓN

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

CONSULTORES NACIONALES

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

CONSULTORES INTERNACIONALES

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

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

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

XI JORNADA UNIVERSITARIA DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA (JUPCO)
JUEVES 4 DE MAYO DE 2023
AULA MAYOR DE LA 1° CÁTEDRA DE PATOLOGÍA
(HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS)

Dirigido a especialistas en patología, residentes de Patología, dermatólogos especialistas y en formación.

Directores Ejecutivos: Prof. Dr. David Cremonuzzi. Prof. Dr. Marco Mazzotta. Prof. Ad. Szlabi Susana y Nancy Reinoso.

Comité Científico: Mary Kurpis, Gabriela Asis, Mónica Herrero, Susana Szlabi, Marco Mazzotta, Carolina González, Inés Strelzik, Ismael Fonseca, Patricia Calafat, M Florencia Druetta, Verónica Bengió.

Secretaria Administrativa: Alicia Lorena Martínez

PROGRAMA

HORARIO	ACTIVIDAD	COORDINADORES
08:30	INSCRIPCIÓN	Secretaria: Lorena Martínez.
09:00	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES I	Coordinadores: Gabriela Asis; David Cremonuzzi
1. 09:00-09:12	DERMATOSIS EOSINOFÍLICA Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN UN PACIENTE CON MALIGNIDAD HEMATOLÓGICA: ¿MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD?	Mazzotta MM, Sánchez V, Ferraris F, Ferrandini S, Calafat P, Kurpis M. Hospital Privado Universitario de Córdoba
2. 09:12-09:26	LEIOMIOSARCOMA DE CUERO CABELLUDO. Presentación de un caso.	Taddei E, Stuppa T, Flores V, Williner M, Cremonuzzi DC. Servicio de Patología del HNC y Clínica Enrique J. Carrá. San Francisco. Córdoba.
3. 09:26-09:38	CARCINOMA NEUROENDÓCRINO EN VEJIGA URINARIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.	Stuppa T, Armatti MA, Taddei E, Valiente AA, Mazzotta MM, Cremonuzzi DC. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas HNC. FCM. UNC.
4. 09:38- 09:50	HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PLACENTA CON LISTERIOSIS: COMUNICACIÓN DE UN CASO.	Sacchi S, Basanta Chao MB, Bongiorno C, Trezza C, Fonseca I, Asis G. Servicio de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM. UNC.
10:00	CAFÉ	
10:30-11:15	MESA DE CITOLOGÍA - RESIDENTES DE 3° AÑO	Coordinadoras: Szlabi Susana; Verónica Bengió Presentadores: HN. de Clínicas. Emiliano Taddei; H. Misericordia: Natalia Co-satto; UH. Maternidad Nacional: Carolina Olivera

-
- 11:15-12:00 CONFERENCIA CENTRAL
Dr. Andrés Guidi (Córdoba)
“PANICULITIS: CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA”
Mesa debate.
Coordinadora: Mónica Herrero.
Integrantes. Marco Mazzotta. Nancy Reinoso. Natalia Sosa.
- 12:00-13:30 RECESO
- 13:30 PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES II
Coordinadoras: Florencia Druetta; Wanda Alcain
5. 13:30-13:42 HAMARTOMA PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Ortiz G, Olivera CL, Taddei E, Anglada MG, Ferro AA, Mazzotta MM. HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC.
6. 13:42-13:54 BLASTOMA PULMONAR: Reporte de un caso y actualización bibliográfica. Bengió Verónica, Heinze Camila. Institución: Hospital Córdoba
7. 13:54-14:06 METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN RIÑÓN: Reporte de caso. Ferraris F, Ferrandini S, Kurpis M, Calafat P. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.
8. 14:06-14:18 PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO. Presentación de un caso. Rufino R, Manrique V, Moyano Crespo G, Matsuzaki M, Gilligan G, Giovo M, Herrero M. III Cátedra de Patología-Laboratorio Privado. Córdoba. 2023.
9. 14:18-14:30 ÚLCERA BUCAL: RETO DIAGNÓSTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Romano SM, Anglada Rossi MG, Gelman L, Panico R, Chiarella I, Szlabi S. Servicio de Patología HNC y Laboratorio privado.
- 14:30 CIERRE DE LAS JORNADAS
-

ÍNDICE / CONTENTS

DERMATOSIS EOSINOFÍLICA Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN UN PACIENTE CON MALIGNIDAD HEMATOLÓGICA: ¿MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD? Mazzotta MM, Sánchez V, Ferraris F, Ferrandini S, Calafat P, Kurpis M. Hospital Privado Universitario de Córdoba. 1

LEIOMIOSARCOMA DE CUERO CABELLUDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Taddei E, Stuppa T, Flores V, Williner M, Cremonezzi DC. Hospital Nacional de Clínicas y Clínica Enrique J. Carrá. San Francisco. Córdoba. 2

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO EN VEJIGA URINARIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Stuppa T, Armatti MA, Taddei E, Valiente AA, Mazzotta MM, Cremonezzi DC. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas, FCM. UNC. 2023 3

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PLACENTA CON LISTERIOSIS: COMUNICACIÓN DE UN CASO. Sacchi S, Basanta Chao MB, Bongiorno C, Trezza C, Fonseca I, Asis G. Servicio de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM. UNC 4

HAMARTOMA PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Ortiz G, Olivera CL, Taddei E, Anglada MG, Ferro AA, Mazzotta MM. Servicio de Patología del Hospital Nacional de Clínicas, FCM, UNC. 6

BLASTOMA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA. Bengio Verónica, Heinze Camila. Hospital Córdoba 7

METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN RIÑÓN: REPORTE DE CASO. Ferrandini S, Ferraris F, Kurpis M, Calafat P. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina 8

PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Rufino R, Manrique V, Moyano Crespo G, Matsuzaki M, Gilligan G, Giovo M, Herrero M. IIIº Cátedra de Patología - Laboratorio Privado. Córdoba. 9

ÚLCERA BUCAL: RETO DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Romano SM, Anglada Rossi MG, Gelman L, Panico R, Chiarella I, Szlabi S. Laboratorio Privado, Córdoba 10

Revista Argentina de Morfología
Año 2021, Volumen V N° 1

recursos
fotográficos
EDITORIAL

Editorial:

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

ISSN 1852-8740

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

Este número está patrocinado por la
Secretaría de Extensión de la Facultad
de Ciencias Médicas - U.N.C.

Visítenos



|

DERMATOSIS EOSINOFÍLICA Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN UN PACIENTE CON MALIGNIDAD HEMATOLÓGICA: ¿MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Mazzotta MM, Sánchez V, Ferraris F, Ferrandini S, Calafat P, Kurpis M. Hospital Privado Universitario de Córdoba

INTRODUCCIÓN

En pacientes con malignidades hematológicas, especialmente leucemia linfática crónica (LLC), se han descrito lesiones cutáneas con eosinofilia tisular, denominándose reacción similar a picadura o dermatosis eosinofílica (DE) de los trastornos mieloproliferativos (DE-TMP). Es una erupción cutánea pruriginosa resistente a los tratamientos habituales, que suele aparecer al cabo de años del diagnóstico de la neoplasia pero también puede precederla. Plantea diagnóstico diferencial con infecciones parasitarias, picaduras de insecto, toxicodermia, urticaria, entre otros trastornos. La relación con LLC y su significado pronóstico son cuestiones aún en revisión, observándose en algunos pacientes progresión rápida de la misma.

OBJETIVO

Presentar un caso de DE en un paciente con antecedente de LLC, teniendo en cuenta sus potenciales diagnósticos diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 80 años con HTA, diverticulosis, hipotiroidismo, vacunación Covid (4 dosis) y LLC-B en remisión que finalizó tratamiento en marzo de 2022 (rituximab + clorambucilo). Consulta en dermatología por lesiones eritematosas maculopapulares y placas infiltradas, pruriginosas y dolorosas, en brazos, piernas, cuello y cara, remitentes y recidivantes, de 1 año de evolución. Además presentaba celulitis facial. Se realizó biopsia incisional, procesamiento histológico de rutina, inmunofluorescencia directa (IF) con IgG, IgM, IgA y C3 e inmunohistoquímica (IHQ) para CD3, CD5, CD20 y CD23. Sospechas clínicas: síndrome de Sweet, paniculitis, prurigo, infiltración leucémica, urticaria vasculitis y dermatitis atópica.

RESULTADOS

Se observó en dermis un intenso infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo en mango, con numerosos eosinófilos intersticiales, extendiéndose a hipodermis, edema y extravasación eritrocitaria. IF: sin depósitos. IHQ: CD3+, CD5+, CD20-, CD23-. El diagnóstico fue DE con posible asociación a LLC, mencionando sus diagnósticos diferenciales y descartando infiltración leucémica. El hemograma no reveló eosinofilia periférica. Dado que el paciente presentaba xerosis generalizada y

AHF de atopia, se decidió en forma conjunta con servicio de alergia tratamiento con humectación, cetirizina y cefalexina oral, con mejoría de las lesiones. En los controles oncohematológicos se descartó progresión clínica de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Es importante considerar los múltiples diagnósticos diferenciales en el espectro de las DE, y recordar su asociación con LLC. Por el momento no se ha podido demostrar relación alguna entre el desarrollo de la erupción cutánea y la enfermedad previa o la quimioterapia recibida, lo cual no permite confirmar DETMP ni descartar por completo otras entidades como dermatitis atópica, favorecida por la respuesta terapéutica. No obstante, se destaca la necesidad de realizar un seguimiento clínico periódico del paciente para anticiparse a una potencial recaída o progresión de LLC.

BIBLIOGRAFÍA

- Byrd JA, Scherschun L, Chaffins ML, Fivenson DP. Eosinophilic dermatosis of myeloproliferative disease: characterization of a unique eruption in patients with hematologic disorders. *Archives of dermatology* 2001; 137(10): 1378-1380.
- Mangas C, Bielsa I, Mate JL, Fernández-Figueroas MT, Ribera M, Ferrándiz C. Dermatitis eosinofílica asociada a leucemia linfática crónica: estudio clínico, microscópico e inmunohistoquímico de 5 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2004; 95(3): 165-170.
- Valverde Blanco F, Moreno Giménez JC, Ocaña Wilhelmi MS. Reacción exagerada a picadura de insectos en pacientes afectados de leucemia linfática crónica. *Actas dermo-sifiliogr. (Ed. impr.)* 2000; pp567-569.

LEIOMIOSARCOMA DE CUERO CABELLUDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Taddei E, Stuppa T, Flores V, Williner M, Cremonuzzi DC. Hospital Nacional de Clínicas y Clínica Enrique J. Carrá. San Francisco. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas de piel se localizan en las extremidades y con menor frecuencia en cuero cabelludo y tronco. Son más frecuentes en varones en la sexta década. Pueden ser dérmicos, del tejido celular subcutáneo o metastásicos. Los primarios cutáneos son de buen pronóstico por su detección temprana. Representan el 2-3% de la totalidad de sarcomas cutáneos.

OBJETIVO

Exponer un LMS de cuero cabelludo dada su baja frecuencia, la localización rara en cuero cabelludo y discutir el abordaje diagnóstico, la histogénesis y su conducta biológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 78 años del que se extrajo un losange de piel occipital de 1,5 x 1,4 cm con una lesión tumoral, elevada, blanquecina y ulcerada, de 1,1 cm de diámetro. Histológicamente presentó una proliferación de células neoplásicas de alto grado en la dermis con extensión a hipodermis. Presentaron núcleos elongados alternando con otros grandes con nucléolos evidentes. Se observaron mitosis y figuras pleomórficas aisladas. Estaban dispuestas de manera difusa con abundante desmoplasia e infiltrado mononuclear leve periférico. Se observó compromiso lateral y profundo de los límites quirúrgicos.

RESULTADOS

El diagnóstico fue de neoplasia indiferenciada de alto grado con requerimiento de estudios complementarios. Para corroborar la histogénesis se realizó inmunohistoquímica, resultando ASMA (+), CD34 (-), p63 (-) y S-100 (-), Melan A (-).

CONCLUSIÓN

Los LMS primarios de piel y tejido celular subcutáneo se originan del músculo liso erector del pelo y de las paredes de los vasos sanguíneos. La extensión al tejido celular subcutáneo, al igual que el compromiso de los límites quirúrgicos, implica mayores posibilidades de recidiva. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos histológicos y la inmunomarcación y deben descartarse otros sitios primarios profundos como retroperitoneo y útero de implicancias pronósticas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Kazlouskaya V, Lai YC, Khachemoune A. *Leiomyosarcoma of the skin: review of the literature with an emphasis on prognosis and management. Int J Dermatol.* 2020; 59:165-172.
- Szlabi S, Cremonuzzi D. *Leiomiomas de prepucio: reporte de un caso. Rev Fac Cs Méd UNC.* 2022; 79 (3):294-7. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/34628>
- Soares Queirós C, Filipe P, Soares de Almeida L. *Cutaneous leiomyosarcoma: a 20-year retrospective study and review of the literature. An Bras Dermatol.* 2021; 96:278-283.
- Kraft S, Fletcher CDM. *Neoplasias atípicas del músculo liso intradérmico: análisis clínico-patológico de 84 casos y reevaluación del "leiomiomas" cutáneo. Soy J Surg Pathol.* 2011; 35: 599-607. doi: 10.1097/PAS.0b013e31820e6093.
- *Weedon's Skin Pathology Ed.5 por Patterson, James W. Ed: Elsevier-Health. 2020. Vol 1.*

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO EN VEJIGA URINARIA:

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Stuppa T, Armatti MA, Taddei E, Valiente AA, Mazzotta MM, Cremonuzzi DC. Servicio de Patología, Hospital Nacional de Clínicas, FCM. UNC. 2023

INTRODUCCIÓN

Así como otros órganos con revestimiento epitelial, la vejiga urinaria es sitio de tumores que pueden exhibir diferenciación neuroendocrina. El carcinoma neuroendocrino (CNE) es un tumor vesical de malignidad alta, también conocido como carcinoma de células pequeñas, teniendo morfología similar a su homólogo del pulmón y otros órganos. La edad, el sexo y los síntomas al momento del diagnóstico son comparables a los del carcinoma urotelial. La mayoría de los casos ya están avanzados cuando se diagnostican por primera vez.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de considerar a los CNE en el diagnóstico diferencial de tumores vesicales, enfatizando la importancia de la histología y la inmunohistoquímica (IHQ) para confirmar el diagnóstico y remarcando las dificultades que implica establecer el origen primario de estas neoplasias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Hombre de 76 años con APP de HTA y carcinoma prostático en 2009, que consultó por presentar hematuria. En la cistoscopia se observó una lesión vegetante vascularizada en pared lateral derecha y se realizó RTU de la misma. El paciente además presentaba lesiones compatibles con metástasis hepáticas en estudios por imágenes. Se recibió muestra de RTU vesical en el Servicio de Patología, la cual fue procesada con técnicas histológicas de rutina y técnicas de inmunohistoquímica (IHQ).

RESULTADOS

La microscopía mostró una proliferación de células neoplásicas de pequeño tamaño, de escaso citoplasma y núcleo "en sal y pimienta" y frecuentes mitosis. Se disponían conformando nidos, cordones y ocasionales rosetas. El músculo detrusor se encontraba comprometido. IHQ: cromogranina +, sinaptofisina +, CD56 +, Ki67 50%, GATA3 -, TTF1 -, NKX3.1 -, CK7 -, CK20 -. El diagnóstico fue CNE en vejiga, con músculo detrusor comprometido.

No se obtuvieron datos de las probables metástasis hepáticas.

CONCLUSIÓN

El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas

primario de vejiga representa de 0,35% al 0,70% de los tumores vesicales primarios. Su diagnóstico se basa en el reconocimiento histológico e inmunohistoquímico. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma de células transicionales de alto grado y el linfoma primario y secundario. Cabe destacar que el origen primario de la neoplasia en vejiga no puede confirmarse sólo en base a la IHQ, requiriendo correlación con antecedentes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aragón-Tovar AR, Pineda-Rodríguez ME, Puente-Gallegos FE, et al. Carcinoma neuroendocrino de vejiga. Reporte de un caso. *Cir Cir*. 2014; 82(3):338-343.
- Lahoz Tornos A, Marrón Penón M^oC, Pardo López M^oL, Noguera Gimeno MA, Pujol Obis E, Del Villar Sordo V. Tumor neuroendocrino vesical de célula pequeña: a propósito de un caso y revisión bibliográfica. *Actas Urol Esp* 2006; 30(8):835-838.
- Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JR, Myers JL. Rosai y Ackerman Patología Quirúrgica. 11a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier – Health Sciences Division; 2021, pp1081-1082

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PLACENTA CON LISTERIOSIS:

COMUNICACIÓN DE UN CASO

Sacchi S, Basanta Chao MB, Bongiorno C, Trezza C, Fonseca I, Asis G. Servicio de Patología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. FCM. UNC

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una infección transmitida por los alimentos causada por *Listeria monocytogenes*. Durante el embarazo puede ocasionar parto prematuro, aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina e infecciones neonatales.

Se presenta a continuación una pieza de placenta del segundo trimestre, cuyos hallazgos son vinculables a Listeriosis.

OBJETIVOS

Comunicar un caso infrecuente, que plantea dificultades diagnósticas y describir los hallazgos macro y microscópicos de una placenta con infección por *L. monocytogenes*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 19 años, cursa un embarazo de 20 semanas y consulta el día 05/01/23 derivada desde otra institución por constatar mediante eco doppler latidos cardíacos fetales negativos. Se realiza ecografía tocoginecológica que confirma el diagnóstico de feto muerto in-útero, decidiéndose internación para finalizar el embarazo.

El día 06/01/2023 se recibe en el Servicio de Patología placenta y feto muerto. Feto sexo femenino, pesa 225 gramos, mide 19 cm de longitud cefalocaudal, cordón umbilical color parduzco de 3,5x1 cm. Examen físico: abdomen globuloso, blando, con líquido de edema e implantación baja de los pabellones auriculares. Colorido pardo oscuro en tronco y extremo cefálico.

La placenta pesa 175 gramos y mide 11x10x2 cm. Cara fetal opaca con vasos sanguíneos congestivos. Cordón umbilical blanquecino de 0,7x0,6 cm, inserción excéntrica. Cara materna completa, colorido pardo claro, con áreas blanquecinas, al corte esponjosa. Membranas ovulares opacas y engrosadas.

RESULTADOS

Placenta con vellosidades coriales: revestidas por sincitiotrofoblasto, parcialmente vascularizadas, algunas edematosas, en áreas calcificación distrófica. Presencia de células de Hofbauer, infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo con necrosis: formación de microabscesos, vinculable a *Listeria*. Algunas exhiben inclusiones eosinófilas intranucleares con halo perinuclear, sugestivo de Citomegalovirus.

Espacio intervelloso: hematíes, fibrina y polimorfonucleares neutrófilos.

Decidua: extravasación eritrocitaria, vasos congestivos, necrosis de coagulación e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo.

Cordón umbilical: edematoso, con 3 vasos.

Membranas ovulares: infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo.

Placenta vinculable a: deciduitis aguda necrotizante, vellositis aguda con microabscesos, compatibles con *Listeria* e inclusiones celulares sugestivas de infección viral. Corioamnionitis aguda.

CONCLUSIÓN

La listeriosis es una enfermedad de baja incidencia que debe tenerse en cuenta al momento de plantear diagnósticos diferenciales en mujeres embarazadas.

El diagnóstico histopatológico es una importante herramienta, ya sea como complemento de los hallazgos clínicos o serológicos o como única herramienta para abordar el caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Ho AEP, Rasheed ZBM, Norman J, Gabriel C, Dixon L, Ashworth S, Frise C, Yu CKH, Sykes L. Rhombencephalitis in Pregnancy-A Challenging Case of Probable *Listeria* Infection. *Life (Basel)*. 2022 Oct 14;12(10):1600. doi: 10.3390/life12101600. PMID: 36295036; PMCID: PMC9604870.
- Charlier C, Disson O, Lecuit M. Maternal-neonatal listeriosis. *Virulence*. 2020 Dec;11(1):391-397. doi: 10.1080/21505594.2020.1759287. PMID: 32363991; PMCID: PMC7199740.
- Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kim SK, Uldbjerg N, Romero R. Listeriosis in human pregnancy: a systematic review. *J Perinat Med*. 2011 May;39(3):227-36. doi: 10.1515/jpm.2011.035. Epub 2011 Apr 25. PMID: 21517700; PMCID: PMC3593057.
- Mylonakis E, Paliou M, Hohmann EL, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2002

Jul;81(4):260-9. doi: 10.1097/00005792-200207000-00002. PMID: 12169881.

- *Russini V, Spaziante M, Varcasia BM, Diaconu EL, Paolillo P, Picone S, Brunetti G, Mattia D, De Carolis A, Vairo F, Bossù T, Bilei S, De Marchis ML. A Whole Genome Sequencing-Based Epidemiological Investigation of a Pregnancy-Related Invasive Listeriosis Case in Central Italy. Pathogens. 2022 Jun 8;11(6):667. doi: 10.3390/pathogens11060667. PMID: 35745521; PMCID: PMC9228178.*
- *Wadhwa Desai R, Smith MA. Pregnancy-related listeriosis. Birth Defects Res. 2017 Mar 15;109(5):324-335. doi: 10.1002/bdr2.1012. Erratum in: Birth Defects Res. 2017 Sep 1;109(15):1236. PMID: 28398675.*

HAMARTOMA PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ortiz G, Olivera CL, Taddei E, Anglada MG, Ferro AA, Mazzotta MM. Servicio de Patología del Hospital Nacional de Clínicas, FCM, UNC.

INTRODUCCIÓN

El hamartoma pulmonar es una neoplasia benigna pulmonar a menudo encontrada incidentalmente. Es más frecuente en hombres de 60 años. Su etiología es desconocida, pero su biología molecular sugiere que son de origen neoplásico. Generalmente su presentación es periférica, solitaria y asintomática y suele observarse como lesiones numerales a nivel radiográfico, caracterizada por un borde liso, alternancia de grasa con focos de calcificaciones, las cuales se describen como "calcificación de palomitas de maíz". Está compuesto por cantidades variables de elementos mesenquimales con epitelio respiratorio atrapado.

OBJETIVOS

Describir los hallazgos macroscópicos y microscópicos que permiten la identificación del hamartoma pulmonar y establecer diagnósticos diferenciales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años que en 2019 consulta por lumbociatalgia, por lo que se le realizaron radiografías de tórax, abdomen y pelvis, visualizándose, a nivel del lóbulo inferior derecho pulmonar, una masa radiodensa lobulada inhomogénea de 48x51 mm. Se realizó TC que mostró una formación de aspecto sólido, con contornos lobulados y focos de calcificación, que medía 62x64 mm, que sugería el diagnóstico de proceso neoproliferativo primario. En 2022 se repite el estudio, evidenciándose imagen de similares características que causa efecto de masa sobre los bronquios.

Se recibió pieza quirúrgica de lóbulo inferior pulmonar derecho que medía 14x10x8,5 cm. Hacia el hilio se evidenció masa nodular que al corte medía 6 x 6 x 4,5 cm, contactaba con la pared de bronquio, presentaba color pardo blanquecino con áreas translúcidas y aspecto granular, friable y bien delimitado.

A nivel histológico la lesión correspondía a una formación hamartomatosa compuesta por cartilago hialino y tejido conectivo con áreas mixocondroides entre los cuales se observaban tractos fibrosos conformando nódulos de distintos tamaños, revestidos por epitelio cilíndrico simple ciliado.

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar que los hamartomas pulmo-

nares en general se observan macroscópicamente como un nódulo pálido, redondo a multilobulado, bien delimitado, menor a 4 cm, e histológicamente debe ser una neoplasia benigna compuesta por cantidades variables de al menos 2 elementos mesenquimales combinados con epitelio respiratorio atrapado. Estos tejidos pueden ser cartilago hialino, grasa, músculo liso y hueso, además de otros elementos del tejido conectivo (células fusiformes blandas, tejido fibroso o cambio mixoide). Estas características nos deben orientar hacia el diagnóstico de hamartoma pulmonar, descartando otros diagnósticos diferenciales como condroma, lipoma y otros tumores mesenquimales benignos.

BIBLIOGRAFÍA

- *IARC WHO Classification of Tumours, WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart [4 ed.] 116 – 117 9283224361, 9789283224365*
- *Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JK, Myers JL. Rosai y Ackerman Patología Quirúrgica. 11a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2021, pp418-419*

BLASTOMA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Bengio Verónica, Heinze Camila. Hospital Córdoba

INTRODUCCIÓN

El blastoma pulmonar es un tumor bifásico, con componente de adenocarcinoma fetal y estroma mesenquimal primitivo. Es una entidad muy poco frecuente, se presenta como gran masa solitaria y periférica, principalmente en las 4° y 5° década. La sintomatología e imagenología no difiere del resto de carcinomas de pulmón y el comportamiento es en general agresivo

OBJETIVOS

Presentar un caso de blastoma pulmonar, acorde a criterios clínicos e histomorfológicos que caracterizan a esta entidad poco frecuente, excluyendo diagnósticos diferenciales.

También queremos destacar la importancia de un correcto muestreo y examen histológico minucioso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de sexo masculino de 46 años, consulta por tos seca, irritativa, de dos meses de evolución.

La tomografía computada y la resonancia magnética informan masa voluminosa en lóbulo superior derecho pulmonar con extensión a bronquio y aurícula izquierda.

Se realiza neumonectomía total derecha con resección de masa tumoral. A horas de la cirugía el paciente fallece, por probable proceso tromboembólico pulmonar.

La pieza de neumonectomía presenta en región parahiliar gran masa tumoral color pardo, superficie lisa, que mide 16x12x10 cm. Al corte, la misma es blanda, cerebriforme, parduzca con extensas áreas de necrosis y hemorragia, que ocupa parcialmente la luz bronquial

Las muestras se fijaron en formol al 10% (Buffer), se incluyeron en parafina, y se colorearon con HE e IHQ (Plataforma Ultra Benchmark Ventana) con Ac TTF-1, Pankeratina, Vimentina, Actina, ASMA, Cromogranina y Sinaptofisina

Los cortes histológicos mostraron neoplasia maligna bifásica con componente epitelial predominantemente tubular y mesenquimal primitivo con foco de diferenciación cartilaginosa y extensas áreas de necrosis y hemorragia.

Diagnóstico: blastoma pulmonar.

CONCLUSIÓN

Se trata de un desafío diagnóstico por la baja frecuencia. Se incluye en la categoría de carcinomas

sarcomatoides, puede presentar elementos heterólogos, mórulas y componente neuroendocrino. El principal diagnóstico diferencial es el adenocarcinoma fetal (supuesta lesión precursora). Asimismo, deben considerarse blastoma pleuropulmonar, sarcomas y tumores metastásicos. Es importante la distinción entre adenocarcinoma fetal bien diferenciado y el blastoma bifásico pulmonar, porque la supervivencia a 5 años es de aproximadamente del 80% y 30%, respectivamente. Tanto el blastoma pulmonar como el adenocarcinoma fetal bien diferenciado están frecuentemente asociados con mutación en exón 3 de CTNNB1, con una localización aberrante nuclear/citoplasmática de b-catenina.

Hasta un 42% tiene mutación TP53. Se detectaron mutaciones raras como EGFR, MET, BRAF y DICER1. El tratamiento de elección es quirúrgico. Pobre respuesta a quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnett N, Barnard W. Algunos tumores torácicos inusuales. *Br J Surg* 1945; 32: 441-457.
- Bini A, Ansaloni L, Grani G, et al. Pulmonary Blastoma: Report of Two Cases. *Surg Today* 2001; 31:438-442.
- Brodowska-Kania D, Kotwica E, Paturej A, Sośnicki W, Patera J, Giżewska A, Niemczyk S. What do we know about pulmonary blastoma? Review of literature and clinical case report. *Nagoya J Med Sci.* 2016; 78(4):507-516.
- De Groot PM, Wu CC, Carter BW, Munden RF. The epidemiology of lung cancer. *Transl Lung Cancer Res.* 2018; 7(3): 220-33
- William DT, Brambilla E, Burkee AP, Marx A, Nicholson AG. *Who Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart.* 4ª ed. Lyon, Francia. 2015
- Yepes Pérez A, Correa Muñoz T, Zapata González R. Blastoma pulmonar del adulto: una rara neoplasia, reporte de un caso con respuesta completa. *Rev Col Hematol Oncol [Internet].* 21 de septiembre de 2022 [citado 10 de mayo de 2023]; 8(Suplemento 1):166-7. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/471>

METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN RIÑÓN:

REPORTE DE CASO

Ferrandini S, Ferraris F, Kurpis M, Calafat P. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La presencia de metástasis a distancia en el cáncer diferenciado de tiroides es un hecho infrecuente que ocurre en menos del 10% de los pacientes. Las localizaciones más frecuentes son: pulmones (50%), huesos (25%), ambos (20%) y con mucho menor frecuencia otros sitios como cerebro, hígado y piel (3% al 5%). A su vez los tumores metastásicos de riñón son también inusuales, entre los cuales se encuentra pulmón, melanoma, mama y tracto gastrointestinal. A continuación, presentamos un caso de metástasis de carcinoma papilar convencional en riñón en un paciente con hallazgo incidental de masa renal izquierda.

OBJETIVOS

Presentar un caso inusual de metástasis de carcinoma papilar de tiroides en riñón donde se plantean como diagnósticos diferenciales tumores primarios de células renales y describir cuales con las características morfológicas y de inmunohistoquímica en cada caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 70 años de edad oriundo del interior de la provincia de Córdoba, sin antecedentes patológicos de relevancia, fue derivado a nuestra institución por un hallazgo incidental de masa renal izquierda. Se decidió realizar nefrectomía parcial por parte del servicio de Urología.

RESULTADOS

Se recibió pieza quirúrgica de nefrectomía parcial de 35x30 mm, se realizó muestreo de la lesión incluyendo margen quirúrgico, cápsula renal y grasa perirrenal. En la misma se reconoció una lesión nodular de 30x25 mm, de color pardo, con áreas blanquecinas y hemorrágicas que presentaba bordes netos.

El estudio microscópico reveló una lesión neoplásica que mostraba estructuras papilares y foliculares que presentaban en su interior material de aspecto coloideo. Las células presentaban núcleos claros con grooves. El tumor se encontraba bien delimitado, con márgenes quirúrgicos libres de lesión. Debido a estos hallazgos, se planteó el diagnóstico diferencial entre carcinoma papilar de tiroides metastásico versus carcinoma primario renal tipo papilar y carcinoma folicular *Thyroid-like*, por lo que se

solicitaron estudios de inmunohistoquímica. Los resultados arrojaron TTF1 y tiroglobulina positivos, confirmando origen tiroideo y AMACR negativo, por lo que se excluyeron lesiones primarias renales. No se incluyó en el panel Pax8 porque el mismo es positivo en tiroides y riñón.

CONCLUSIÓN

En el caso planteado, observamos la dificultad de arribar al diagnóstico de esta patología dada la similitud histológica entre la metástasis de carcinoma papilar de tiroides y el carcinoma folicular *Thyroid-like* primario renal, considerando la ausencia de antecedentes patológicos del paciente y la baja frecuencia de las lesiones metastásicas en riñón. Destacamos la importancia del uso de marcadores de inmunohistoquímica a fin de arribar al diagnóstico de certeza de esta patología, y los hallazgos que nos permitieron concluir el origen primario del tumor que presentaba el paciente, el cual fue estudiado luego de nuestro informe y se encontró un carcinoma papilar en la glándula tiroides con metástasis ganglionares, del cual fue intervenido posteriormente quirúrgicamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Jesus LED, Fulgêncio C, Leve T, Dekermacher S. *Thyroid-like follicular carcinoma of the kidney presenting on a ten year-old prepubertal girl. Intern Braz J Urol* 2019; 45:834-842.
- Rosai, J. *Rosai and Ackerman's surgical pathology. Elsevier Health Sciences. Tumores metastásicos renales; 2011, pp 1047.*
- Schmidt A, Cross G, Pitoia F. *Metástasis a distancia en cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico y tratamiento. Rev Arg Endocrinol Metab* 2017; 54(2): 92-100.
- Volavšek M, Strojan-Fležar M, Mikuz G. *Thyroid-like follicular carcinoma of the kidney in a patient with nephrolithiasis and polycystic kidney disease: a case report. Diagnostic Pathology* 2013; 8(1):1-6.

PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rufino R, Manrique V, Moyano Crespo G, Matsuzaki M, Gilligan G, Giovo M, Herrero M
III Cátedra de Patología-Laboratorio Privado. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El Pénfigo Vulgar (PV) es una condición vésico-ampollar mucocutánea rara, abarca aproximadamente el 80% de todos los casos de pénfigo. Incidencia de 0,1-5/100.000 anual; caracterizada por ampollas grandes y flácidas, causadas por autoanticuerpos IgG contra componentes de la epidermis: desmogleína-3. Su presentación en la infancia es altamente infrecuente; representando 1,4%-2,9% de todos los casos de PV.

OBJETIVO

Presentar un caso de PV pediátrico. Exponer las características clínicas, histopatológicas e inmunofluorescencia del PV. Establecer los diagnósticos diferenciales, tratamientos y pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recibió losange de piel de una paciente femenina, de 4 años de edad, fue fijada en formol 10% (Buffer), incluida en parafina, cortada a 3u y coloreada con hematoxilina/eosina. Otra muestra de piel, en solución fisiológica, se incluyó en cryoplast, se cortó a 5 u en crióstato, y se la sometió a técnicas de inmunofluorescencia directa (IFA) en sistema automatizado para IgG, A, M y C3.

Resultados Se evidenció piel con lesión ampollar destechada, con clivaje suprabasal, dejando una hilera de células acantolíticas unidas a la membrana basal (células lápida)". La inmunfluorescencia reveló depósitos constituidos por IgG intercelular. Los hallazgos se vincularon a pénfigo vulgar.

CONCLUSIÓN

El PV es una enfermedad ampollar infrecuente, más aún, en edad pediátrica y, aunque las manifestaciones clínicas no varían entre adultos y niños, la baja prevalencia de esta patología en edades tempranas puede derivar en un bajo índice de sospecha clínica, con demoras en el diagnóstico y tratamiento. Los dermatólogos, pediatras y patólogos deben conocer la presentación y el curso clínico de esta condición, así como su similitud clínica e histológica con otras patologías, siendo las técnicas de IFA fundamentales para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellelli AG, Mantero NM, Rueda ML, Navacchia D, Cao G, De Lillo L, Grees SA. *Pénfigo vulgar de la infancia, a propósito de un caso [Childhood pemphigus vulgaris, a case report]*. Arch Argent Pediatr. 2016 Dec 1;114(6):e457-e460.
- Sanz M, González Navarro B, Salas E, Roig A, Devesa A, López J. *Sífilis: manifestaciones orales. Revisión Sistemática. Avances en Odontoestomatología 2020*; 36(3):161-173.
- Elder DE, Rubin AI, Xiao weiXu. *Histopatología de la Piel de Lever. 11a ed. Editorial AMOLCA, México, Zagier & Urruty Pubns; 2017, pp289-293. ISBN: 9789588950839.*

ÚLCERA BUCAL: RETO DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Romano SM, Anglada Rossi MG, Gelman L, Panico R, Chiarella I, Szlabi S. Laboratorio Privado, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por la bacteria *Treponema pallidum*. Se divide en "temprana" (incluye a la sífilis primaria, sífilis secundaria y la sífilis temprana latente), y "tardía" (latente tardía y terciaria). Se transmite por vía sexual (oral, vaginal o anal), y vertical durante la gestación. Sus factores de riesgo son: hombres que tienen relaciones con hombres, un mayor número de contactos sexuales, mantener relaciones sexuales desprotegidas y VIH. Los síntomas varían de acuerdo a la etapa. La primera etapa se caracteriza por llagas indoloras en genitales, recto o boca, la secundaria por una erupción cutánea y luego la etapa final puede provocar daños en cerebro, nervios, ojo o corazón. Su tratamiento se basa en Penicilina, incluyendo parejas sexuales.

OBJETIVO

Destacar la importancia de considerar esta enfermedad dentro de las posibles etiologías de lesiones en mucosa oral, y la forma de hacer diagnóstico diferencial con otras causas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente masculino de 41 años que consulta por úlcera en la lengua de 1 mes de evolución, dolorosa. APP: psoriasis. Consultó por guardia en donde le indican Buchex. Luego fue visto por médico clínico quien indica diclofenac y, luego de solicitar laboratorio y micológico de materia fecal indica fluconazol y dercolina. Por falta de respuesta es derivado a estomatólogo. Se le realiza biopsia incisional y se solicita laboratorio para ETS.

RESULTADOS

Microscopía: mucosa lingual ulcerada con exudado fibrinoleucocitario en superficie. En profundidad se observa tejido de granulación. En corion se destaca un intenso y difuso infiltrado inflamatorio a predominio linfoplasmocitario y frecuentes vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, con hiperplasia endotelial que oblitera en gran medida la luz vascular. Hay además marcada excitosis neutrofílica transepitelial.

Diagnóstico: úlcera crónica de probable etiología infecciosa. Laboratorio: VDRL-cuantitativa reactivo 1/64.

CONCLUSIÓN

La mucosa oral es un sitio frecuente de lesiones luéticas, por lo que es importante sospecharla cuando hay erosiones, pápulas eritematosas o úlceras, y hacer diagnóstico diferencial con carcinoma, leucoplasia, candidiasis, liquen plano, entre otras.

Su estudio histopatológico es una herramienta útil si existe la sospecha clínica.

El diagnóstico precoz adquiere marcada relevancia ya que permite su tratamiento para prevenir complicaciones y contagios.

BIBLIOGRAFÍA

- Goldblum J, Lamps L, McKenney J, Myers J, Rosai y Ackerman: *Patología Quirúrgica*. 11ª ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier – Health Sciences Division; 2019, pp147-149.
- Lasagabaster MA, Guerra L. *Sífilis. Formación Médica Continuada: Infecciones de Transmisión Sexual*. 2018; 37(6): 398-404.
- Sanz M, González Navarro B, Salas E, Roig A, Devesa A, López J. *Sífilis: manifestaciones orales. Revisión Sistemática. Avances en Odontoestomatología* 2020; 36(3):161-173.

REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

Autor. Título. Edición. Lugar. Editorial y año

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

CAPÍTULO DE UN LIBRO

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

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

ARTÍCULO DE REVISTA

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

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

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS: ARTÍCULO DE REVISTA EN FORMATO ELECTRÓNICO

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

NO SE DEBEN INCLUIR:

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES PERSONALES

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

ARTÍCULOS ORIGINALES:

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

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

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

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

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

ARTÍCULOS BREVES (SHORT COMMUNICATIONS)

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

ARTÍCULOS DE REVISIÓN (REVIEW)

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

EDITORIALES

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

ENSAYO

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

ACTUALIZACIONES

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

CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

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