



**Asociación
Panamericana
de Anatomía**

**Sociedad
Mexicana
de Anatomía**



TRABAJOS LIBRES

XVIII CONGRESO PANAMERICANO DE ANATOMÍA

XX REUNIÓN NACIONAL DE MORFOLOGÍA

"Dr. Fernando Quiroz Pavía"

IX SIMPOSIO IBERO-LATINOAMERICANO DE TERMINOLOGÍA

Huatulco, Oaxaca, MÉXICO

29 de septiembre a 4 de octubre de 2013



C-021

CISTOADENOMA QUISTICO/PAPILAR DE PAROTIDA: PRESENTACION DE UN CASO

Avila RE¹, Samar ME², Furnes M¹, Fonseca I¹, Juri H¹, Olmedo L²

¹Facultad de Ciencias Médicas. ²Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina

OBJETIVO: El cistoadenoma es un tumor epitelial benigno raro de glándulas salivales, de crecimiento lento y asintomático, que forma grandes masas uni o multiquísticas con formación papilar intraluminal focal. Es el tumor relativamente más frecuente entre las neoplasias benignas de las glándulas salivales menores. Nosotros reportamos aquí un caso de cistoadenoma de parótida y discutimos los hallazgos histológicos con otros tumores salivales.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó el estudio histológico (H/E, Masson, PAS) de una pieza quirúrgica de un tumor intraparotídeo de una paciente de 58 años que consultó por adenopatías de varios meses de evolución sin movilidad y PAAF negativa para malignidad.

RESULTADOS: El tumor estaba relativamente bien circunscripto pero no exhibía una verdadera cápsula; era multilocular y las paredes de las estructuras quísticas estaban revestidas por un epitelio biestratificado, con células cuboideas y columnares y una ancha banda fibrohialina eosinofílica, Masson y PAS positiva subepitelial. Algunas áreas eran poliestratificadas. Las células tumorales eran acidófilas y algunas semejantes a mucocitos contenían un citoplasma de aspecto espumoso, que se teñía fuertemente con PAS. La superficie celular luminal mostraba cambios de tipo apocrino y además aparecían espacios microquísticos intraepiteliales PAS positivos. Los quistes presentaban proyecciones papilares

intraluminales focales. En un sector del tumor se apreciaba una formación quística rodeada de un infiltrado linfocitario y contenido eosinofílico con células descamadas y linfocitos. Se encontraron tres ganglios intraparotídeos con histoarquitectura normal; uno de ellos contenía formaciones ductales revestidas por un epitelio acidófilo con aspecto oncocítico.

DISCUSIÓN: Se debe diferenciar al cistoadenoma de la ectasia ductal acompañada de proliferación epitelial focal. La ectasia ductal se caracteriza por presentar atrofia acinar, metaplasia ductal escamosa, fibrosis, inflamación crónica y un epitelio de revestimiento contorneado acompañado de hialinización periductal. Si bien las glándulas salivales menores se pueden ver afectadas por la ectasia ductal, ésta es más común en la glándula submandibular. Además, el componente quístico y la proliferación epitelial son más importantes en el cistoadenoma. Aunque el cistoadenoma semeja al tumor de Whartin, se diferencia de éste porque el estroma linfoide es escaso o está ausente. Su contraparte maligna, el cistoadenocarcinoma presenta más atipias celulares y actividad mitótica que el tumor benigno. También puede guardar cierta semejanza con un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, pero este último presenta tres poblaciones celulares que no se encuentran en el cistoadenoma.

C-022

ADENOMA CANALICULAR DE GLÁNDULAS SALIVALES LABIALES: HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS

Samar ME¹, Avila RE², Furnes M², Fonseca I², Dionisio de Cabalier ME², Juri G²

¹ Facultad de Odontología, ² Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina

OBJETIVO: El adenoma canalicular (AC) es una neoplasia benigna de glándulas salivales poco común ya que comprende el 1% de todos los tumores salivales. Su apariencia histológica es uniforme y sus células se distribuyen en estructuras

sólidas, trabeculares, tubulares, cribiformes o membranosas, patrones morfológicos que significan un desafío para su diagnóstico patológico. En el presente estudio se presenta un

caso de AC y se discute el diagnóstico diferencial de las neoplasias de glándulas salivales menores.

MATERIALES Y MÉTODOS: El caso corresponde a una paciente de 61 años que consulta por lesión vegetante dura, dolorosa, violácea en mucosa labial superior derecha, de crecimiento progresivo. Se realizó su estudio histológico (H/E yPAS) e inmunohistoquímico (AE1/AE3, S100, CD117, vimentina y p63).

RESULTADOS: En los cortes histológicos se observó material que incluía a una mucosa tapizada por epitelio escamoso estratificado sin atipias, y en la profundidad glándulas salivales labiales mucoserosas, parcialmente rodeadas por músculo estriado y frecuentes filetes nerviosos.

En cuatro lobulillos glandulares se desarrollaban sendos adenomas canaliculares, uno de ellos parcialmente encapsulado, que presentaban cordones ramificados e interconectados revestidos por una o dos hileras de células epiteliales columnares o cuboideas y un estroma laxo de baja

celularidad. Existía además dilatación de los conductos excretores intralobulillares. Las células tumorales eran PAS positivas, AE1/AE3, CD117 y S100 positivas y p63 y vimentina negativas.

DISCUSIÓN: Se debe hacer el diagnóstico diferencial de AC con adenoma de células basales (ACB), carcinoma polimorfo de bajo grado (APBG) y carcinoma adenoide quístico (CAQ). Se diferencia del ACB por su localización, morfología e inmunohistoquímica. El AC canicular es fuertemente positivo para AE/AE, CD117, S100 y negativo para p63 y su localización preferencial es el labio superior, a diferencia del ACB que asienta en parótida en un 80% de los casos y es positivo para p63 (células mioepiteliales). El APBG es positivo para vimentina. Si bien estas diferencias no son críticas desde el punto de vista terapéutico, sí deben tenerse en cuenta frente al patrón cribiforme tubular del CAQ, cuyo comportamiento es más agresivo, con invasión perineural.

C-023

ARTERIA VERTEBRAL IZQUIERDA ÚLTIMA RAMA DEL CAYADO AÓRTICO

Castillo O, García, A.

Departamento de Anatomía y Embriología Humana, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá
(chelaga08@hotmail.com)

OBJETIVO: Presentar una de las variantes que se presentan a nivel del cayado aórtico y aplicar los conocimientos del desarrollo embriológico de las arterias segmentarias para explicar estas variantes anatómicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Disección del mediastino superior, particularmente del cayado de la aorta, en un cadáver utilizado para docencia en el Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá.

RESULTADO: Se identifican cuatro arterias en el cayado aórtico, en el siguiente orden de derecha a izquierda: tronco braquiocefálico, arteria carótida común izquierda, arteria subclavia izquierda y arteria vertebral izquierda.

CONCLUSIONES: La arteria subclavia izquierda se origina de la séptima arteria segmentaria izquierda mientras que la arteria vertebral izquierda se forma por la anastomosis de las seis primeras arterias segmentarias, el vaso resultante de esta anastomosis se mantiene unido a la séptima arteria segmentaria, lo que explica el porque la arteria vertebral izquierda se origina de la arteria subclavia izquierda. En nuestro caso el vaso resultante de la anastomosis de las seis primeras arterias segmentarias se une a la octava arteria segmentaria izquierda, lo que trae como resultado que la arteria vertebral izquierda no se origine de la arteria subclavia izquierda sino que emerge como una cuarta rama del cayado aórtico.