XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGIA
SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA
(11 - 16 DE NOVIEMBRE DE 1.979)

"SEMINARIO DE PATOLOGIA QUIRURGICA"

(HISTORIAS CLINICAS)

DR. JORGE ALBORES - SAAVEDRA.

DR. HECTOR BATTIFORA.

DR. ANTONIO L. CUBILLA.

DR. JESUS E. GONZALEZ A.

DR. ARTURO MICHELENA. F.

DR. AZORIDES MORALES.

DR. RUY PEREZ-TAMAYO.

DR. HECTOR A. RODRIGUEZ.

DR. JUAN ROSAI.

DR. ARTURO ROSAS-URIBE (COORDINADOR).

edeb.

CASO Nº 1.-

DR. JORGE ALBORES SAAVEDRA
UNIDAD DE PATOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Y HOSPITAL GENERAL S.S.A.
MEXICO D.F.

HISTORIA CLINICA.-

Hombre de 26 años de edad, que inició su padecimiento un año antes de su muerte con disminución de la fuerza muscular en la pierna izquierda que pronto se extendió a la pierna contralateral y en un mes evolucionó a la paresia bilateral, lo que dificultó la deambulación. Dos meses más tarde notó adormecimiento de ambas piernas que ascendió hasta el nivel de ambas tetillas; cuatro meses después desarrolló parálisis de ambos miembros inferiores así como incontinencia de esfínteres. En estas condiciones ingresó al Hospital General de México, el día 26 de agosto de 1970.

La exploración física reveló aumento de vólumen de la parte superior del hemitórax izquierdo, contractura de músculos pectorales, esternocleidomastoideo y trapecio izquierdo. Había ptosis palpebral izquierda con miosis del mismo lado. El nivel sensitivo llegaba a D6 en el lado izquierdo y D4 en el derecho. En el miembro superior izquierdo se demostró hipoestasia y en ambas extremidades inferiores ausencia de la sensibilidad propioceptiva, la cual estaba conservada en los miembros superiores. Presentaba parálisis total de las extremidades inferiores, las cuales estaban flexionadas. Había hiporreflexía en miembro superior izquierdo.

Las telerradiografías de tórax mostraron una gran masa en el mediastino posterior con invasión del vértice pulmonar izquierdo y destrucción de C4, C5 y C6. Durante una mielografía se registró una presión de 40 mm de agua, que no aumentó al comprimir las venas yugulares. El medio de contraste se detuvo bruscamente a nivel de D6. Una biopsia - aspiración a través del hue-

./.

co supraclavicular izquierdo reveló grupos de células mesenquimatosas malignas multivacuoladas. El resto del los exámenes de laboratorio practicados estuvieron dentro de límites normales. El paciente falleció 10 días después de su ingreso al Hospital con un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria.

CASO Nº 2.-

DR. HECTOR BATTIFORA
DEPARTMENT OF PATHOLOGY
NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL Y
NORTHWESTERN MEMORIAL HOSPITAL.
CHICAGO ILLINOIS U. S. A.

HISTORIA CLINICA.-

Mujer de 36 años con una tumoración, bien circunscrita y renitente de 2 cms. de diámetro, en la glándula mamaria derecha. Se hizo biopsia excisional.

CASO Nº 4.-

DR. JESUS E. GONZALEZ
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
HOSPITAL CENTRAL DE LAS F.F.A.A."DR.CARLOS ARVELO"
CARACAS - VENEZUELA

HISTORIA CLINICA.-

Mujer de 44 años de edad, llevada a consulta en enero de 1979, por presentar cefalea, nauseas ocasionales, disminución de la agudeza visual y cambios de conducta.

El interrogatorio reveló amenorrea desde 1952 e insuficiencia coronaria diagnósticada en 1978 y controladas con medicamentos. Al exámen físico: paresia del tercer par craneal izquierdo y hemianopsia bitemporal. El exámen fundoscópico puso en evidencia edema de papila en ambos nervios ópticos. Los exámenes de laboratorio estuvieron dentro de límites normales y las exploraciones radiológicas, incluyendo arteriografías carotideas y tomografía axial computada, demostraron un tumor supraselar, con extensión hacia las fosas anterior derecha y media izquierda de la base craneal y obliteración de la luz del tercer ventrículo. En el día XII de hospitalización le practicaron craneotomía parietal izquierda con extirpación de un tumor de línea media, el cual se extendía a las zonas indicadas por los exámenes radiológicos. Recibió tratamiento radiante (3.000 r.). Su estado general y mental mejoraron. Continúa en rehabilitación por persistir la hemiplejia.

CASO Nº 5.-

DR. ARTURO MICHELENA F.
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
HOSPITAL CENTRAL DE LAS F.F.A.A. "DR.CARLOS ARVELO"
CARACAS - VENEZUELA

HISTORIA CLINICA.-

Mujer de 67 años con buen estado general, sufrió

./.

caida y presentó fractura (patológica) de la cabeza femoral derecha hace un mes. Se le colocó prótesis metálica. Las secciones histológicas provienen del tejido óseo extraído al colocar la prótesis.

CASO Nº 6.-

DR. AZORIDES R. MORALES
DEPARTMENT OF PATHOLOGY
UNIVERSITY OF MIAMI SCHOOL OF MEDICINE
AND JACKSON MEMORIAL HOSPITAL
MIAMI, FLORIDA U.S.A.

HISTORIA CLINICA.-

Esta paciente de 73 años, ha estado sufriendo de enfermedad reumática y estenosis mitral por muchos años. En su última hospitalización, se sospechó que tuviese endocarditis debido a un estado fébril continuado, aunque los cultivos de sangre fueron negativos. La paciente murió con insuficiencia cardíaca y la autopsia reveló un tumor de 7 cms. parcialmente necrótico ocupando la orejuela de la auricula izquierda. El tumor se extendía a la válvula mitral, la cual estaba estenosada. La pared auricular estaba invadida por el tumor. No se encontraron metástasis.

CASO Nº7.-

DR. RUY PEREZ-TAMAYO
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION.
MEXICO, D.F.

HISTORIA CLINICA.-

Mujer de 55 años de edad que inició su padecimiento en 1972 con astenia, adinamia, coluria e hipocolia (sin ictericia) que duraron dos meses; posteriormente presentó cada dos o

./.

o tres meses cuadros repetidos de astenia, adinamia y coluria, de dos a cuatro días de duración. En enero de 1974 se agregó a lo anterior dimisnución del vólumen urinario y ascitis. Cinco meses después presentó melena, confusión mental, somnolencia y coma profundo, del que salió con medidas generales. Cuando ingresó al Hospital por primera vez (septiembre de 1974) se encontró ictericia generalizada y ascitis, se palpó la punta del bazo pero no se encontró hepatomegalia, las PFH fueron normales, se diagnosticó cirrosis hepática y se dió de alta. Ingresó en el curso de los cuatro años siguientes en varias ocasiones en estado de coma precedido por sangrado de tubo digestivo, que cedió a maniobras generales. En septiembre de 1978 volvió a ingresar en coma y entonces se encontró, además de los datos referidos, hepatomegalia de 6-4-4 cms., de superficie irregular, no dolorosa; en el lóbulo derecho se palpó una nodulación de 5 cms. de diámetro, facilmente desplazable, aparentemente pediculada, ligeramente dolorosa dura y que se movía con la respiración. Las PFH fueron normales, un hepatogamagrama confirmó la hepatomegalia y reveló un defecto de captación en el lóbulo derecho, cercano al borde inferior. La laparoscopía reveló la superficie hepática nodular y una masa en continuidad con el hígado, lisa y de color verdoso. La angiografía hepática mostró una nodulación hipervascular de 7 x 8 cms. en la zona donde el hepatogamagrama había revelado el defecto de captación. En octubre de 1978 se realizó hepatectomía parcial derecha. La enferma evolucionó satisfactoriamente durante dos meses pero en diciembre del mismo año volvió a ingresar al hospital con sangrado profuso de tubo digestivo, insuficiencia hepática grave y síndrome hepatorrenal y falleció. No se autorizó la autopsia.

./.

CASO Nº 8.-

DR.HECTOR A. RODRIGUEZ MARTINEZ
UNIDAD DE PATOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Y HOSPITAL GENERAL S.S.A.
MEXICO D.F.

HISTORIA CLINICA.-

Hombre de 48 años que fumaba dos cajetilla de cigarrillos desde los 18 años. Inició su padecimiento 8 años antes de ingresar al Hospital General de México, con manchas de color rosado en el tercio inferior de la pierna izquierda, en forma de pétalos de flor, las cuales se transformaron paulatinamente en el transcurso de 5 años en placas y luego en tumores, hasta formar dos masas principales una en la cara interna y otra en la cara externa. Luego se ulceraron extensamente y se recubrieron de un exudado amarillento de olor fétido. La exploración física de cabeza, cuello y tórax no mostró alteraciones patológicas. Hígado y bazo no eran palpables, pero en la región inguinal izquierda se encontraron ganglios linfáticos aumentados de tamaño y consistencia. En la cara externa del tercio inferior de la pierna izquierda, había un tumor fungante, ulcerado, que sangraba facilmente, de consistencia media, que media 12 x 8 cms. en la cara interna del mismo sitio había otro tumor con las mismas caracteristicas de 7 x 6 cms. Las radiografías de tórax mostraron un nódulo em la porción media del campo pulmonar izquierdo de 1.5 cms. de eje mayor. Biometría hemática, química sanguínea, pruebas funcionales hepáticas, exámen general de orina, sonografía hepática y serie gastroduodenal, se encontraron dentro de límites normales. Los cortes corresponden a una biopsia de la lesión externa de la pierna.

./.

CASO Nº 9.-

DR. JUAN ROSAI
DEPARTMENT OF LABORATORY MEDICINE AND PATHOLOGY
UNIVERSITY OF MINNESOTA MEDICAL SCHOOL
MINNEAPOLIS , MINNESOTA. U.S.A.

HISTORIA CLINICA.-

Hombre de 63 años que se presenta con masa asintomática en mediastino anterior. El único dato anormal al exámen físico es una ligera hipertensión arterial. No hay evidencia de miastenia gravis. Se efectuó una toracotomía. En la operación , se encontró una masa lobulada de consistencia firme en la región del lóbulo izquierdo del timo. No había evidencia de invasión local y se llevó a cabo una resección total. Al exámen macroscópico, el tumor medía 6 cms. de diámetro y pesaba 110 grs. Era sólido, encapsulado, de superficie exterior lisa y superficie de corte grisácea homogénea. Al año de la operación, el enfermo desarrolló recidiva local y nódulos pulmonares. Fué tratado con quimioterapía seguida de radioterapía. Desarrolló edema de brazo izquierdo y derrame masivo en espacio pleural izquierdo, y falleció 13 meses después de la operación inicial.

En la autopsia se encontró recidiva masiva en mediastino, con aspecto fibroso e invasor. Había metástasis en pulmones, pleura, ganglios linfáticos mediastinales y mesentericos, hígado, suprarrenal izquierda, peritoneo, duramadre y vértebras.

Las láminas del seminario fueron tomadas de las metástasis en duramadre.

./.

CASO Nº 10.-

DR. ARTURO ROSAS-URIBE
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
HOSPITAL CENTRAL DE LAS F.F.A.A.
" DR. CARLOS ARVELO "
CARACAS - VENEZUELA

HISTORIA CLINICA.-

Hombre de 67 años con adenopátías generalizadas de 3 meses de evolución acompañadas de fiebre intermitente, calosfrios disnea de grandes esfuerzos, tos seca y pérdida de peso. La explo -ración física reveló hepato-espenomegalia moderada. Antecedentes de paludismo (falciparum) en 1936 e hipersensibilidad a la penicilina. Varias hematologías especiales dieron cifras dentro de límites normales. Las radiografías de tórax, las pruebas funciones hepáticas , la proteina de Bence-Jones y los anticuerpos heterofílicos fueron - negativos o normales. La inmunoelectroforesis mostró una hipergamma globulinemia policlonal. Se hicieron biopsias de ganglio linfático cervical y médula ósea.

XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGIA
SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA
(11 - 16 DE NOVIEMBRE DE 1.979)

"SEMINARIO DE PATOLOGIA QUIRURGICA "
(DIAGNOSTICOS Y REFERENCIAS)

DR. JORGE ALBORES - SAAVEDRA

DR. HECTOR BATTIFORA

DR. ANTONIO L. CUBILLA

DR. JESUS E. GONZALEZ A.

DR. ARTURO MICHELENA F.

DR. AZORIDES MORALES

DR. RUY PEREZ - TAMAYO

DR. HECTOR A. RODRIGUEZ

DR. JUAN ROSAI

DR. ARTURO ROSAS-URIBE (COORDINADOR).

CASO N° 1.-

HIBERNOMA MALIGNO

DR. JORGE ALBORES-SAAVEDRA.

1.- Apatenko, A.J. y Porostin, K.K. (sic): Hibernoma, Its clinical and anatomical Character and histogenesis Vopr.Onkol. 9: 62-69, 1963.

2.- Apatenko, A.K. Poroshin, K.K. y Smoliyannikov, A.A.: Hibernoma:Clinical picture, morphology, and histogenesis. Neoplasma 13: 89-97, 1966.

3.- Cameron, I.L. y Smith, R.E.: Cytological responses of Brown fat tissue in cold-exposed rats. J. Cell Biol.23: 89,1964 .

4.- Dardick, I.: Hibernoma: A possible model of brown fat histogenesis. Human Pathol. 9: 321-329, 1978.

5.- Enterline, H. T., Lowry, D.L. y Ve Richman, A.: Does malignant hibernoma exist? Am.J.Surg.Pathol. 3: 265-271, 1979.

6.- Hull, D.: The structure and function of brown adipose tissue Br.Med.Bull. 22: 92-96, 1966.

7.- Lawson, W. y Biller, H.F.: Cervical hibernoma. Laryngoscope 86: 1258-1267, 1976.

8.- Levine, G.D.: Hibernoma, an electron microscopic study.Human Pathol. 3: 351, 1972.

9.- Melicow M.N. Hybernating fat and pheochromocytoma. AMA Arch. Pathol. 63: 367-372, 1957.

10.- Napolitano, L.: The differentiation of white adipose tissue, J.Cell Biol. 18: 663, 1963.

CASO Nº 2.-

CARCINOMA LOBULAR IN SITU ORIGINANDOSE EN UN FIBROADENOMA.

DR. HECTOR BATTIFORA.

1.- Andersen, J.A.: Lobular carcinoma in situ. A long-term follow-up in 52 cases. Arch.Path. Microbiol.Scand. (A.) 82: 519-533, 1974.

2.- Andersen, J.A.: Lobular carcinoma in situ of the breast. An approach to rational treatment. Cancer 39: 2597-2602, 1977.

3.- Battifora, H.: Intracytoplasmic lumina in breast carcinoma: A helpful histopathologic feature. Arch.Pathol. 99: 614-617, 1975.

4.- Buzanowski-Konakry, K. Harrison, E.G. y Payne, W.S.: Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. Cancer 35: 450-456, 1975.

5.- Fechner, R.E.: Ductal carcinoma involving the lobule of the breast. Cancer 28: 274-281, 1971.

6.- Fechner, R.E.: Histologic variants of infiltra-ting lobular carcinoma of the breast. Human Pathol. 6: 373-378, 1975.

7.- Fondo, E.Y., Rosen, P.P., Fracchia, A.A. y Urban, J.A.: The problem of carcinoma developing a fibroadenoma. Recent experience at Memorial Hospital Cancer 43: 563-567, 1979.

8.- Haagensen, C.D., Lane, N., Lattes, R. y Bodian, C.: Lobular neoplasia (socalled lobular carcinoma in situ) of the breast. Cancer. 41: 737-769, 1978.

9.- Rosen, P.P. Lieberman, P.H. Braun, D.W. et al: Lobular carcinoma in situ of the breast. Detailed analysis of 99 patients with average follow-up of 24 years. Am.J.Sug.Pathol.2:225-251, 1978.

10.- Wheeler, J., Enterline, H., Roseman, J. et al: Lobular carcinoma in situ of the breast. Cancer 34: 554-563. 1974.

CASO N° 4.-

ADENOMA CROMOFOBO DE CELULAS INDIFERENCIADAS DEL LOBULO ANTERIOR DE LA HIPOFISIS.-

DR. JESUS E. GONZALEZ A.

1.- Earle, K.M. y Dillard, S.H. Pathology of adenomas of the pituitary gland. International Congress Series. N° 303 (ISBN 90 219 0245 1)Diagnosis and treatment of pituitary tumors . Amsterdam. Exgerpta Medica 1973 pp 4 - 16.

2.- Horvath, E. y Kovacs; Ultrastructural classification of pituitary adenomas. Cand.J.Neurol. Sci.3: 9-21, 1976.

3.- Kernohan, J.W. y Sayre, G.P. Tumors of the pituitary gland and infundibulum, en Atlas of tumor pathology, Section X, Fasc. 36 Armed Forces Institute of Pathology. Washington 25, D.C. 1956. pp. 26,27,37.

4.- McCormick, W.F. y Halmi, N.S. Absence of chromophobe adenomas from a large series of pituitary tumors. Arch.Pathol.92: 231-238, 1971.

5.- Paiz, C. y Hennigar, G.R.: Electron Microscopy and histochemical correlation of human anterior pituitary cells. Amer.J. Path. 59: 43-52, 1970 .

6.- Poon, M.C. Prchal, J.T., Murad , T.M. y Galbraith, J.G.:Multiple myeloma masquerading as chromophobe adenoma. Cancer.43: 1513-1516, 1979.

7.- Roy, S. Ultrastructure of chromophobe adenoma of the human pituitary gland. J. Pathol. 122: 219-223, 1977.

8.- Rubinstein, L.J. Tumors of the central Nervous System, en Atlas of Tumor Pathology, second series, Fasc. N° 6. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C. 1972. pp.101,126 314.

9.- Russell, D.S. y Rubinstein, L.J. Pathology of Tumours of the Nervous System.Baltimore. Williams and Wilkins. 1977. p.315.

./.

10.- Williams, R.H. Textbook of Endocrinology. 5th. edition . Philadelphia. W.B. Saunders 1974. p . 75.

CASO Nº 5.-

OSTEOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO.

DR. ARTURO MICHELENA F.

1.- Dahlin, D.C. and Coventry, M.B. Osteogenic Sarcoma-A study of six hundred cases. J.Bone Joint Surg. (AM) 49: 101-110, 1967.

2.- Dahlin, D.C. and Unni, K.K. Osteosarcoma of bone and its - important recognizable varieties. Am.J.Surg.Pathol. 1: 61-72, 1977.

3.- Garrington, G.E. Scofield, H.H., Cornyn, J. and Hooker, S. P. Osteosarcoma of the Jaws-Analysis of 56 cases. Cancer 20: 377-391, 1967.

4.- Harris, W.H., Dudpley, R. Jr. and Barry, R.J. The natural history of fibrous dysplasia. J. Bone Joint Surg. (AM) 44: 207-233, 1962.

5.- Kempson, R.L. Ossifyng Fibroma of the long bones. Arch.Pathol. 82: 218-233, 1966.

6.- O'Hara, J.M., Hutter, R.V.P., Foote, F.W.Jr., Miller, T. - and Woodard, H.Q. An analysis of thirty patients surviving longer than ten years after treatment for osteogenic sar - coma J.Bone and Joint Surg. (Am) 50: 335-354, 1968.

7.- Price, C.H.G.; Osteogenic sarcoma-An analysis of survival and its relationship to histological grading and structure. J.Bone Joint. Surg. (Br) 43: 300-313, 1961.

8.- Reed, R.J. Fibrous Dysplasia of bone-A review of 25 cases . Arch.Pathol. 75: 480-495, 1963.

9.- Unni, K.K., Dahlin, D.C., Beabout, J.W. and Ivins, J.C. Parosteal osteogenic sarcoma. Cancer 37: 2466-2475, 1976.

./.

10.- Unni,K.K., Dahlin, D.C., Mcleod, R.A. and Pritchard, D.J. Intraosseous Well-differentiated osteosarcoma. Cancer 40: 1337-1347, 1977.

CASO N° 6.-

"ENDOCARDIOMA PLEOMORFICO"

DR. AZORIDES R. MORALES.

1.- Mason, R.G., et al: Functions of endothelium. Pathobiology Annual. 9: 1-48, 1979.

2.- Rosai, J., Gold, J., and Landry R.: Proliferative diseases of histiocytic endothelial cells. In press.

3.- Sladden, R.A.: Neoplasia of aortic intima. Clinical Pathology. 17: 602-607, 1967.

4.- Smeloff, E.A., Reece, J.M. and Masters, J.H.: Primary intraluminal malignant tumor of the aorta. Am.J.Cardiol. 15: 107-110, 1965.

CASO N° 7.-

HEPATOCARCINOMA A CELULAS CLARAS

DR. RUY PEREZ-TAMAYO.

1.- Buchanan, T.F., Jr. y Huvos, A.G.: Clear-cell carcinoma of the liver. Am.J.Clin.Path. 61: 529,1974.

2.- Higginson, J., y Svoboda, D.J.: Primary carcinoma of the liver as a pathologist's problem, en Gastrointestinal and Hepatic Pathology Decennial (Sheldon C. Sommers, ed.),Appleton Century-Crofts, New York, 1975., pp. 359-390.

3.- Okuda, K., et al: Clinicopathologic features of encapsulated hepatocellular cancer. Cancer 40: 1240, 1977.

4.- Peters, R.L.: Pathology of hepatocellular carcinoma, en He-

./.

patocellular Carcinoma (Okuda, K., y Peters, R.L.,eds) , Wiley, New York, 1976, pp. 107-168.

5.- Ruebner, B.H., González-Licea, A., y Slusser, R.J.: Electron microscopy of some human hepatomas. Gastroenterology 53: 18, 1967.

CASO Nº 8.-

HISTIOCITOSIS MALIGNA, FORMA CUTANEA -

DR. HECTOR A. RODRIGUEZ MARTINEZ.

1.- Byrne, G.E. y Rappaport, H.: Malignant Histiocytosis.Gann Monograph Cancer Res. 15: 145-162, 1973.

2.- Isaacson, P., y Wright, D.H.: Malignant Histiocytosis of the Intestine: Its Relationship to Malabsorption and Ulcerative Jejunitis. Human Pathol. 9: 661-677, 1978.

3.- Johnson, W.W., Coburn, T.P., Pratt, C.B., y Cols.: Ultrastructure of Malignant Histiocytoma Arising in the Acromion. Human Pathol. 9: 199-209, 1978.

4.- Kagan, A.R., Carpenter, D.F., Levis, W.R., y Cols. Malignant Histiocytosis: Report of a case and response to radiation therapy. Radiol.Clin.Biol. 37: 169-181, 1968.

5.- Lombardi, L., Carbone, A., Pilotti, S., y Rilke,F.: Malignant Histiocytosis: A histological and ultrastructural study of lymph in node six cases. Histopathol. 2: 315-328, 1978.

6.- Marshall, A.H.E.: Histiocytic Medullary Reticulosis. J.Pathol. Bacteriol.71: 61-71, 1956.

7.- Piñol-Aguadé, J., Ferrando, J.,Tomás, J.M., y Cols. Necropsy and ultrastructural findings in histiocytic medullary reticulosis. Br.J.Derm. 95: 35-44, 1976.

8.- Scott,R.B. y Robb-Smith, A.H.T.: Histiocytic medullary reticulosis Lacent. 11: 194-198, 1939.

./.

9.- Serck-Hanssen, A. y Purchit, G.P.: Histiocytic medullary reticulosis report of 14 cases from uganda. Br.J.Cancer. 22: 506-516, 1968.

10.- Warnke, R.A., Kim, H. y Dorfman, R.F.: Malignant histiocytosis (histiocytic medullary reticulosis): I. clinicopathologic study of 29 cases. Cancer 35: 215-230, 1975.

CASO Nº 9.-

TIMOMA MALIGNO, SARCOMATOIDE (CON DIFERENCIACION RABDOMIOSARCOMATOSA).

DR. JUAN ROSAI.

1.- Chopek, M.W., Rosai, J. and Levine, G.D.: Malignant thymoma with rhabdomyosarcomatous ("myoid-cell") differentation:repor of a case and review of the literature. Lab.Invest. 36: 333, 1977. (abstract).

2.- Dehner, L.P., Martin, S.A. and Sumner, H.W.: Thymus related tumors and tumor-like lesions in childhood with rapid clinical progression and death. Hum.Pathol. 8: 53-66, 1977.

3.- Friedman, N.B.: Tumors of the thymus. J. Thorac.Cardiovasc. Surg. 53: 163-182, 1967.

4.- Henry, K.: Mucin secretion and striated muscle in the human thymus. Lancet, 1: 183-185, 1966. .

5.- Henry,K.: An unusual thymic tumor with a striated muscle - (myoid) myoid component (with a brief review of the literature on myoid cells). Br.J.Dis.Chest. 66: 291-299, 1972.

6.- Kao, I., and Drachman, D.B.: Thymic muscle cells bear acetycholine receptors: possible relation to myasthenia gravis Science, 195: 74, 1977.

7.- Levine, G.D., and Rosai, J.: Thymic hyperplasia and neoplasia: A review of current concepts. Hum.Pathol. 9: 495-515, 1978.

8.- Rosai, J., and Levine, G.D.: Tumors of the thymus. Atlas of Tumor Pathology. Second Series. Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology, 1976

9.- Van de Velde, R.L., and Friedman, N.B.: Thymic myoid cells and myasthenia gravis. Am.J.Pathol. 59: 347-367, 1970

10.- Van de Velde, R.L., and Friedman N.B.: The thymic "myoidzellen" and myasthenia gravis J.A.M.A. 198: 287-288, 1966.

CASO Nº 10.-

LINFADENOPATIA ANGIOINMUNOBLASTICA

DR. ARTURO ROSAS-URIBE.

1.- Frizzera, G., Moran, E.M. y Rappaport H.: Angio-immunoblastic lymphadenopathy. Diagnosis and clinical course. Am.J. - Med. 59: 803-818, 1975.

2.- Lichtenstein, A. Levine, A.M. Lukes, R.J. etal: Immunoblastic sarcoma. A clinical description. Cancer 43: 343-352 , 1979.

3.- Lukes, R.J., Tindle, B.H.: Immunoblastic lymphadenopathy. - A Hyperimmune entity resembling Hodgkin's disease. N.E.J.M. 292: 1 - 8 1975.

4.- Moore, S.B., Harrison, E.G. y Weiland L.H.: Angioimmunoblastic lymphadenopathy Mayo Clinc. Proc.51: 273-280, 1976.

5.- Morris, J.A. y Bird C.C.: Ultrastructural and immunohistological study of immunoblastic sarcoma developing in child - with immunoblastic lymphadenopathy. Cancer. 44: 171-182,1979.

6.- Myers, T.J., Cole, S.R. y Pastuszak W.T.: Angioimmunoblastic lymphadenopathy-pleural-pulmonary disease. Cancer 41: 266 - 271, 1978.

./.

7.- Nathwani, B.N. Rappaport, H., Moran, E.M. etal: Malignant lymphôma arising in angioimmunoblastic lymphadenopathy Cancer 41: 578-606, 1978.

8.- Nieman, R.S. Dervan, P.Haudenschild, C. y Jaffe, R.: Angioimmunoblastic lymphadenopathy. An ultrastructural and immunologic study with review of the literature. Cancer 41: 507-518,1978.

9.- Pangalis, G.A. Moran, E.M. y Rappaport, H.: Blood and bone marrow findings in angioimmunoblastic lymphadenopathy. Blood 51: 71-83, 1978.

10.- Rudders, R.A. y Delellis, R.: Immunoblastic lymphadenopathy. A mired proliferation of T and B lymphocytes. Am.J.Clin.Pathol. 68: 518-521, 1977.

XII LATINOAMERICAN CONGRESS OF PATHOLOGY

SURGICAL PATHOLOGY SEMINAR

MY DIAGNOSES

CASE 1	(Albores)	Mediastinum - Round cell liposarcoma ("malignant hibernoma")
CASE 2	(Battifora)	Breast - Lobular CA in situ, probably arising in fibroadenoma
CASE 3	(Cubilla)	Slide not received
CASE 4	(Gonzalez)	Brain - Pituitary adenoma
CASE 5	(Michelena)	Bone, femur - Well-diff. (fibroblastic) osteosarcoma
CASE 6	(Morales)	Heart - Mural thrombus, with hyperplasia of endothelial cells
CASE 7	(P. Tamayo)	Liver - Clear cell hepatocarcinoma
CASE 8	(Rodriguez)	Soft tissue, leg - Malignant lymphoma, histiocytic
	(Frizzera)	Undifferentiated malignancy: primary? secondary? If lymphoma, cannot say what it is: T-immunoblastic sarcoma? or, better, "true" histiocytic?
CASE 9	(Rosai)	Brain - Met. from rhabdomyosarcomatous thymoma
CASE 10	(Rosas-Uribe)	Lymph node - Immunoblastic lymphadenopathy
	(Frizzera)	Atypical immunoproliferative process. I would like to call it AIL after studying a PAS