

VULVECTOMÍA / HEMIVULVECTOMÍA

1. Se recibe vulvectomía parcial que mide XXX cm, orientada con X a las X horarias /, que muestra clítoris / uretra / labio mayor / labio menor identificable de XXX cm.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa una lesión superficial que mide XX cm, que dista X cm de márgenes X y que parece infiltrar / no parece infiltrar clítoris / uretra / labio mayor / labio menor (si remitidos en la pieza).
3. La lesión es plana / sobreelevada / nodular / verrucosa / arciforme, de coloración X y de superficie costrosa / ulcerada / lisa, consistencia indurada / friable / blando-elástica, etc.
4. Se tiñe margen quirúrgico con tinta china.
5. Al corte, la lesión tiene un espesor de X cm, y se localiza a X cm de margen profundo.
6. Muestra unos bordes bien / mal delimitados, coloración parda / blanquecina, con áreas heterogéneas / hemorrágicas / necróticas, etc.
7. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Vulvectomía por carcinoma de células escamosas):

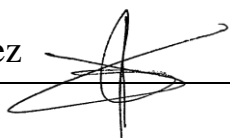
- A1 - A3: una sección completa de 12 a 6 horarias (A2 con clítoris).
- A4 - A6: cortes de margen derecho en cruz.
- A7: corte de margen 11 - 12 H.
- A8: corte de margen 9 H.
- A9: corte de margen 8 - 7 H.
- A10: corte de margen 1 - 2 H.
- A11: corte de margen 3 H.
- A12: corte de margen 4 - 5 H.

2ª. Ejemplo (Hemivulvectomía):

- A1 - A2: una sección completa de 12 a 6 horarias (A1 con clítoris).
- A3 - A5: cortes de margen derecho en cruz.
- A6 - A8: cortes de margen izquierdo en cruz.

A TENER EN CUENTA

- Cirugías mutilantes del aparato reproductor femenino por motivos generalmente neoplásicos (carcinoma de células escamosas).
- Se recomienda consultar la historia clínica para comprobar localización, multifocalidad y si la pieza ha recibido neoadyuvancia, (la lesión puede mostrar cambios regresivos, fibrosis, hiperplasia de la muscular, erosiones, los ganglios son difíciles de aislar, etc.).
- Medir y orientar espacialmente la pieza, comprobando si existen estructuras anatómicas identificables como labios menores, mayores, uretra, clítoris, etc.
- Localizar, medir y describir lesión, así como su distancia a márgenes. Indicar si infiltra estructuras anatómicas presentes.
- Teñir margen quirúrgico; se recomienda utilizar más de un color o realizar muescas.
- Seccionar lesión; medir grosor y distancia / infiltración de partes blandas o márgenes profundos.
- Incluir cortes representativos:
 - Representar márgenes espaciales cutáneos / de partes blandas.
 - Incluir cortes representativos de estructuras anatómicas (uretra, clítoris, etc.).
 - Incluir al menos un centímetro en el eje mayor de la lesión. Es importante representar el área de mayor infiltración de la pared y en relación a estructuras infiltradas.
 - Si ha recibido neoadyuvancia y no se observa tumor, incluir toda el área indurada.



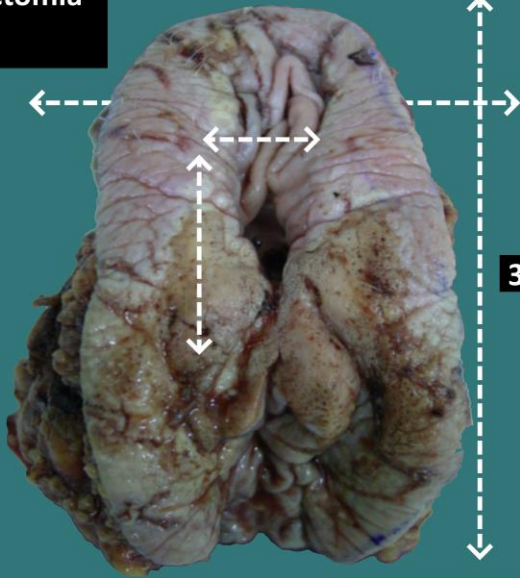
Pieza de Vulvectomía total

12 H

9 H

3 H

1. Medir y orientar pieza
2. Localizar y medir lesiones, así como distancia a márgenes
3. Describir morfológicamente la lesión
4. Teñir margen quirúrgico
5. Seriar pieza; indicar espesor de la lesión y distancia a margen profundo
6. Describir superficie de corte de la lesión
7. Incluir cortes representativos



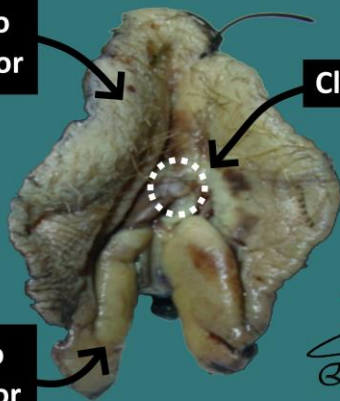
6 H

Partes blandas perineales

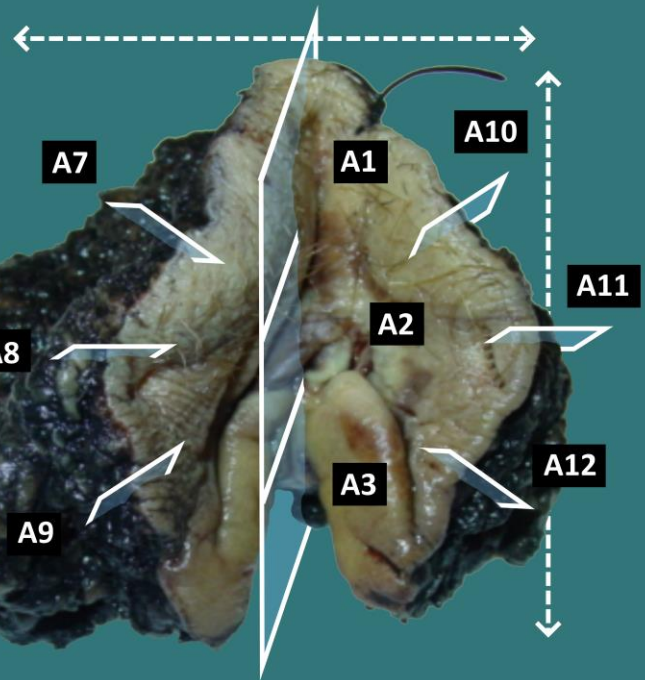
Labio mayor

Clítoris

Labio menor



Emilio I. Abecia



A1 - A2

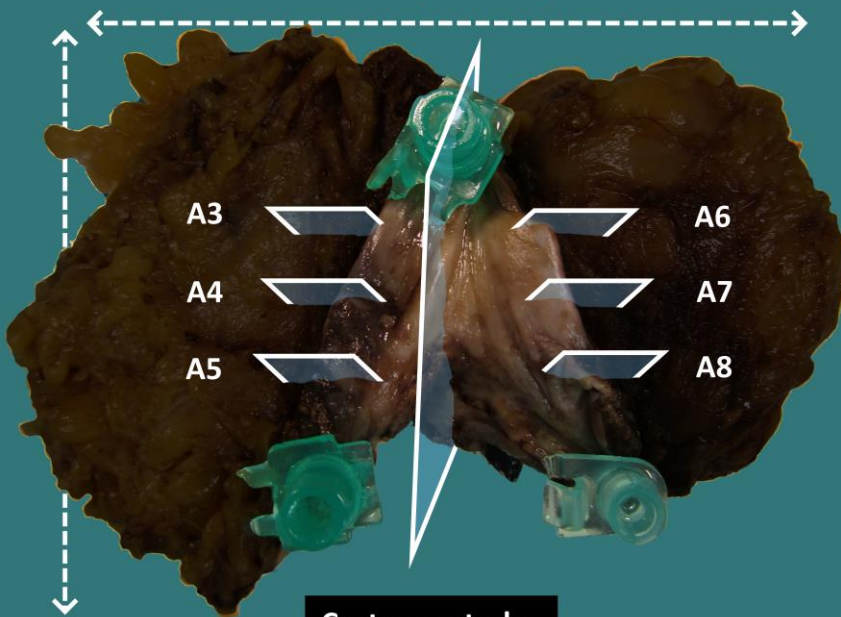
Pieza de Hemivulvectomía

12 H

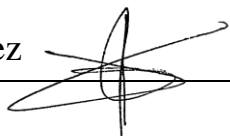
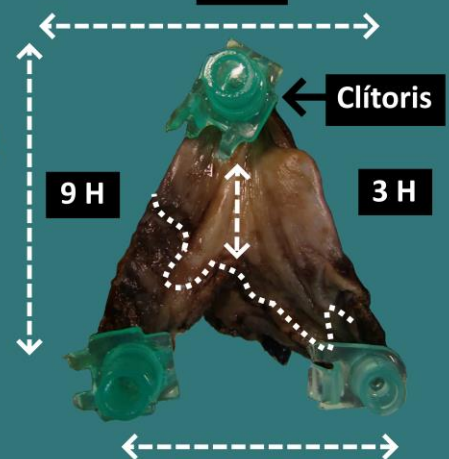
9 H

3 H

Clítoris



Cortes centrales



BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Vulvectomy (Gyne)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gyne/vulvectomy/>
- *Total Vulvectomy (Gynecological)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Vulvectomy%2C%20Total.pdf>
- Crothers B.A., Krishnamurti U.G., Klepeis V., Turashvili G., Fadare O., Skala S. (2023). *Vulva* (v5.0.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Vulva_5.0.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*h2tafb*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2020). *Female Genital Tumours* (5th ed., vol. 4). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Female-Genital-Tumours-2020>
- Lemos, M. B., & Okoye, E. (2019). *Atlas of Surgical Pathology Grossing*. Springer Nature Switzerland AG. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-20839-4>
- Susan C. Lester, French, C. A., & Curtis, S. G. (2010). *Manual of Surgical Pathology: Expert Consult* (ed. 3). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/book/9780323065160/manual-of-surgical-pathology>
- Shameem Shariff. (2019). *Fundamentals of Surgical Pathology* (ed.2). Jaypee Brothers Medical Publishers. <https://www.jaypeedigital.com/book/9789388958967>
- Westra, W. H., Ralph H. Hruban, Timothy H. Phelps, & Christina Iacson. (2003). *Surgical Pathology Dissection: An Illustrated Guide* (ed.2). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/b97473>

DISCLAIMER

La imagen y el texto son solamente un ejemplo ilustrativo. Los cortes incluidos y la descripción dependerán de las características individuales de la pieza, la sospecha diagnóstica, la experiencia del tallador y de las guías del centro.

