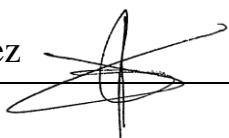


TUMORECTOMÍA DE MAMA (NO ORIENTADA)

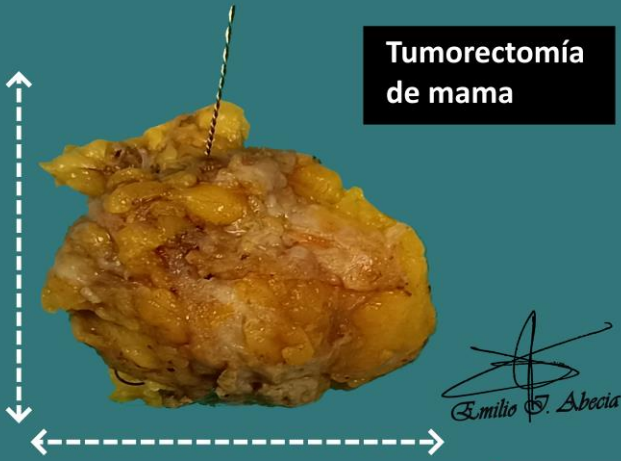
1. Consignado como CSE / CSI / CII / CIE de mama derecha / izquierda, se recibe tumorectomía que mide XXX cm, sin consignar orientación.
2. Externamente no se observan particularidades // viene atravesada por un arpón por cara anterior // se observa un ojal de piel de X cm.
3. Se tiñe margen quirúrgico y se retira arpón.
4. Se lamina la pieza, obteniéndose un total de X planos de sección. A la inspección se observa en lámina X una lesión que mide XXX cm y que se localiza a X cm de margen quirúrgico.
5. La lesión es heterogénea / homogénea, con bordes bien / mal delimitados, coloración blanquecina, consistencia indurada / etc.
6. En el resto del parénquima se reconoce / no se reconoce marcador tumoral // se observa una lesión secundaria localizada en X sección, de tamaño X y que dista X cm de margen quirúrgico // se observan una superficie que alterna áreas de aspecto adiposo y fibroso.
7. Se realiza inclusión de cortes representativos en:
 - A1: margen lateral en cruz.
 - A2: corte representativo de 2ª sección.
 - A3: corte representativo de 3ª sección.
 - A4 - A7: un corte completo de 4ª sección.
 - A8 - A9: margen contralateral en cruz.

A TENER EN CUENTA

- Cirugías conservadoras de mama sin orientación espacial (al contrario que las cuadrantectomías), generalmente con carcinoma de mama que ha sido diagnosticado previamente (con o sin tratamiento previo).
- Se recomienda fijar en formaldehído rápidamente las piezas tras la cirugía, para procesamiento óptimo y tinción de técnicas inmunohistoquímicas.
- Se recomienda consultar informes clínicos y pruebas de imagen antes de la disección, para comprobar existencia de mutación de BRCA, neoadyuvancia, potencial multifocalidad / heterogeneidad, presencia de marcadores, etc.
- Teñir la superficie externa de la pieza, seriar y describir lesión con distancia a márgenes.
- Si se observan más de dos lesiones (multifocalidad), describir y medir ambas y documentar la distancia entre ellas.
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir siempre los márgenes laterales de forma perpendicular (en cruz).
 - Si la lesión afecta a múltiples planos de sección o existe multifocalidad, valorar inclusión total de la pieza.
 - Si la lesión es pequeña y/o se encuentra bien localizada, se recomienda intentar incluir totalmente la lesión y planos de sección adyacentes.
 - Si existe parche cutáneo incluir un corte representativo.
 - Las piezas de BRCA o postneoadyuvancia deben ser incluidas totalmente.
- Es útil representar la inclusión con un esquema o una fotografía.
- Indicar si hay presencia de marcadores.

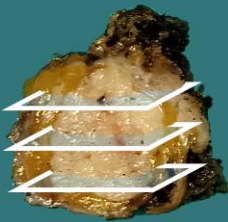


Tumorectomía de mama



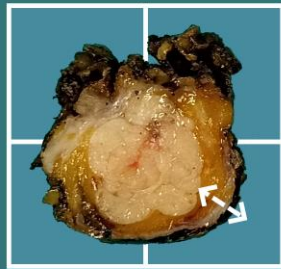
1. Pesar y medir pieza
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen quirúrgico
4. Seriar la pieza; localizar y medir lesión, así como distancia a márgenes
5. Describir superficie de corte de la lesión
6. Describir resto del parénquima (indicar si existe marcador)
7. Inclusión de cortes representativos

Extremo lateral

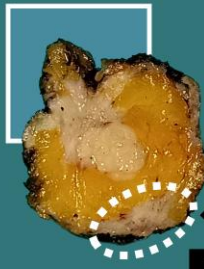


A8 - A9

Pieza no orientada espacialmente

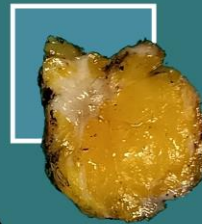


A4 - A7



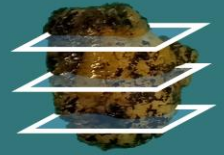
A3

Foco de fibrosis

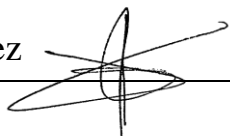


A2

Extremo lateral



A1



BIBLIOGRAFÍA

- *Lumpectomy/Wire-Localized Lumpectomy (Breast)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024:
<https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/b4/lumpectomy-wire-localized-lumpectomy-122222.pdf?f=d4af5a1d>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Lumpectomy (Breast)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024:
<https://voices.uchicago.edu/grosspathology/breast/lumpectomy/>
- Schnitt S.J., Rosenberger L.H., Tan P.H., Fitzgibbons P.L., Connolly J.L. (2022). *Breast Phyllodes Tumor* (v1.1.0.1). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024:
https://documents.cap.org/protocols/Breast.Phyllodes_1.1.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*15xz3sj*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Fitzgibbons P.L., Connolly J.L. (2021). *Breast DCIS, Resection* (v4.4.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024:
https://documents.cap.org/protocols/Breast.DCIS_4.4.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*zg9g6e*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Krishnamurti U.G., Fitzgibbons P.L., Connolly J.L. (2023). *Breast Invasive, Resection* (v4.9.0.1). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024:
https://documents.cap.org/protocols/Breast.Invasive_4.9.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*15xz3sj*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2019). *Breast tumours* (5th ed., vol. 2). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Breast-Tumours-2019>
- 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.

