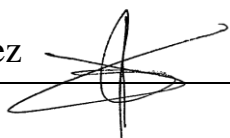


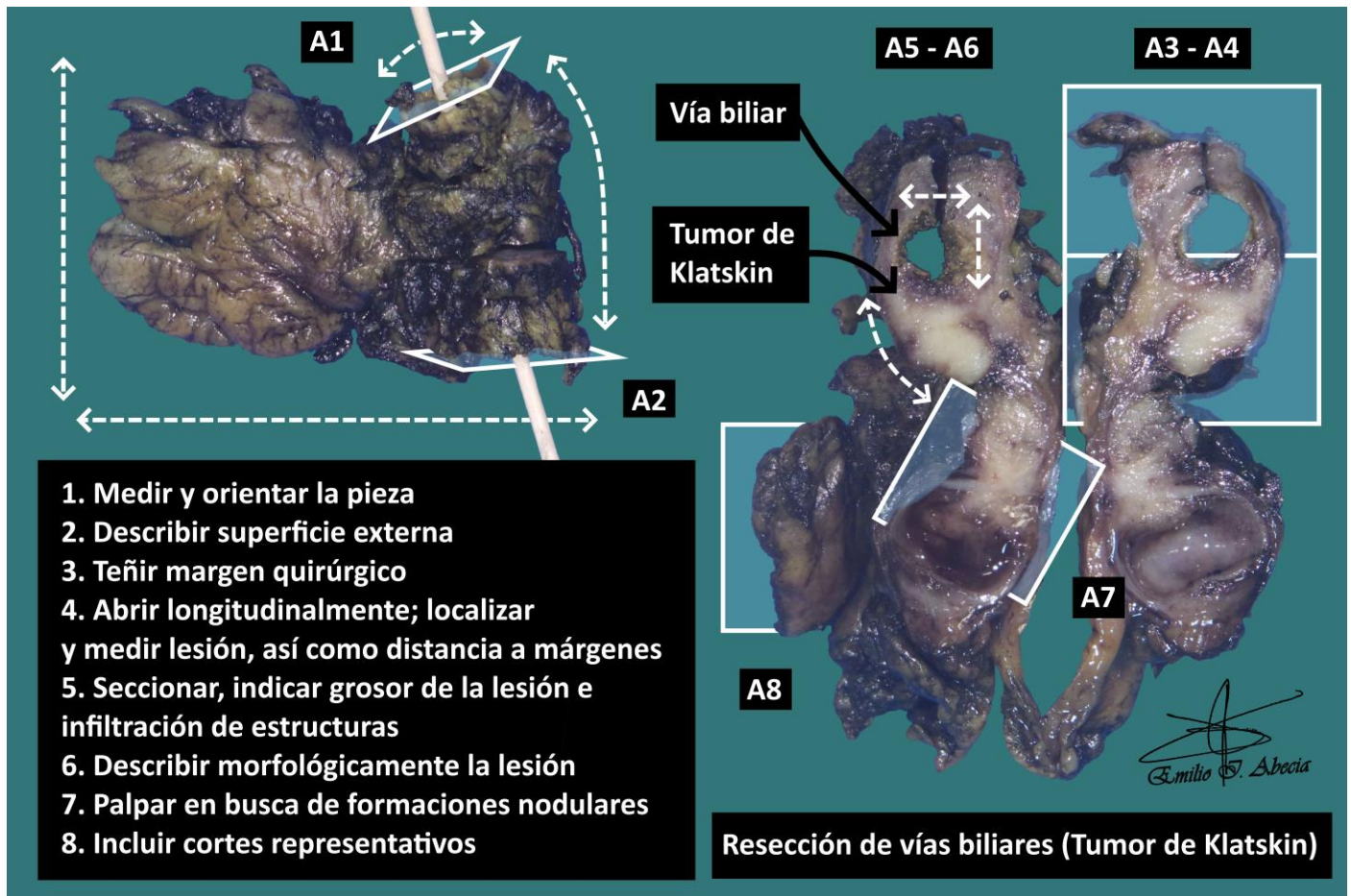
## TUMOR DE VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA

1. Se recibe, consignado como X, estructura tubular que mide XXX cm, orientada con un punto en proximal / distal / sin consignar lateralidad // con tejido adiposo periférico de XXX cm.
2. Externamente se observa una serosa sin particularidades / una solución de continuidad de XXX cm // una lesión externa de XXX cm, que dista X cm de margen X.
3. Se tiñe margen con tinta china.
4. Se abre longitudinalmente la pieza; a la inspección se reconoce una lesión de XXX cm, que dista X cm de margen proximal / distal.
5. Al corte, la lesión tiene un espesor de X cm e infiltra la pared del ducto biliar, distando X cm de margen quirúrgico radial // parece limitarse a la mucosa.
6. La lesión muestra una morfología papilar / ulcerada / con superficie de corte homogénea / heterogénea / blanquecina / parduzca, etc.
7. A la palpación no se observan formaciones nodulares // se identifican X formaciones nodulares de entre X y X cm de diámetro.
8. Se realiza inclusión total en:
  - A1: margen proximal.
  - A2: margen distal.
  - A3 - A4: primera sección de la lesión.
  - A5 - A6: segunda sección de la lesión.
  - A7: otro corte en relación a infiltración de la pared.
  - A8: formación nodular en tejido adiposo periférico.

### A TENER EN CUENTA

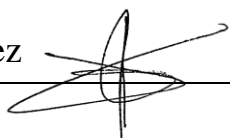
- Resecciones quirúrgicas infrecuentes de la vía biliar, generalmente por patología tumoral extrahepática (colangiocarcinomas / tumor de Klatskin). Suelen cursar con un pronóstico vital infausto.
- Debido a que la resección anatómica y la localización de las lesiones puede ser compleja (por ejemplo, en bifurcación de conductos biliares), se recomienda consultar historia clínica y pruebas de imagen.
- Comprobar si la pieza viene orientada, con referencias quirúrgica en margen proximal o distal.
- Medir, describir y teñir margen radial.
- Abrir longitudinalmente la pieza y localizar lesión.
- Incluir cortes representativos:
  - Incluir márgenes quirúrgicos de forma transversal (*shave*), y lesión en relación a margen radial. Si la lesión está muy próxima a uno de los márgenes, considerar representar dicho extremo de forma longitudinal (en relación a la lesión) y no transversal.
  - Incluir lesión mostrando áreas de máxima infiltración tumoral. Como norma, al menos un corte por centímetro en el eje mayor de la lesión.
  - Valorar cortes del ducto sin lesiones para valorar patología concomitante.
  - Incluir formaciones nodulares del tejido periférico (si presentes).





## BIBLIOGRAFÍA

- The Royal College of Pathologists of Australasia. *Cancer of the Exocrine Pancreas, Ampulla of Vater and Distal Common Bile Duct*. Structured Pathology reporting of Cancer-Protocols. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.rcpa.edu.au/Library/Practising-Pathology/Structured-Pathology-Reporting-of-Cancer/Cancer-Protocols/Gastrointestinal/Protocol-pancreatic-cancer.aspx>
- *Extrahepatic Bile Duct Resection (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Extrahepatic%20Bile%20Duct%20Resection.pdf>
- Burgart L. J., Chopp W. V., MD; Jain D. (2021). *Perihilar Bile Ducts* (v4.2.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: [https://documents.cap.org/protocols/BileDuctPH\\_4.2.0.0.REL\\_CAPCP.pdf?\\_gl=1\\*reqi1t\\*\\_ga\\*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy\\*\\_ga\\_97ZFJSQQ0X\\*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA](https://documents.cap.org/protocols/BileDuctPH_4.2.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*reqi1t*_ga*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA)
- Burgart L. J., Chopp W. V., MD; Jain D. (2021). *Distal Extrahepatic Bile Ducts* (v4.2.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: [https://documents.cap.org/protocols/BileDuctDE\\_4.2.0.0.REL\\_CAPCP.pdf?\\_gl=1\\*1lax37z\\*\\_ga\\*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy\\*\\_ga\\_97ZFJSQQ0X\\*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA](https://documents.cap.org/protocols/BileDuctDE_4.2.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1lax37z*_ga*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA)
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2019). *Digestive system tumours* (5th ed., vol. 1). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Digestive-System-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.*

