

MASTECTOMÍA RADICAL

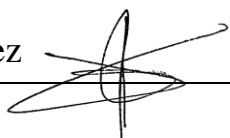
1. Se recibe mastectomía radical izquierda / derecha que pesa X g., mide XXX cm / con ojal de piel de XX cm y complejo areola-pezones de XX cm / con linfadenectomía axilar de XXX cm / sin consignar orientación / se encuentra orientada con X a las X horarias.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa el complejo areola-pezones retraído // se observa una lesión superficial de XX cm, características X y a X cm de margen quirúrgico.
3. Se tiñe cara anterior de X y cara posterior de X.
4. A la seriación, se observa en plano medio / posterior / anterior de CSE / CSI / CII / CIE / retro-areolar, una lesión que mide XXX cm y que se localiza a X cm de margen quirúrgico X.
5. La lesión es heterogénea / homogénea, con bordes bien / mal delimitados, coloración blanquecina, consistencia indurada / etc.
6. El resto del parénquima no muestra alteraciones / alternas áreas de aspecto adiposo con focos de aspecto fibroso / se observa otra lesión de X cm, localizada en X.
7. En la linfadenectomía se aíslan X formaciones nodulares, que oscilan entre X y X cm de diámetro.
8. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Mastectomía por Carcinoma Ductal postneoadyuvancia):

- A1: corte de complejo areola-pezones.
- A2 - A3: cortes de área retro-areolar de 12 a 6 H.
- A4 - A6: sección de la lesión en relación (A6 hacia las 6 H).
- A7 - A9: sección de la lesión en relación (A9 hacia las 6 H).
- A10: corte representativo de cuadrante supero-externo.
- A11: corte representativo de cuadrante ífero-externo.
- A12: corte representativo de cuadrante supero-interno.
- A13: corte representativo de cuadrante ífero-interno.

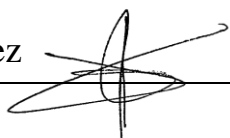
2ª. Ejemplo (Mastectomía por Carcinoma extenso):

- A1: corte de complejo areola-pezones.
- A2 - A6: una sección completa central.
- A7 - A9: otros cortes para valorar infiltración muscular.
- 10: corte de margen "3 H".
- A11: corte de margen "9 H".
- A12 - A13: otros cortes en relación a margen posterior.
- A14: corte en relación a margen inferior "6 H".
- A15: corte representativo de cuadrante supero-interno.
- A16: corte representativo de cuadrante ífero-interno.
- A17: corte representativo de cuadrante supero-externo.
- A18: corte representativo de cuadrante ífero-externo.

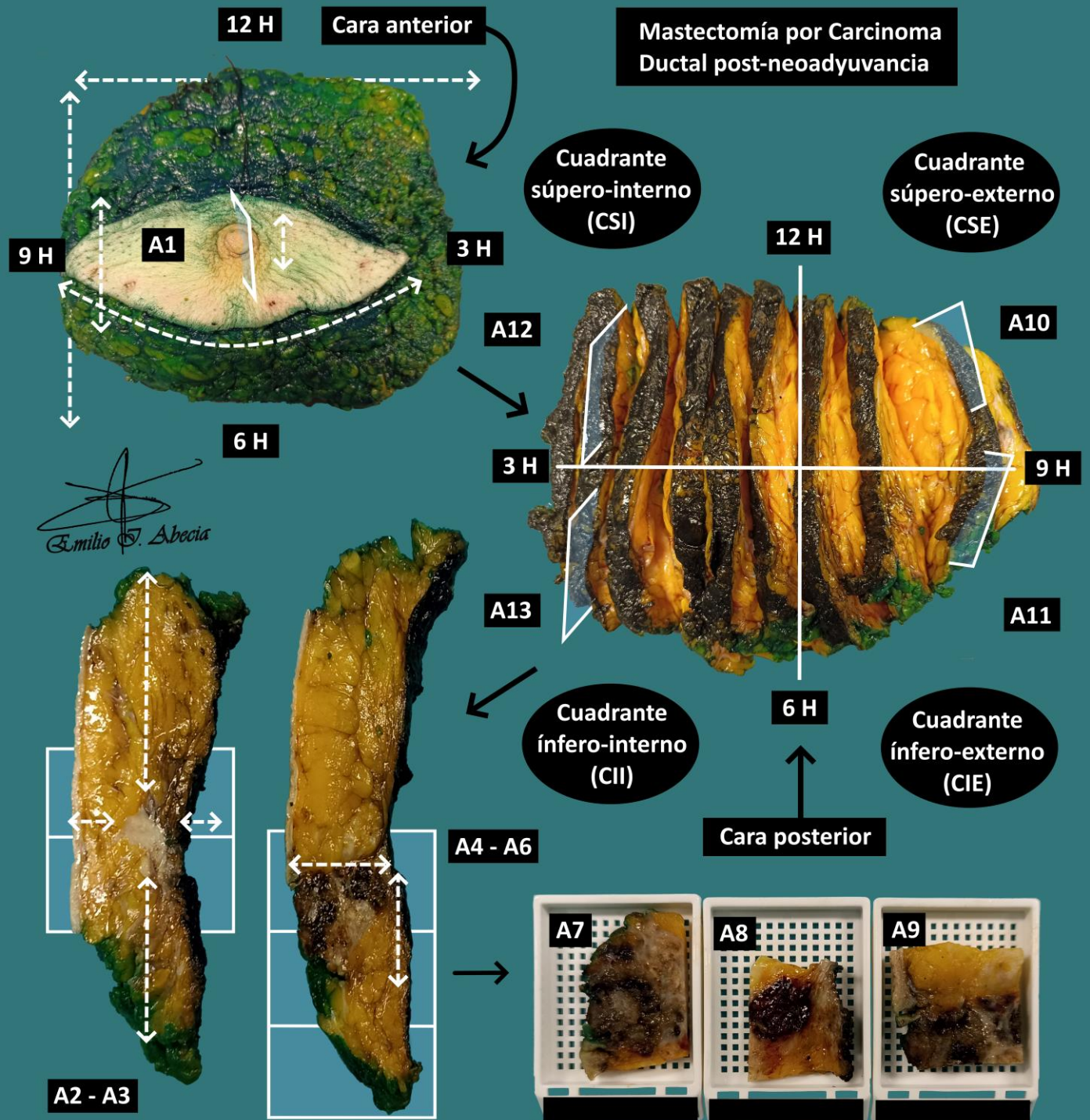


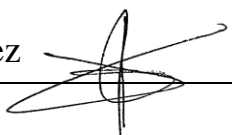
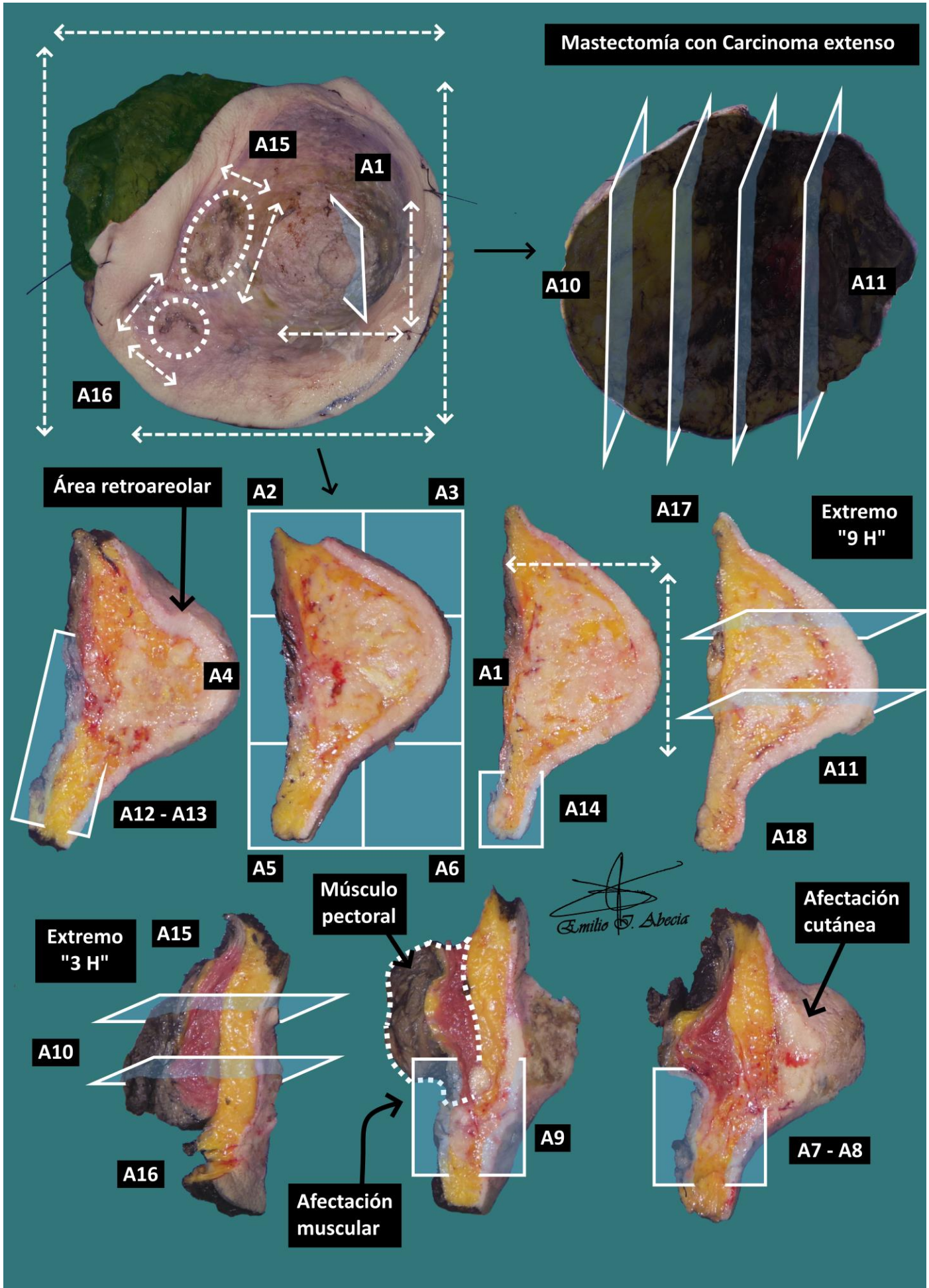
A TENER EN CUENTA

- Cirugía mamaria radical que incluye glándula mamaria + piel, pudiéndose acompañar de linfadenectomía y músculo pectoral.
- Debido a la naturaleza del tejido, se recomienda fijar en formaldehído rápidamente las piezas tras la cirugía, para procesamiento óptimo y tinción de técnicas inmunohistoquímicas.
- Antes de la disección, 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, etc.).
- Orientar y medir la pieza, indicando el tipo de mastectomía: simple, radical, radical modificada, ahorradora de piel, ahorradora de complejo areola-pezón (CAP).
- Describir superficie externa y CAP, indicando si existen lesiones superficiales.
- Teñir ambas caras de la pieza (posterior y anterior) según el protocolo del centro. Debido a su importancia se recomienda usar varios colores.
- Seriar la pieza en el eje 12-6 H; localizar, medir y describir lesión, anotando la distancia a márgenes y CAP.
- Indicar la presencia de marcadores o lesiones secundarias (tipo fibroadenoma).
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir cortes representativos del CAP y de los cuatro cuadrantes espaciales.
 - Representar todos los márgenes espaciales (12, 6, 3, 9 y posterior).
 - Al menos un corte por centímetro en el eje mayor de la lesión. . En caso de encontrar más de una lesión, describir, medir ambas y documentar la distancia entre ellas.
 - Las mastectomías multifocales o de carcinomas “in situ” extensos pueden precisar de inclusiones muy minuciosas. Intentar rentabilizar la inclusión.
 - En el caso de que la pieza haya recibido neoadyuvancia y no se observe tumor, incluir todo el área indurada / ulcerada (lecho tumoral con cambios regresivos).
 - A la hora de incluir la linfadenectomía (si presente), comprobar si se encuentra orientada con niveles (I y II). Intentar hallar entre 10-20 ganglios.
 - Es útil representar los bloques con un esquema o una fotografía.



1. Pesar, orientar y medir pieza, así como complejo areola-pezón (CAP)
2. Describir alteraciones externas
3. Teñir márgenes quirúrgicos
4. Seriar pieza; localizar y medir lesión, así como distancia a márgenes
5. Describir superficie de corte de la lesión
6. Describir resto del parénquima / posibles lesiones secundarias
7. Aislar ganglios linfáticos (si la pieza asocia linfadenectomía)
8. Incluir cortes representativos





BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Mastectomy (Breast)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/breast/mastectomy/>
- *Mastectomy (Breast)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/57/mastectomy-122222.pdf?f=7ed770be>
- 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.

