

ENUCLEACIÓN OCULAR

1. Consignado como X, se recibe enucleación que mide XXX cm, en la que se observa córnea de XXX cm, pupila de X cm de diámetro, nervio óptico de X cm de longitud y X cm de diámetro.
2. Externamente la esclerótica es de coloración blanquecina, la córnea es transparente y el iris de coloración X // se observa X estructura anatómica alterada // se observa una lesión externa de XXX cm, a X cm de nervio óptico.
3. Teñir margen quirúrgico (según guías del centro).
4. Al corte horizontal / vertical / oblicuo se identifica una lesión de XXX cm, localizada en cara nasal / temporal / frontal / maxilar / posterior / anterior, dista X cm de nervio óptico, parece originarse en coroides / procesos ciliares / retina y parece infiltrar X estructura anatómica.
5. La lesión es homogénea/ heterogénea, de bordes bien / mal delimitada, de coloración parduzca/ blanquecina / negruzca, y produce desplazamiento del cristalino / parénquima hacia cara X.
6. Inclusión de cortes representativos en bloques:

1ª. Ejemplo (Enucleación con lesión en papila óptica):

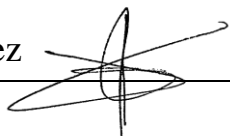
- A1: margen de nervio óptico.
- A2 - A4: cortes de la lesión.
- A5: corte representativo de cámara anterior.

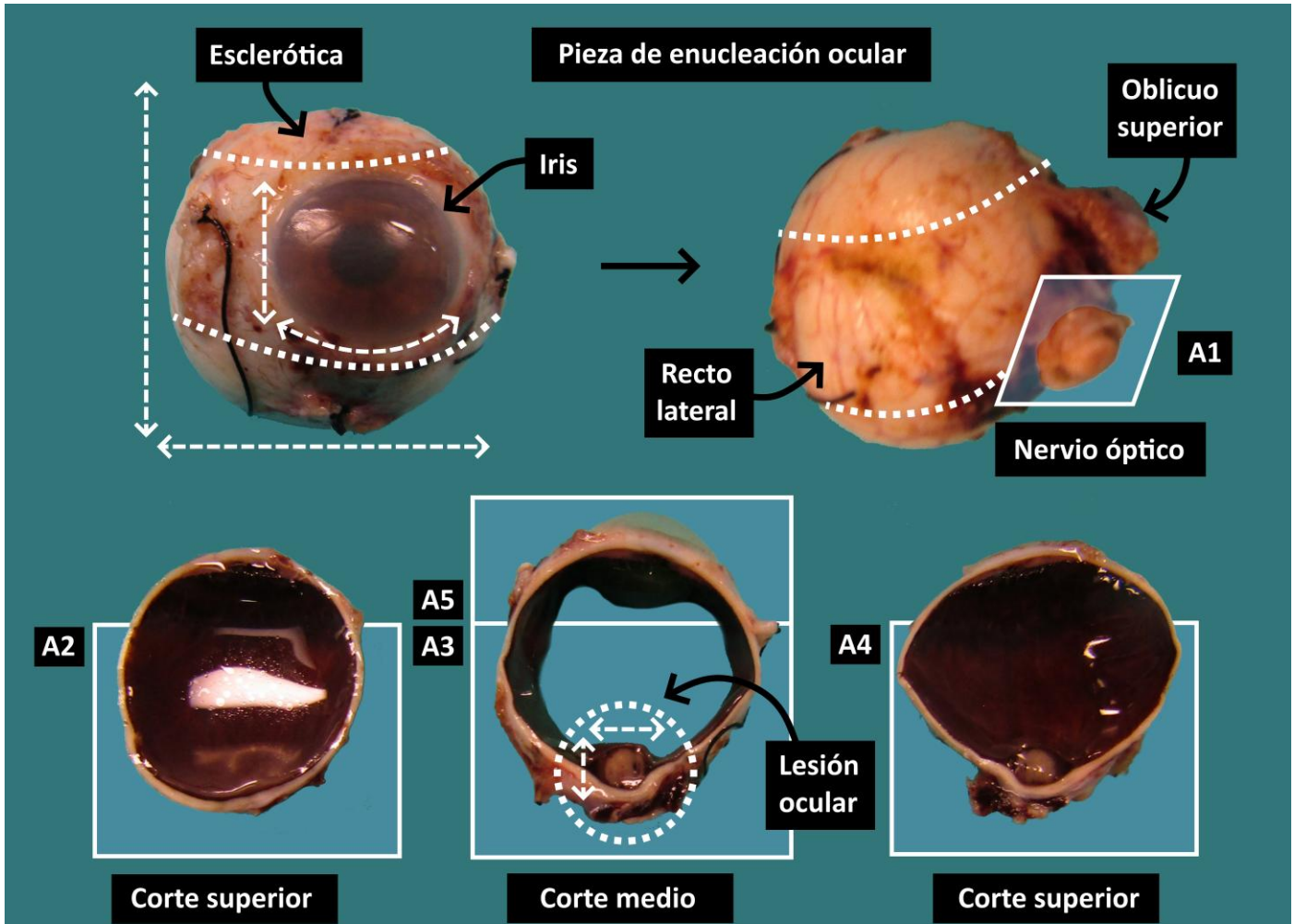
2ª. Ejemplo (Enucleación ocular con melanoma de coroides):

- A1: margen de nervio óptico.
- A2 - A3: primera sección completa de anterior a posterior
- A4 - A5: segunda sección completa de anterior a posterior.
- A6: corte representativo de humor vítreo rechazado.

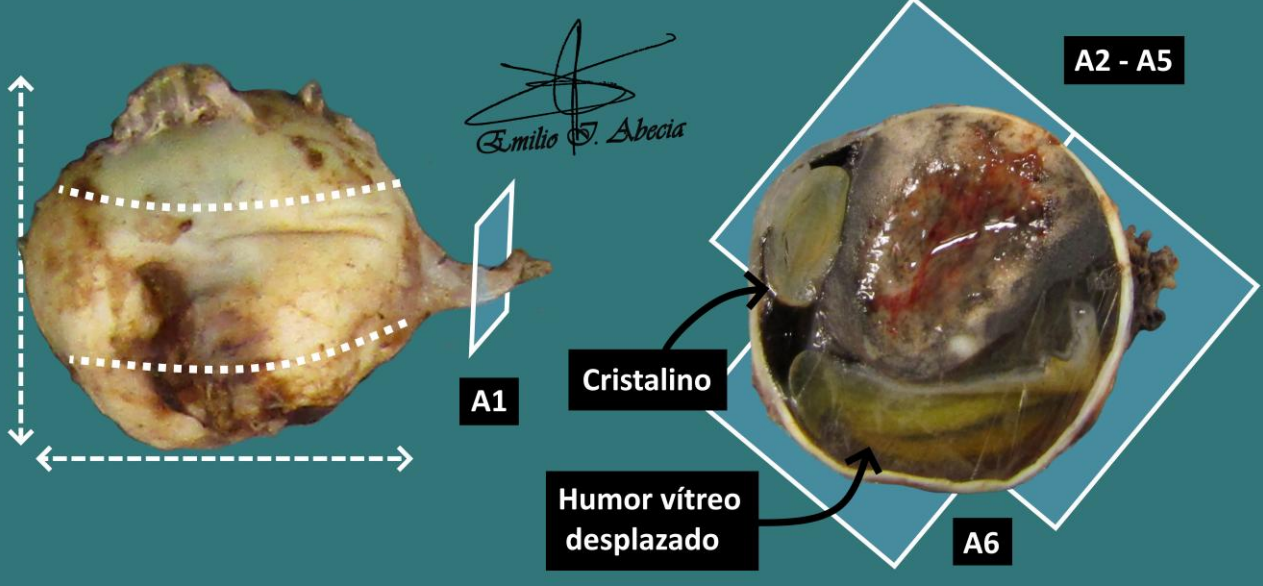
A TENER EN CUENTA

- Cirugías muy invalidantes, tras diagnóstico de malignidad con pruebas radiológicas o fondo de ojo. Suelen tratarse de melanomas en adultos y de retinoblastomas en pacientes pediátricos, aunque pueden producirse otros con menor incidencia.
- La evisceración consiste en la extracción del contenido intraocular; la enucleación es la exéresis del globo ocular; la exanteración es la extirpación de además del globo otras estructuras anatómicas de la órbita / párpados, etc.
- Se recomienda consultar datos clínicos y estudios de imagen para conocer motivo quirúrgico y localización de la lesión.
- Documentar la pieza con una foto.
- Medir y orientar la pieza espacialmente, guiándose en su lateralidad (ojo izquierdo vs derecho) y en sus estructuras anatómicas (córnea, músculos y nervio óptico).
- Describir superficie externa y teñir márgenes. Algunos especialistas recomiendan teñir margen de nervio óptico, cara medial y lateral de diferentes colores, para no perder la orientación al seccionar.
- Dependiendo donde se encuentra la lesión, realizar un corte central vertical, horizontal u oblicuo, con el objetivo de conseguir que la lesión se encuentre en el mismo plano que la pupila y el nervio óptico (para realizar cortes completos).
- Localizar, medir y describir lesión. Incluir cortes representativos:
 - Incluir siempre margen de nervio óptico.
 - Incluir si es posible secciones completas de pieza, relacionando a la lesión con estructuras anatómicas.
 - Como normal al menos un corte por centímetro en el eje mayor de la lesión.
 - Si se disponen de macrobloques puede resultar eficiente utilizarlos.





1. Orientar y medir pieza, indicando estructuras anatómicas reconocibles y referencias espaciales
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen quirúrgico
4. Seriar pieza; localizar y medir lesión, así como indicar infiltración de estructuras
5. Describir superficie de corte de la lesión
6. Incluir cortes representativos



BIBLIOGRAFÍA

- Nicole Cipriani, & Sarah Rose (2019). Eye Enucleation (Neuro). Gross Pathology Manual (University Of Chicago). <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/neuro/eye/>
- UCLA Health. Enucleation (Ophthalmic). Gross Manual. <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Enucleation%2010.28.2020.pdf>
- Tatyana Milman, MD; Hans E. Grossniklaus, MD, MBA; Ralph C. Eagle, Jr., MD; Patricia ChevezBarrios, MD; Dan S. Gombos, MD, FACS (June 2021). Retinoblastoma (v4.1.0.0). College of American Pathologists (CAP). https://documents.cap.org/protocols/Retinoblastoma_4.1.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*ow5hb1*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Tatyana Milman, MD; Patricia Chevez-Barrios, MD; Ralph C. Eagle, Jr., MD; Hans E. Grossniklaus, MD, MBA; Dan S. Gombos, MD, FACS (June 2021). Uveal Melanoma (v4.1.0.0). College of American Pathologists (CAP). https://documents.cap.org/protocols/Uvea.Mel_4.1.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*ow5hb1*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO Classification of Tumours of the Eye. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2018. (WHO classification of tumours series, 4th ed.; vol. 12).
- Lemos, M. B., & Okoye, E. (2019). Atlas of Surgical Pathology Grossing (Liang Cheng, Ed.). Springer Nature Switzerland AG.
- Susan C. Lester, French, C. A., & Curtis, S. G. (2010). Manual of Surgical Pathology: Expert Consult (Third). Elsevier.
- Shameem Shariff. (2010). Fundamentals of Surgical Pathology (First). Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Westra, W. H., Ralph H. Hruban, Timothy H. Phelps, & Christina Iacson. (2003). Surgical Pathology Dissection: An Illustrated Guide (Second). Springer.

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.

