

ESOFAGUECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe pieza de esófago-gastrectomía, compuesta por esófago de XXX cm y por gastrectomía parcial de XXX cm // con neoadyuvancia.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa una solución de continuidad / retracción de XXX cm // se observa una lesión superficial de XXX cm, a X cm de margen más cercano.
3. Se tiñe margen radial esofágico
4. A la apertura, se observa a X cm de unión gastroesofágica una lesión de XXX cm, localizada a X cm de margen proximal / esofágico y a X cm de margen distal / gástrico.
5. Muestra una morfología polipoide / exofítica / ulcerativa / ulcerativo-infiltrante / difusa-infiltrante, de coloración parduzca / blanquecina, que ocluye el X % de la luz / etc.
6. Al corte / seriación, se encuentra a X cm de margen radial esofágico y parece infiltrar la capa muscular / el tejido adiposo / la adventicia / parece limitarse a la mucosa.
7. El resto de la mucosa esofágica / gástrica no muestra particularidades // muestra una mucosa eritematosa y asalmonada de X cm de diámetro, sugestiva de Esófago de Barrett // muestra una lesión localizada en X, que muestra unas características X y dista X cm de márgenes quirúrgicos.
8. A la palpación se aíslan X formaciones nodulares en tejido paraesofágico / curvatura mayor / curvatura menor, la mayor de ellas de X cm.
9. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Esofaguectomía post-neoadyuvancia: sección longitudinal):

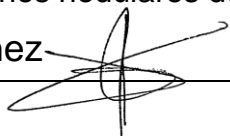
- A1 y A2: margen quirúrgico proximal (esofágico).
- A3 y A4: una sección completa del esófago.
- A5 y A6: segunda sección completa del esófago.
- A7 y A8: tercera sección completa del esófago.
- A9 y A10: cuarta sección completa del esófago.
- A11: corte para valorar unión gastroesofágica.
- A12: corte de margen gástrico / lesión en relación a margen gástrico.
- A13 - A15: 3 formaciones nodulares paraesofágicas.
- A16 - A17: 4 formaciones nodulares de curvatura menor.
- A18 - A19: 4 formaciones nodulares de curvatura mayor.

2ª. Ejemplo (Esofaguectomía post-neoadyuvancia: sección longitudinal):

- A1 y A2: margen quirúrgico proximal (esofágico).
- A3 a A5: una sección longitudinal esofágica en dirección de proximal a distal.
- A6 a A8: cortes transversales de margen lateral de proximal a distal.
- A9 a A11: cortes transversales de margen proximal a distal.
- A12: corte de margen gástrico / lesión en relación a margen gástrico.
- A13 - A15: 3 formaciones nodulares paraesofágicas.
- A16 - A17: 4 formaciones nodulares de curvatura menor.
- A18 - A19: 4 formaciones nodulares de curvatura mayor.

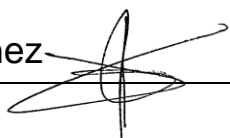
3ª. Ejemplo (Resección de Esófago de Barrett con displasia de alto grado):

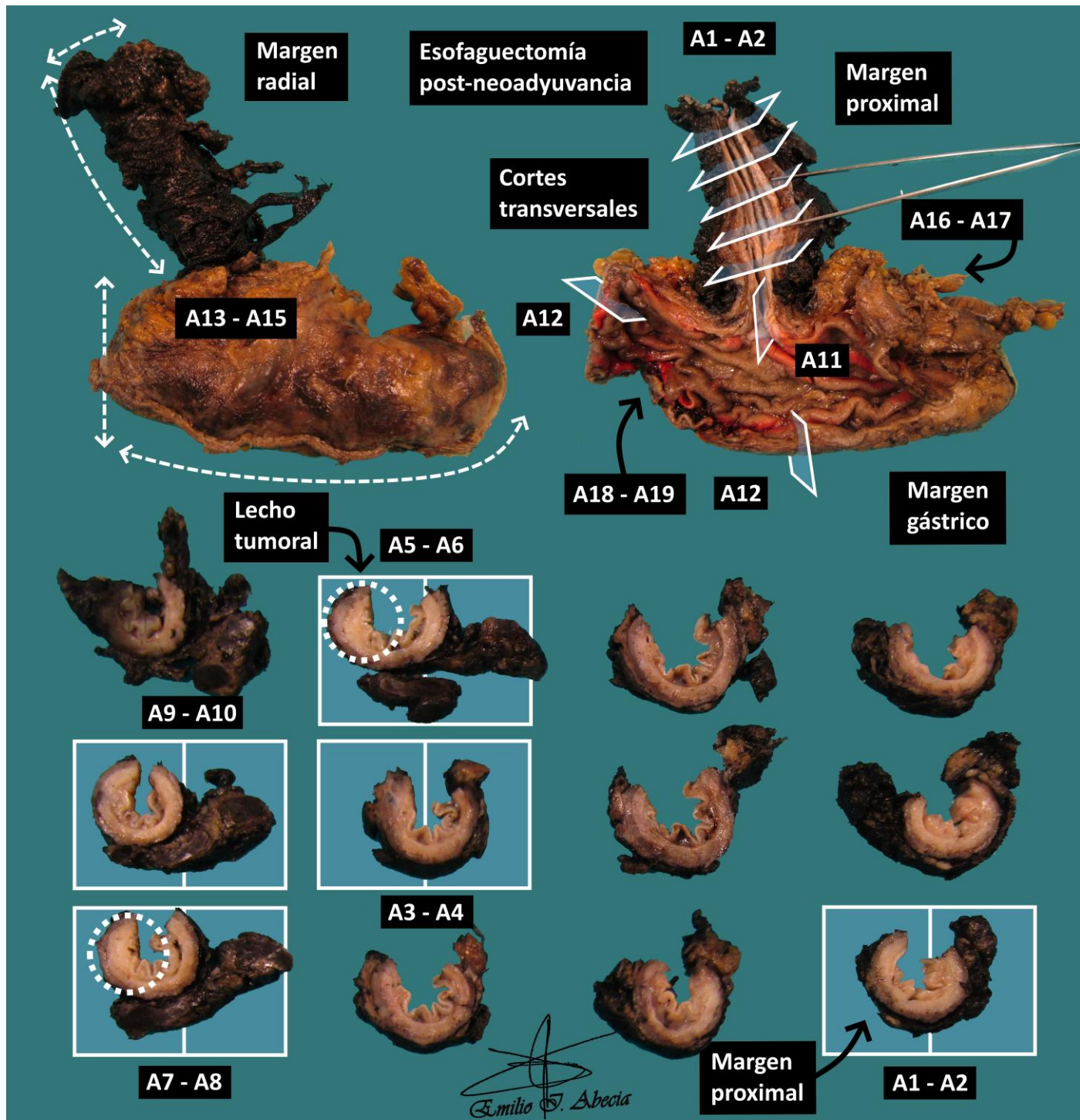
- A1 y A2: margen quirúrgico proximal (esofágico).
- A3 a A5: una sección longitudinal esofágica en dirección de proximal a distal.
- A6 a A8: cortes transversales de margen lateral de proximal a distal.
- A9 a A11: cortes transversales de margen proximal a distal.
- A12: corte de margen gástrico / lesión en relación a margen gástrico.
- A13 - A15: 3 formaciones nodulares paraesofágicas.
- A16: 2 formaciones nodulares de curvatura menor.
- A17: 3 formaciones nodulares de curvatura mayor.



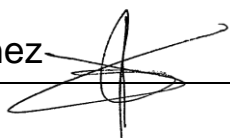
A TENER EN CUENTA

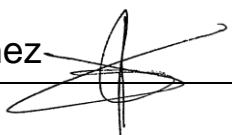
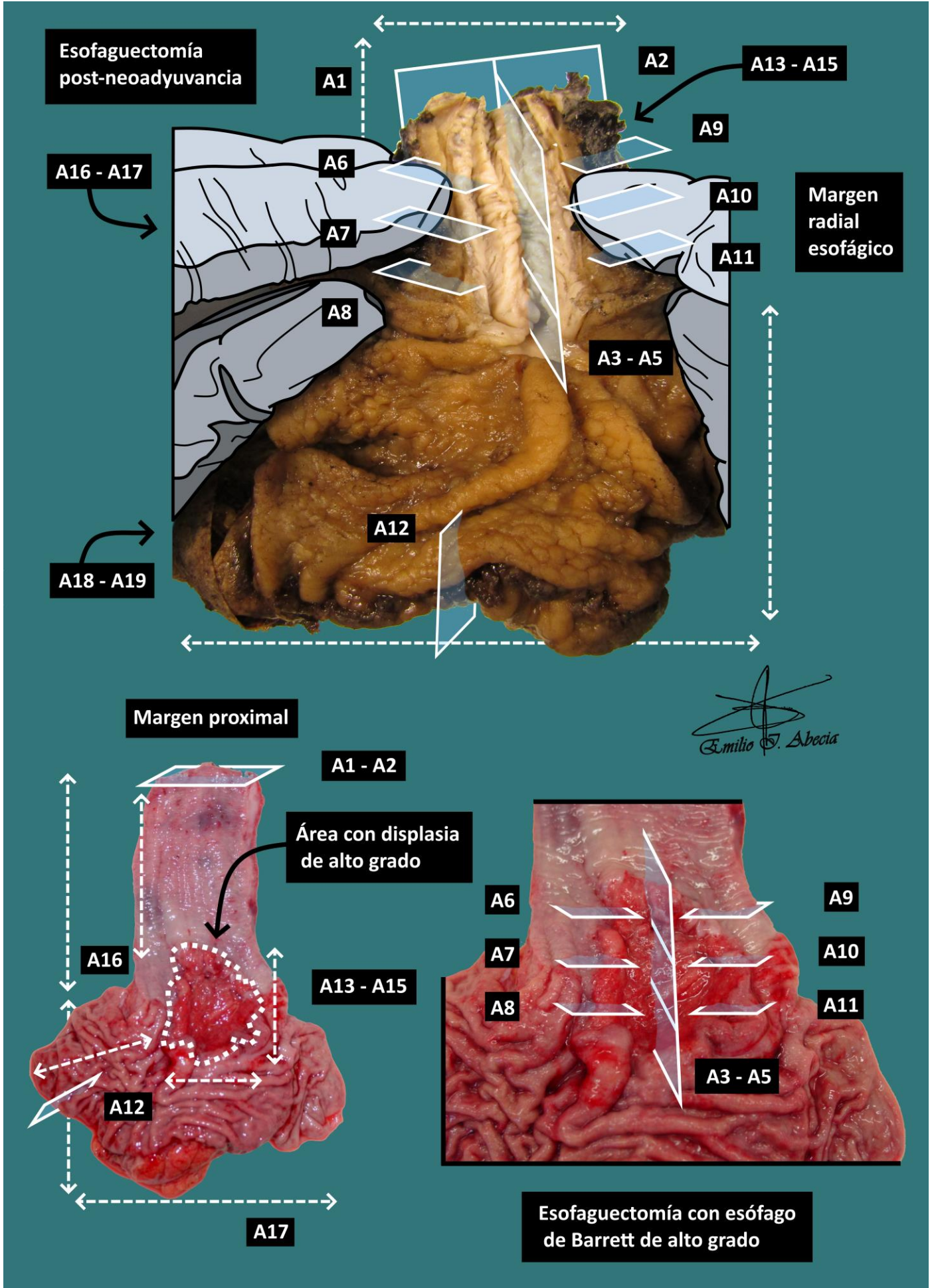
- Las resecciones tumorales de esófago suelen recibirse con gastrectomía proximal. Suelen tratarse de adenocarcinomas o carcinoma de células escamosas; de forma infrecuente, tumores neuroendocrinos o del estroma gastrointestinal (GIST).
- Se recomienda consultar la historia clínica para comprobar localización, 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 describir la pieza. Si se observan perforaciones / adherencia de asas, indicarlo (estadio pT4 macroscópico).
- Teñir adventicia esofágica y abrir longitudinalmente, evitando seccionar el tumor si es posible. Si la pieza se acompaña de estómago, abrir este por curvatura mayor.
- Localizar y describir lesión. Importante señalar distancia a margen radial (adventicia esofágica) y si el tumor afecta a la unión gastroesofágica / dónde se localiza su epicentro (esófago distal, unión gastroesofágica o por debajo de dicha unión). En el caso de que el epicentro esté a >2 cm de la unión la pieza se informará según el TNM de estómago.
- Incluir cortes representativos:
 - Si la lesión está muy próxima a uno de los márgenes, considerar teñir o representar dicho extremo de forma longitudinal (en relación a la lesión) y no transversal.
 - Al menos un corte de la lesión por centímetro en el eje mayor. Es crucial representar el área de mayor infiltración de la pared (en las imágenes se muestran dos formas de incluir el área tumoral).
 - Si ha recibido neoadyuvancia y no se observa tumor, incluir todo área indurada / ulcerada (lecho tumoral con cambios regresivos).
 - Representar algún corte de mucosa sin tumor para valorar posibles patologías concomitantes. Se debe sospechar la existencia de esófago de Barrett si está diagnosticado previamente de Adenocarcinoma. Intentar medir y muestrear (áreas de coloración asalmonada).
- A la hora de incluir los ganglios hallados se debe indicar la procedencia de los mismos (curvatura mayor, curvatura menor, paraesofágicos, etc.). Si no se aíslan al menos 12 formaciones nodulares claras puede ser rentable incluir cortes representativos de tejido adiposo del área peritumoral.





1. Orientar pieza y medir componentes anatómicos (esófago + estómago)
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen radial esofágico
4. Abrir longitudinalmente / seriar transversalmente el esófago; localizar y medir lesión, así como distancia a márgenes y a unión gastroesofágica
5. Describir morfológicamente la lesión
6. Seccionar lesión e indicar nivel de infiltración macroscópico y distancia a margen radial
7. Describir alteraciones / hallazgos incidentales en el resto de la pieza
8. Palpar tejido adiposo periesofágico y perigástrico en busca de formaciones nodulares
9. Incluir cortes representativos





BIBLIOGRAFÍA

- *Carcinoma Of The Oesophagus*. 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-Oesophagus.aspx>
- *Esophagogastrectomy*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/01/esophagogastrectomy-13123.pdf?f=6e7ac687>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Esophagus (neoplastic)*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/esophagus-neoplastic/>
- Burgart L. J., Chopp W. V., MD; Jain D. (2022). *Esophagus* (v4.2.0.1). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Esophagus_4.2.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1lax37z*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- 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 Iacon. (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.

