

COLON TUMORAL (HEMICOLECTOMÍA / SIGMOIDECTOMÍA)

1. Se recibe hemicolectomía derecha/ izquierda compuesta por íleon de XXX cm, colon de XXX cm, apéndice de XXX cm / sigmoidectomía de XXX cm / resección de colon de XXX cm, sin consignar lateralidad.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa un área con tatuaje / indurada / con una solución de continuidad de XXX cm de longitud, localizada a X cm de margen quirúrgico más cercano (proximal/ distal) / y a X cm de margen mesentérico.
3. A la apertura, se observa una lesión exofítica / plana / ulcero-infiltrante / polipoide de XXX cm, localizada a X cm de margen proximal y X cm de margen distal, y ocluye parcialmente / totalmente / un X % de la luz.
4. Al corte, parece infiltrar la capa muscular / adiposa / serosa // parece limitarse a la mucosa.
5. El apéndice cecal no muestra particularidades a la seriación. Así mismo, se observan X formaciones polipoides/ diverticulares, que oscilan entre X y X cm, localizadas a X cm de X margen.
6. A la palpación se hallan X formaciones nodulares, la mayor de ellas de X cm // tras búsqueda exhaustiva, no se hallan formaciones nodulares claras.
7. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Hemicolectomía derecha con Adenocarcinoma de colon ascendente):

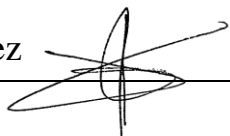
- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal.
- A3: cortes del apéndice
- A4: lesión polipoide.
- A5 - A6: una sección longitudinal de la lesión.
- A7 - A10: cortes transversales de la lesión.
- A11: formación nodular de mayor tamaño hemiseccionada.
- A12 - A13: una formación nodular hemiseccionada por bloque.
- A14 - A17: cuatro formaciones nodulares por bloque.

2ª. Ejemplo (Hemicolectomía derecha con Adenocarcinoma de ciego):

- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal.
- A3: cortes del apéndice
- A4: lesión polipoide.
- A5 - A6: una sección longitudinal de la lesión.
- A7 - A10: cortes transversales de la lesión.
- A11: formación nodular de mayor tamaño hemiseccionada.
- A12 - A17: tres formaciones nodulares por bloque.

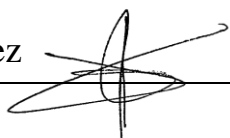
3ª. Ejemplo (Sigmoidectomía con dos Adenocarcinomas):

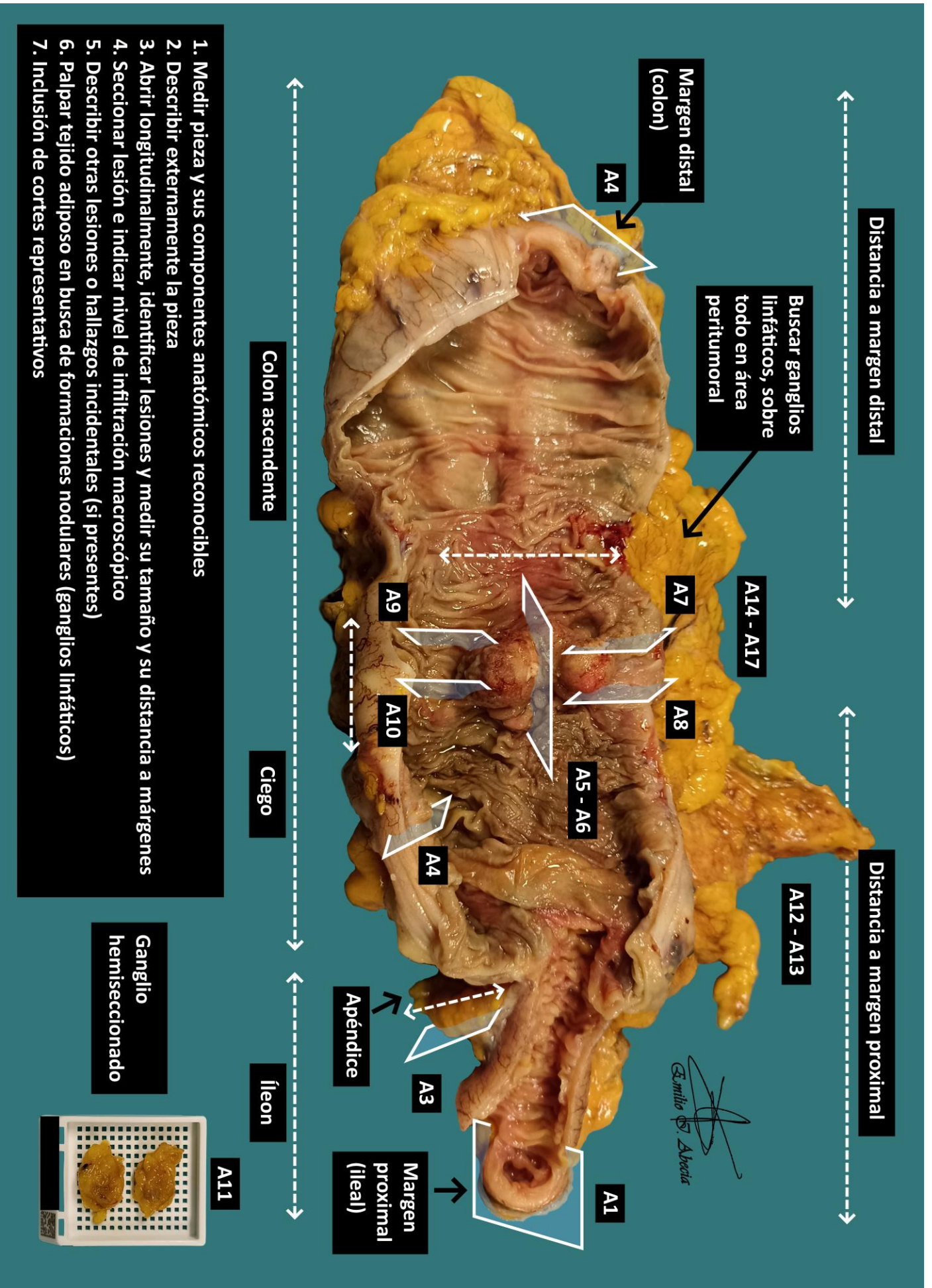
- A1: margen quirúrgico más cercano de forma perpendicular.
- A2: margen quirúrgico distal.
- A3 - A7: cortes de la primera lesión.
- A8 - A12: cortes de la segunda lesión.
- A13 - A16: cuatro formaciones nodulares de zona de primera lesión.
- A17 - A20: cuatro formaciones nodulares de zona de segunda lesión.



A TENER EN CUENTA

- Resecciones de colon neoplásicas, generalmente ya diagnosticadas con biopsias endoscópicas previas. A veces pueden ser procedimientos de urgencia en pacientes con obstrucción del tracto intestinal, en los que se demuestra una etiología tumoral.
- Medir y describir superficie externa de la pieza.
- Si hay perforaciones o adherencia de asas se debe indicar, ya que se corresponde con un estadio pT4 macroscópico.
- Abrir piezas por el borde antimesentérico, evitando seccionar la neoplasia.
- Medir y describir lesión, así como indicar distancia a márgenes de la lesión.
- En piezas con margen mesentérico (sigma y colon transverso), indicar distancia del tumor a dicho margen. Algunos especialistas indican distancia a margen radial / circunferencial.
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir al menos un corte de la lesión por centímetro del eje mayor. Es de máxima importancia para el correcto estadiaje seleccionar el área de mayor infiltración.
 - Si no se observa lesión o se ha recibido con resección subtotal endoscópica (pólipo irresecable), palpar para encontrar induraciones. Incluir totalmente dichas áreas o la cercana a tatuaje endoscópico.
 - Si la lesión se encuentra muy próxima a uno de los márgenes, considerar representar dicho extremo de forma longitudinal y no transversal, para incluir en el bloque la relación a la lesión.
- Se recomienda encontrar un mínimo de 12-14 ganglios linfáticos / formaciones nodulares. Tener en cuenta que la zona con mayor rentabilidad en la búsqueda de ganglios es el área peritumoral. Si no se aíslan formaciones nodulares claras o suficientes, puede resultar efectivo incluir algunos cortes representativos de tejido adiposo, incidiendo en el área peritumoral.
- Si se observa más de una lesión neoplásica, consignar los ganglios de forma loco-regional (ver imagen III).
- Inspeccionar el resto de la mucosa en busca de otras lesiones o patología concomitante.





Distancia a margen distal

Buscar ganglios linfáticos, sobre todo en área peritumoral

Margen distal (colon)

Distancia a margen proximal

Colon ascendente

Ciego

Íleon

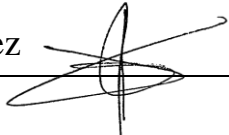
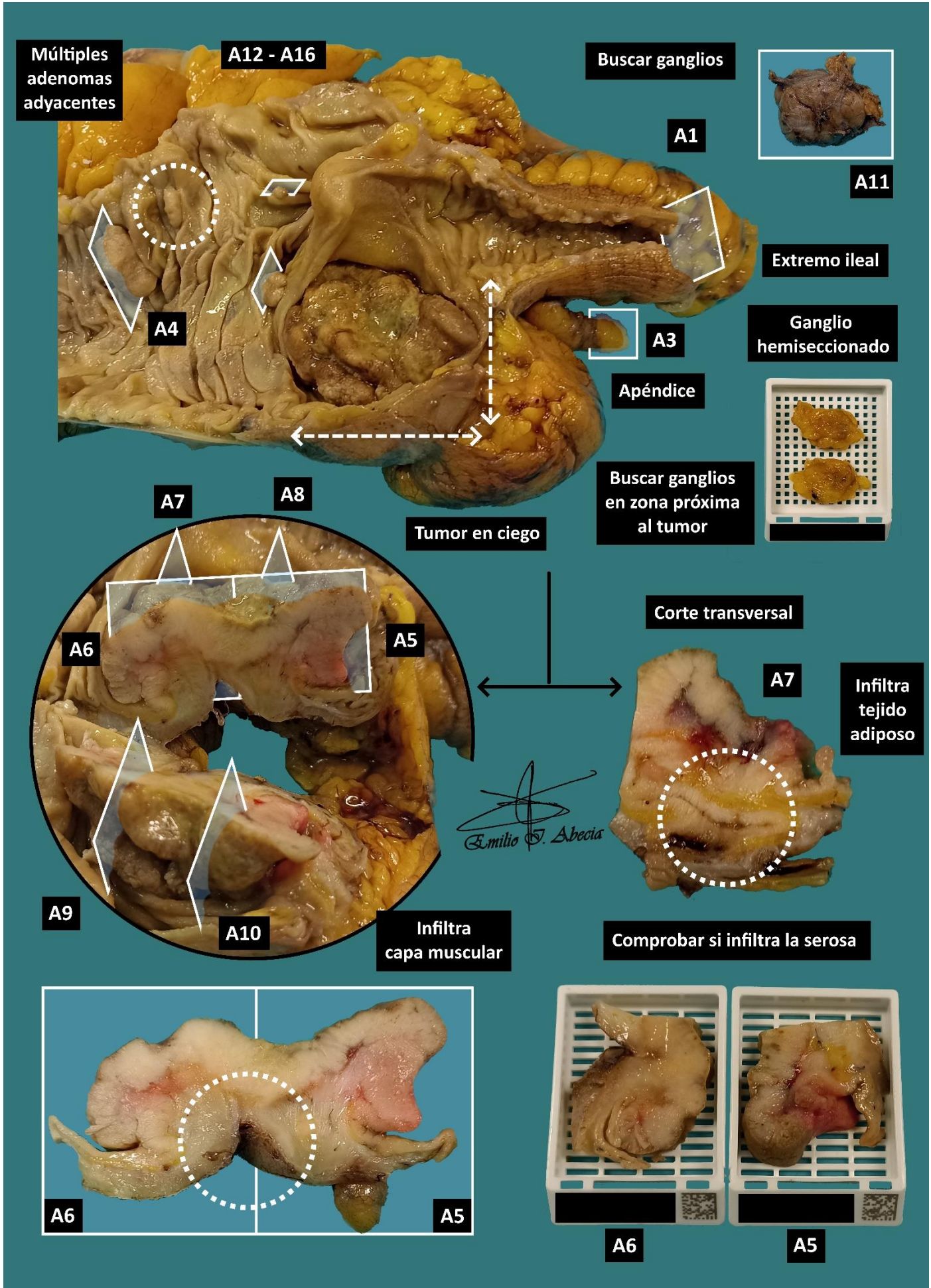
Ganglio hemiseccionado



1. Medir pieza y sus componentes anatómicos reconocibles
2. Describir externamente la pieza
3. Abrir longitudinalmente, identificar lesiones y medir su tamaño y su distancia a márgenes
4. Seccionar lesión e indicar nivel de infiltración macroscópico
5. Describir otras lesiones o hallazgos incidentales (si presentes)
6. Palpar tejido adiposo en busca de formaciones nodulares (ganglios linfáticos)
7. Inclusión de cortes representativos

Emilio I. Abecia





Sigmoidectomía con dos lesiones

Distancia a margen

Primera lesión

Segunda lesión

A8 - A12

A3 - A7

A1

Emilio I. Abecia

Afectación de la serosa (T4 macroscópico)

Incluir ambas lesiones indicando cuál es cada una

Distancia a margen

A3

A4

Corte de lesión en relación a margen (perpendicular)

A1

Serosa

Ganglios de segunda lesión



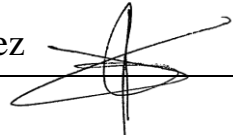
A2

Ganglios de primera lesión

Distancia a margen mesentérico

A17 - A20

A13 - A16



BIBLIOGRAFÍA

- The Royal College of Pathologist of Australasia. *Gastrointestinal (Colorectal Cancer)*. 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-colorectal-cancer.aspx>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Colon & Rectum (neoplastic)*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/colon-rectum-neoplastic/>
- *Right Hemicolectomy (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/6f/right-hemicolectomy.pdf?f=51ca72b5>
- *Colon Resection (For Tumor) (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/09/colon-resection-neoplastic-2223.pdf?f=9e5a7e76>
- Jain D., Chopp W.V, Graham R.P. (2023). *Colon and Rectum, Resection* (v4.3.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/ColoRectal_4.3.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1lax37z*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Jain D., Chopp W.V, Graham R.P. (2023). *Colon NET* (v5.0.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/ColoRectal.NET_5.0.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1vfxrft*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_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.

