

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF / PAA)

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 observan X / incontables lesiones polipoides que oscilan entre X y X cm de diámetro, que distan X y X cm de márgenes. Entre ellas, existen X de XXX cm de morfología exofítica / plana / ulcero-infiltrante / polipoide, localizada a X cm de margen proximal y X cm de margen distal.
4. Al corte, las lesiones dominantes parecen infiltrar la capa muscular / adiposa / serosa // parecen limitarse a la mucosa.
5. A la palpación se hallan X formaciones nodulares, la mayor de ellas de X cm // tras búsqueda exhaustiva, no se hallan formaciones nodulares claras.
6. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Poliposis adenomatosa familiar - PAF):

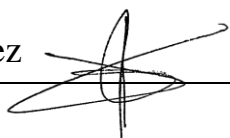
- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal.
- A3 - A5: cortes del apéndice
- A6 - A9:
- A10 - A22: una formación nodular hemiseccionada por bloque.
- A23 - A25: cuatro formaciones nodulares por bloque.

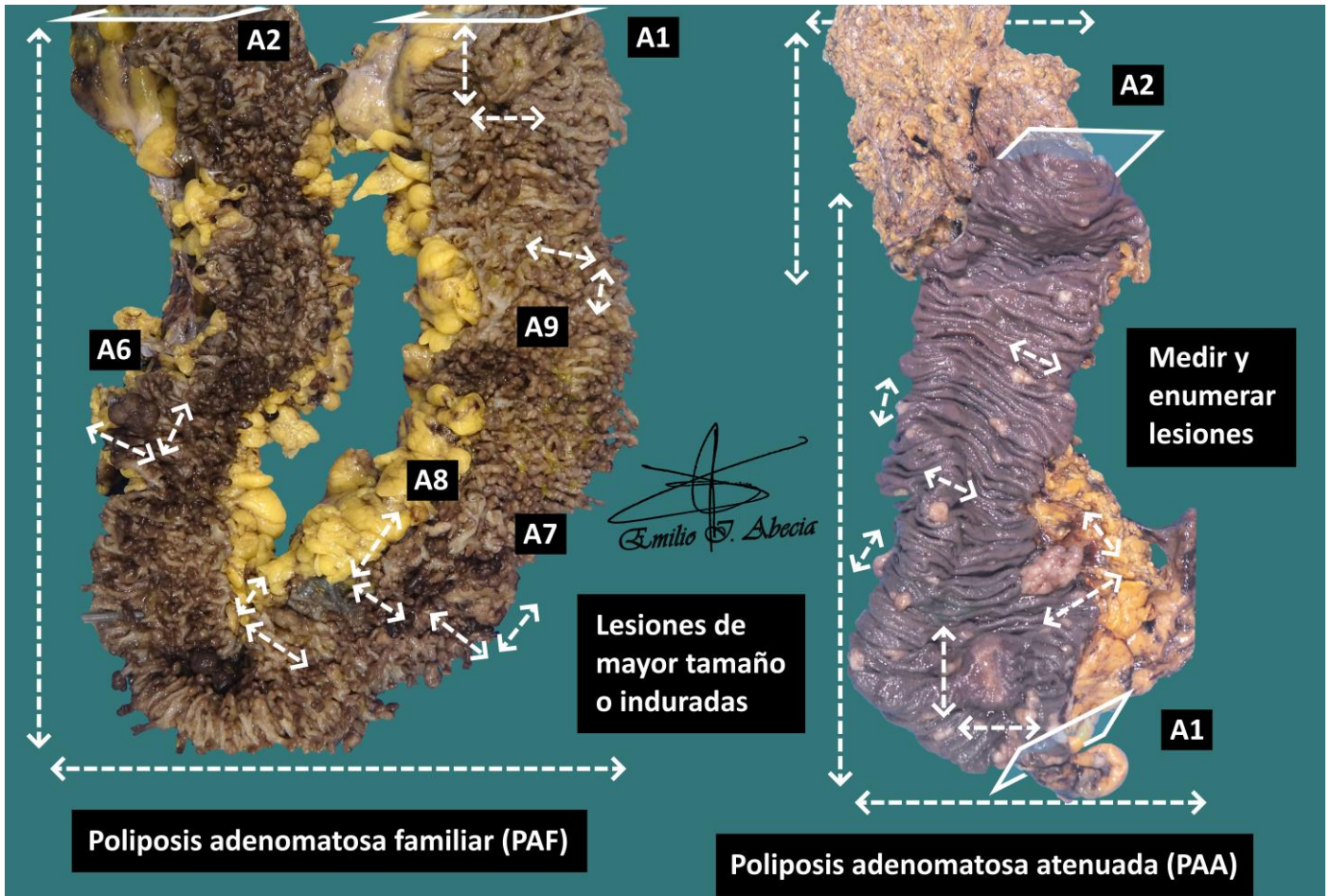
2ª. Ejemplo (Poliposis adenomatosa atenuada - PAA):

- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal.
- A3 - A11: cortes del apéndice
- A12 - A15: tres formaciones nodulares por bloque.

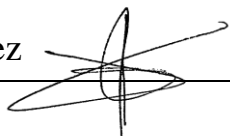
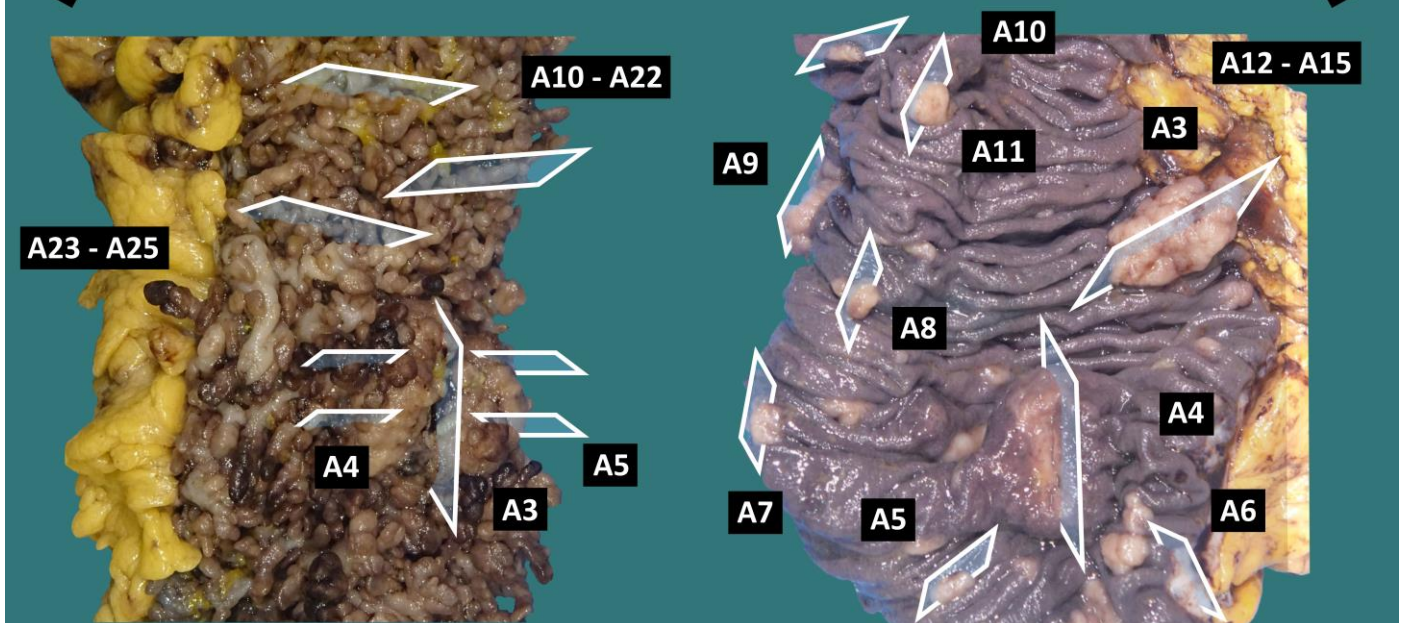
A TENER EN CUENTA

- Resecciones de colon con intención profiláctica o terapéutica, en pacientes con síndromes genéticos y agrupación familiar que terminan desarrollando numerosos pólipos en colon.
- Se recomienda consultar historia clínica para comprobar si existen pruebas previas radiológicas o endoscópicas, así como diagnóstico genético.
- Medir, describir externamente y abrir piezas por borde antimesentérico.
- Intentar enumerar las lesiones en la medida de lo posible, localizando las de mayor tamaño / induración que puedan haber tenido degeneración neoplásica.
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir ambos márgenes (proximal y distal). Si se encuentran próximos a lesiones, valorar incluir de forma longitudinal.
 - Incluir lesiones de mayor tamaño / posible degeneración neoplásica.
 - Incluir cortes de lesiones secundarias, intentando rentabilizar la inclusión (algunas piezas muestran >100 pólipos).
- Aislar ganglios linfáticos, intentando encontrar un mínimo de 12-14 ganglios linfáticos / formaciones nodulares. Si no se aíslan formaciones nodulares claras o suficientes, puede resultar efectivo incluir algunos cortes representativos de tejido adiposo.





1. Medir pieza y describir componentes anatómicos reconocibles
2. Describir externamente la pieza
3. Abrir longitudinalmente e identificar número de lesiones; medirlas e intentar hallar signos de degeneración neoplásica
4. Seccionar lesiones dominantes e indicar nivel de infiltración
5. Palpar tejido adiposo en busca de formaciones nodulares (ganglios linfáticos)
6. Inclusión de cortes representativos (valorar según el caso)



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
- 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.

