

RECTOSIGMOIDECTOMÍA

1. Se recibe pieza de rectosigmoidectomía que mide XXX cm de longitud / con resección de esfínter anal de XXX cm.
2. Externamente, la resección del meso es completa / parcialmente completa / incompleta, sin otras particularidades // se observa una lesión / área de tatuaje / solución de continuidad de XXX cm, localizada a X cm de margen más cercano.
3. Se tiñe margen mesorrectal con tinta y se sería la pieza según "protocolo Vikingo".
4. A la apertura, se observa una lesión de XXX cm, localizada en cara anterior / posterior, lateral derecho / izquierdo, y que dista X cm de margen distal / proximal. La lesión tiene una morfología exofítica / plana / ulcero-infiltrante / polipoide, y ocluye parcialmente / totalmente / un X % de la luz.
5. Al corte, la lesión parece infiltrar la capa muscular / adiposa / serosa, y dista X cm del margen radial // parece limitarse a la mucosa.
6. Así mismo, se observan X formaciones polipoides / diverticulares, que oscilan entre X y X cm, localizadas a X cm de X margen.
7. A la palpación se hallan X formaciones nodulares, la mayor de ellas de X cm // tras búsqueda exhaustiva, no se hallan formaciones nodulares claras.
8. Se realiza inclusión de cortes representativos:

1ª. Ejemplo (Rectosigmoidectomía por adenocarcinoma de recto):

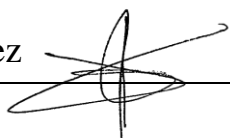
- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal / margen anal.
- A3 - A5: primera sección completa de la pieza.
- A6 - A8: segunda sección completa de la pieza.
- A9 - A11: tercera sección completa de la pieza.
- A12 - A15: 4 formaciones nodulares por bloque.

2ª. Ejemplo (Rectosigmoidectomía por adenocarcinoma de recto):

- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal / margen anal.
- A3 - A6: primera sección completa de la pieza.
- A7 - A10: segunda sección completa de la pieza.
- A11 - A14: tercera sección completa de la pieza.
- A15 - A18: 4 formaciones nodulares por bloque.

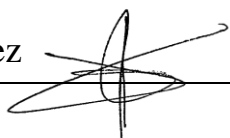
3ª. Ejemplo (Rectosigmoidectomía postneoadyuvancia):

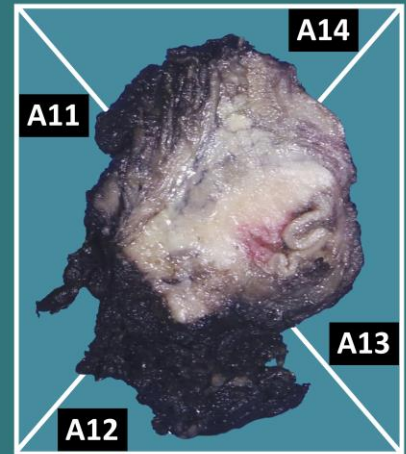
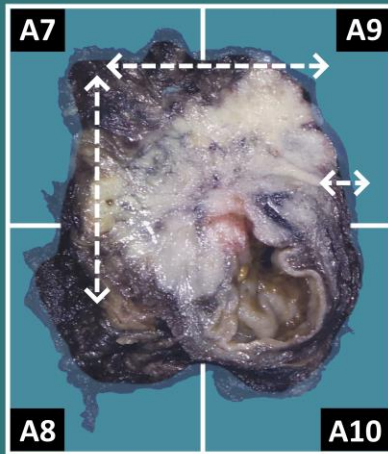
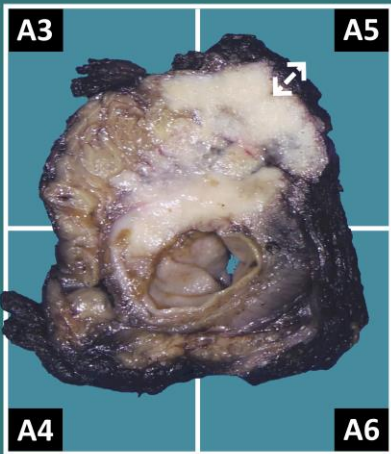
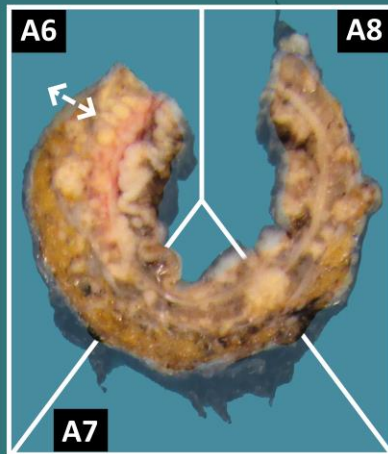
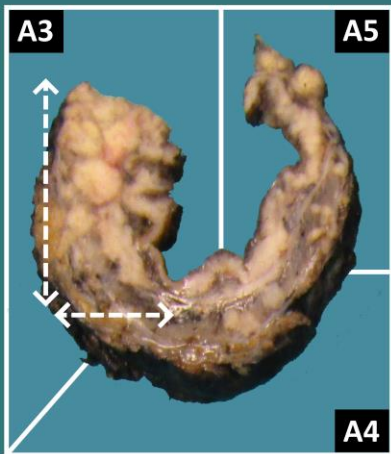
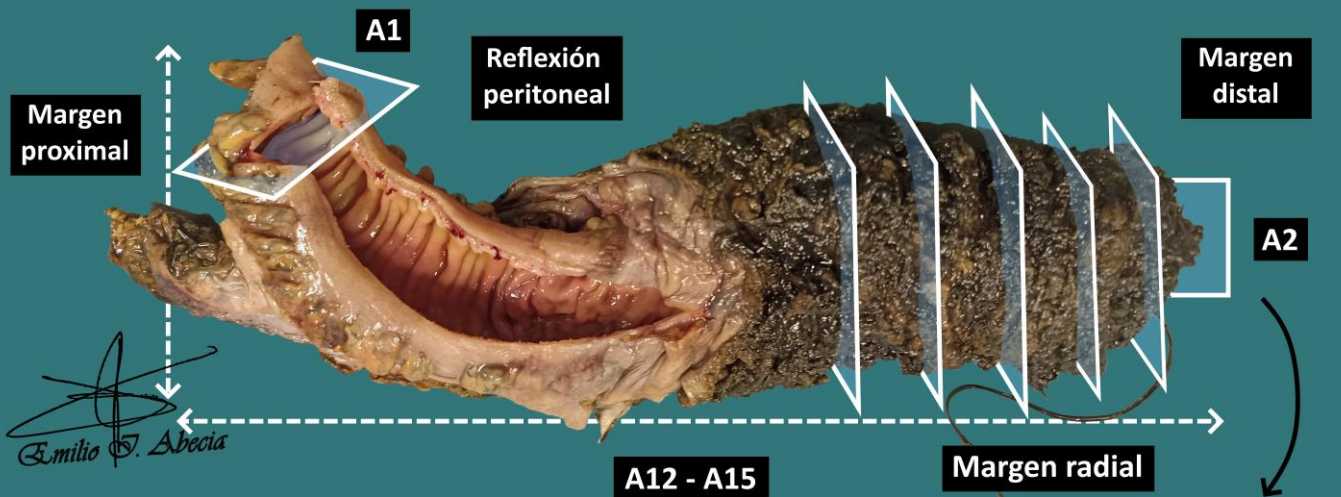
- A1: margen quirúrgico proximal.
- A2: margen quirúrgico distal / margen anal.
- A3 - A5: pared de primera sección.
- A6 - A8: margen radial de primera sección.
- A9 - A11: pared de segunda sección.
- A12 - A14: margen radial de segunda sección.
- A15 - A17: pared de tercera sección.
- A18 - A21: margen radial de tercera sección.
- A22 - A25: 4 formaciones nodulares por bloque.



A TENER EN CUENTA

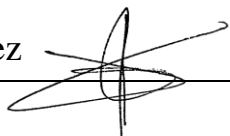
- Resecciones tumorales de adenocarcinomas localizados en recto, que pueden tener pueden ampliarse al esfínter anal (resección abdominoperineal) o no (resección anterior baja).
- Se recomienda consultar la historia clínica para comprobar localización, multifocalidad y si la pieza ha recibido neoadyuvancia (la lesión puede mostrar cambios regresivos, fibrosis, hiperplasia de la muscular, erosiones, los ganglios son difíciles de aislar, etc.).
- Medir y describir la pieza, indicando la integridad del mesorrecto ya que tiene trascendencia quirúrgica. Añadir además si se observan perforaciones / adherencia de asas (estadio pT4 macroscópico).
- Teñir margen mesorrectal y abrir sigma por borde antimesentérico:
 - Si la lesión está por encima de la reflexión peritoneal anterior (recto superior), se puede incluir como una hemicolectomía derecha / sigmoidectomía.
 - Si la lesión se encuentra a la altura o por debajo de la reflexión peritoneal hay que realizar el protocolo “Vikingo”, que trata de seriar transversalmente el mesorrecto. Dependiendo del especialista, se puede proceder de dos maneras:
 - Abrir longitudinalmente primero toda la pieza, antes de seriar transversalmente el mesorrectal, para medir y describir la lesión sin manipulación (en este caso puede alterarse el margen radial mesorrectal).
 - Seriar transversalmente primero para no alterar el margen radial mesorrectal (en este caso se puede alterar la medición y descripción de la lesión).
- Medir, describir lesión y distancia a márgenes (proximal, distal y radial).
- 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 de la lesión. Es crucial representar el área de mayor infiltración radial de la pared.
 - Dependiendo del tamaño de las secciones:
 - Incluir “en cuadrantes”, tanto la pared como el margen radial en el mismo bloque (primer y segundo ejemplo).
 - Si el mesorrecto contiene mucho tejido adiposo, se puede optar por la inclusión separada del margen radial (tercer ejemplo).
 - Si ha recibido neoadyuvancia y no se observa tumor, incluir todo área indurada / ulcerada (lecho tumoral con cambios regresivos).
 - Representar cortes de la pared sin tumor para valorar posibles patologías concomitantes.
- 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.
- Inspeccionar el resto de la mucosa en busca de otras lesiones o patología concomitante

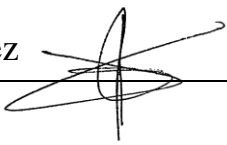
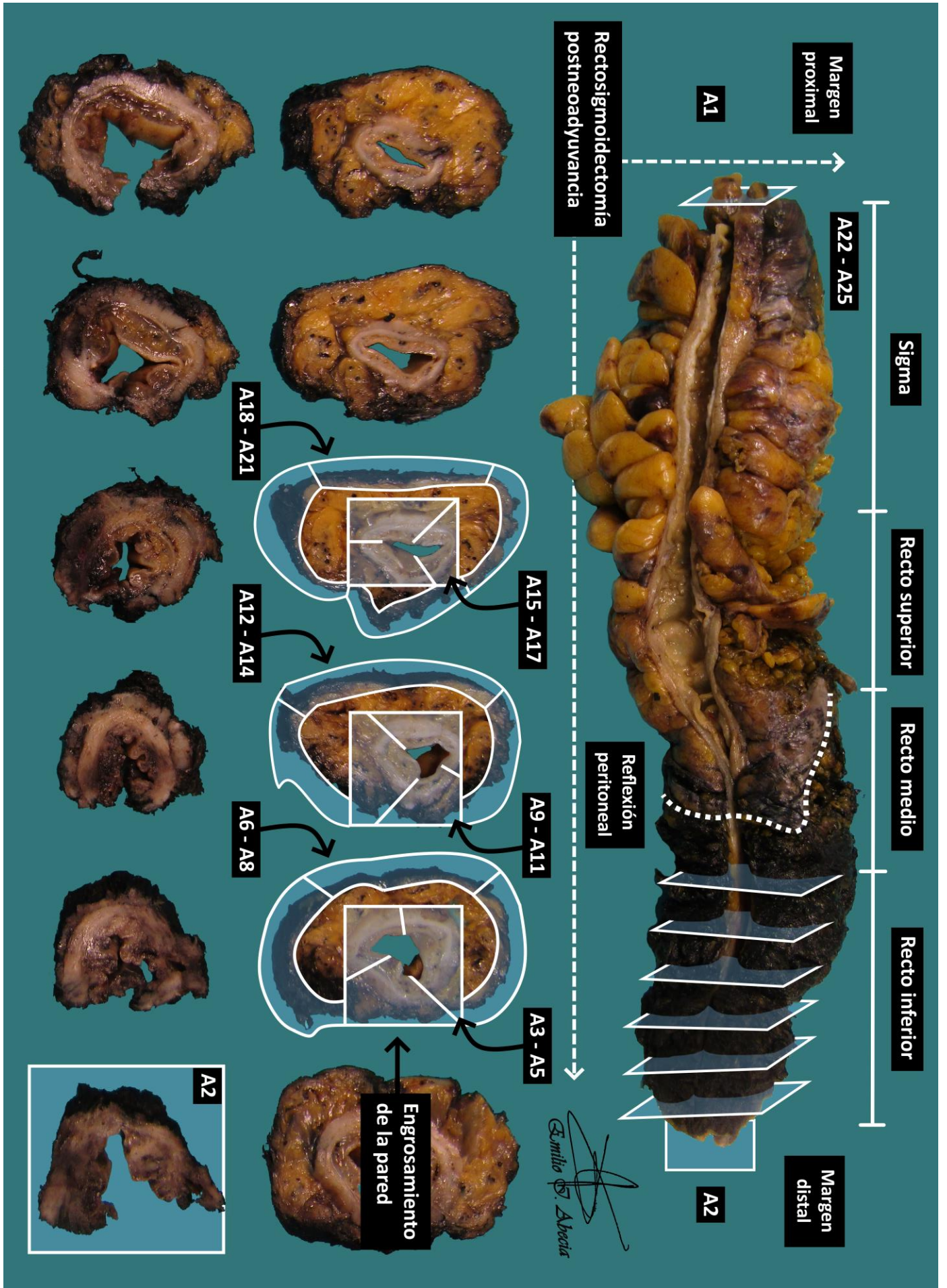




A15 - A18

1. Medir pieza y sus componentes anatómicos reconocibles
2. Describir externamente la pieza, indicando cómo es la resección del mesorrecto
3. Teñir margen radial mesorrectal
4. Seriar transversalmente; localizar y medir la lesión, así como distancia a márgenes
5. Describir morfológicamente la lesión
6. Describir lesiones o hallazgos incidentales (si presentes)
7. Palpar tejido adiposo en busca de formaciones nodulares (ganglios linfáticos)
8. Inclusión de cortes representativos





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/>
- 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
- *Abdominoperineal Resection (APR) (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/ee/apr-2223.pdf?f=2047bf3d>
- 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.

