

APENDICECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe pieza compuesta por apéndice de XXX cm / con mesoapéndice de XXX cm.
2. Externamente la pieza muestra una lesión nodular de XXX cm localizada en vértice / cuerpo y que dista X cm de margen // un aspecto quístico / dilatado / engrosado / con una superficie íntegra de X características // muestra una solución de continuidad de XXX cm.
3. Se tiñe margen quirúrgico con tinta.
4. A la seriación, la luz se encuentra dilatada con X cm de diámetro y un contenido de aspecto mucoide / gelatinoso de coloración X.
5. La mucosa no muestra claramente lesiones bien delimitadas // se observa una lesión de XXX cm, localizada a X cm de margen quirúrgico y que parece / no parece infiltrar la pared apendicular / la serosa.
6. La lesión muestra una coloración parduzca / blanquecina, de aspecto papilar / nodular / anular, es homogénea / heterogénea y con bordes bien / mal delimitados / etc.
7. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Tumor neuroendocrino apendicular):

- A1: margen distal.
- A2 - A3: inclusión total del vértice.
- A4: corte del cuerpo apendicular.

2ª. Ejemplo (Neoplasia mucinosa apendicular I):

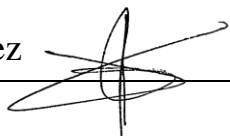
- A1: margen distal.
- A2: corte del vértice
- A3 - A4: primera sección transversal completa.
- A5 - A6: segunda sección transversal completa.
- A7 - A8: cortes perpendiculares de la lesión en relación a margen distal.

3ª. Ejemplo (Neoplasia mucinosa apendicular II):

- A1: margen distal.
- A2 - A3: cortes del vértice
- A4 - A5: cortes perpendiculares de la lesión en relación a margen distal.
- A6 - A7: primera sección transversal completa.
- A8 - A9: segunda sección transversal completa.

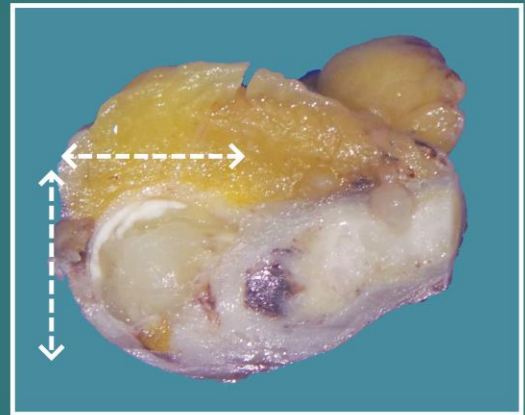
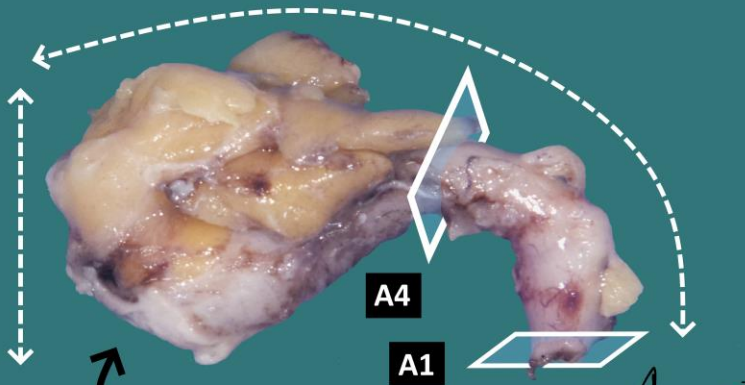
A TENER EN CUENTA

- Resecciones del apéndice cecal por lesiones ya conocidas por pruebas de imagen o que forman parte de protocolos quirúrgicos (por ejemplo: cirugías ginecológicas). Se recomienda consultar la historia clínica para conocer el motivo quirúrgico y/o sospecha radiológica.
- Medir y describir, indicando soluciones de continuidad, repliegues, retracción de la serosa, etc. En el caso de las neoplasias mucinosas, la perforación del apéndice y la extravasación de la mucina puede producir ascitis (pseudomixoma peritoneal).
- Valorar teñir margen quirúrgico (según las guías del centro).
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir el margen y el vértice apendicular de forma protocolaria.
 - Si existe una lesión sólida / papilar bien definida, incluirla totalmente.
 - En el caso de las neoplasias mucinosas el epitelio puede estar denudado, así que ser generoso con la inclusión / incluir totalmente para detectar displasia.
 - Si la lesión está muy próxima a uno de los márgenes representar dicho extremo de forma perpendicular.



Apendicectomía con Tumor Neuroendocrino

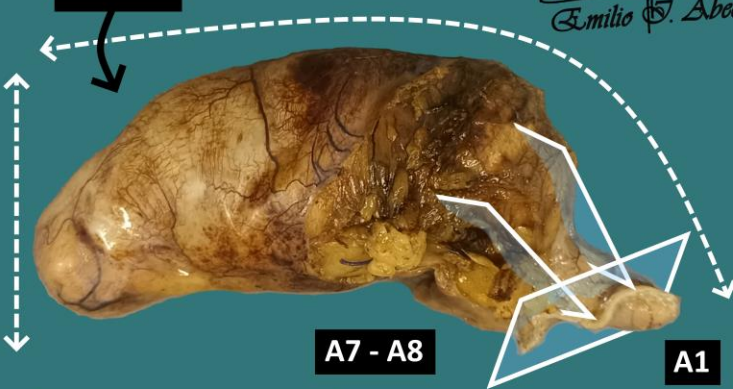
A2 - A3



Vértice

Emilio I. Abecia

1. Medir pieza
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen quirúrgico
4. Seriar y describir luz y contenido
5. Localizar y medir lesiones observables, así como su distancia a margen distal
6. Describir superficie de corte de la lesión (si visible)
7. Incluir cortes representativos

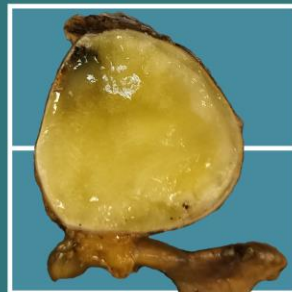


Cortes transversales

A3 - A4



A2

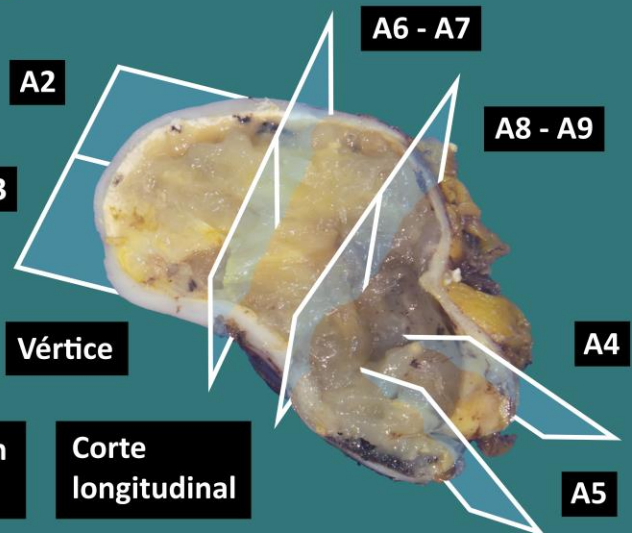
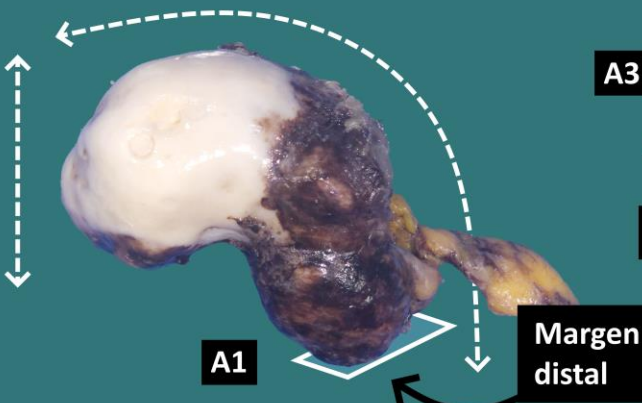


A5



A6

Neoplasia mucinosa apendicular



Emilio I. Abecia

BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Appendix*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/appendix/>
- *Appendix (Neoplastic) (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/44/appendix-neoplastic-2223.pdf?f=031285a1>
- Jain D., Burgart L.J., Chopp W.V. (2022). *Appendix* (v5.1.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Appendix_5.1.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1bdfdcl*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Jain D., Chopp W.V., Graham R.P. (2023). *Appendix NET* (v5.0.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Appendix.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.

