

GASTRECTOMÍA NO TUMORAL

1. Se recibe pieza de gastrectomía parcial / tubular / total que mide XXX cm // acompañado de omento mayor / menor / segmento de esófago que miden XXX cm.
2. Externamente se observa una serosa sin particularidades // se observa serosa de aspecto congestivo / isquémico // se observa solución de continuidad de XXX cm, localizada en X tercio.
3. A la apertura se observa una mucosa con pliegues conservados, sin otras particularidades // se observa un área de mucosa eritematosa / atrófica / granular, localizada en tercio superior / medio / inferior // se observa una lesión que mide XXX cm, de localización y características X.
4. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Estómago de obesidad):

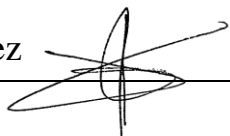
- A1: corte representativo de tercio superior.
- A2: corte representativo de tercio medio.
- A3: corte representativo de tercio inferior.
- A4: corte de lesiones incidentales (si presentes).

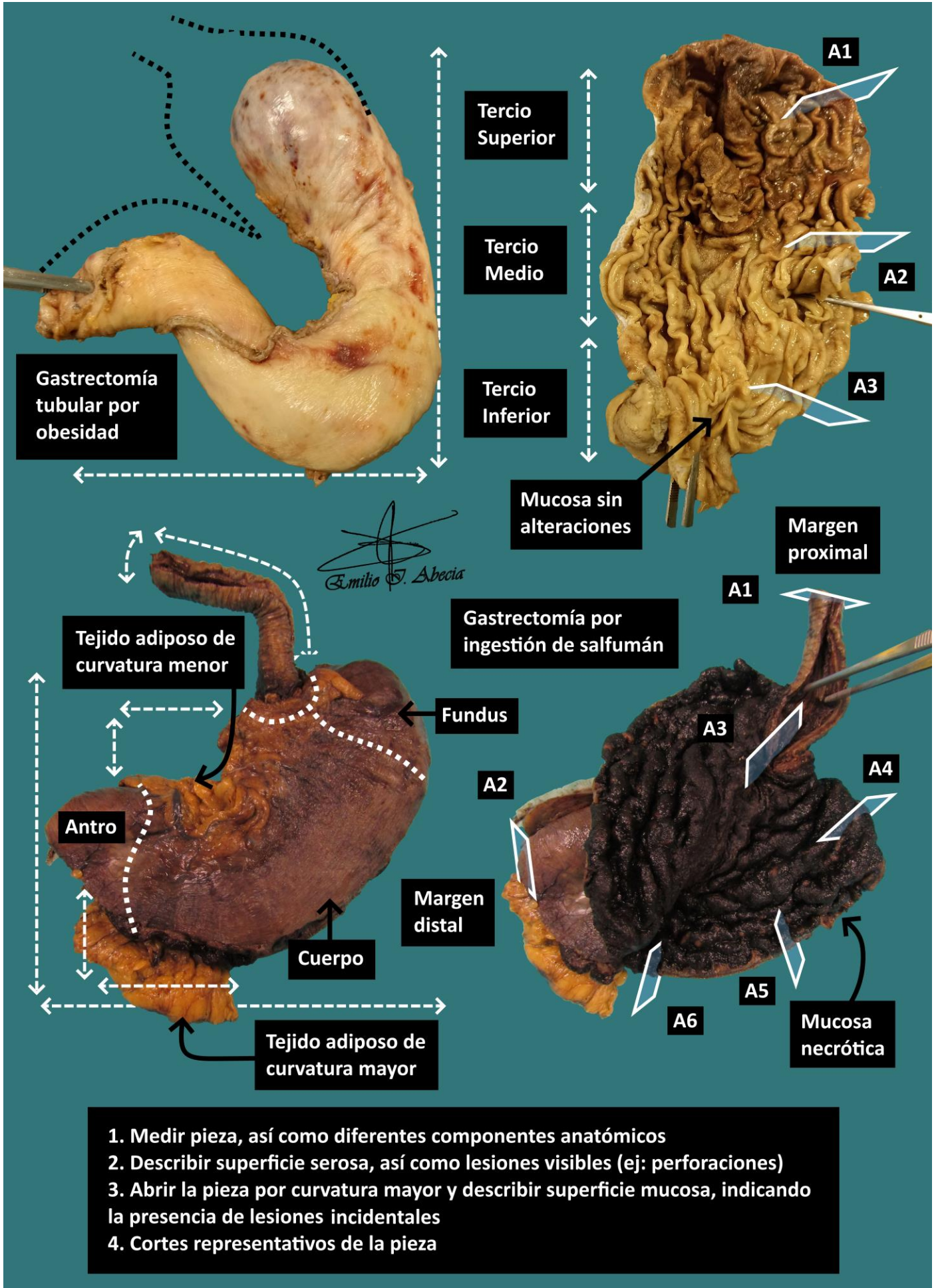
2ª. Ejemplo (Estómago con necrosis por cáusticos):

- A1: margen proximal.
- A2: margen distal.
- A3: corte de esófago en relación a unión esófago-gástrica.
- A4: corte de fundus.
- A5: corte de cuerpo.
- A6: corte de antro.
- A7: corte de lesiones incidentales (si presentes).

A TENER EN CUENTA

- La mayoría de gastrectomías no tumorales se realizan por cirugías bariátricas, con poca trascendencia histológica y diagnóstica.
- En el caso de realizarse por otro motivo (úlceras, perforaciones, anastomosis, etc.), se recomienda consultar historia clínica.
- Medir, orientar y describir superficie externa de la pieza.
- Las gastrectomías se abren longitudinalmente por curvatura mayor (generalmente donde se encuentra la línea de sutura).
- Describir superficie interna / hallazgos incidentales encontrados.
- Incluir cortes representativos:
 - Representar cortes de pared gástrica de forma esquemática.
 - Si se observan lesiones o alteraciones incidentales, incluir un par de cortes.





1. Medir pieza, así como diferentes componentes anatómicos
2. Describir superficie serosa, así como lesiones visibles (ej: perforaciones)
3. Abrir la pieza por curvatura mayor y describir superficie mucosa, indicando la presencia de lesiones incidentales
4. Cortes representativos de la pieza

BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Stomach (Non-Neoplastic)*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/stomach-non-neoplastic/>
- *Sleeve Gastrectomy (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/63/sleeve-gastrectomy-2123.pdf?f=9fc56d96>
- 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 Iacono. (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.

