

RESECCIÓN TOTAL DE OREJA

1. Consignado como X, se recibe resección que mide XXX cm, orientada con X a las X horarias, compuesta por oreja de XXX cm / y parche cutáneo temporal / partes blandas / glándula parótida de XXX cm.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa una lesión que mide XXX cm y se localiza a X cm de margen más cercano.
3. La lesión es plana / sobreelevada / nodular / verrucosa / arciforme, de coloración X y de superficie costrosa / ulcerada / lisa, consistencia indurada / friable / blando-elástica, etc.
4. Se tiñen los márgenes de resección con tinta china.
5. Al corte, se observa que la lesión tiene un espesor de X cm, se localiza a X cm de margen profundo y parece infiltrar / no parece infiltrar cartílago / músculo / hueso / glándula parótida, conductivo auditivo externo (CAE) / tímpano, etc.
6. Tiene una superficie homogénea / heterogénea, de coloración parda / blanquecina, con bordes bien / mal delimitados, etc.
7. Inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Cuña de oreja):

- A1 - A2: una sección completa de la primera lesión.
- A3 - A4: cortes laterales en cruz de primera lesión.
- A5 - B6: cortes centrales de segunda lesión.
- A7: corte central de tercera lesión.
- A8 - A9: cortes en cruz de tercera lesión.

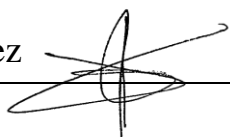
2ª. Ejemplo (Exéresis de oreja con CAE):

- A1: margen superior.
- A2: margen anterior.
- A3: margen posterior.
- A4: margen inferior.
- A5 a A8: margen de conducto auditivo en sentido horario.
- A9 a A10: sección completa.

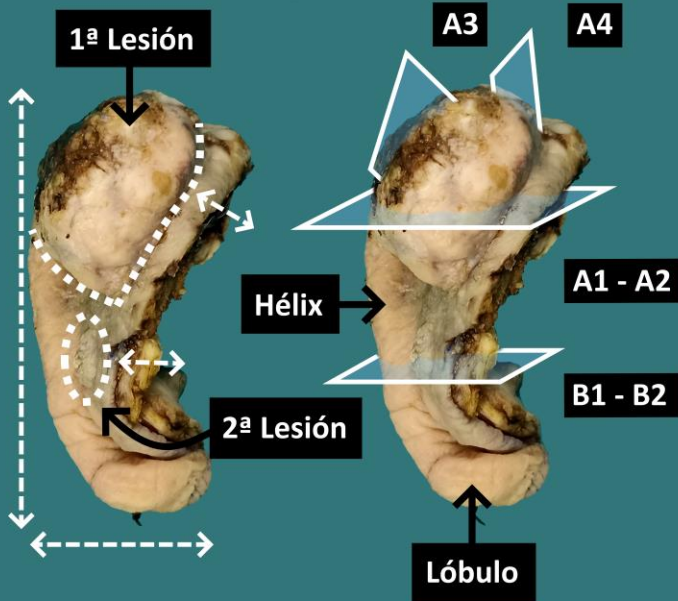
A TENER EN CUENTA

- Resección de la oreja total o parcial por motivos neoplásicos, inflamatorios (condrodermatitis), etc... se recomienda consultar historia clínica para conocer el motivo quirúrgico.
- Orientar pieza valiéndose de las referencias espaciales quirúrgicas. Es posible orientarla de forma anatómica si es una resección total o se conoce la lateralidad (izquierda vs derecha).
- Medir pieza y diferentes componentes de la pieza, como puede ser el cartílago auricular, músculo, hueso, glándula parótida, conductivo auditivo externo (CAE), oído medio, etc.
- Medir y describir lesión superficial, así como distancia a márgenes.
- Teñir márgenes quirúrgicos. Se recomienda usar más de un color o realizar muescas para localizar los extremos de resección. El margen libre no es un margen real (únicamente hay margen interno).
- Seriar en el eje menor; medir espesor de la lesión y distancia a margen profundo.
- Describir superficie de corte de la lesión e incluir cortes representativos:
 - Representar todos los márgenes quirúrgicos.
 - Si existe conducto auditivo la parte interna es margen quirúrgico. Representarlo en transversal (*shave*) o de forma perpendicular.
 - Como norma incluir al menos un corte por centímetro en el eje mayor de la lesión.
 - Representar cortes de la lesión con conducto auditivo, cartílago u otras estructuras anatómicas presentes.
 - Si existen lesiones incidentales / secundarias, incluirlas también.

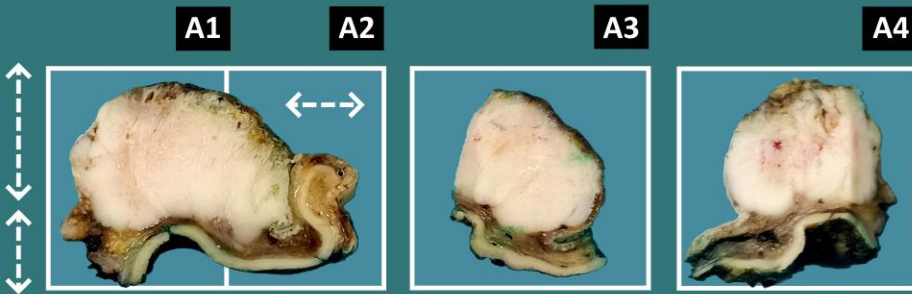
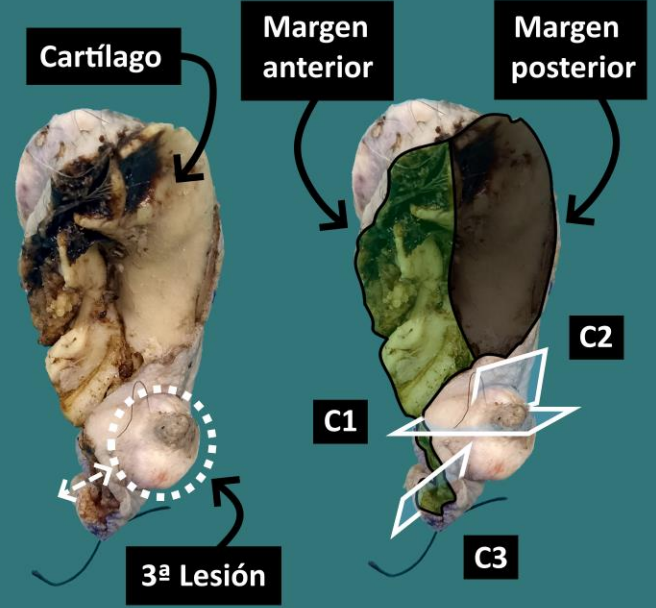
Emilio I. Abecia Martínez



Visión postero-lateral



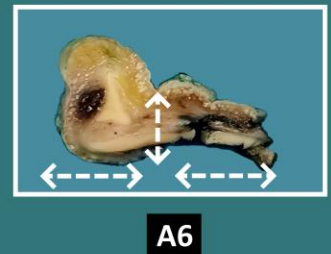
Visión antero-medial



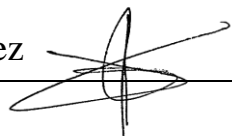
Infiltración cartílago



Emilio I. Abecia



1. Orientar y medir pieza, indicando referencias espaciales y estructuras anatómicas
2. Localizar y medir lesión, así como distancia a márgenes
3. Describir morfológicamente la lesión
4. Teñir margen quirúrgico
5. Seccionar, medir espesor, distancia a margen profundo e indicar infiltración de estructuras
6. Describir superficie de corte de la lesión
7. Inclusión de cortes representativos



Superior

Escisión de oreja con Conducto auditivo externo (CAE)

Margen interno

Conducto auditivo externo (CAE)

Anterior

Posterior

Inferior

Margen profundo (color negro)

A9

A10

A11

Margen de CAE (color verde)

A6

A5

A8

A7

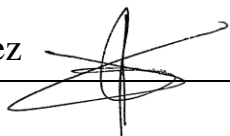


A8

A7

A6

A5



BIBLIOGRAFÍA

- *Skin Excision, Large (Dermatopathology)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/f0/skin-excision-large-12723.pdf?f=c79d69f4>
- Seethala R.R., Shon W., Balzer B.L., Duvvuri U., Gharavi N.M., Lydiatt W. (2023). *Cutaneous Squamous Cell Carcinoma* (v1.0.0.1). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/HN.SCC_1.0.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*ow5hb1*_ga*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxND Q3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2024). *Head and Neck Tumours* (5th ed., vol. 9). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Head-And-Neck-Tumours-2024>
- 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.

