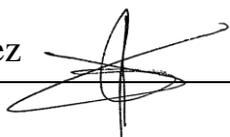


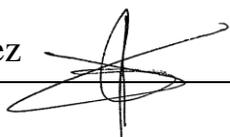
PAROTIDECTOMÍA RADICAL

1. Se recibe pieza compuesta por ojal de piel / parotidectomía de XXX cm, vaciamiento funcional en monobloque / escindido de XXX cm // y que para su orientación tiene X en margen X // sin consignar orientación.
2. Externamente, se observa una lesión cutánea / subcutánea de XXX cm, que dista X cm de margen X. La lesión tiene una morfología plana / excrecente / nodular / de consistencia indurada / de centro ulcerado / costroso.
3. Se tiñe margen quirúrgico con tinta.
4. Al corte, la lesión muestra un espesor de X cm y dista X cm de margen profundo. La lesión tiene una naturaleza encapsulada / no encapsulada, con superficie de corte homogénea / heterogénea, con bordes bien / mal delimitados y coloración parduzca / blanquecina.
5. El resto del parénquima de parótida muestra un aspecto amarillento / parduzco, sin otras particularidades // de aspecto atrófico / lobulado / fibrótico // se observa ganglio linfático intraparotídeo de X cm // una / varias formaciones litásicas de X cm de diámetro.
6. Se reconoce glándula submaxilar que mide XXX cm / estructura vascular de XXX cm / fragmento muscular de XXX cm // se encuentra multifragmentado y en conjunto mide XXX cm.
7. Al corte, la glándula submaxilar muestra un parénquima amarillento sin particularidades // muestra degeneración adiposa / se observa una lesión de X cm de aspecto X.
8. A la inspección y palpación se hallan X formaciones nodulares en tercio superior / nivel X, la mayor de ellas de X cm. En tercio medio / nivel X, se obtienen X formaciones nodulares, la mayor de ellas de X cm. En tercio inferior / nivel X, se identifican X formaciones nodulares, la mayor de ellas de X cm.
9. A la hemisección no muestran particularidades // X formación nodular de X tercio / nivel muestra un foco blanquecino de X cm, de aspecto macroscópico intranodal / afectación extranodal, sugestivo de malignidad.
10. Se realiza inclusión de cortes representativos:
 - A1: margen vascular.
 - A2: corte de glándula submaxilar.
 - A3 - A6: una sección central de la lesión.
 - A7 - A10: segunda sección completa de la lesión.
 - A11 - A12: margen lateral.
 - A13 - A14: margen contralateral.
 - A15 - A17: 3 formaciones nodulares por bloque de tercio superior.
 - A18 - A20: 3 formaciones nodulares por bloque de tercio medio.
 - A21 - A23: 3 formaciones nodulares por bloque de tercio inferior.

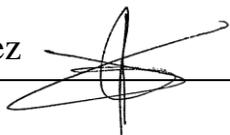
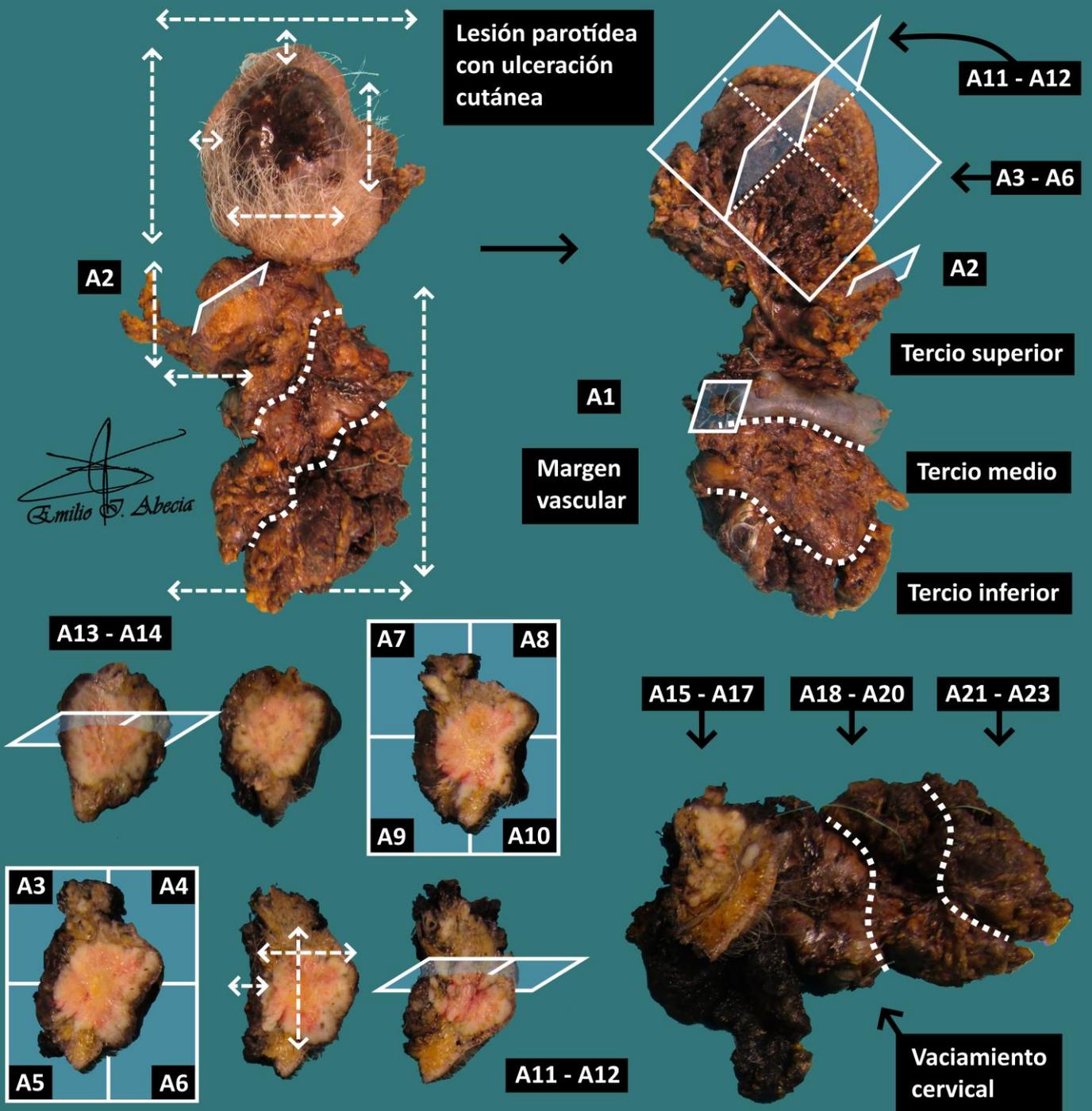


A TENER EN CUENTA

- Resecciones radicales cervicales con diferentes estructuras anatómicas (parche cutáneo, glándula salival, vaciamiento cervical, etc). Esta plantilla es un ejemplo de piezas complejas del área de cabeza y cuello, con varias estructuras que necesitan ser valoradas.
- Medir y orientar espacialmente la pieza, utilizando referencias quirúrgicas y estructuras anatómicas.
- Identificar lesiones y describirlas; teñir el margen quirúrgico superficie (se recomienda al menos dos colores para los márgenes).
- Seriar la pieza; localizar lesión, su distancia a márgenes quirúrgicos e infiltración de estructuras anatómicas.
- Describir superficie de corte de la lesión.
- Examinar en el parénquima si existen ganglios linfáticos (ganglio intraparotídeo), litiasis o alteraciones de los ductos salivares.
- Intentar identificar regiones en el vaciamiento; si no es posible o está fragmentado, aislar formaciones nodulares (ganglios linfáticos) por tercios o indistintamente. Tener en cuenta que la glándula submaxilar está en nivel I (antero-posterior), el esternocleidomastoideo es margen superficial y la vena yugular interna es margen profundo.
- Incluir cortes representativos:
 - Representar todos los márgenes quirúrgicos espaciales.
 - Incluir como norma al menos un corte por centímetro del eje mayor de la lesión, intentando representarlo en relación estructuras anatómicas o extremos de resección.
 - Incluir al menos un corte de parénquima salival sin lesión neoplásica, para valorar patología concomitante.
 - Intentar aislar unos 20 ganglios linfáticos en la pieza. Incluir todas las formaciones nodulares que se palpen u observan, e indicar si a la sección de los mismos se observan focos sugestivos de metástasis (anotar tamaño y describir).
 - Incluir los de gran tamaño en varios bloques si hace falta, aunque si son claramente metastásicos “de visu” no hace falta incluirlos totalmente (1 o 2 cortes que demuestren la invasión regional).



1. Orientar y medir pieza, con todos sus componentes anatómicos reconocibles
2. Medir lesiones externas (si visibles), así como distancia a márgenes quirúrgicos
3. Describir lesiones externas (si visibles)
4. Teñir margen / es quirúrgicos
5. Seriar pieza tumoral; medir espesor y distancia a margen profundo
6. Describir superficie de corte de la lesión
7. Describir parénquima salival (de parótida y submaxilar)
8. Palpar vaciamiento en busca de formaciones nodulares
9. Seccionar las de mayor tamaño e indicar si existe extensión regional
10. Incluir cortes representativos



BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Salivary Gland (Head & Neck)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/head-neck/salivary-gland/>
- *Resection (Partial or Total) (Head and Neck)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Salivary%20Gland.pdf>
- Seethala R.R., Bishop J.A., Faquin W.C., Hui Huang S., Katabi N., Lydiatt W., O'Sullivan B., Patel S., Pettus J.R., Williams L. (2023). *Major Salivary Glands* (v4.3.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/HN.MajorSalivary_4.3.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*_h2tafb*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Neck Dissections* (Head & Neck). Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/head-neck/neck-dissections/>
- *Head and Neck Lymph Node Dissection (Head and Neck)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Head%20and%20Neck%20Lymph%20Node%20Dissection.pdf>
- *Radical Neck Dissection (Standard, Modified, Extended, Regional) (Head and Neck)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Radical%20Neck%20Dissection%2004.14.22.pdf>
- 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 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.

