

GASTRECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe gastrectomía parcial / total, que mide XXX cm //, acompañado de epiplón / duodeno / etc. de XXX cm // con neoadyuvancia.
2. Externamente no se perciben particularidades // se observa una solución de continuidad en la serosa de XXX cm / se observa una lesión / induración superficial de X cm, localizada en X.
3. A la apertura no se observan particularidades // se identifica una lesión de XXX cm, localizada en tercio X / antro / incisura / cuerpo / fundus, en cara anterior / posterior, y a X cm de margen proximal / distal / radial.
4. Muestra una morfología polipoide / exofítica / ulcerativa / ulcerativo-infiltrante / difusa-infiltrante, de coloración parduzca / blanquecina, que ocluye el X % de la luz / etc.
5. Al corte, la lesión infiltra la muscular propia / la serosa / se limita a la mucosa, y muestra una superficie de corte X.
6. El resto de la mucosa gástrica no muestra alteraciones // muestra X características.
7. A la seriación e inspección, no se observan particularidades en el epiplón // se identifican uno / varios implantes de X cm de diámetro. Al corte muestra X características.
8. A la palpación se aíslan X formaciones nodulares en curvatura mayor / curvatura menor / área paraduodenal / paraesofágica / la mayor de ellas de X cm de diámetro.
9. Se realiza inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Gastrectomía por adenocarcinoma “difuso”):

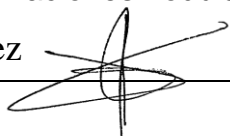
- A1: margen quirúrgico distal.
- A2: margen quirúrgico proximal.
- A3 y A4: cortes longitudinales de la lesión (fundus).
- A5 - A7: cortes transversales de la lesión (cuerpo).
- A8: corte representativo de tercio inferior (antro).
- A9: corte representativo de tercio medio.
- A10: corte representativo de tercio superior.
- A11 y A12: cortes representativos de epiplón.
- A13 - A16: 3 formaciones nodulares por bloque de curvatura mayor.
- A17 - A20: 3 formaciones nodulares por bloque de curvatura menor.

2ª. Ejemplo (Gastrectomía por GIST):

- A1: margen quirúrgico distal.
- A2: margen quirúrgico proximal.
- A3 - A6: una sección de la lesión.
- A7 - A8: cortes de la lesión en relación a la serosa.
- A9: corte representativo de tercio superior (fundus).
- A10: corte representativo de tercio medio (cuerpo).
- A11: corte representativo de tercio inferior (antro).
- A12 - A14: cortes representativos de epiplón.
- A15 - A17: 4 formaciones nodulares por bloque de curvatura mayor.
- A18 - A20: 4 formaciones nodulares por bloque de curvatura menor.

3ª. Ejemplo (Gastrectomía por adenocarcinoma “intestinal”):

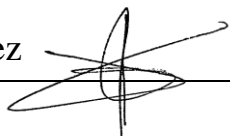
- A1: margen quirúrgico distal.
- A2: margen quirúrgico proximal.
- A3 - A5: cortes longitudinales de la lesión.
- A6: corte representativo de tercio superior (fundus).
- A7: corte representativo de tercio medio (cuerpo).
- A8: corte representativo de tercio inferior (antro).
- A9 y A10: cortes representativos de epiplón.
- A11 - A13: 4 formaciones nodulares por bloque de curvatura mayor.

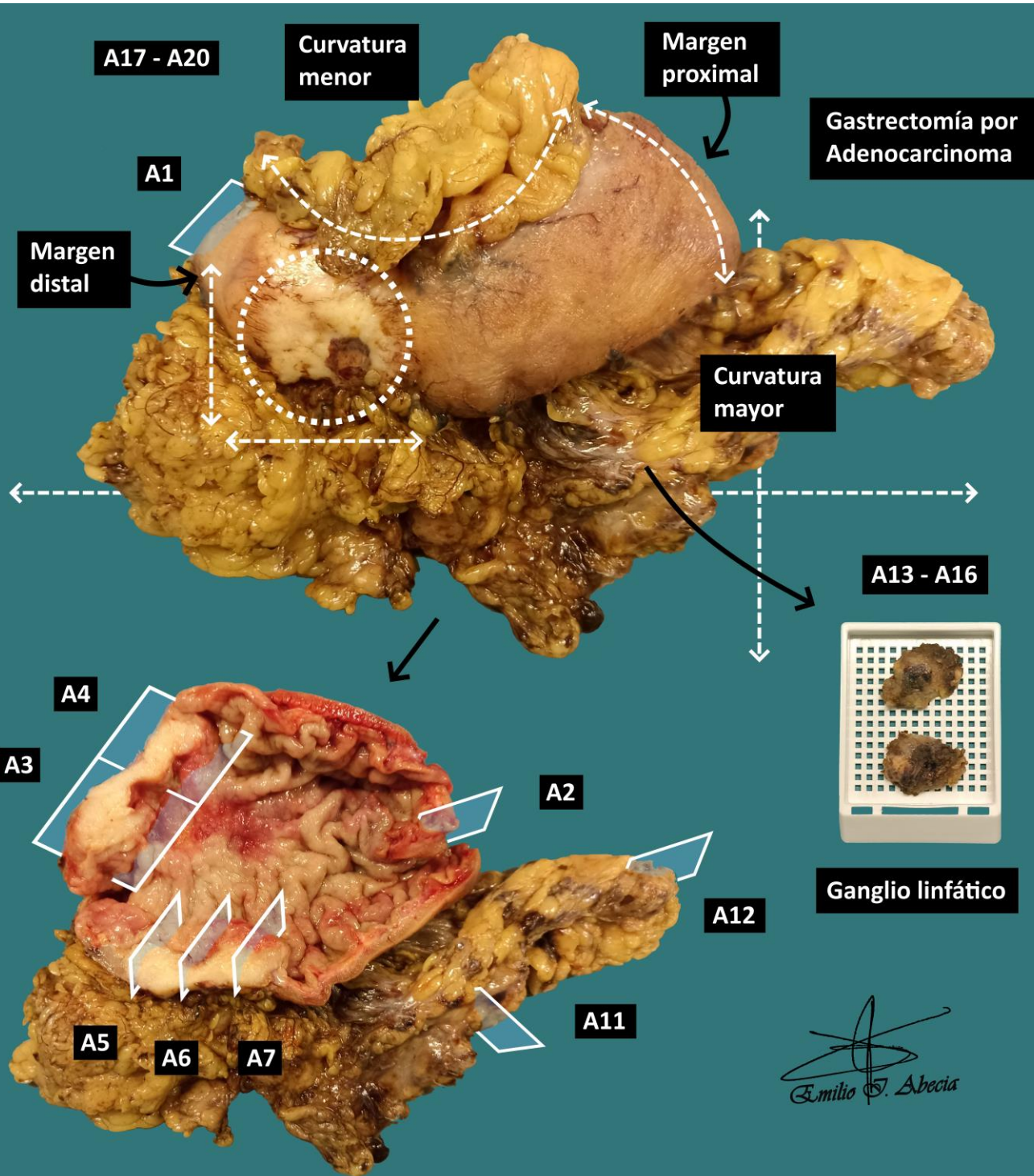


- A14 - A16: 4 formaciones nodulares por bloque de curvatura menor.

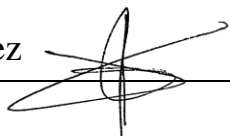
A TENER EN CUENTA

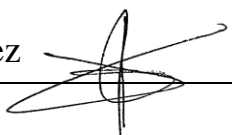
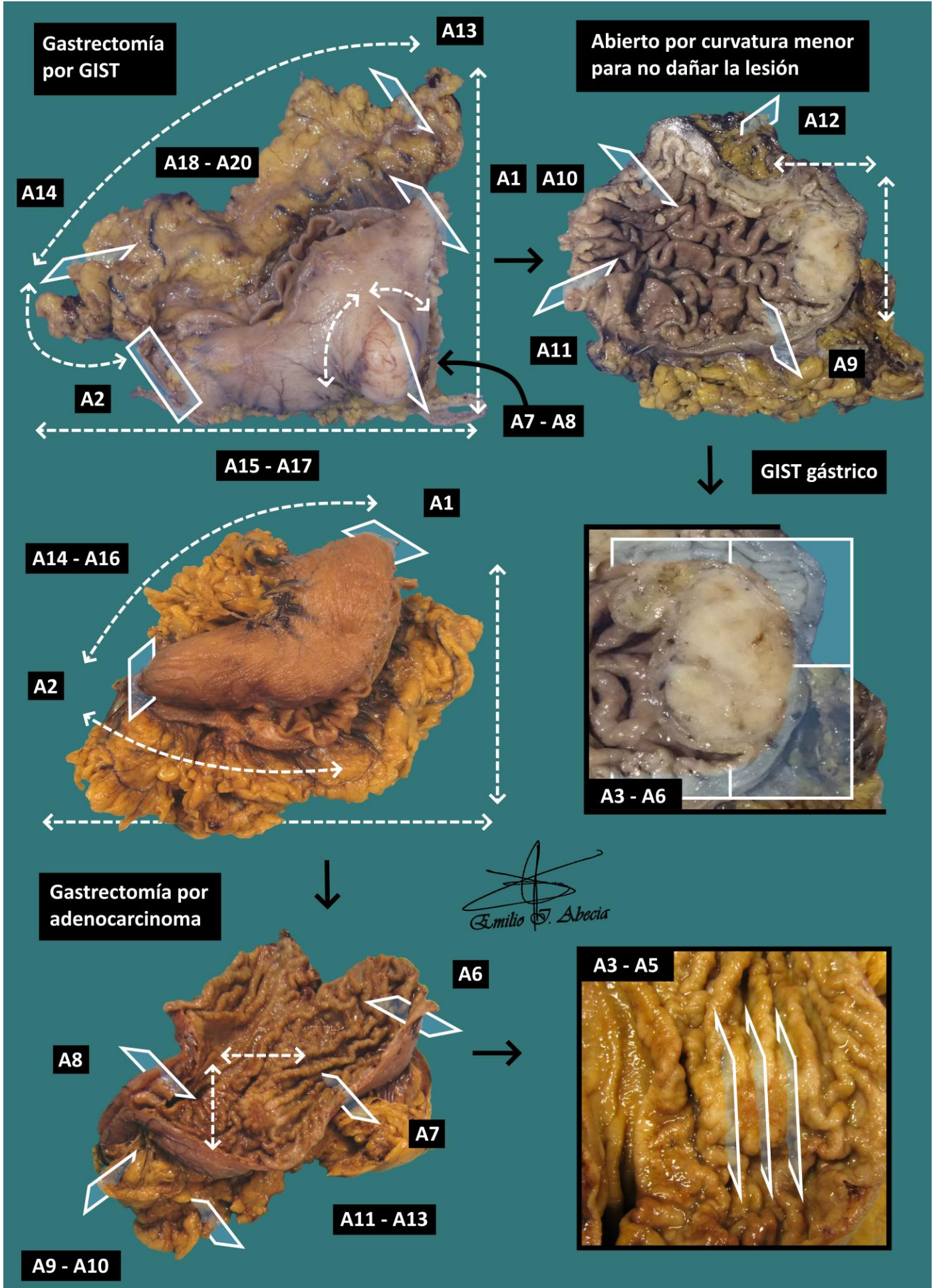
- Las gastrectomías tumorales pueden ser totales o parciales (mitad distal o proximal) dependiendo de la cirugía. Suelen tratarse de adenocarcinomas, tumores neuroendocrinos o del estroma gastrointestinal (GIST).
- Se recomienda consultar la historia clínica para comprobar localización, multifocalidad 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.).
- Abrir el estómago por curvatura mayor, salvo que el tumor se encuentre en esa de esa localización (abrir por curvatura menor para no dañar la lesión).
- Medir y describir la pieza. Si se observan perforaciones / adherencia de asas, indicarlo (estadio pT4 macroscópico).
- Algunos autores recomiendan teñir serosa subyacente al área tumoral.
- Abrir la pieza; medir y describir lesión. Si el tumor que afecta a la unión gastroesofágica es importante señalarlo, ya que si su epicentro está a <2 centímetros debe informarse según el protocolo TNM de esófago.
- Incluir cortes representativos:
 - Si la lesión está muy próxima a uno de los márgenes, considerar teñir o representar dicho extremo de forma perpendicular (en relación a la lesión) y no transversal.
 - Al menos un corte de la lesión por centímetro en el eje mayor. Es crucial representar el área de mayor infiltración de la pared.
 - 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.
- A la hora de incluir los ganglios hallados se debe indicar la procedencia de los mismos (curvatura mayor, curvatura menor, paraesofágicos, paraduodenales etc.). Si no se aíslan al menos 12 formaciones nodulares claras puede ser rentable incluir cortes representativos de tejido adiposo del área peritumoral.
- Si hay sospecha de linfoma, coger muestra en fresco para citometría de flujo según el protocolo del centro.





1. Orientar y medir estructuras anatómicas (estómago + epiplón)
2. Describir superficie externa
3. Abrir por curvatura mayor; localizar y medir lesión
4. Describir morfológicamente la lesión
5. Seccionar lesión e indicar nivel de infiltración macroscópico
6. Indicar si existen alteraciones o lesiones secundarias en el resto del estómago
7. Inspeccionar, palpar y seriar epiplón, en busca de implantes
8. Palpar tejido adiposo perigástrico en busca de formaciones nodulares
9. Incluir cortes representativos





BIBLIOGRAFÍA

- The Royal College of Pathologists of Australasia. *Gastric 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-gastric-cancer.aspx>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Stomach (Neoplastic)*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/stomach-neoplastic/>
- *Partial Gastrectomy (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/b3/gastrectomy-partial-2123.pdf?f=75b24705>
- *Total Gastrectomy (Gastrointestinal)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/36/gastrectomy-total-2123.pdf?f=9de535a2>
- Burgart L. J., Chopp W. V., MD; Jain D. (2023). **Stomach** (v4.4.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/documents/Stomach_4.4.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1xeaez*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Fanburg-Smith J.C, Bellizzi A.M., Bridge J.A., Murugan P., Laurini J.A., Miettinen M. (2022). *GIST, Resection* (v4.3.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Stomach.GIST_4.3.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*reqi1t*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Jain D., Chopp W.V., Graham R.P. (December 2023). *Stomach NET* (v5.0.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Stomach.NET_5.0.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1bdfdc*_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.

