

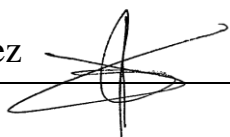
LARINGUECTOMÍA

1. Se recibe laringuectomía / hemilaringuectomía que mide XXX cm / acompañado de hueso hioides / glándula tiroides / base de lengua / traqueostomía de XXX cm.
2. Externamente no se observan particularidades // se observa una lesión superficial de X cm de diámetro, localizada en X, cara lateral derecha / izquierda.
3. Se tiñe margen de partes blandas con tinta.
4. A la apertura longitudinal por cara posterior se identifica una lesión de XXX cm, localizada en glotis / supraglotis / subglotis, y que abarca cara lateral derecha / izquierda / ambas caras. La lesión dista X cm de margen inferior y X cm de margen libre epiglótico, y parece infiltrar cuerda vocal derecha / izquierda / comisura anterior/ comisura posterior / repliegue ariepiglótico / etc.
5. Al corte, la lesión tiene un grosor de X cm, y parece infiltrar cartílago tiroides / cricoides / partes blandas de cara anterior / posterior, distando X cm de margen teñido.
6. La lesión es heterogénea / homogénea, de coloración parduzca / blanquecina, con bordes bien / mal delimitados y áreas de hemorragia / necrosis que suponen el X % de su volumen.
7. Se decalcifican X bloques en X al X %.
8. Se realiza inclusión de cortes representativos en:
 - A1: margen quirúrgico inferior.
 - A2: borde libre epiglótico.
 - A3: repliegue ariepiglótico derecho.
 - A4: repliegue ariepiglótico izquierdo.
 - A5: margen de partes blandas hacia anterior.
 - A6: margen de partes blandas hacia posterior.
 - A7: comisura anterior.
 - A8: Cuerda vocal derecha.
 - A9: Cuerda vocal izquierda.
 - A10: espacio pre-epiglótico.
 - A11- A14: una sección completa de la lesión.
 - A15: corte en relación a aritenoides / espacio para-epiglótico.
 - A16: corte en relación a cricoides / espacio post-cricocóideo.

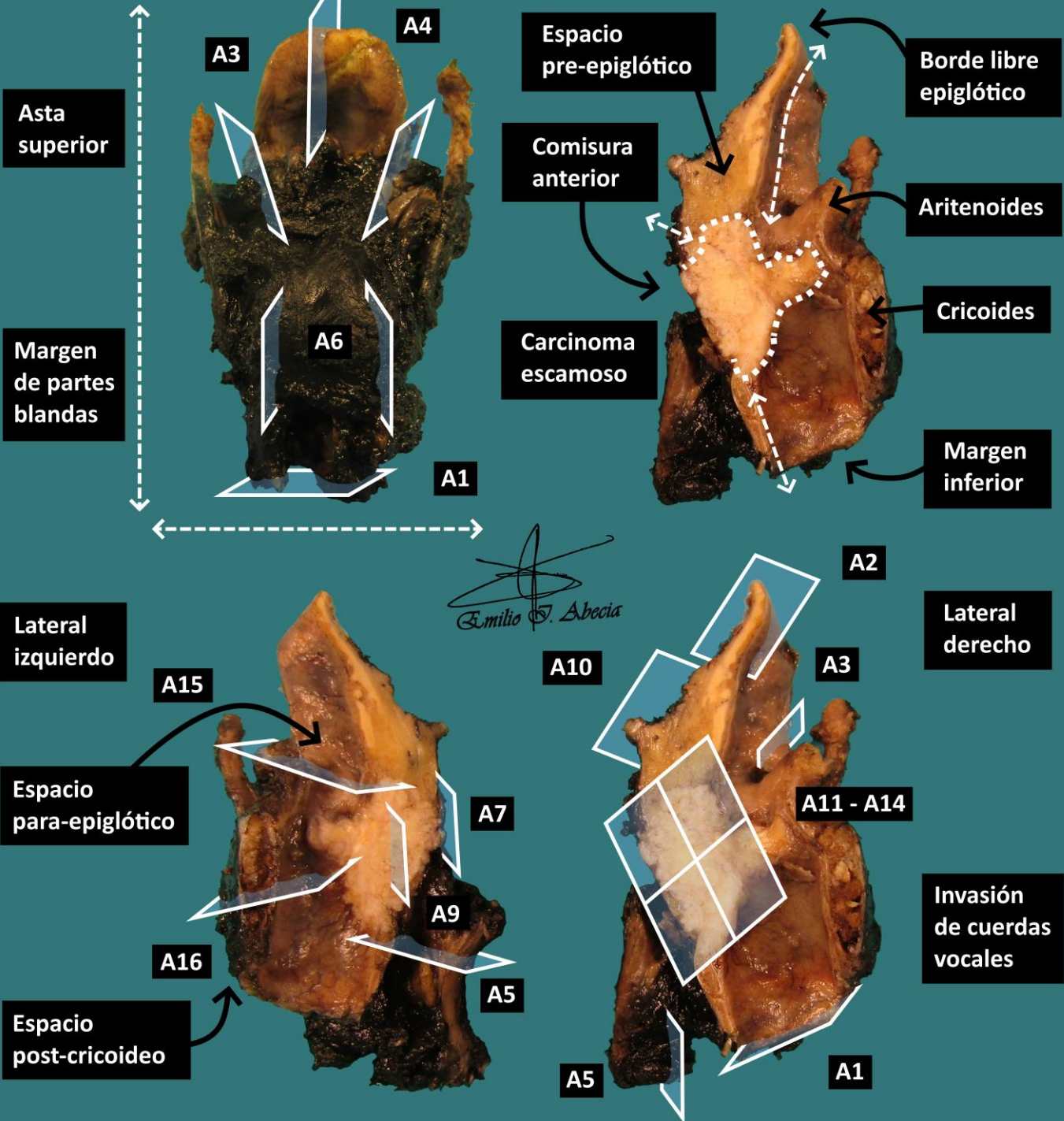
A TENER EN CUENTA

- Las laringuectomías o hemilaringuectomías revisten una de las piezas quirúrgicas más complejas de procesar por su anatomía.
- Se recomienda consultar pruebas de imagen para conocer la localización y comprobar si ha neoadyuvancia, ya que puede alterar las características macroscópicas de la lesión.
- Orientar, medir pieza y teñir margen de partes blandas; seccionar margen traqueal inferior y abrir longitudinalmente por cara posterior.
- Medir, describir y localizar lesiones (supraglóticas, glóticas y subglóticas), así como distancia a márgenes quirúrgicos e infiltración de estructuras.
- Incluir cortes representativos:
 - Margen inferior traqueal, margen de partes blandas y borde libre epiglótico.
 - Representar de forma protocolaria ciertas estructuras anatómicas (comisuras anterior y posterior, repliegues ariepiglóticos, espacio pre-epiglótico, cuerdas vocales y ventrículos, cartílago tiroides, cricoides, hueso hioides, glándula tiroidea, base de lengua...).
 - Incluir cortes y secciones del tumor en relación a estructuras anatómicas / márgenes, como normal al menos un corte por centímetro en el eje mayor de la lesión.
 - Si la pieza ha recibido neoadyuvancia y no se localiza en tumor, representar minuciosamente cualquier área indurada / ulcerada presente.
 - En hemilaringuectomías, representar totalmente margen mucoso / de línea media.
- Puede ser necesario decalcificar el cartílago tiroides o cricoides.

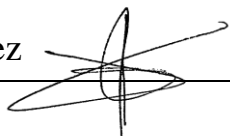
Emilio I. Abecia Martínez



Laringuectomía por Carcinoma escamoso



1. Orientar y medir pieza, así como sus componenetes anatómicos
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen de partes blandas
4. Abrir longitudinalmente; localizar y medir lesión, así como distancia a márgenes e infiltración de estructuras anatómicas
5. Seccionar lesión, indicar espesor e infiltración de estructuras anatómicas
6. Describir morfológicamente la lesión
7. Decalcificar cortes si es preciso
8. Inclusión de cortes representativos



BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Larynx (Head & Neck)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/head-neck/larynx/>
- UCLA Health. *Laryngectomy (Total & Hemi) (Head and Neck)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/LaryngectomyTotalandHemi060519.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). *Larynx* (v4.2.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/HN.Larynx_4.2.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*h2tafb*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- 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.

