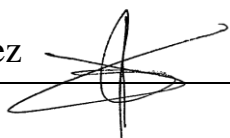


## SEGMENTECTOMÍA PULMONAR TUMORAL

1. Se recibe, consignado como lóbulo superior / medio / inferior derecho / izquierdo, resección atípica pulmonar que mide XXX cm.
2. Externamente se observa una pleura violácea / antracótica / íntegra, sin otras particularidades // se observa una retracción pleural / una solución de continuidad / una lesión externa de X cm de diámetro y que dista X cm de línea de grapas.
3. Se retira una línea de grapas de XX cm y se tiñe margen quirúrgico.
4. Al corte se observa una lesión de XXX cm, que dista a X cm de margen teñido y a X cm de pleura.
5. La lesión es homogénea / heterogénea, de morfología nodular / polilobulada, de bordes bien / mal delimitados, de coloración parda / blanquecina, con una cavitación central / focos de necrosis y hemorragia que suponen el X % del volumen total.
6. El resto del parénquima no muestra particularidades / muestra un aspecto antracótico / enfisematoso / "en panal de abeja" / fibroso // se observan lesiones bullosas que oscilan entre X y X cm.
7. Se realiza inclusión de cortes representativos en:
  - 1ª. Ejemplo (micronódulo pulmonar):
    - A1 - A2: inclusión total de la lesión.
    - A3: corte de parénquima pulmonar sin lesiones.
  - 2ª. Ejemplo (nódulo pulmonar):
    - A1 - A4: inclusión subtotal de la lesión.
    - A5: corte de parénquima pulmonar sin lesiones.

### A TENER EN CUENTA

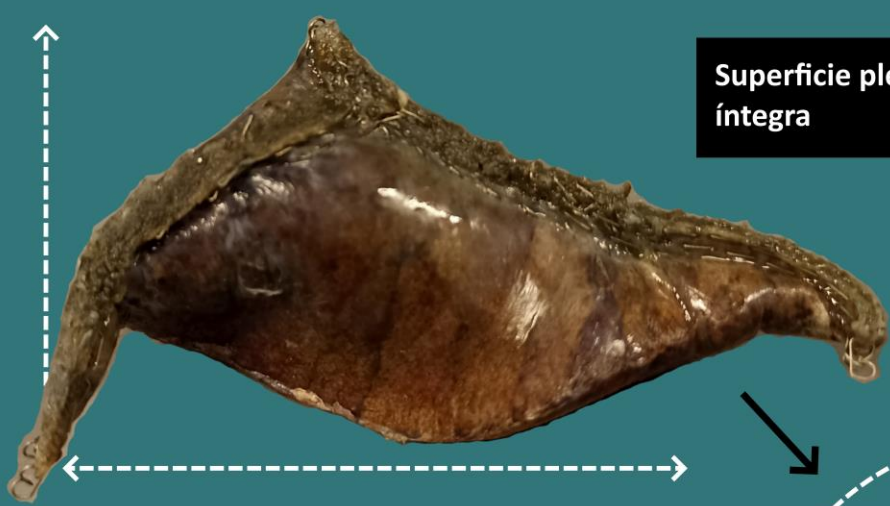
- Cirugías segmentarias de pulmón, realizadas en lesiones periféricas subsidiarias de tratamiento electivo.
- Se recomienda consultar la historia clínica para documentarse acerca del tipo de lesión (tumor primario vs metastásico), patología pulmonar de base o pruebas de imagen.
- Medir pieza y describir superficie pleural externa.
- Suelen recibirse con un margen suturado; al separar la línea de grapas tener cuidado con alterar la lesión, evitando errores en el tallado y/o contaminación de la pieza.
- Medir espesor de la línea de sutura una vez retirada y teñir margen. Algunos especialistas recomiendan teñir de otro color la superficie pleural.
- Seriar pieza; localizar y medir lesión, así como indicar distancia a margen y a pleura.
- Incluir cortes representativos:
  - Valorar la inclusión total / subtotal de la lesión, con un corte completo con el diámetro máximo y otros en relación a margen quirúrgico pulmonar y a superficie pleural.
  - Si no se identifica lesión incluir toda la pieza.
  - Incluir un corte de parénquima sin lesión neoplásica para valorar posibles patologías concomitantes.



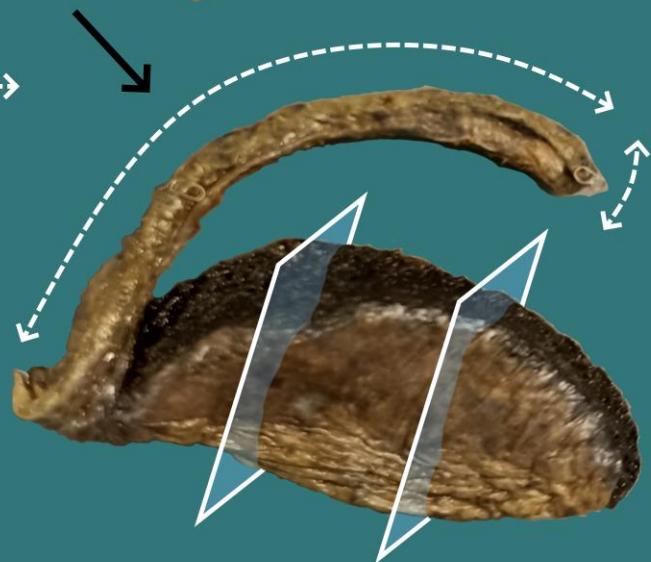
*Emilio I. Abecia*

Superficie pleural íntegra

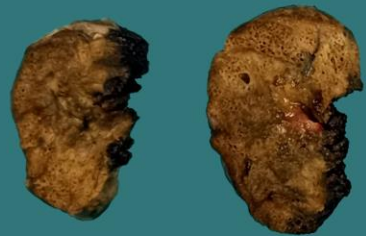
Retirar margen de sutura



1. Medir pieza
2. Describir superficie externa, identificando posibles lesiones
3. Retirar línea de sutura y teñir margen
4. Seriar la pieza; medir lesión y distancia a margen de parénquima pulmonar
5. Describir morfológicamente la lesión
6. Describir parénquima pulmonar
7. Cortes representativos de la pieza



Primer ejemplo



A1

A3



Distancia a pleura



A2

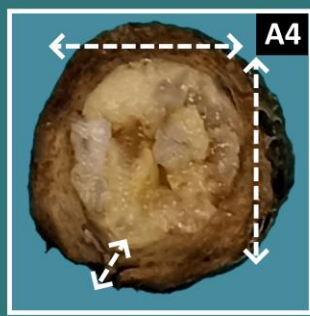
Segundo ejemplo



A1

A2

A3



Distancia a margen quirúrgico pulmonar



Corte de parénquima pulmonar sin tumor

*Emilio I. Abecia*

## BIBLIOGRAFÍA

- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2021). *Thoracic Tumours* (5th ed., vol. 5). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Thoracic-Tumours-2021>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Lung Wedge Biopsy (Thorax & Peritoneum)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/thoracic/lung-wedge-biopsy/>
- *Wedge Resection (Pulmonary)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Wedge%20Resection%2010.06.20.pdf>
- Schneider F., Butnor K.J., Beasley M.B., Dacic S. (2022). *Lung, Resection (v4.3.0.1)*. College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: [https://documents.cap.org/protocols/Lung\\_4.3.0.1.REL\\_CAPCP.pdf?\\_gl=1\\*1av0k6b\\*\\_ga\\*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy\\*\\_ga\\_97ZFJSQQ0X\\*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA](https://documents.cap.org/protocols/Lung_4.3.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1av0k6b*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA)
- 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.*

