

COLECISTECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe colecistectomía que mide XXX cm.
2. Externamente tiene una coloración verdosa / grisácea / negruzca, con pared íntegra / perforada, con solución de continuidad de XXX cm // se reconoce una masa / área indurada mal delimitada, de XXX cm, localizada en X.
3. Se tiñe margen externo con tinta.
4. A la apertura, se observa una lesión neoplásica de XXX cm, localizada a X cm de infundíbulo / cístico y que parece / no parece infiltrar la pared // se encuentra a X cm de margen teñido.
5. La lesión tiene un aspecto polipoide / exofítica / ulcerativa / ulcerativo-infiltrante, de coloración parduzca / blanquecina, consistencia indurada, etc.
6. Al corte parece infiltrar la capa muscular / adiposa / serosa // parece limitarse a la mucosa, y se encuentra a X cm de margen teñido.
7. El contenido biliar es verdoso / negruzco, sin hallarse formaciones litiásicas en su interior // con una / varias formaciones litiásicas de coloración X, consistencia X y que miden XXX cm. La pared mide X mm de grosor.
8. Se realiza inclusión de cortes representativos en bloques:

1ª. Ejemplo (Colecistectomía con pólipo en vértice):

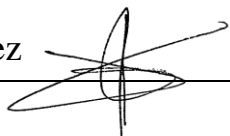
- A1: margen infundibular.
- A2 y A3: cortes de la lesión tumoral.
- A4: corte de la lesión en relación a parénquima.
- A5: corte en relación a margen profundo.
- A6: corte de mucosa.
- A7: formación nodular compatible con ganglio cístico.

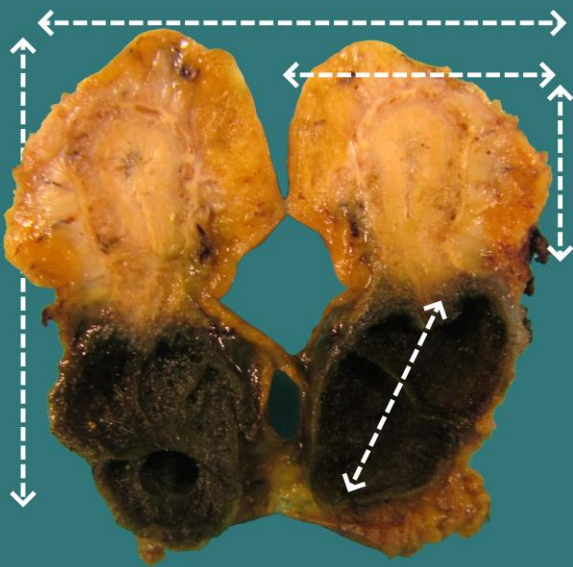
2ª. Ejemplo (Vesícula biliar en porcelana con lesión maligna):

- A1: margen infundibular.
- A2 - A5: un corte completo de la lesión tumoral.
- A6: corte en relación a la serosa.
- A7: corte de la lesión en relación a parénquima.
- A8: corte de mucosa.
- A9: formación nodular compatible con ganglio cístico.

A TENER EN CUENTA

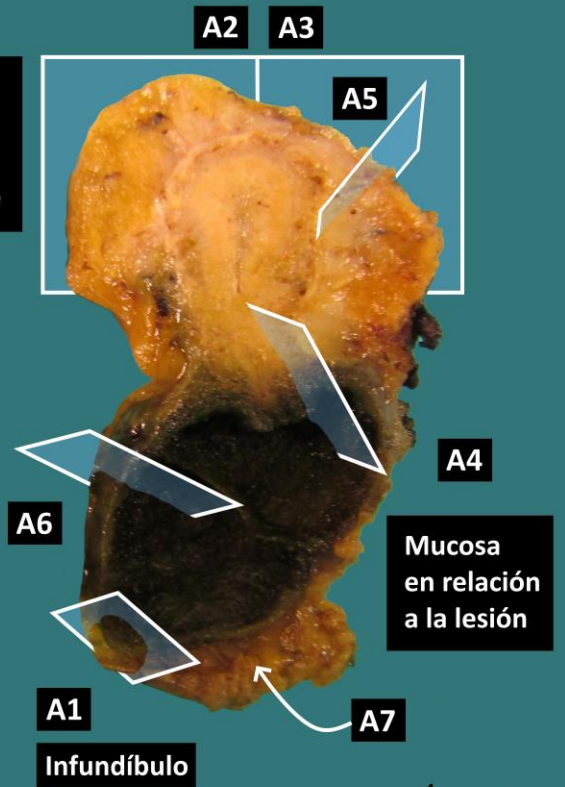
- Resección de vesícula biliar con diagnóstico o sospecha de malignidad por pruebas de imagen. Frecuentemente se observan como hallazgo incidental en una vesícula extirpada por otra causa.
- Medir y describir la pieza; indicar posibles engrosamientos o perforaciones de la pared.
- Teñir margen próximo / en contacto con el hígado y abrir la vesícula.
- Localizar, medir y describir la lesión. Medir su distancia a conducto cístico y nivel de infiltración de estructuras.
- Describir además otros hallazgos no neoplásicos de la pieza (litiasis, contenido biliar, etc.).
- Incluir cortes representativos:
 - Representar conducto cístico.
 - Representar bien la lesión neoplásica (al menos un corte por centímetro del eje mayor de la lesión), así como distancia más cercana al "margen".
 - Incluir algún corte de parénquima sin lesiones (para valorar patología concomitante).
 - Intentar identificar e incluir ganglio linfático pericístico, ya que se correspondería con el ganglio centinela.





Colecistectomía con pólipo en vértice

Las lesiones se suelen producir en el vértice

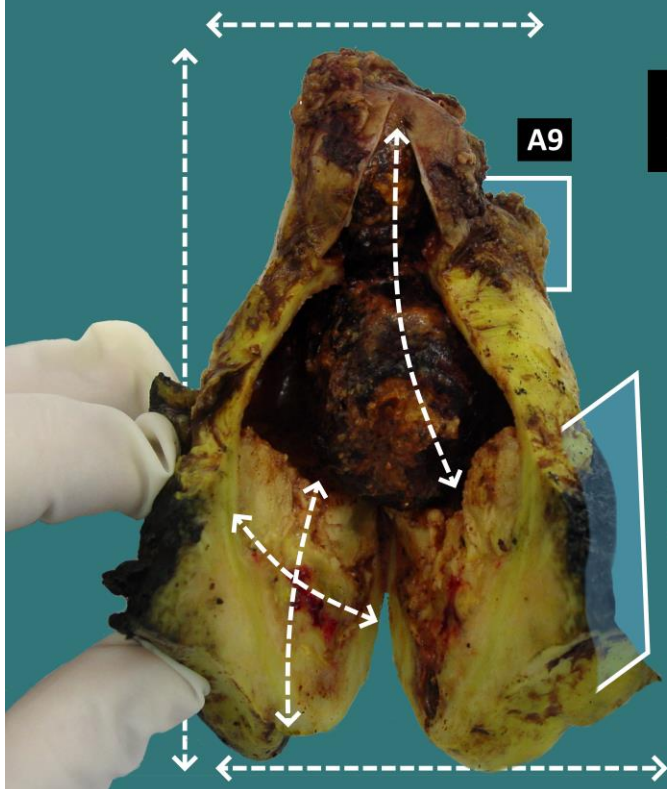


Mucosa en relación a la lesión

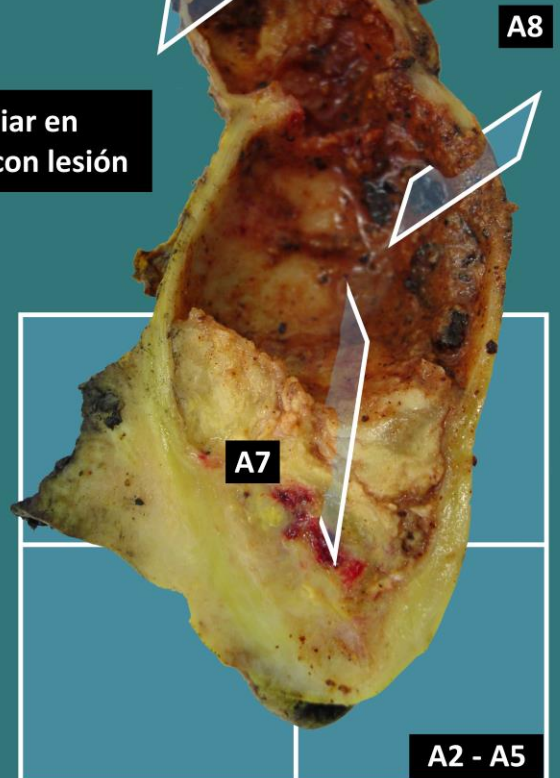
Infundíbulo

Emilio I. Abecia

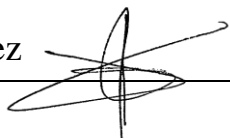
1. Orientar y medir la pieza
2. Describir superficie externa de la pieza
3. Teñir superficie externa (margen "hepático")
4. Abrir y localizar lesión; indicar nivel de infiltración y distancia a márgenes
5. Describir morfológicamente la lesión
6. Describir resto de superficie no neoplásica
7. Buscar ganglios en infundíbulo / tejido adiposo
8. Inclusión de cortes representativos



Vesícula biliar en porcelana con lesión



A2 - A5



BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Gallbladder*. Gross Pathology Manual (University of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gi-liver/gallbladder/>
- *Cholecystectomy (Neoplastic) (Hepatobiliary)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Cholecystectomy%20%28Neoplastic%29.pdf>
- Burgart L. J., Chopp W. V., MD; Jain D. (2021). *Gallbladder* (v4.2.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Gallbladder_4.2.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1lax37z*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- 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.

