

ORQUIECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe pieza de orquiectomía inguinal derecha / izquierda que pesa X g. y está compuesta por testículo de XXX cm y cordón espermático de XXX cm.
2. Externamente no muestra particularidades // se observa una lesión superficial de X cm, que dista X cm de margen de cordón espermático.
3. Se tiñe superficie de la pieza con tinta.
4. A la sección de la pieza, se identifica una lesión única / múltiple, que mide XXX cm y dista X cm de margen de cordón espermático y X cm de margen de túnica albugínea / vaginal.
5. La lesión está confinada al parénquima testicular // infiltra la albugínea / vaginal / la rete testis / el epidídimo / tejido adiposo hiliar / el cordón espermático y representa aproximadamente el % del volumen testicular. Muestra una morfología heterogénea / homogénea, con bordes bien / mal delimitados, una coloración X, áreas hemáticas / necróticas que representan el X% del volumen tumoral total.
6. El resto del parénquima mide XXX cm y no muestra alteraciones // muestra un aspecto atrófico / nodular / fibrótico, etc.
7. Inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Orquiectomía por seminoma):

- A1: Margen del cordón espermático.
- A2: cortes representativos de cordón espermático.
- A3-A5: una lesión completa de la lesión.
- A6: tumor en relación a margen quirúrgico / albugínea / vaginal.
- A7: corte de epidídimo.
- A8: corte de rete testis / tejido adiposo hiliar.
- A9: parénquima testicular sin lesiones neoplásicas.

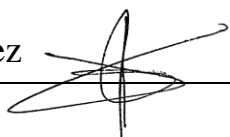
2ª. Ejemplo (Orquiectomía por rhabdomyosarcoma):

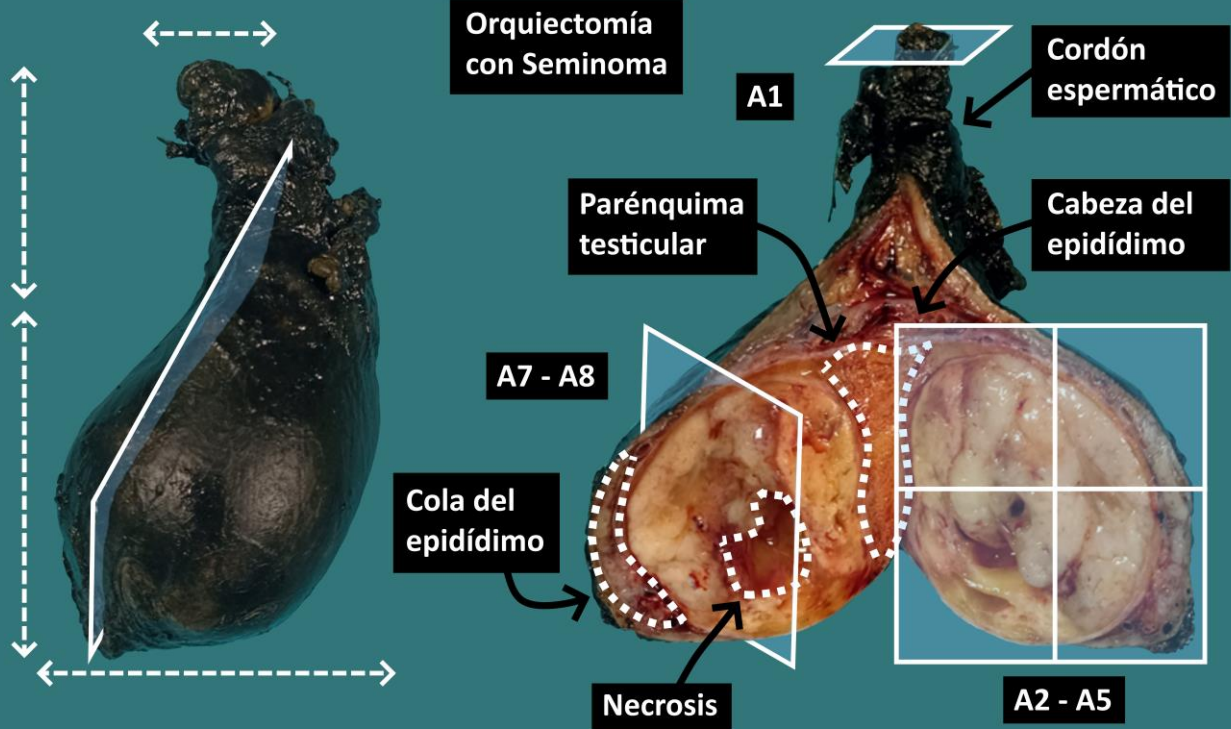
- A1: Margen del cordón espermático.
- A2 - A7: una lesión completa de la lesión.
- A8 - A9: cortes de la lesión en relación a margen quirúrgico / albugínea / vaginal.
- A10: parénquima testicular sin lesiones neoplásicas.
- A11: lesión en relación a epidídimo / rete testis / tejido adiposo hiliar.

A TENER EN CUENTA

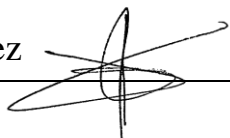
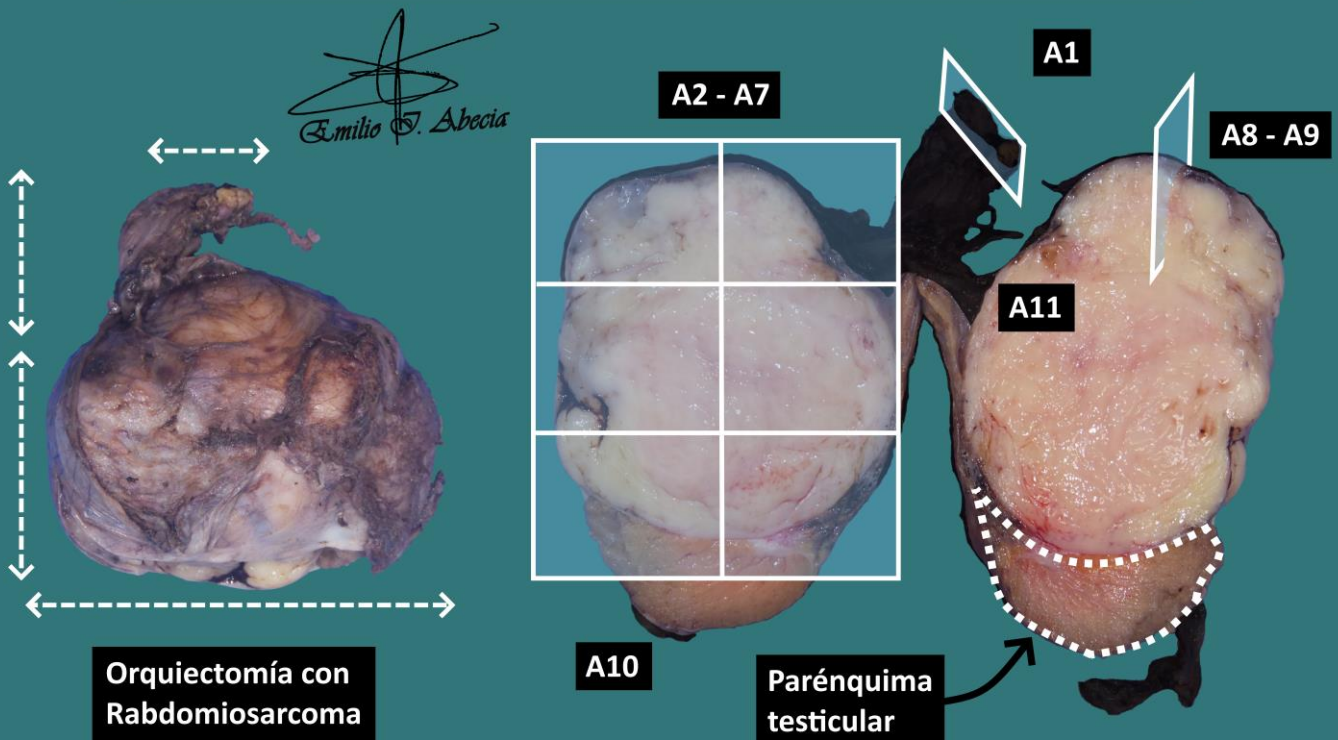
- Resecciones testiculares por patología tumoral. Una orquiectomía total se compone de testículo + epidídimo + cordón espermático; si no se considera orquiectomía parcial.
- Se recomienda consultar historia clínica y pruebas de imagen para conocer sospecha diagnóstica, multifocalidad, infiltración de estructuras, etc.
- Medir, pesar, orientar y describir superficie externa de la pieza.
- Se recomienda incluir margen de cordón espermático antes de seriar la pieza, ya que podría haber contaminación si el tumor es muy friable.
- Teñir la superficie externa y seccionar longitudinalmente el testículo y el cordón espermático. Después, realizar el resto de cortes paralelos o perpendiculares.
- Localizar, medir y describir superficie de corte de la lesión, así como estado de parénquima testicular y otras estructuras.
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir margen de cordón espermático.
 - Al menos un corte por centímetro del eje mayor de la lesión. Representar bien los márgenes espaciales, relación con parénquima no neoplásico y con otras estructuras anatómicas.
 - Representar un par de cortes de parénquima sin lesiones (testículo, epidídimo, etc).

Emilio I. Abecia Martínez





1. Pesar, orientar y medir pieza, así como estructuras anatómicas
2. Describir superficie externa
3. Teñir margen quirúrgico
4. Seccionar, localizar y medir lesión, así como infiltración de estructuras
5. Describir superficie de corte de la lesión
6. Indicar lesiones secundarias o alteraciones parenquimatosas presentes
7. Incluir cortes representativos



BIBLIOGRAFÍA

- *Orchiectomy (Neoplastic) (Genitourinary)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/f8/orchiectomy-neoplastic-022223.pdf?f=8d6d3025>
- Cipriani N., Rose S. (2019). *Testis (GU & Renal)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gu-renal/testis/>
- Murugan P., Paner G.P., Harik L.R., Amin M.B., Berney D., Eggener S.E., Idress M.T., Ingram F., Jimenez R.E., Kao C.S., Sirintrapun S.J., Tickoo S.K. (2023). *Testis Radical Orchiectomy (v4.2.0.0)*. College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Testis_4.2.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1qgw4n0*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2022). *Urinary and Male Genital Tumours* (5th ed., vol. 8). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Urinary-And-Male-Genital-Tumours-2022>
- 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.

