

TIROIDECTOMÍA TOTAL

1. Se pieza tiroidectomía total que pesa X g y está compuesta por lóbulo izquierdo de XXX cm, lóbulo derecho de XXX cm e istmo de XXX cm.
2. Externamente no muestra particularidades // muestra un aspecto multinodular / nodular / irregular, con superficie lisa / rasgada / con fragmentos de tejido muscular.
3. Se tiñe la superficie de la pieza con tinta china.
4. Al corte se observa un parénquima acaramelado sin otras particularidades // el lóbulo derecho / izquierdo muestra nódulo dominante de XXX cm, encapsulado / no encapsulado que se encuentra a X cm de margen teñido // se observa una superficie, con lesiones que oscilan entre X y X cm, muestran características X y se localizan respectivamente a X cm de margen más cercano.
5. Las lesiones muestran una superficie sólida / quística, de aspecto homogéneo / heterogéneo / coloideo / hemorrágico / calcificado / parduzco, etc.
6. Se realiza inclusión de muestras representativas

1ª. Ejemplo (Tiroidectomía por bocio multinodular):

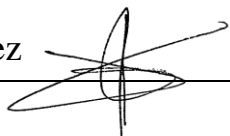
- A1 - A3: cortes de lóbulo izquierdo.
- A4: corte de istmo.
- A5 - A7: cortes de lóbulo derecho.

2ª. Ejemplo (Tiroidectomía por adenoma folicular):

- A1: margen superior perpendicular ("en cruz").
- A2: margen inferior perpendicular ("en cruz").
- A3 - A6: dos secciones completas de la lesión.
- A7 - A15: inclusión total de la cápsula.
- A16: corte de istmo.
- A17 - A19: cortes representativos de lóbulo izquierdo.

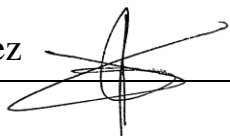
3ª. Ejemplo (Tiroidectomía por carcinoma anaplásico):

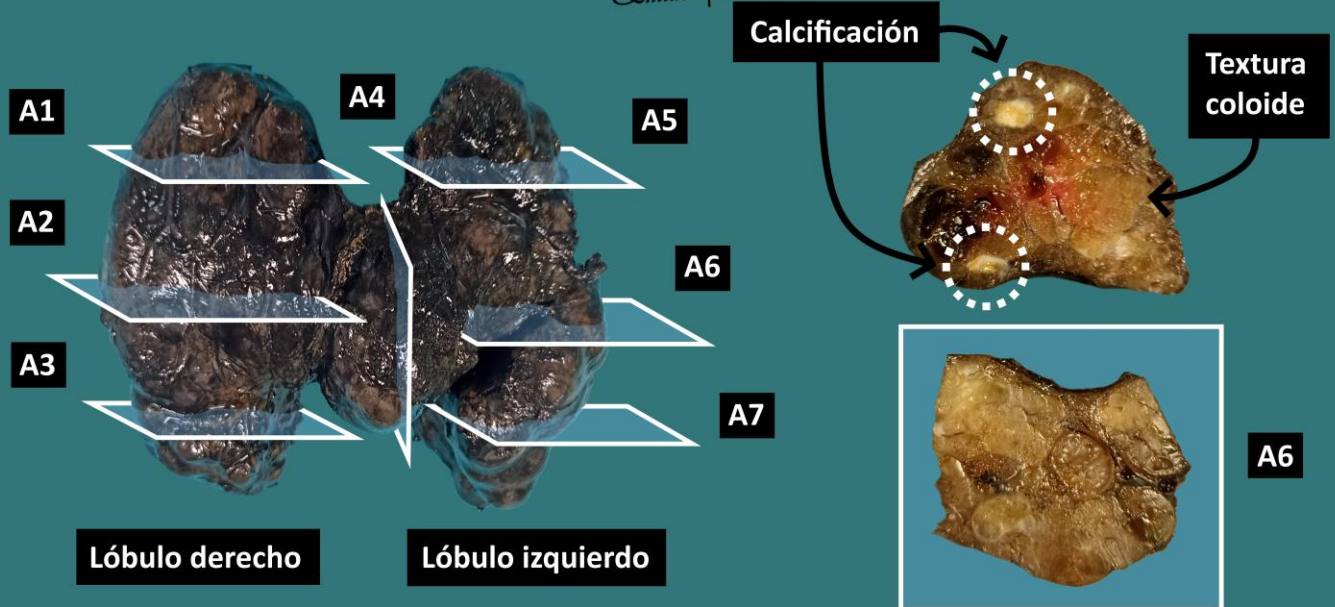
- A1: margen superior perpendicular ("en cruz").
- A2: margen inferior perpendicular ("en cruz").
- A3 - A9: una sección completa de la lesión.
- A10 - A14: otras secciones en relación a margen.
- A15: corte de istmo.
- A16: cortes de lóbulo derecho.



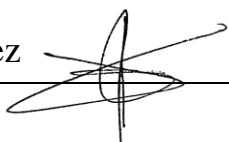
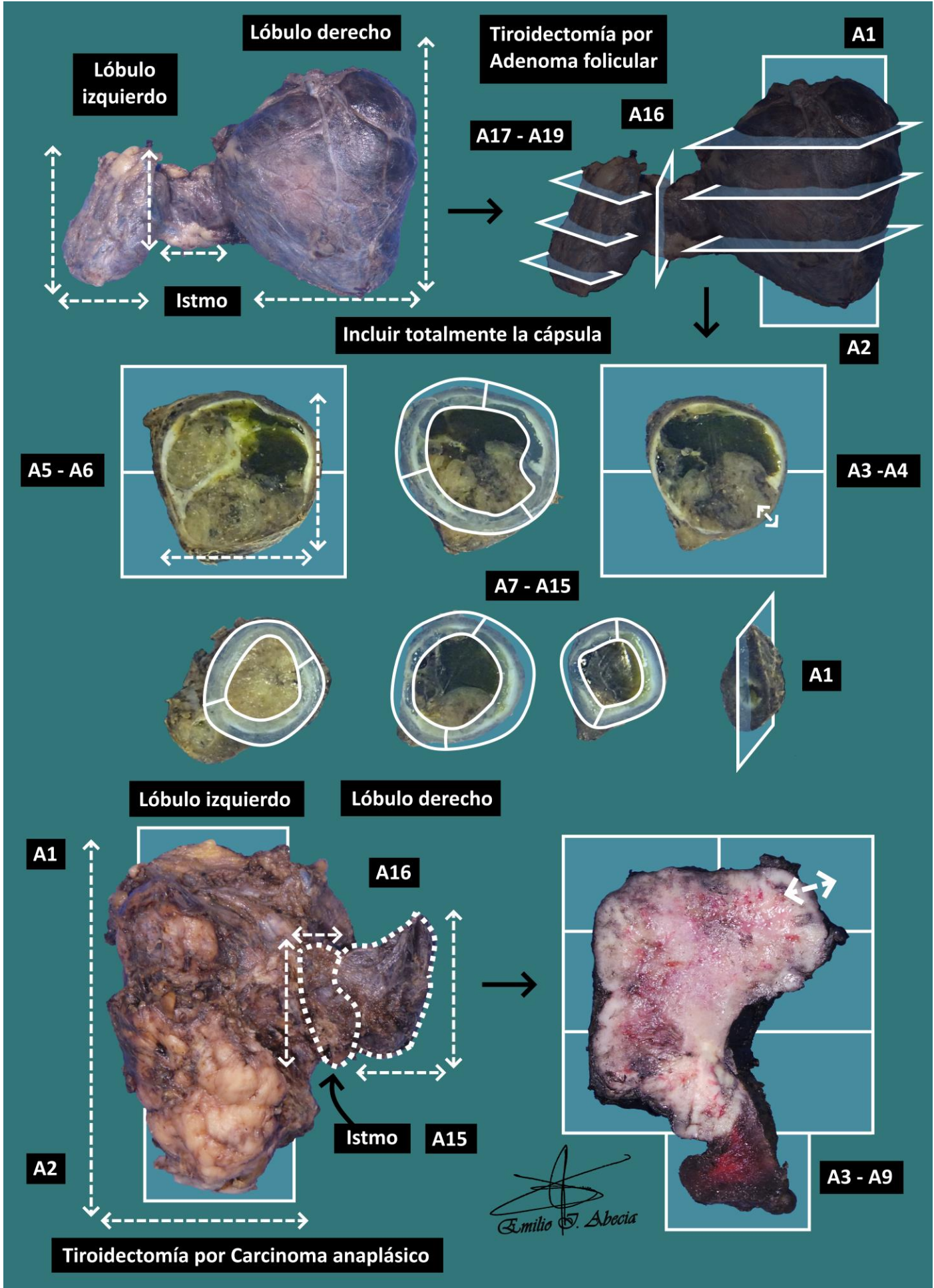
A TENER EN CUENTA

- Las tiroidectomías totales (lóbulo derecho + istmo + lóbulo izquierdo) pueden realizarse por diversas causas neoplásicas benignas (adenomas foliculares o bocio multinodular) o malignas (carcinoma folicular, papilar, medular o anaplásico).
- Debido a la implicación en el tallado, se recomienda consultar historia clínica y pruebas de imagen para conocer localización, multifocalidad y diagnóstico de presunción (a menudo citológico).
- Pesar, orientar, medir y describir superficie externa de la pieza.
- Teñir con tinta y seriar transversalmente. Algunos autores tiñen de diferentes colores los lóbulos o el margen anterior / posterior.
- Localizar y medir las diferentes lesiones.
- Describir superficie de corte de las lesiones. Es importante observar si existen lesiones encapsuladas, ya que la invasión de la misma es el criterio definitorio de malignidad en lesiones foliculares.
- Incluir cortes representativos:
 - En piezas no tumorales y / o sin lesiones bien delimitadas representar los tres lóbulos (7 cortes aproximadamente). Algunos especialistas recomiendan incluir un corte por centímetro de la pieza en bocios multinodulares.
 - Si se observan nódulos dominantes, incluir al menos un corte por centímetro del eje mayor de la lesión, además de representar su relación con todos los márgenes quirúrgicos.
 - Si se observan varias lesiones bien definidas, medir la distancia a márgenes e incluir las de mayor tamaño / características de mayor malignidad.
 - Si se observa cápsula se debe incluir la totalmente en relación a márgenes de resección. No hace falta incluir toda la lesión (ver imagen).
 - Si el paciente está diagnosticado con síndrome MEN, valorar inclusión total de la pieza. Si tiene un carcinoma medular previamente conocido, incluir cortes de los polos superiores e inferiores para valorar hiperplasia de células "C".





1. Pesar, orientar y medir diferentes lóbulos de la pieza
2. Describir superficie externa de la pieza
3. Teñir superficie con tinta china
4. Seriar, localizar y medir posibles lesiones quísticas o sólidas halladas
5. Describir superficie de corte de las lesiones
6. Incluir cortes representativos



BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Thyroid (Head & Neck)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/head-neck/thyroid/>
- *Thyroidectomy (Head and Neck)*. Gross Manual. UCLA Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://www.uclahealth.org/sites/default/files/documents/Thyroid.pdf>
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2017). *WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs* (4th ed, vol. 10). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Endocrine-Organs-2017>
- Mete O., Asa S.L., Baloch Z.W., Erickson L., Ezzat S., Rotstein L., Sawka A.M., Seethala R.R., Zafereo M., (2023). *Thyroid* (v4.4.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/documents/Thyroid_4.4.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*1bdfdcl*_ga*M Tc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcxwMi4xLjEuMTcxND Q3NDExMy4wLjAuMA
- 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.

