

HISTERECTOMÍA TUMORAL

1. Se recibe histerectomía + doble salpinguectomía / anexectomía, izquierda / derecha, que pesa X g. y está compuesta por útero con cuerpo de XXX cm, con cuello de XXX cm y ectocérvix de XX cm. La trompa izquierda / derecha mide XXX cm; el ovario derecho / izquierdo mide XXX cm.
2. Externamente se observa una serosa sin particularidades // se observa en cara anterior / posterior, lateral derecha / izquierda, X formaciones nodulares blanquecinas, que miden XXX cm / que oscilan entre X y X cm de diámetro.
3. A la apertura de la pieza, se observa en cara posterior / anterior / ambas caras una lesión de que mide XXX cm, sin invadir / infiltrando el canal endocervical / parametrios / cuernos uterinos derecho / izquierdo.
4. La lesión muestra un aspecto exofítico / polipoide / sólido / papilar, con una coloración parduzca / blanquecina / hemorrágica, etc.
5. Al corte se observa una invasión del miometrio mayor de X cm, menor / mayor del 50% del espesor total (X cm), y se localiza a X cm de la serosa.
6. La lesión tiene unos bordes bien / mal delimitados, con superficie de corte homogénea / heterogénea, etc.
7. El anejo derecho / izquierdo no muestra particularidades / muestra un aspecto atrófico / muestra quistes paratubáricos que oscilan entre X y X cm de diámetro / muestra una lesión de XXX cm de características X.
8. Inclusión de cortes representativos en:

1ª. Ejemplo (Histerectomía con Adenocarcinoma I):

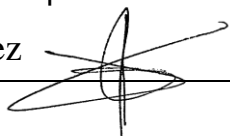
- A1: Cortes de trompa derecha.
- A2: Ovario derecho.
- A3: Parametrios derechos.
- A4: Cortes de trompa izquierda.
- A5: Ovario izquierdo.
- A6: Parametrios izquierdos.
- A7 - A9: cérvix, istmo y endometrio de cara anterior (de inferior a superior).
- A10 - A12: cérvix, istmo y endometrio de cara posterior (de inferior a superior).
- A13 - A15: otros cortes de la lesión en relación a serosa.

2ª. Ejemplo (Útero bicorne con Adenocarcinoma):

- A1: Cortes de trompa derecha.
- A2: Ovario derecho.
- A3: Parametrios derechos.
- A4: Cortes de trompa izquierda.
- A5: Ovario izquierdo.
- A6: Parametrios izquierdos.
- A7 - A9: cérvix, istmo y endometrio de cara anterior (de inferior a superior).
- A10 - A12: cérvix, istmo y endometrio de cara posterior (de inferior a superior).
- A13 - A15: otros cortes de la lesión en relación a serosa.
- A16: cortes de fornación nodular de cara anterior (X cm).

3ª. Ejemplo (Histerectomía con Adenocarcinoma II):

- A1: Cortes de trompa derecha.
- A2: Ovario derecho.
- A3: Parametrios derechos.
- A4: Cortes de trompa izquierda.
- A5: Ovario izquierdo.
- A6: Parametrios izquierdos.



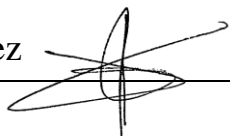
- A7 - A9: cérvix, istmo y endometrio de cara anterior (de inferior a superior).
- A10 - A12: cérvix, istmo y endometrio de cara posterior (de inferior a superior).
- A13 - A16: otros cortes de la lesión en relación a serosa.
- A17: cortes de fornación nodular de cara anterior (X cm).

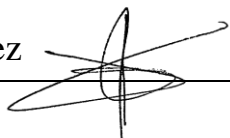
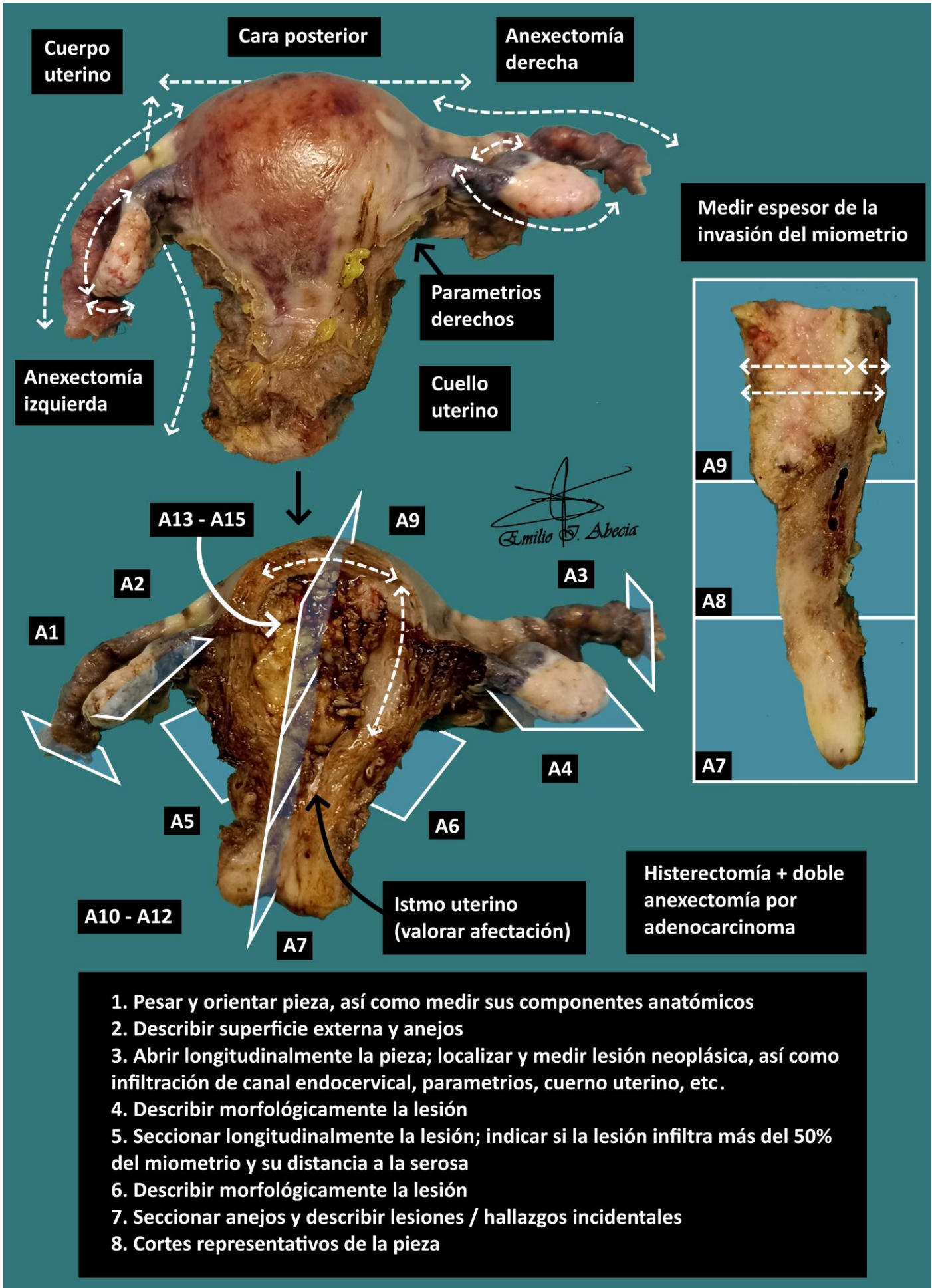
4ª. Ejemplo (Histerectomía con Mola Hidatiforme):

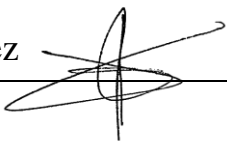
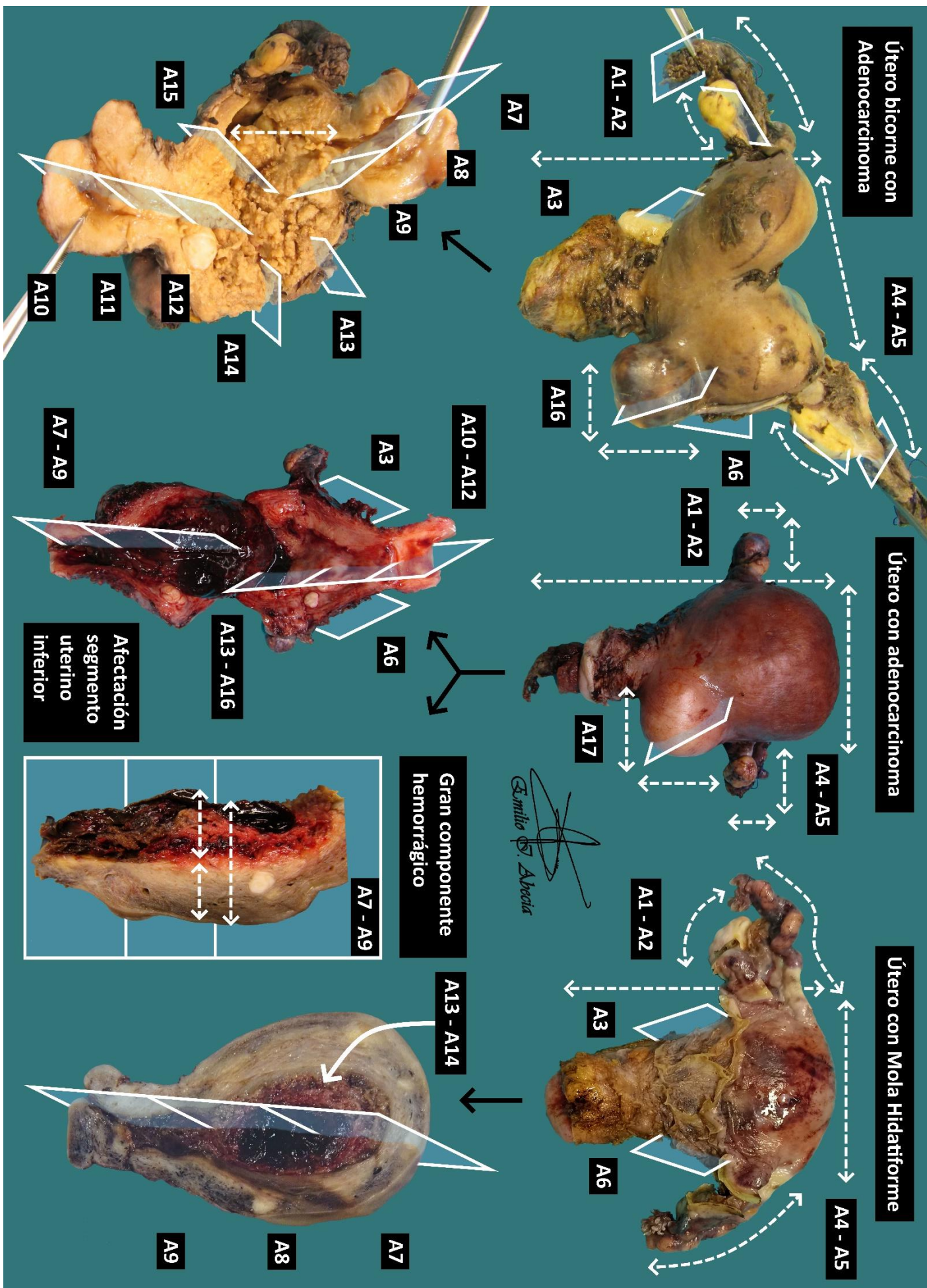
- A1: Cortes de trompa derecha.
- A2: Ovario derecho.
- A3: Parametrios derechos.
- A4: Cortes de trompa izquierda.
- A5: Ovario izquierdo.
- A6: Parametrios izquierdos.
- A7 - A9: cérvix, istmo y endometrio de cara anterior (de inferior a superior).
- A10 - A12: cérvix, istmo y endometrio de cara posterior (de inferior a superior).
- A13 - A14: otros cortes de la lesión en relación a serosa.

A TENER EN CUENTA

- Histerectomía por motivos neoplásicos, con o sin anexectomía / ooforectomía / salpinguectomía añadida.
- Se recomienda consultar la historia clínica para conocer si existe mutación de BRCA, comprobar pruebas de imagen, infiltración, multifocalidad o si la pieza ha recibido neoadyuvancia,
- Orientar, medir y describir la pieza. Para orientar las histerectomías, es útil tener en cuenta que los ovarios suelen ser posteriores y las trompas de Falopio y los ligamentos redondos son anteriores. Además, la reflexión peritoneal en cara posterior es más inferior, por el saco de Douglas.
- Abrir longitudinalmente la pieza; localizar y medir la lesión, indicando si afecta al canal endocervical / istmo / parametrios.
- Seccionar perpendicularmente ambas caras a través de la línea media (canal endocervical); medir espesor de la lesión y del miometrio, indicando si infiltra más o menos del 50% (importante para el estadiaje).
- Incluir cortes representativos:
 - Incluir cortes esquemáticos del útero (parametrios, cérvix, istmo y cortes de endometrio-miometrio en ambas caras).
 - Incluir además otros cortes de la lesión en relación a serosa, especialmente en zona de máxima infiltración.
 - Incluir cortes en relación a estructuras anatómicas (trompa de Falopio y Ovario).
 - Si se sabe que es un carcinoma seroso, valorar incluir de forma total / subtotal los ovarios y las Trompas de Falopio.
 - Incluir cortes de otras lesiones benignas incidentales como miomas y / o pólipos.
 - Si existe rodete vaginal, incluir cortes perpendiculares (en cruz), para comprobar su afectación







BIBLIOGRAFÍA

- Cipriani N., Rose S. (2019). *Uterus, Endometrial Cancer (Gyne)*. Gross Pathology Manual (University Of Chicago). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: <https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gyne/uterus-endometrial-cancer/>
- Crothers B.A., Krishnamurti U.G. (2023). *Endometrium Uterus* (v5.0.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Uterus_5.0.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*bgob7s*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Krishnamurti U.G., Crothers B.A. (2021). *Trophoblastic Tumors* (v4.1.0.1). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Trophoblast_4.1.0.1.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*lh9p1u*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- Krishnamurti U.G., Crothers B.A. (2022). *Uterine Sarcoma* (v4.4.0.0). College of American Pathologists (CAP). Recuperado el 13 de Mayo de 2024: https://documents.cap.org/protocols/Uterus.Sarc_4.4.0.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*lh9p1u*_ga*MTc4Nzk0MDczNC4xNzE0NDczNzAy*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxNDQ3MzcwMi4xLjEuMTcxNDQ3NDExMy4wLjAuMA
- WHO Classification of Tumours Editorial Board (2020). *Female Genital Tumours* (5th ed., vol. 4). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Female-Genital-Tumours-2020>
- 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.

