

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

SÍNTESIS:

.....

LOCALIZACIÓN

1. Pulmón, LSD
2. Pulmón, LM
3. Pulmón, LSI
4. Pulmón, LSI, llingula
5. Pulmón, LII
6. Bronquio fuente D
7. Bronquio fuente I
8. Pulmón, D
9. Pulmón, I
10. Pulmón, sin especificar
11. Otro...

TIPO DE RESECCIÓN

1. Resección en cuña
2. Segmentectomía
3. Lobectomía
4. Bi lobectomía
5. Neumonectomía
6. Resección de vía aérea mayor
7. Resección en manguito
8. No especificado

TIPO DE TUMOR

ADENOCARCINOMA

1. Mucinoso invasor
2. Mixto mucinoso y no mucinoso
3. Patrón predominante
4. Lepídico.....%
5. Acinar.....%
6. Papilar.....%
7. Micropapilar.....%
8. Sólido.....%
9. El componente acinar incluye% de cribiforme
10. Hallazgos compatibles con primario pulmonar pero no específicos. Correlación clínica para excluir metástasis de otros sitios (pancreatobiliar, por ej).
11. Otros patrones
 - a. Lepídico.....%
 - b. Acinar.....%
 - c. Papilar.....%
 - d. Micropapilar.....%
 - e. Sólido.....%
 - f. El componente acinar incluye% de cribiforme
 - g.
12. Con características intestinales (entérico)
13. Coloide
14. Fetal de alto grado
15. Fetal de bajo grado
16. In situ (AIS) (\leq 3 cm y 100% lepídico)
 - a. No mucinoso
 - b. Mucinoso
 - c. Mixto mucinoso y no mucinoso
17. Mínimamente invasor (\leq 3 cm y lepídico predominante con \leq 5 mm de invasión)

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

- a. No mucinoso
- b. Mucinoso
- c. Mixto mucinoso y no mucinoso
- d. Patrones de componente invasor
 - i. Acinar.....%
 - ii. Papilar.....%
 - iii. Micropapilar.....%
 - iv. Sólido.....%
 - v.
 - vi.

18. Características citológicas u otras características
- a. Células en anillo de sello, características y %
 - b. Células claras, características y%
 - c. Células fusiformes, características y%
 - d. Células gigantes, características y ...%

19. Infiltrado linfoide en el estroma
- a. Leve
 - b. Moderado
 - c. Severo

CARCINOMA ESCAMOSO

- 1. Queratinizante
- 2. No queratinizante
- 3. Basaloide

Observaciones:

CARCINOMA ADENOESCAMOSO

Componentes:

Adenocarcinoma:%

Carcinoma escamoso: ...%

CARCINOMA CÉLULAS PEQUEÑAS

-
- 1. Combinado

Otros componentes:

- a. Adenocarcinoma
- b. Carcinoma escamoso
- c. Grandes células
- d. Grandes células neuroendocrino
- e. Células fusiformes
- f. Células gigantes

Observaciones:

CARCINOMA DE GRANDES CÉLULAS

.....

CARCINOMA DE GRANDES CÉLULAS NEUROENDOCRINO

.....

Combinado

Otros componentes:

- a. Adenocarcinoma

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

- b. Carcinoma escamoso
- c. Células fusiformes
- d. Células gigantes

CARCINOIDE TÍPICO

Índice mitótico: en 2mm² (8.3 campos de gran aumento si el campo ocular es de 22 mm)

Ausencia de necrosis

Índice de proliferación (Ki67): %

.....

CARCINOIDE ATÍPICO

Índice mitótico: en 2mm² (8.3 campos de gran aumento si el campo ocular es de 22 mm)

Necrosis:

- a. Ausente
- b. presente

Índice de proliferación (Ki67): %

.....

CARCINOMA PLEOMÓRFICO

Componentes:

- a. Adenocarcinoma
- b. Carcinoma escamoso
- c. Grandes células
- d. Células fusiformes
- e. Células gigantes

.....

CARCINOMA DE CÉLULAS GIGANTES

Constituido totalmente por células gigantes

.....

CARCINOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES

Constituido totalmente por células fusiformes

.....

CARCINOSARCOMA

Componentes:

- a. Adenocarcinoma
- b. Carcinoma escamoso
- c. Grandes células
- d. Células fusiformes
- e. Células gigantes
- f. Condrosarcoma
- g. Osteosarcoma
- h. Rabdomiosarcoma

.....

BLASTOMA PULMONAR

.....

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

- a. Bajo grado
- b. Alto grado

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

.....
CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

CARCINOMA EPITELIAL - MIOEPITELIAL

CARCINOMA símil LINFOEPITELIAL

CARCINOMA NUT

OTROS TUMORES

METÁSTASIS
 Origen: colorectal, mama.....

TUMOR NO VIABLE

FOCALIDAD TUMORAL

1. Un solo tumor (unifocal, ausencia de nódulos tumorales separados)
2. Nódulos adicionales morfológicamente diferentes y considerados primarios separados

3. Metástasis intrapulmonares separadas en el mismo lóbulo (pT3)
 - a. Número de focos metastásicos
 - b. Tamaño.....cm

4. Metástasis intrapulmonares en diferente lóbulo homolateral (pT4)
 - a. Número de focos metastásicos
 - b. Tamaño.....cm

Para evaluación de metástasis ver sección correspondiente

5. Metástasis pleural discontinuas (pM1a)
 - a. Número de focos metastásicos
 - b. Tamaño

TAMAÑO TUMORAL

1. Tamaño total: cm
 - a. Medida macroscópica: Cm
 - b. Medida microscópica: Cm
 - c. Correlación radiología y patología: cm
2. Tamaño de invasión: cm (solamente válido en adenoca, no mucinosos con componente lepidico)
 - a. Medida macroscópica: cm
 - b. Medida microscópica: cm
 - c. Correlación radiología y patología: Cm
 - d.% del tamaño total (basado en el % de invasión por el tamaño tumoral total)

GRADO HISTOLÓGICO

- a. No aplicable
- b. Bien diferenciado (G1) [AIS, MIA, adenocarcinoma a predominio lepidico, carcinoide típico]

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

- c. Moderadamente diferenciado (G2) [adenocarcinoma acinar, papilar, coloide, mucinoso invasor; carcinoide atípico]
- d. Pobremente diferenciado (G3) [Adenocarcinoma micropapilar, sólido, cribiforme; carcinoma escamoso no queratinizante, basaloide]

CRECIMIENTO EN “BROTOS” (budding)

Nidos de 5 células o menos, contadas en 10 campos de gran aumento (20x), establecidos en áreas de mayor extensión y mayor cantidad de nidos (“brotes”).

- a. Ausencia de brotes en 10 campos de gran aumento
- b. >15 “brotes” en 10 campos de gran aumento
- c. ≤15 “brotes” en 10 campos de gran aumento
- d. No se puede establecer

TAMAÑO DE LOS NIDOS TUMORALES

Tamaño de los nidos tumorales invasores más pequeños se clasifican en grandes, intermedios, pequeños y células aisladas.

- a. >15 células (grandes)
- b. 5-15 (intermedios)
- c. <5 (o 2 -4) (pequeños)
- d. Invasión de células aisladas
- e. no se puede establecer

INVASIÓN LINFOVASCULAR

- a. No identificada
- b. Presente
- c. Presente y extensa
- d. Linfática
- e. Arterial
- f. Venosa
- g. Se sospecha, pero no se puede precisar
- h. No se puede establecer

INVASIÓN PERINEURAL

- a. No identificada
- b. Presente
- c. Presente y extensa

DISEMINACIÓN A TRAVÉS DE ESPACIOS AÉREOS (STAS)

- a. No identificada
- b. Presente
- c. Presente y extensa

INVASIÓN PLEURAL

- a. No identificada (PL0)
- b. Invasión tumoral más allá de la capa elástica de la pleura visceral (PL1)
- c. Invasión tumoral de la superficie de la pleura visceral (PL2)
- d. Invasión tumoral de la pleura parietal
- e. No se puede determinar
- f. Se utilizó coloración para fibras elásticas

INVASIÓN DE PARED TORÁCICA

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

- a. No identificada
- b. Invasión tumoral de la pleura parietal/pared (PL3)
- c. Costillas :.....(especificar cuáles)
- d. Músculo esquelético
- e. Tejido fibroadiposo

EXTENSIÓN DEL TUMOR

1. Ausencia de estructuras adyacentes
2. Estructuras adyacentes presentes, pero no comprometidas
3. Estructuras adyacentes presentes, y comprometidas
 - a. Tejidos blandos del hilio
 - b. Bronquio fuente
 - c. Carina (determinada por el cirujano/a)
 - d. Pleura mediastinal
 - e. Pericardio parietal
 - f. Diafragma
 - g. Nervio frénico
 - h. Corazón
 - i. Grandes vasos: (especificar)
 - j. Tráquea
 - k. Esófago
 - l. Cuerpo vertebral
 - m.

MARGEN BRONQUIAL (No se usa en resecciones en cuña)

- a. No se visualiza tumor
- b. Comprometido por el tumor
- c. Pared bronquial
- d. Submucosa, linfáticos
- e. Tejido blando peribronquial
- f. linfáticos peribronquiales
- g. carcinoma escamoso in situ

MARGEN VASCULAR (No se usa en resecciones en cuña)

- a. No se visualiza tumor
- b. Comprometido por el tumor
- c. Pared vascular
- d. Tejido blando perivascular
- e. linfáticos perivasculares

SUTURA (margen del parénquima con sutura)

- a. No se visualiza tumor
- b. Comprometido por el tumor, después de remover la sutura
- c. Compromiso por tumor invasor
- d. Compromiso por adenocarcinoma lepidico

MARGEN DEL PARÉNQUIMA

- a. No se visualiza tumor
- b. Compromiso por tumor invasor
- c. Compromiso por adenocarcinoma lepidico

GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

MARGEN DE LA PARED TORÁCICA

- No se visualiza tumor en las costillas ni en los márgenes de tejidos blandos
- Invasión tumoral en los márgenes de las siguientes costillas:
- Invasión tumoral en los márgenes del tejido blando de la pared

OTROS MÁRGENES

Especificar:

No se observa tumor

Compromiso por tumor

DISTANCIA DEL TUMOR INVASOR AL MARGEN (cuando todos los márgenes están libres)

No se puede establecer

Distancia del tumor invasor al margen más cercano:.....cm

Margen más cercano:

- Bronquial
- Sutura
- Margen cauterizado
- Vascular

DISTANCIA DEL ADENOCARCINOMA LEPÍDICO AL MARGEN

No se puede establecer

Distancia del adenocarcinoma lepidico al margen más cercano:.....cm

Margen más cercano:

- Bronquial
- Sutura
- Margen cauterizado
- Vascular

GANGLIOS LINFÁTICOS PERIBRONQUIALES O INTRAPULMONARES

- No se enviaron o no se encontraron en la pieza quirúrgica (reexaminar)
- Número total de ganglios linfáticos examinados:
- Número de ganglios linfáticos sin tumor:
- Número de ganglios linfáticos con metástasis:
- Número de ganglios linfáticos con extensión del tumor directa: (si no está presente no mencionarlo)
- Número de ganglios linfáticos con extensión extracapsular: (si no está presente no mencionarlos)
- Presencia de granulomas no necrotizantes (realizar coloraciones especiales e informar ausencia o presencia de hongos o micobacterias)
- Presencia de granulomas necrotizantes (realizar coloraciones especiales e informar ausencia o presencia de hongos o micobacterias)

HALLAZGOS ADICIONALES

Hiperplasia adenomatosa atípica

- Número de lesiones:
- Tamaño:.....cm
- Multicéntrica

“Tumorlet/s” carcinoides

**GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)**

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

- a. Número de lesiones:
- b. Tamaño:.....cm
- c. Multicéntricos

Hiperplasia neuroendocrina

Carcinoma escamoso in situ

Displasia escamosa

PULMÓN NO NEOPLÁSICO

- a. Cambios por la biopsia
- b. Sin cambios significativos
- c. Neumonía en organización
- d. Enfisema
- e. Bronquiolitis respiratoria
- f. Cambios post-obstructivos
- g. “apical cap”: fibroelastosis subpleural
- h. Nódulo meningotelioide
- i. Múltiples nódulos meningotelioides
- j. Granulomas no necrotizantes
- k. Granulomas necrotizantes
- l. Infección por Mycobacterias
- m. Infección por hongos

ESTADIFICACIÓN

T patológico

pT0	sin evidencia de tumor primario
pTis (AIS)	adenocarcinoma in situ
pTis, (SCIS)	carcinoma escamoso in situ
pT1mi	adenocarcinoma mínimamente invasor
pT1a	diseminación tumoral superficial de cualquier tamaño con invasión limitada a la pared bronquial
pT1a	≤ 1 cm
pT1b	>1-2 cm
pT1c	>2-3 cm
pT2a	>3-4 cm compromete la pleura visceral (PL1 o PL2) compromete el bronquio fuente pero no de carina compromete el tejido blando perihiliar invasión directa de del lóbulo adyacente a través de la cisura, o directamente si la cisura es incompleta, (a menos que otro criterio asigne un T más alto)
pT2b	>4-5 cm
pT3	>5-7 cm compromete la pleura parietal o la pared (PL3) metástasis intrapulmonar en el mismo lóbulo que el tumor primario invade el nervio frénico invade el pericardio parietal
pT4	>7 cm metástasis intrapulmonar en diferente lóbulo que el tumor primario, homolateral

GUÍA PARA INFORME DE RESECCIÓN CARCINOMA DE PULMÓN
(modificado del modelo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

Informe N°:	Fecha:
Paciente:	Patólogo/a:

invade el diafragma
 invade el mediastino
 invade el corazón
 invade los grandes vasos
 invade la tráquea
 invade el nervio recurrente
 invade el esófago
 invade cuerpo vertebral
 invade carina
 se extiende directamente a pericardio visceral
 se extiende a costillas

N patológico

pNX no se puede establecer el estado de los ganglios linfáticos regionales
 pN0 ausencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales
 pN1 metástasis en ganglios linfáticos peribronquiales y/o hiliares ipsilaterales y/o intrapulmonares (8 estaciones niveles 10 a 14), incluyendo compromiso por extensión directa
 pN1a una sola estación N1
 pN1b múltiples estaciones N1
 pN2 metástasis en ganglios linfáticos mediastinales ipsilaterales y/o subcarinal (estaciones 2-9)
 pN3 metástasis en ganglios linfáticos mediastinales contralaterales, hiliares contralaterales, escalenos ipsi o contralaterales o supraclaviculares

M patológico

pM1 metástasis a distancia
 pM1a metástasis a lóbulo contralateral del tumor primario
 metástasis pleural
 nódulos discontinuos en la pleura parietal homolateral al tumor primario
 nódulos discontinuos en la pleura parietal homolateral al tumor primario
 pM1b una sola metástasis en un solo órgano extratorácico
 un solo ganglio linfático no regional
 nódulos discontinuos por fuera de la pleura parietal con invasión de pared torácica o diafragma
 múltiples metástasis extratorácicas en un solo órgano o en varios