

Plantilla de informes

Fecha de publicación del protocolo: diciembre de 2022

Seleccione una sola respuesta a menos que se indique lo contrario.

RESUMEN DEL CASO: (TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): Resección)

Estándar(es): AJCC-UICC 8

CLÍNICO

+Síndrome asociado

- ☐ Tríada de Carney
- ☐ Síndrome de Carney-Stratakis
- ☐ Neurofibromatosis tipo 1
- ☐ Síndrome de TEG1 familiar
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No especificado

+Tratamiento de prerresección (seleccione todas las que correspondan)

- ☐ No se conoce tratamiento previo a la resección
- ☐ Biopsia o cirugía previa (especifique): _____
- ☐ Terapia sistémica realizada (especificar tipo): _____
- ☐ Terapia realizada, tipo no especificado
- ☐ No especificado

ESPÉCIMEN

Procedimiento

- ☐ Escisión local
- ☐ Resección (especificar el tipo, p. ej., gastrectomía parcial): _____
- ☐ Metastasectomía
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No especificado

TUMOR

Focalidad tumoral

- ☐ Unifocal
- ☐ Multifocal

Número de tumores

- ☐ Especifique el número: _____
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No se puede determinar: _____

Tamaños de los tumores: _____

- ☐ No se puede determinar: _____

Múltiples sitios primarios (p. ej., estómago e intestino delgado)

- ☐ No aplicable (no hay sitio(s) primario(s) adicional(es) presente(s))
- ☐ Presente: _____

Complete una lista de verificación por separado para cada sitio principal

Sitio del tumor (Nota A)

- ☐ Esófago (especificar ubicación): _____
- ☐ Unión gastroesofágica: _____
- ☐ Estómago (especificar ubicación): _____
- ☐ Intestino delgado
 - ☐ Duodeno
 - ☐ Yeyuno
 - ☐ Íleon (excluyendo la válvula ileocecal)
 - ☐ Divertículo de Meckel (sitio de la neoplasia)
 - ☐ Intestino delgado, NOS
- ☐ Apéndice: _____
- ☐ Válvula ileocecal: _____
- ☐ Intestino grueso
 - ☐ Ciego
 - ☐ Colon ascendente
 - ☐ Flexión hepática del colon
 - ☐ Colon transverso
 - ☐ Flexión esplénica del colon
 - ☐ Colon descendente
 - ☐ Colon sigmoide
 - ☐ Unión rectosigmoidea: _____
 - ☐ Recto: _____
 - ☐ Intestino grueso, NOS
- ☐ Retroperitoneo: _____
- ☐ Peritoneo/abdomen (especificar sitio): _____
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No se puede determinar: _____
- ☐ No especificado

Tipo histológico

- ☐ Tumor del estroma gastrointestinal, tipo célula fusiforme
- ☐ Tumor del estroma gastrointestinal, tipo epiteliode
- ☐ Tumor del estroma gastrointestinal mixto
- ☐ Tumor del estroma gastrointestinal, otro (especifique): _____
- +Comentario de tipo histológico:** _____

Tamaño del tumor (basado en una estimación clinicorradiológica)

- ☐ Dimensión máxima en centímetros (cm): _____ cm
- +Dimensión adicional en centímetros (cm):** ____ x ____ cm
- ☐ No se puede determinar (explique): _____

Tasa mitótica (Nota [B](#))

La tasa mitótica debe determinarse en 5 mm² de tumor. Con el uso de microscopios de modelos más antiguos, 50 HPF equivalen a 5 mm². La mayoría de los microscopios modernos con campos más amplios requieren aproximadamente de 20 a 25 HPF para abarcar 5 mm². Si es necesario, mida un campo de visión para determinar con precisión el número real de campos que se deben contar en los microscopios individuales para abarcar 5 mm².

- ☐ Especificar tasa mitótica por 5 mm²: _____ mitosis por 5 mm²
☐ Otro (especifique): _____
☐ No se puede determinar (explique): _____

Grado histológico (nota [B](#))

- ☐ G1, grado bajo (tasa mitótica menor o igual a 5 por 5 mm²)
☐ G2, grado alto (tasa mitótica mayor de 5 por 5 mm²)
☐ Otro (especifique): _____
☐ GX, no se puede evaluar: _____

+Necrosis

- ☐ No identificado
☐ Presente

+Extensión de la necrosis

- ☐ Especificar porcentaje: _____ %
☐ Otro (especifique): _____
☐ No se puede determinar: _____
☐ No se puede determinar: _____

Efecto del tratamiento (Nota [C](#))

- ☐ No se conoce tratamiento prequirúrgico
☐ No identificado
☐ Presente

+Porcentaje de tumor viable

- ☐ Especificar porcentaje: _____ %
☐ Otro (especifique): _____
☐ No se puede determinar: _____
☐ No se puede determinar: _____

Evaluación de riesgos (Nota [D](#))

- ☐ Ninguno
☐ Riesgo muy bajo
☐ Bajo riesgo
☐ Riesgo moderado
☐ Alto riesgo
☐ Manifiestamente maligno / metastásico
☐ No se puede determinar: _____

+Comentario del tumor: _____

MÁRGENES

Estado del margen

☐ Todos los márgenes son negativos para GIST

Márgenes(s) más cercano(s) a GIST (seleccione todos los que correspondan)

☐ Proximal: _____

☐ Distal: _____

☐ Epiplón (radial): _____

☐ Mucosa: _____

☐ Profundo: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

Distancia desde el GIST hasta el margen más cercano

Especificar en centímetros (cm)

☐ Distancia exacta en cm: _____ cm

☐ Mayor de 1 cm

Especificar en milímetros (mm)

☐ Distancia exacta en mm: _____ mm

☐ Mayor de 10 mm

Otro

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

☐ GIST presente en el margen

Márgenes(s) involucrados(s) por GIST (seleccione todos los que correspondan)

☐ Proximal: _____

☐ Distal: _____

☐ Epiplón (radial): _____

☐ Mucosa: _____

☐ Profundo: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ No aplicable

+Comentario al margen: _____

GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (Nota [E](#))

Estado de los ganglios linfáticos regionales

☐ No aplicable (no se han presentado ni encontrado ganglios linfáticos regionales)

☐ Ganglios linfáticos regionales presentes

☐ Todos los ganglios linfáticos regionales negativos para el tumor

☐ Tumor presente en ganglio(s) linfático(s) regional(es)

Número de ganglios linfáticos con tumor

☐ Número exacto (especifique): _____

☐ Al menos (especifique): _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

___ Otro (especifique): _____
___ No se puede determinar (explique): _____

Número de ganglios linfáticos examinados

___ Número exacto (especifique): _____
___ Al menos (especifique): _____
___ Otro (especifique): _____
___ No se puede determinar (explique): _____

+Ganglio linfático regional Comentario: _____

METÁSTASIS A DISTANCIA

Sitio(s) distante(s) involucrado(s), si corresponde (seleccione todos los que correspondan)

___ No aplicable
___ Hígado: _____
___ Otro (especifique): _____
___ No se puede determinar

CLASIFICACIÓN pTNM (8ª edición del AJCC) (Nota E)

La notificación de las categorías pT, pN y (cuando corresponda) pM se basa en la información disponible para el patólogo en el momento en que se emite el informe. De acuerdo con el AJCC (Capítulo 1, 8ª Ed.), es responsabilidad del médico gerente establecer la etapa patológica final sobre la base de toda la información pertinente, incluido, entre otros, este informe de patología.

Clasificación modificada (obligatoria solo si corresponde) (seleccione todas las que correspondan)

___ No aplicable
___ y (terapia post-neoadyuvante)
___ r (recurrencia)

Categoría pT

___ pT no asignado (no se puede determinar con base en la información patológica disponible)
___ pT0: No hay evidencia de tumor primario
___ pT1: tumor de 2 cm o menos
___ pT2: tumor de más de 2 cm pero no más de 5 cm
___ pT3: tumor de más de 5 cm pero no más de 10 cm
___ pT4: tumor de más de 10 cm en su mayor dimensión.

Sufijo T (requerido solo si corresponde)

___ No aplicable
___ (m) Múltiples tumores primarios sincrónicos en un solo órgano

Categoría pN (Notas E,F)

Cuando no hay ganglios linfáticos presentes (como suele ser el caso con la resección para GIST), la categoría 'N' patológica no se asigna (pNX no se usa para GIST) y no se debe informar.

___ pN no asignado (no se han enviado ni encontrado nodos)
___ pN no asignado (no se puede determinar con base en la información patológica disponible)
___ pN0: sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales
___ pN1: metástasis de ganglios linfáticos regionales

Categoría pM (requerida solo si se confirma patológicamente) (Notas E,F)

___ No aplicable: no se puede determinar pM a partir de las muestras enviadas.

___ pM1: Metástasis a distancia

HALLAZGOS ADICIONALES

+Hallazgos adicionales (especifique): _____

ESTUDIOS ESPECIALES (Nota [G](#))

La plantilla de biomarcadores CAP GIST se puede utilizar para informar sobre los biomarcadores solicitados.

+Estudios inmunohistoquímicos (seleccione todos los que correspondan)

___ No realizado: _____

___ KIT (CD117)

KIT (CD117)

___ Positivo

___ Negativo

___ Pendiente

___ DOG1 (ANO1)

DOG1 (ANO1)

___ Positivo

___ Negativo

___ Pendiente

___ SDHA (en inglés)

SDHA (en inglés)

___ Intacto

___ Deficiente

___ Pendiente

___ SDHB

SDHB

___ Intacto

___ Deficiente

___ Pendiente

___ BRAF

BRAF

___ Positivo

___ Negativo

___ Pendiente

___ Otro (especifique): _____

+Estudios de genética molecular (por ejemplo, análisis mutacional KIT, PDGFRA, SDHA / B / C / D, RAS o NF1 o análisis de genes de fusión BRAF o FGFR1)

___ Realizado, ver informe de biomarcadores: _____

___ Realizado (especificar método(s) y resultado(s)): _____

___ Pendiente

___ No realizado

COMENTARIOS

Comentario(s): _____