

Protocolo para el examen de muestras de pacientes con carcinoma cutáneo de células escamosas de cabeza y cuello

Plantilla de informes

RESUMEN DEL CASO: (CARCINOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO)

Estándar(es): AJCC 8

ESPÉCIMEN (Notas [A](#), [B](#))

Procedimiento (seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Escisión, elipse
- ☐ Escisión amplia
- ☐ Escisión, otro (especifique): _____
- ☐ Re-escisión, elipse
- ☐ Re-escisión, amplia
- ☐ Re-escisión, otro (especifique): _____
- ☐ Linfadenectomía de ganglio centinela
- ☐ Linfadenectomía de ganglios regionales (especifique): _____
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No especificado

TUMOR

Focalidad tumoral

- ☐ Unifocal
- ☐ Multifocal: _____
- ☐ No se puede determinar: _____

Varios sitios primarios

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

Complete una lista de verificación por separado para cada sitio principal si es necesario como se indicó anteriormente.

Sitio del tumor

- ☐ Especificar sitio: _____
- ☐ No especificado

Lateralidad tumoral (seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Derecha
- ☐ Izquierda
- ☐ Media
- ☐ No especificado

Tamaño del tumor

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

Tipo histológico (nota [C](#))

☐ Carcinoma de células escamosas, NOS

Carcinomas de células escamosas

☐ Carcinoma verrugoso de células escamosas

☐ Carcinoma acantolítico de células escamosas

☐ Carcinoma linfoepitelial

☐ Carcinoma de células escamosas de células claras

☐ Carcinoma de células escamosas de células fusiformes

☐ Carcinoma de células escamosas con diferenciación sarcomatoide

Otro

☐ Carcinoma basocelular (especificar subtipo, si se conoce): _____

☐ Carcinoma de apéndice (especificar subtipo, si se conoce): _____

☐ Otro (especifique): _____

Grado histológico (nota [D](#))

☐ GX: No se puede evaluar

☐ G1: Bien diferenciado

☐ G2: Moderadamente diferenciado

☐ G3: Mal diferenciado

☐ G4: Indiferenciado

☐ Otro (especifique): _____

☐ No aplicable

Profundidad de invasión tumoral (DOI) (Nota [E](#))

☐ Especifique la profundidad en milímetros (mm): _____ mm

☐ Al menos en milímetros (mm): _____ mm

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ No aplicable

+Nivel anatómico

☐ No aplicable

☐ I (carcinoma in situ)

☐ II (carcinoma presente en la dermis papilar, pero no la llena ni la expande)

☐ III (el carcinoma llena y expande la dermis papilar)

☐ IV (el carcinoma invade la dermis reticular)

☐ V (el carcinoma invade el tejido subcutáneo)

+Extensión del tumor (especificar otras estructuras involucradas): _____

Invasión linfática y/o vascular

☐ No identificado

☐ Presente

☐ No se puede determinar: _____

Invasión perineural (Nota [F](#))

☐ No identificado

☐ Presente

☐ Menos de 0,1 mm de calibre

La ubicación del nervio involucrado profundo a la dermis sirve como sustituto de este corte de tamaño y califica como mayor o igual a 0,1 mm.

☐ Mayor o igual a 0.1 mm de calibre#

☐ Especificar: _____

☐ No se puede determinar: _____

+Comentario del tumor: _____

MÁRGENES (Nota [G](#))**Estado de los márgenes del tumor invasivo**

☐ Todos los márgenes son negativos para tumor invasivo

+Distancia desde el tumor invasivo hasta el margen más cercano

Especificar en milímetros (mm)

☐ Distancia exacta: _____ mm

☐ Mayor que: _____ mm

☐ Menos de 1 mm

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

+Márgenes(s) más cercano(s) al tumor invasivo

☐ Especifique la(s) ubicación(es) del (los) margen(es) más cercano(s): _____

☐ No se puede determinar

+Otro(s) márgenes(s) cercano(s) al tumor invasivo

☐ Especifique la(s) ubicación(es) y la(s) distancia(s) de otros márgenes cercanos: _____

☐ No se puede determinar

☐ Tumor invasivo presente en el margen

Márgenes(s) afectados(s) por tumor invasivo (seleccione todos los que correspondan)

☐ Periférico: _____

☐ Profundo: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ No aplicable

Estado de los márgenes del tumor no invasivo

☐ Todos los márgenes son negativos para tumor no invasivo

+Distancia desde el tumor no invasivo hasta el margen más cercano

Especificar en milímetros (mm)

☐ Distancia exacta: _____ mm

☐ Mayor que: _____ mm

☐ Menos de 1 mm

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

+Márgenes(s) más cercano(s) al tumor no invasivo

☐ Especifique los márgenes más cercanos: _____

☐ No se puede determinar

☐ Enfermedad in situ presente en el margen

Márgenes(s) afectados(s) por tumor no invasivo (seleccione todos los que correspondan)

☐ Periférico: _____

☐ Profundo: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

☐ No aplicable

+Comentario al margen: _____

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

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

Lateralidad de los ganglios linfáticos con tumor

☐ Ipsilateral (incluyendo la línea media): _____

☐ Contralateral: _____

☐ Bilateral: _____

☐ No se puede determinar: _____

Tamaño del depósito metastásico ganglionar más grande

Especificar en centímetros (cm)

☐ Tamaño exacto (especificar): _____ cm

☐ Al menos (especificar): _____ cm

☐ Mayor de: _____ cm

☐ Menos de: _____ cm

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar: _____

Extensión Extraganglionar (ENE) (Nota [H](#))

☐ No identificado

☐ Presente

☐ No se puede determinar: _____

☐ Otro (especifique): _____

☐ No se puede determinar (explique): _____

Número de ganglios linfáticos examinados

☐ Número exacto (especifique): _____

- ☐ Al menos (especifique): _____
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No se puede determinar

+Ganglio linfático regional Comentario: _____

METÁSTASIS A DISTANCIA

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

- ☐ No aplicable
- ☐ Pulmón: _____
- ☐ Hueso: _____
- ☐ Cerebro: _____
- ☐ Hígado: _____
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ No se puede determinar: _____