

**M 67 ANNI**

**ANATOMIA PATOLOGICA** Accettazione: 10/4/2013

Materiale: digerente - stomaco - biopsia endoscopica (sede unica) regione sottocardiale  
diagnosi: il quadro morfologico mostra lembi mucosi sede di infiltrazione da carcinoma scarsamente differenziato con plurifocali aspetti morfologici riferibili ad istotipo squamoso. Reperto da correlare ai dati clinico-endoscopici.

**SDOR**ricovero: 11/4/2013 Dimissione: 24/4/2013

1513 - tumori maligni del fondo dello stomaco

8876 diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale 8744 radiografia del torace di routine, sai

**SDOR**ricovero: 18/5/2013 Dimissione: 9/6/2013 Intervento: 28/5/2013

1514 - tumori maligni del corpo dello stomaco

4399 altra gastrectomia totale

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 10/6/2013 Accettazione: 28/5/2013

Prestazione: DIGERENTE - STOMACO - GASTRECTOMIA TOTALE ALLARGATA

Materiale: Stomaco ed anelli di resezione; asportazione.

Macroscopica:

A) Campione di resezione gastrica di cm 20x10. In corrispondenza della regione del fondo si osserva ampia area necrotica che si apre nel lume, come da ampia soluzione di continuo nell'ambito di lesione neoplastiforme ulcerata. Tale area è centralmente cavata, con diametro massimo di circa cm 11. **In corrispondenza di una estremità dell'area necrotica si reperta il margine di resezione esofagea che dista all'incirca cm 3,5 dal margine prossimale della neoplasia.** All'apertura la lesione è ulcerata, diffusamente necrotica ed alla sezione infila la parete a tutto spessore fino a raggiungere il versante sieroso e il tessuto adiposo perigastrico. Si isolano N 10 linfonodi. B) Due cercini da suturatrice meccanica.

Diagnosi:

A) **Carcinoma squamocellulare, moderatamente differenziato (G2), cheratinizzante**, ulcerato, ampiamente necrotico, **a verosimile partenza esofagea** ed infiltrante la parete gastrica a tutto spessore fino a raggiungere il versante sieroso in corrispondenza della soluzione di continuo suddescritta. Uno dei linfonodi isolati è sede di neoplasia. I margini di resezione ed i cercini giunti a parte (B) sono indenni da neoplasia. pT3N1 (su 10 linfonodi isolati); Stadio IIIA sec. TNM/UICC class., VII ed. 2009. IMMUNOISTOCHEMICA (Anticorpi primari DAKO; Sistema di rivelazione VENTANA): ANTICORPI REATTIVITÀ P53 Ki67 HER2E-CADERINA+ (20% circa)+ (80% circa)- (Dako score: 0)+

**DECESSO**

Decesso: 11/6/2013

C169 tumore maligno dello stomaco non specificato

CAUSA INIZIALE: k stomaco arresto cardiaco

Unico tumore incidente

Data incidenza : 10/4/2013

Topografia: C15.5(esofago diastale) Esofago o stomaco????

Morfologia: M-8071/3 Carcinoma squamocellulare, cheratinizzante

**Grado: moderatamente differenziato (G2)**

**Base diagnosi : 7**

**Stadio: pT3N1**

N° Ca  
0217

MOTIVAZIONE CLINICA

DIAGNOSI

**Descrizione macroscopica:**

- 1) Frammenti di tessuto adiposo con linfonodi del diametro in aggregato di cm 4.
  - a) cinque linfonodi; b) due linfonodi (t.i.)
- 2) Tre linfonodi rispettivamente di cm 0,6, cm 0,5 e cm 0,3 (t.i.)
- 3) Un linfonodo del diametro di cm 1 (t.i.)
- 4) Tre frammenti di tessuto adiposo il più voluminoso di cm 1,3 con piccoli linfonodi.
- 5) Un linfonodo di cm 0,7 (t.i.)
- 6) Campione operatorio rappresentato da esofago terminale di cm 3,5 in continuità con cardias e porzione di stomaco di cm 8 lungo la grande curvatura pervenuta suturata distalmente con punti metallici. In corrispondenza della giunzione esofago-gastrica, si reperta un'area escavata, a margini rilevati estendentesi longitudinalmente per cm 2,6.
  - a) margine di resezione esofageo; b-c-d-e-f-g) neoformazione e cardias; h) fondo gastrico; i) linfonodo iuxta cardiale; l) tre linfonodi lungo la grande curva.
- 7) Anello mucoso pervenuto aperto della lunghezza di cm 3,5 (t.i.)

**Diagnosi:**

- 1-2-3-5) Linfonodi esenti da metastasi con aspetti iperplastici.
- 4) Tessuto fibroadiposo comprendente un frammento di linfonodo sede di **metastasi**.
- 6) **Adenocarcinoma** della giunzione esofago-gastrica a medio grado di differenziazione di tipo tubulare con minima quota scarsamente differenziata, verosimilmente insorto su esofago di Barrett, infiltrante con modalità di crescita di tipo infiltrativo, la parete esofagea e la parete gastrica sino al tessuto fibroadiposo sottosieroso (b-c-d-e-f-g).  
La neoplasia mostra moderata reazione desmoplastica ed assenza di infiltrato linfomononucleato associato. Si segnalano immagini di angiovasione linfatica, ematica e di infiltrazione perineurale.  
**Metastasi** in due linfonodi perigastrici repertati (i-l).
- 7) Porzione di parete esofagea indenne da infiltrazione neoplastica.

**Classificazione UICC 2009:** pT3 N2 G2-3

Topografia: Esofago o giunzione gastroesofagea visto che il tumore è verosimilmente insorto su esofago di Barrett??