

REPORTE DE LOS ESPECIMENES MAMARIOS

Dra. Isabel Alvarado-Cabrero

Introducción

Los cirujanos y oncólogos requieren de un reporte histopatológico (RHP) para el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama. El RHP debe proporcionar una información adecuada ya que de la misma depende el tipo de cirugía o el tipo de quimioterapia o radioterapia que se dará al paciente, o tal vez, el o la paciente no requieren tratamiento

En la actualidad, se tienen problemas en relación a la calidad de los servicios de patología, debido a varios aspectos, dentro los que se encuentran:

La variabilidad que existen en la evaluación adecuada de los parámetros más importantes para la toma de decisiones terapéuticas

La variabilidad de los mismos sólo se monitorea y analiza en algunos países

La mayoría de los departamentos de patología son generales y carecen de patólogos experimentados en el conocimiento de la patología mamaria (cada vez más compleja), por otro lado, se carece del número de necesario de casos que permitan desarrollar una adecuada experiencia en este campo

Se sabe que la patología oncológica no es una ciencia exacta, mucho depende de la experiencia de los patólogos en la evaluación de los especímenes, lo cual incluye las características macro y microscópicas de las biopsias o piezas quirúrgica y la evaluación de los marcadores de inmunohistoquímica, moleculares, etc Por otro lado, la patología debe ser parte de un grupo multidisciplinario y no realizar decisiones aisladas

Se sabe que existen muchas limitaciones en los servicios de patología. La mayoría están sometidos a grandes presiones derivadas de los numerosos especímenes, lo escaso de los recursos materiales y humanos, múltiples requisiciones, etc que no permite el buscar una segunda opinión aún en los especímenes rutinarios

El patólogo en su informe debe proporcionar
Descripción macroscópica detallada

Parámetros pronósticos derivados del análisis morfológico

Parámetros inmunohistoquímicos y/o moleculares que determinen la terapéutica que debe emplearse en cada paciente

En el laboratorio de patología y en relación con el servicio de patología mamaria se llevan a cabo_

Diagnósticos preoperatorios obtenidos de las biopsias con aguja de corte del tumor primario o de los sitios de metástasis

Diagnóstico intraoperatorio de ganglio(s) centinela o evaluación de los márgenes quirúrgicos

Examen detallado del espécimen quirúrgico, mama, ganglios linfáticos, sitios metastásicos

Presentación de los hallazgos a los grupos multidisciplinarios que se correlacionen con los hallazgos clínicos y radiológicos

PARAMETROS QUE DEBEN EVALUARSE EN CADA ESPECIMEN MAMARIO

1. Tipo de tumor

Es importante clasificar el tipo del tumor de acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS (lesiones benignas de bajo o alto riesgo, tumores no invasivos, carcinomas infiltrantes ,etc) , esta información tiene valor pronóstico

2. Tamaño del tumor

El tamaño del tumor es uno de los parámetros clave en la determinación del pronóstico y por lo general se mide por el patólogo en la pieza quirúrgica. Además del tamaño tumoral, la extensión de la enfermedad que incluye todos los componentes del cáncer y su significado clínico

3. Grado del tumor

Este punto se refiere al análisis histológico de la diferenciación del tumor de acuerdo con una escala determinada (Scarff-Bloom-Richardson modificada por Ellis y Elston). El valor pronóstico se relaciona con el grado de alteración tumoral, comparado con el tejido no tumoral

4. Estatus de los ganglios linfáticos

El análisis de los ganglios linfáticos tiene como principal función el evaluar la presencia o no de metástasis. Lo mismo se aplica a especímenes de otros órganos en los cuales se sospecha extensión de la enfermedad. Las metástasis a ganglios linfáticos o a órganos distantes son los parámetros de mayor importancia pronóstica

5. Límites quirúrgicos

En los especímenes quirúrgicos el patólogo mide la distancia del tumor de los límites quirúrgicos, ello con el principal objetivo de determinar si se requiere o no una nueva cirugía para remover todo el tumor. La presencia de tumor residual incrementa el riesgo de recaída local después de la cirugía

6. Invasión vascular peritumoral:

Se refiere a la evaluación de los vasos alrededor del tumor para detectar o descartar la presencia de células dentro de los vasos. Este fenómeno indica la posible presencia de tumor en ganglios linfáticos o en órganos a distancia

6. Multi-focalidad/centricidad:

La multifocalidad se refiere a la presencia de más de un tumor en el mismo cuadrante de la mama, la multicentricidad es más de un tumor en 2 o más cuadrantes. La presencia de múltiples tumores incrementa el riesgo de diseminación del cáncer y el patólogo debe

trabajar con el cirujano y el radiólogo para establecer planes de acción en estas situaciones complejas

7. Estatus de los receptores hormonales:

La evaluación con inmunohistoquímica para la detección de la expresión de estrógenos y progesterona en el cáncer mamario proporciona información pronóstica y predice la posibilidad de respuesta a la terapia endocrina

8. Estatus del HER2

La evaluación bioquímica y molecular del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico también proporciona información pronóstica e indica qué blanco molecular puede utilizarse

9. Evaluación de la proliferación celular, Ki 67:

Este es otra prueba de inmunohistoquímica que sirve para evaluar la proliferación tumoral, en otras palabras qué tan rápido crece un tumor así mismo indica la sensibilidad a los agentes citoestáticos

REQUERIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO

Tener acceso a la información clínica más relevante de los pacientes

Prestar atención a los especímenes mamarios y trabajar con un equipo de histotecnólogos que nos proporcionen cortes de buena calidad

Contar con un equipo multidisciplinario para tener una excelente correlación clínica-radiológica

Conocer las capacidades y limitaciones de los métodos de imagen, modalidades de biopsia y técnicas histopatológicas

REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL CANCER INVASOR DE MAMA

1. Información clínica:

Nombre del paciente

Número de afiliación

Tipo de espécimen

Biopsia con aguja de corte

Biopsia por estereotaxia

Biopsia abierta

Biopsia guiada por arpón

Escisión local amplia (mastectomía parcial, cuadrantectomía, segmentectomía)

Re-escisión

Mastectomía radical

Mastectomía radical post-neoadyuvancia

Sitio del tumor y lateralidad

Método de localización (pej arpón)

Nuevo primario o recurrencia

Otra información clínica relevante (Dx clínico, resultados de imagen, resultados de laboratorio, neoadyuvancia)

B. Hallazgos macroscópicos:

Número de especímenes enviados

Lateralidad del espécimen

Derecha

Izquierda

Tipo de espécimen

Consulta intraoperatoria

Orientación del espécimen

No orientado

Orientado, indicar con qué se marca y el sitio al que corresponde

Método de localización

Tamaño del espécimen ____x____x____ mm o cm

Si está orientado, usar 3 medidas:

Longitud medial-lateral _____mm o cm

Longitud superficial-profundo _____ mm o cm

Longitud superior-inferior_____ mm o cm

Peso del espécimen_____ gr

Tumor macroscópicamente visible

Ausente

Presente

Si está presente, indicar el número de focos

Descripción macroscópica del tumor (es)

Tamaño del tumor (es) ____ x____x____ mm o cm

Distancia del foco tumoral más cercano

Distancia del tumor (es) de los márgenes quirúrgicos _____mm

Piel

Ausente

Presente

Si está presente, anotar...

Dimensiones ____x____ mm

Alteraciones presentes

Ausentes

Úlcera, enfermedad de Paget, nódulos satélites, etc

Músculo

Ausente

Presente

Ganglio linfático centinela (por cada ganglio recibido, anotar)

Sitio

Color

Tamaño ___x___x mm

Ganglios linfáticos no centinelas

Número total de ganglios

Tamaño promedio ___ a___ mm o cm

Descripción--- Texto

Otros hallazgos macroscópicos

Relación de cortes

REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL CANCER INVASOR DE MAMA

Hallazgos Microscópicos

Tumores múltiples

Si están presentes, anotarlos

Cuadrantes involucrados

Número total de focos tumorales _____

Para cada tumor identificado, anotar:

Tamaño máximo _____mm

Grado histológico

3-5 (grado 1)

6-7 (grado 2)

8-9 (grado 3)

Subtipo de cáncer invasor

Invasión linfovascular peritumoral

No identificada

Presente

Sospechosa

Piel

No involucrada

Involucrada

Músculo

No involucrado

Involucrado

Efecto del tratamiento (después de neoadyuvancia hormonal o quimioterapia)

Sin respuesta

Respuesta parcial

Respuesta completa

No aplicable

Respuesta parcial

_____ % de celularidad del cáncer invasor

Especificar sistema de evaluación de respuesta a
la neoadyuvancia utilizado

CARCINOMA IN SITU

Extensión máxima _____mm

Grado nuclear

Bajo

Intermedio

Alto

Heterogeneidad del grado nuclear

Ausente

Presente

Si está presente

Baja

Intermedia

Alta

Necrosis

Ausente

Presente

Arquitectura

Comedo

Sólido

Cribiforme

Micropapilar

Apocrino

Papilar

Microcalcificaciones:

Ausentes

Presentes

Si están presentes, anotar en qué tejido

En el carcinoma in situ

En tejido benigno

Tamaño y extensión de las microcalcificaciones

Enfermedad de Paget

Ausente

Presente

Margen positivo a carcinoma invasor o in situ

No involucrado

Involucrado

Si el margen está involucrado, especificar el tipo de lesión:

Carcinoma in situ

Carcinoma invasor

Carcinoma in situ e invasor

Si los márgenes no están involucrados,

Medir la distancia a cada margen ____mm

Neoplasia lobular

Ausente

Presente

Si está presente

Clásica

Variante

Neoplasia lobular presente en el margen

Ganglio(s) centinela

Número total

Número de GC con macrometástasis

Número de GC con micrometástasis

Número de GC con células aisladas

Ganglios linfáticos no centinelas

Número total de GLNC__

Número de GLNC con metástasis

Extensión extracapsular

Efecto del tratamiento neoadyuvante en ganglios linfáticos

Otros comentarios microscópicos