

ANEXO 8.3

ESTUDIOS ANATOMO-PATOLÓGICOS.

1. ESTUDIO DE CITOLOGIA.

Indicaciones de la PAAF o biopsia con tru-cut de mama:

- Masas suficientemente palpables.
- Masas que no puedan ser clínicamente explicables, especialmente en mujeres jóvenes.
- Cualquier masa persistente en el tiempo o sospechosa de malignidad.

Indicaciones de la PAAF o biopsia con tru-cut de mama, bajo control de imagen:

- En primer lugar es necesaria una completa evaluación de la lesión con todas las técnicas de imagen complementarias y apropiadas.
- Examen clínico cuidadoso, especialmente en la zona detectada como sospechosa para confirmar que no se trate de una masa no palpable.
- Lesiones sospechosas en las que, aunque el médico estime que es suficiente el seguimiento clínico, la paciente insista en biopsiarse.
- Debe existir concordancia entre los hallazgos de los estudios de imagen y los citopatológicos, si no se discutirán otras técnicas.

Técnicas de la PAAF

- La tripleta constituida por la clínica, estudios de imagen y citología deben utilizarse conjuntamente para la toma de decisiones.
- La media de punciones recomendada es de 2 a 4, tanto en lesiones palpables como en las no palpables. Pueden estar indicadas más de 4 punciones cuando:
 - La lesión es de difícil estabilización o penetración.
 - La cantidad de material es escasa y la sospecha es alta.
 - El tumor es mayor de 4 cm y se necesita material para estudios especiales.

Terminología diagnóstica.

- Para la clasificación de la PAAF deben considerarse las categorías siguientes:

Inadecuado o no valorable (repetir citología)

Insuficiente o no representativo (repetir citología)

Benignas. (Citación normal).

No hay evidencia de malignidad. Debe seguirse de una descripción y clasificación concreta de la patología cuando sea posible: absceso o mastitis, necrosis grasas, fibroadenoma, quiste, cambio fibroquísticos no proliferativos sin apatía, cambios asociados a embarazo o tratamiento hormonal.

Atípica de significado indeterminados (repetir citología y/o biopsia)

Los hallazgos celulares no diagnósticos asociándose hechos de benignidad con cambios atípicos, deben seguirse de descripción y, en lo posible, clasificación. Sugiere enfermedad proliferativa ductal florida (hiperplasia vs carcinoma de bajo grado), lesión papilar (papiloma vs carcinoma papilar) o lesión fibroepitelial (fibroadenoma vs tumor filodes) .

Sospechosa para malignidad (biopsia/valorar intraoperatoria)

Los hallazgos son muy sugestivo de malignidad pero no diagnóstico (no se observan todos los criterios citológicos de malignidad o la celularidad es muy escasa).

Malignas (tratamiento o biopsia / valorar intraoperatoria)

Los hallazgos son diagnósticos de malignidad, debe seguirse de descripción y tipificación del tumor dentro de lo posible.

2. ESTUDIO MACROSCOPICO

2 A. BIOPSIAS Y PIEZAS DE TUMORECTOMIA :

- Cuando se considere necesario, realizar una radiografía de la biopsia, antes de su manipulación (especialmente en casos de microcalcificaciones en lesiones no palpables)
- Medir la muestra antes de cortarla.
- Secar y pintar con tinta china para poder identificar posteriormente los bordes de resección.
- Tomar material en fresco y congelar inmediatamente para el banco de tumores del servicio de anatomía patológica cuando la lesión sea de suficiente tamaño y no se comprometa el adecuado estudio histológico.

Descripción macroscópica

Debe incluir:

- Dimensiones y consistencia de la muestra.
- Otros datos : fibrosis, quistes (tamaño, número y contenido), calcificación.
- Tumor tamaño, coloración, consistencia, necrosis, distancia a los bordes de resección más desfavorables.

2 B. PIEZAS DE MASTECTOMIA:

- Dimensiones de la pieza.
- Orientar la pieza utilizando para ello la prolongación axilar, la zona correspondiente a la misma deberá ser marcada por el cirujano.
- Tamaño de la elipse de piel recogiendo los datos siguientes: cicatrices de tumorectomía
Previa, piel infiltrada por el tumor, retracción del pezón, otras alteraciones.
- Localización del tumor o en su caso cavidad de tumorectomía previa: central, cuadrante superior derecho, cuadrante superior izquierdo, cuadrante inferior derecho, cuadrante inferior izquierdo.
- Recoger si existe solución de continuidad a nivel del lecho de tumorectomía.
- Presencia de tumor residual (con dimensiones).
- Multicentricidad (tumor en al menos dos cuadrantes diferentes) y multifocalidad (dos o más focos tumorales dentro del mismo cuadrante de la mama).

3. ESTUDIO MICROSCOPICO

Tipo tumoral

1. Carcinoma ductal infiltrante.
 - a. Carcinoma ductal infiltrante usual (NOS), incluyendo grado de diferenciación (Scarff-Bloom-Richardson).
 - b. Tubular.
 - c. Cribiforme.
 - d. Mucinoso puro.
 - e. Papilar.
 - f. Medular.
 - g. Carcinoma ductal infiltrante con hallazgos medulares.

- h. Carcinoma metaplásico.
- 2. Carcinoma lobulillar infiltrante.
 - a. Tipo clásico.
 - b. Variantes: sólido, trabecular, alveolar, de células en anillo de sello, túbulo-alveolar.
- 3. Carcinoma infiltrante mixto (especificar las variantes de ductal a lobulillar).
- 4. Carcinoma infiltrante de tipo indeterminado.
- 5. Otros (especificar).

Grado Histológico (Scarff Bloom Richardson) (exclusivamente para el ductal infiltrante de tipo NOS)

Criterios: - Arquitectura (formación de túbulos, glándulas o papilas)
 - Atíпия nuclear
 - Número de mitosis

a) Arquitectura:

- 1 punto** .- Neta diferenciación tubular, glandular o papilar (>75%)
- 2 punto** .- Moderada formación de túbulos, glándulas o papilas (10-75%)
- 3 punto** .- Escasa o nula diferenciación (<10%)

b) Grado nuclear:

- 1 punto** .- Núcleos uniformes en forma y tamaño, nucleolo pequeño
- 2 punto** .- Variación moderada
- 3 punto** .- Pleomorfismo severo

c) Índice mitótico:

1, 2 o 3 puntos. En este punto debe considerarse el tamaño del campo según el microscopio utilizado. En la tabla siguiente se recogen algunos:

Objetivo	x25	x40	x40
Díámetro campo (mm)	0.59	0.44	0.63
Area del campo (mm)	0.274	0.152	0.312
Número de mitosis			
1 punto	0-9	0-5	0-11
2 punto	10-19	6-10	12-22
3 punto	> 20	>11	>23

Nota : se contarán 10 campos de gran aumento, en la zona periférica del tumor coincidiendo con las áreas de mayor número de mitosis. Los 10 CGA se contarán en la misma área, aunque no necesariamente contiguos. Todos los campos deberán

corresponder totalmente a células neoplásicas evitando zonas de necrosis o desmoplasia. Se evitarán zonas mal preservadas.

Grados de Scarff Bloom Richardson

Grado I (bien diferenciados): 3 a 5 puntos
Grado II (moderadamente diferenciado): 6 a 7 puntos
Grado III (pobrementemente diferenciado): 8 a 9 puntos

Tamaño tumoral

Recoger el diámetro máximo medido microscópicamente (si no coincide con el microscópico), si no puede determinarse el tamaño indicar el motivo.

Necrosis tumoral

Incluye las siguientes categorías: no se identifica, necrosis, necrosis tumoral mínima, necrosis extensa, cuando no se valore indicar la razón.

Clasificación tumoral

Valorada como ausente, mínima o extensa.

Invasión linfática.

No se identifica invasión vascular, Invasión vascular presente, dudosa, no puede valorarse

Invasión perineural

No se identifica invasión perineural, Invasión perineural presente.

Márgenes quirúrgicos

Todos los márgenes libres (indicar en mm), carcinoma infiltrante próximo al borde (menos de 0,1 cm), carcinoma en contacto con márgenes, los márgenes no pueden ser especificados por

Carcinoma in situ.

Especificar la presencia de carcinoma ductal in situ (con sus variantes) o lobulillar in situ así como su extensión (cuantificada como leve, moderada o extensa). Indicar su localización: intratumoral, peritumoral o alejado del tumor infiltrante.

Piel

Recoger: No estudiada, libre, infiltrada, con permeación linfática.

Pezón

No estudiado, libre, infiltrado, con permeación linfática, carcinoma ductal, in situ, enfermedad de Paget.

Músculo

No estudiado, libre, infiltrado.

Mama no neoplásica

Mama no tumoral sin peculiaridades.

La mama muestra algunas de las siguientes características:

- Hiperplasia ductal ligera sin atípia
- Hiperplasia ductal moderada o florida sin atípia
- Hiperplasia ductal atípica
- Hiperplasia lobulillar
- Hiperplasia lobulillar atípica
- Papiloma intraductal
- Adenosis esclerosante
- Cicatriz radial
- Metaplasia apocrina
- Fibrosis
- Calcificación
- Ectasia ductal
- Mastitis
- Fibroadenoma
- Hiperplasia fibroadenomatosa
- Cambios biopsia previa
- Cambio postradioterapia

Ganglios Linfáticos.

- Número de ganglios metatásicos respecto el total de adenopatías aisladas.
- Tamaño de la mayor de las adenopatías.
- Tamaño de las metástasis (clasificación pN).
- Desbordamiento de la cápsula.

4. ESTUDIO DE RECEPTORES

Consideramos obligada la determinación mediante inmunohistoquímica de receptores de estrógenos receptores de progesterona.

En forma voluntaria podrán realizarse otros marcadores como Ki-67 oncoproteína p53, cerb-B2 (HER-2/neu) y catepsina D.

- Receptores de estrógeno y progesterona

< 5% de núcleos teñidos se considera negativo
5-20% positividad débil
20-50% positividad moderada
> 50% positividad intensa

- **Ki-67**

Referido como el % de células positivas (tinción nuclear)

- **p-53**

Referido como el % de células positivas (tinción nuclear)

- **cerb-B2**: Valoración semicuantitativa (tinción de membrana), como negativo, débil, moderado o intenso.

- **Catepsina D**, valoración en células tumorales y células del estroma (histiocitos-macrófagos).

< 10% de células +
10-50% células ++
> 50% de células +++