

# RECOMENDACIONES DE NO HACER

## Introducción

**Santiago Nieto LLanos**

*Vocal de los Clubes de la SEAP*

En el contexto del proyecto del Ministerio de Sanidad denominado “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas”, la SEAP, al igual que otras sociedades científicas médicas españolas, recibió una solicitud institucional para proponer 10 “Recomendaciones de NO HACER”.

Desde la SEAP se pensó que el mejor vehículo para hacer estas propuestas de mejora en la práctica clínica en nuestra especialidad eran los clubes y se solicitó a todos los coordinadores que remitiesen aquéllas que considerasen más relevantes en cada una de sus áreas específicas. Varios clubes emitieron numerosas propuestas pero, debido a las limitaciones del proyecto ministerial fue preciso elegir, en base a criterios de su repercusión en número de pacientes, únicamente diez de entre todas ellas que, cuando el proyecto llegue a su fin, quedarán reducidas a cinco.

No obstante, nos pareció que sería lamentable que, por las características del diseño del proyecto ministerial, gran parte del trabajo que muchos compañeros habían realizado a través de los clubes, quedase oculto. Por ello y dado que nuestra sociedad tiene su propio instrumento para proponer y avalar mejoras en cuanto a manejo clínico, que no es otro que el libro blanco, estimamos que merecería la pena publicar en este capítulo todas las propuestas realizadas por los clubes para garantizar el acceso a las mismas por todos los miembros de nuestra sociedad.

Siguiendo el formato que se nos indicó desde el Ministerio de Sanidad la mayoría de las propuestas son recomendaciones de NO hacer y muchas se acompañan de avales bibliográficos. Se publican aquí agrupadas a partir de los distintos clubes que las emitieron, haciendo referencia a los miembros de cada club que participaron en su elaboración.



# Recomendaciones de NO HACER

## LA SEAP RECOMIENDA:

- ✓ **NO tratar ningún cáncer sin confirmación histológica/citológica.**

### Relevancia clínica

Imprescindible para la elaboración de un pronóstico y aplicación de un tratamiento.

Población a la que afecta: Todos los pacientes diagnosticados de cáncer (103.407 nuevos casos por año 2012)

### Referencias bibliográficas que apoyan esta recomendación:

- *Principios de Medicina Interna* Autores: Harrison & Fauci Editorial: McGraw-Hill Interamericana 17ª Edición - Año 2008. *Oncología y Hematología. Sección 1 Estudio del paciente con cáncer. Pag 479.*
- *Diagnostic Histopathology of Tumors: 2 Volume Set, 4th Edition* By Christopher D. M. Fletcher, MD, FRCPath ISBN: 978-1-4377-1534-7. 2013 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- *Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012.* Sánchez MJ1, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martínez C; CIBERESP Working Group. *Ann Oncol.* 2010 May;21 Suppl 3:iii30-36.

## EL CLUB DE DERMATOPATOLOGIA RECOMIENDA:

- ✓ **NO basar el diagnóstico de melanoma y/o el diagnóstico diferencial con lesiones melanocíticas benignas en hallazgos no morfológicos (inmunohistoquímicos o moleculares).**
- ✓ **NO emitir diagnóstico de melanoma sin variables con valor pronóstico: Ulceración, espesor de Breslow, fase de crecimiento, tipo de celularidad, regresión, índice mitótico, invasión vascular, estado de márgenes quirúrgicos, estadio TNM, etc.**
- ✓ **NO emitir diagnósticos de ganglio centinela en pacientes con melanoma sin realizar procesamiento protocolizado con estudio inmunohistoquímico para células melanocíticas.**
- ✓ **NO diagnosticar tumores anaplásicos en piel fotoexpuesta sin realizar estudio inmunohistoquímico para descartar neoplasias con comportamiento agresivo (fundamentalmente melanoma).**
- ✓ **NO descartar la posibilidad de linfoma primario cutáneo solo por la ausencia de reordenamiento monoclonal.**

- ✓ **NO basar el diagnóstico de linfomas primarios cutáneos en hallazgos moleculares (reordenamiento monoclonal) en ausencia de correlación clínica / histológica / inmunohistoquímica.**
- ✓ **NO realizar de forma sistemática determinación y tipado de HPV en parejas masculinas de pacientes con infección de HPV en ausencia de lesión mucosa anogenital.**
- ✓ **NO realizar diagnósticos de dermatosis inflamatorias sin una correlación clínico-patológica adecuada.**
- ✓ **NO basar el diagnóstico de patología inflamatoria cutánea en hallazgos inespecíficos (ejemplo: lupus eritematoso ante la presencia únicamente de mucina intersticial en dermis reticular).**

#### **EL CLUB DE LINFOMAS RECOMIENDA:**

Autores: Santiago Montes Moreno, Manuela Mollejo Villanueva, Máximo Fraga, Juan Fernando García, José Luis Villar, Antonio Martínez, Socorro María Rodríguez Pinilla, Ana Batlle, Mariano Provencio Pulla, María Rozmán, Ramón García Sanz

- ✓ **NO utilizar la PAAF (Punción-aspiración con aguja fina) de forma aislada para el diagnóstico inicial de un paciente con adenopatías y sospecha clínica de proceso linfoproliferativo. No obstante puede ser suficiente para establecer un diagnóstico de recidiva. La biopsia escisional/incisional de la adenopatía o tejido extraganglionar afecto es el método de elección para el diagnóstico inicial de los casos con sospecha de proceso linfoproliferativo.** En los casos en que por la situación clínica del paciente se realice una BAG (Biopsia con aguja gruesa) el estudio de la muestra de BAG debe incluir siempre, además del estudio morfológico, técnicas auxiliares (citometría de flujo, inmunohistoquímica, análisis de reordenamientos mediante FISH y, en situaciones concretas, análisis de clonalidad linfoide B y T).

##### Referencias bibliográficas que apoyan esta recomendación:

- Parker A BB, Devereux S, Gatter K, Jack A, Matutes E, Rooney N, Ross F, Wilkins B, Wotherspoon A, Ramsay A. *Best Practice in Lymphoma Diagnosis and Reporting*; 2012.
- NCCN Guidelines, *Non Hodgkin Lymphomas*; 2014.
- Ghirardelli ML, Jemos V, Gobbi PG. *Diagnostic approach to lymph node enlargement. Haematologica*. 1999 Mar;84(3):242-7.
- Fletcher RH. *Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate (last updated: jun19, 2012).*

#### **EL CLUB DE NEUROPATOLOGÍA RECOMIENDA:**

- ✓ **NO debe emitirse el diagnóstico definitivo de oligodendroglioma sin el estudio de la delección 1p19q (por el mismo Servicio o referido a otro que disponga de la técnica)**

##### Relevancia clínica

La recomendación tiene un impacto clínico, en el sentido de conocer qué pacientes se beneficiaran de un tratamiento concreto

- ✓ **NO debe emitirse un diagnóstico definitivo de glioblastoma multiforme sin acompañarse del estado de metilación de la enzima metilguanilmetiltransferasa (MGMT)**

##### Relevancia clínica

La recomendación tiene un impacto clínico, en el sentido de conocer qué pacientes se beneficiaran de un tratamiento concreto

- ✓ **NO se debe establecer el diagnóstico anatomopatológico de demencia sin un mínimo de estudio estandarizado.**

Referencias Bibliográficas que apoyan estas recomendaciones

- Riemenschneider MJ1, Louis DN, Weller M, Hau P. Refined brain tumor diagnostics and stratified therapies: the requirement for a multidisciplinary approach. *Acta Neuropathol.* 2013 Jul;126(1):21-37.
- Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Tumors of the Brain/Spinal Cord Protocol applies to all primary neoplasms of the brain/spinal cord/peripheral nerve and pituitary. Metastatic tumors are not included. American College of Pathology. January 30, 2013. [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2013/CNS\\_13protocol.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/CNS_13protocol.pdf)
- Riemenschneider MJ1, Louis DN, Weller M, Hau P. Refined brain tumor diagnostics and stratified therapies: the requirement for a multidisciplinary approach. *Acta Neuropathol.* 2013 Jul;126(1):21-37.
- Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Tumors of the Brain/Spinal Cord Protocol applies to all primary neoplasms of the brain/spinal cord/peripheral nerve and pituitary. Metastatic tumors are not included. American College of Pathology. January 30, 2013. [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2013/CNS\\_13protocol.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/CNS_13protocol.pdf)

#### **EL CLUB DE PATOLOGÍA DIGESTIVA RECOMIENDA:**

- ✓ **NO agotar el material endoscópico en pacientes diagnosticados de patología tumoral mediante este método (tumor primario) ni remitir bloque único para su uso en ensayos clínicos. Si esto último se considera necesario (incluir en ensayo clínico), se recomienda rebiopsiar al paciente.**

Relevancia clínica y población afectada

El carcinoma colorrectal es muy frecuente y su diagnóstico por biopsia endoscópica hace que el material parafinado sea escaso. El rápido avance en la terapia génica hace necesario de disponer siempre de material para hacer los estudios moleculares y/o inmunohistoquímicos pertinentes que puedan beneficiar al paciente.

Referencia que apoya esta recomendación

- Navarro S, Musulén Palet E, Cuatrecasas M, Landolfi S, Ramón y Cajal S, García-Carbonero R, García-Fonciillas, Pérez-Segura P, Salazar R y García-Alfonso P. Actualización de la recomendación para la determinación de biomarcadores en el carcinoma colorrectal. *Consenso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y de la Sociedad Española de Oncología Médica. Rev Esp Patol.* 2015;48:14-24

#### **EL CLUB DE PATOLOGÍA MAMARIA RECOMIENDA:**

Autores: Alicia Córdoba, Laia Bernet

- ✓ **NO tratar ningún cáncer de mama sin un estudio de factores pronósticos y predictivos (ER, PR, Her2)**

Relevancia clínica y población afectada

Son los factores pronósticos más relevantes y la información básica para elaborar el tratamiento. Constituyen el 100% de las pacientes con cáncer de mama (330.000 casos nuevos al año en UE/27000 casos nuevos al año en España)

Referencias bibliográficas que apoyan esta recomendación:

- The updated ASCO/CAP guideline recommendations for HER2 testing in the management of invasive breast cancer: a critical review of their implications for routine practice Rakha EA, Starczynski J, Lee AHS & Ellis IO *Histopathology* 2014, 64, 609–615. DOI: 10.1111/his.12357
- American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Immunohistochemical Testing of Estrogen and Progesterone Receptors in Breast Cancer Hammond HE, . Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, . Hagerty KL *Arch Pathol Lab Med.* 2010 Jun; 134(6): 907–922.

- *Pathologists' Guideline Recommendations for Immunohistochemical Testing of Estrogen and Progesterone Receptors in Breast Cancer. Breast Care (Basel). 2010;5(3):185-187.*
  - *Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. Arch Pathol Lab Med. doi: 10.5858/arpa.2013-0953-SA*
  - *American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer Wolff AC1, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, Allred DC, Bartlett JM, Bilous M, Fitzgibbons P, Hanna W, Jenkins RB, Mangu PB, Paik S, Perez EA, Press MF, Spears PA, Vance GH, Viale G, Hayes DF; J Clin Oncol. 2013 Nov 1;31(31):3997-4013*
  - *Recomendación para la determinación de HER2 en cáncer de mama. Consenso nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) Guidelines for HER2 testing in breast cancer. A national consensus of the Spanish Society of Pathology and the Spanish Society of Medical Oncology. José Palacios, X Andreu. M J Calasanz, Á Concha, J M Corominas, T García-Caballero, J A López, F López-Ríos, S Ramón y Cajal; F J. Vera-Sempere, R Colomer, M Martín, E Alba, A González, A Llombart, A Lluch, J Albanell\*. Rev Esp de Patol 2009; 42(1): 3-16.*
  - *Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. Sánchez MJ1, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martínez C; CIBERESP Working Group. Ann Oncol. 2010 May;21 Suppl 3:iii30-36*
- ✓ **NO realizar linfadenectomía en pacientes con cáncer de mama y ganglio centinela con metástasis pequeñas (grupo celular aislado-micrometástasis)**  
Referencias bibliográficas que apoyan la recomendación
- *Bernet L, Piñero A, Vidal-Sicart S et al. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Rev Esp Patol. 2014;47:22-32*
  - *ADASP Recommendations for Processing and Reporting of Lymph Node Specimens Submitted for Evaluation of Metastatic Disease. Mod Pathol. 2001 Jun;14(6):629-32*
  - *Giuliano AE, McCall L, Beitsch P et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. Ann Surg. 2010;252:426-32.*
- ✓ **NO está recomendado ampliar bordes si no hay células tumorales en la tinta china (cirugía conservadora, pieza quirúrgica).**  
Referencias bibliográficas que apoyan esta recomendación
- *Society of Surgical Oncology–American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stages I and II Invasive Breast Cancer M S. Moran, J. Schnitt, A E. Giuliano, JR. Harris, SA. Khan, J Horton, S Klimberg, MChavez-MacGregor, G Freedman, N Houssami, P L. Johnson , M Morrow JCO February 10, 2014 JCO.2013.53.3935*

#### **EL CLUB DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA RECOMIENDA:**

Autores: Xavier Matias-Guiu, Esther Oliva, María Alejo, Iñaki Arias-Camisón, Rosa Guarch

#### **A NUESTROS COMPAÑEROS CLÍNICOS:**

- ✓ **NO omitir datos de la historia clínica ginecológica (fecha de última regla, etc) en las solicitudes de biopsias endometriales para trastornos funcionales del endometrio**

- ✓ **Enviar en fresco y con la mayor celeridad**
  - Las piezas de conización (o similares), para facilitar valoración de márgenes de resección.
  - Las piezas tumorales grandes y piezas de histerectomía, para que el patólogo controle las condiciones de fijación, ya que una fijación inadecuada puede impedir valorar factores pronósticos relevantes.
- ✓ **Prestar especial atención al subtipo patológico en la biopsia endometrial con cáncer de endometrio al plantear la cirugía de una paciente con cáncer de endometrio, ya que el enfoque quirúrgico es diferente para un carcinoma endometriode y uno seroso.**
- ✓ **Hacer una adecuada valoración del estado del peritoneo (con toma de muestras) en la valoración de estadio de un tumor ovárico.**
- ✓ **Hacer una extirpación adecuada de parametrios cuando se extirpe un cáncer de cérvix**
- ✓ **NO hacer biopsia intraoperatoria de TODOS los ganglios linfáticos pélvicos en un cáncer de cérvix.**
- ✓ **Ser consciente que un diagnóstico biópsico de hiperplasia atípica de endometrio, comporta un cierto riesgo de que haya un carcinoma de endometrio en la pieza de histerectomía.**
- ✓ **Ser consciente de que ante un diagnóstico de carcinoma endometriode en un pólipo endometrial en una pieza de polipectomía histeroscópica, existe la posibilidad que no haya tumor en la pieza de histerectomía**
- ✓ **Ser consciente de que pueden haber discrepancias en la valoración del grado histológico en un carcinoma endometriode de endometrio entre la biopsia y la pieza de histerectomía, simplemente por un problema de representatividad de la biopsia.**
- ✓ **Ser consciente que en la enfermedad de Paget de la vulva, los márgenes pueden ser positivos, aunque estén macroscópicamente lejanos al tumor.**
- ✓ **Ser consciente de que un VIN 3 bien diferenciado puede ser multicéntrico, clínicamente irrelevante, y que comporta un riesgo a desarrollo posterior de cáncer de vulva**
- ✓ **Ser consciente de que en ciertos tumores ginecológicos (sarcomas endometriales de bajo grado, tumores de células de granulosa), el tumor puede recidivar después de muchos años de la extirpación del tumor.**
- ✓ **Ser consciente de que hay carcinomas endometrioides que pueden originarse fuera del tracto ginecológico, en zonas de endometriosis**
- ✓ **Ser consciente de que en casos de carcinomas endometrioides simultáneos de endometrio y de ovario, puede ser imposible discriminar patológicamente si los tumores son independientes, o uno es metastático del otro.**
- ✓ **Tener exquisito cuidado al remitir las muestras al Servicio de Anatomía Patológica, evitando errores de etiquetado e identificación de muestras**
- ✓ **NO abrir las piezas quirúrgicas (especialmente útero) ya que pueden afectar un examen adecuado de la pieza y lesiones existentes.**

- ✓ NO pedir estudios intraoperatorios de biopsias de endometrio como primer diagnóstico de cáncer de endometrio.
- ✓ NO dejar la hoja de información clínica en blanco.
- ✓ NO dejar sin seguimiento pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio <50 años para descartar Síndrome de Lynch.
- ✓ NO hacer morcelaciones uterinas ni ováricas ya que conllevan un riesgo para el paciente (diagnóstico y de estiaje).
- ✓ NO tratar un tumor (seroso o mucinoso) de ovario con solo anexectomía cuando se hace una extemporanea y el diagnostico provisional es "borderline".
- ✓ NO pedir extemporaneas de conizaciones o Leeps ya que el artefacto que se introduce en la extemporanea puede afectar la interpretacion patológica final de la pieza.
- ✓ NO pedir estudios intraoperatorios si no van a suponer un cambio inmediato en la actitud quirúrgica durante la intervención.
- ✓ NO decir a los patólogos las pruebas complementarias que tienen que pedir (en relación a inmunohistoquímica, patología molecular...).

#### A LOS PATÓLOGOS:

- ✓ NO efectuar un diagnóstico de tumor ovárico (especialmente un borderline mucinoso) sin un muestreo adecuado
- ✓ NO dar por supuesto un origen primitivo, ante un tumor mucinoso de ovario
- ✓ NO confundir invasión miometrial y extensión a adenomiosis, cuando se valore la invasión miometrial en cáncer de endometrio
- ✓ Hacer inmunohistoquímica si se duda en el diagnóstico diferencial entre carcinoma endometriode y carcinoma seroso de endometrio.
- ✓ Prestar atención a las características macroscópicas de los tumores ováricos, especialmente en lo referente a ruptura o invasión capsular.
- ✓ Estudiar la fimbria de las trompas de Falopio ante un carcinoma seroso de alto grado de ovario
- ✓ Muestrear adecuadamente el epiplon en el estadiaje de canceres de ovario
- ✓ Interpretar los resultados inmunohistoquímicos, siempre integrándolos en la morfología de las lesiones.
- ✓ Ser consciente que en los carcinomas pequeños de cuello uterino, hay que valorar conjuntamente la pieza de histerectomía y la conización (o similar) previa, para valorar adecuadamente el nivel de invasión



- ✓ Prestar atención al componente glandular endocervical cuando se valoran biopsias cervicales para evaluar lesiones displásicas escamosas.
- ✓ Prestar atención a la posible presencia de carcinoma endometrial intraepitelial (carcinoma seroso intraepitelial) cuando se valoran polipectomías endometriales
- ✓ NO valorar como tejido endometrial los focos de hiperplasia microglandular de endocervix, que a veces son arrastrados con el material procedente de la cavidad endometrial, en la valoración de biopsias endometriales
- ✓ Tener cuidado en NO confundir un adenomioma polipoide atípico con un adenocarcinoma endometriode
- ✓ Tener cuidado en valorar posibles contaminaciones de tejido en la valoración de biopsias.
- ✓ NO hacer el diagnostico de tumor mucinoso primario de ovario si hay tumor extraovárico.
- ✓ NO sobreinterpretar la invasión linfovascular en general y en especial en histerectomias laparoscópicas que se han hecho con "vaginal vacuum".
- ✓ NO interpretar los resultados de inmunohistoquímica sin tener controles internos y externos positivos.
- ✓ NO usar un único anticuerpo solo para corroborar un diagnostico ya que hay solapamiento de resultados (ejemplo, los tumores musculares frecuentemente expresan CD10 como los tumores del estroma endometrial, mejor hacer un panel con CD10, desmina y caldesmon; los tumores musculares epitelioides expresan frecuentemente EMA, mejor añadir, desmina y caldesmon.
- ✓ NO hacer el diagnostico de carcinoma seroso solo basándose en que el tumor sea p53 positivo pues carcinomas de endometrio de alto grado pueden ser positivos.
- ✓ NO hacer el diagnostico de carcinoma de células claras si los patrones típicos no están presentes. La presencia de células claras no se iguala a carcinoma de células claras.
- ✓ NO hacer un diagnóstico de carcinoma endometriode de alto grado en biopsia si estamos seguros de que existe un componente seroso. Se recomienda llamarlo carcinoma de endometrio de alto grado con una nota diciendo que no se puede descartar un componente seroso, así el cirujano puede hacer un estadiaje apropiado incluyendo omento.
- ✓ NO dejar de evaluar la superficie de los ovarios ya que puede ser muy útil para identificar metástasis.
- ✓ NO trabajar de forma aislada. Si no se está seguro o la morfología y la inmunohistoquímica no cuadran pedir siempre una segunda opinión.
- ✓ NO diagnosticar material insuficiente ni tampoco intentar hacer un diagnóstico definitivo, en mujeres post-menopáusicas con endometrio atrófico y sin lesión en la ecografía a las que se les realiza una biopsia de endometrio y se obtiene escaso tejido endometrial sin atípicas, hacer un diagnóstico descriptivo, El objetivo es NO repetir de forma indiscriminada la biopsia de endometrio solo en los casos que clínicamente sea necesario.

- ✓ NO repetir una citología cervico-vaginal, independientemente de la causa de la repetición, en un período inferior a los 3 meses.
- ✓ NO Sustituir la citología cérvico-vaginal con la tinción de Papanicolau por tinciones histoquímicas de p16 o dual (aunque pueden ser complementarias en algunas ocasiones).
- ✓ En el estudio por inmunohistoquímica de las proteínas reparadoras del DNA en cáncer ginecológico (Screening de Síndrome de Lynch), NO valorar la ausencia de expresión nuclear como patológico si no existe expresión en el estroma, miometrio, linfocitos adyacentes al tumor (control interno).  
*Referencias que apoyan estas recomendaciones:*
  - Phillips V, McCluggage WG. Results of a questionnaire regarding criteria for adequacy of endometrial biopsies. *J ClinPathol* 2005;58:417-419.
  - McCluggage WG. My approach to the interpretation of endometrial biopsies and curettings. *J ClinPathol* 2006;59:801-812.
  - M. Arbyn, A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan, H. G. Wiener, A. Herbert, J. Daniel and L. von Karsa. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition*
  - Bojana Djordjevic, Russell R. Broaddus. Role of the clinical pathology laboratory in the evaluation of endometrial carcinoma for Lynch syndrome. *Seminars in Diagnostic Pathology* 2014;31:195-204

#### **EL CLUB DE PATOLOGÍA PEDIÁTRICA RECOMIENDA:**

- ✓ NO abrir las piezas quirúrgicas en quirófano para enviar parte del tumor a biología molecular ya que se artefacta el estudio de los márgenes de resección y la cápsula tumoral. La pieza en fresco debe ser valorada por un patólogo que enviará las muestras necesarias a estudio molecular por petición propia o de otros especialistas.

#### *Referencias que apoyan esta recomendación*

- Cotton DW, Stephenson TJ. *Histopathology for minor surgery. Histopathology.* 1992 May;20(5):455-6.
- Juan Rosai and Ackerman's *Surgical pathology, ninth edition, Volume I, p29*

#### **EL CLUB DE UROPATOLOGIA RECOMIENDA:**

Autores: Inés de Torres, Isabel Trías, Margarita Gimeno y Pilar González-Peramato

- ✓ NO hacer inclusiones parciales de RTU de tumor vesical siempre y cuando el diagnóstico final sea un Ta o un T1 (para estar seguros que se ha descartado la presencia de capa muscular en el material de RTU).  
*La relevancia de esta recomendación* viene determinada por el posible infradiagnóstico de un tumor vesical infiltrante de la capa muscular. El impacto clínico es importante ya que se ha demostrado la mayor agresividad de los tumores de vejiga una vez que invaden la capa muscular propia. La consecuencia sería la progresión de un tumor infiltrante de la muscular propia de la vejiga insuficientemente tratado (por el infradiagnóstico) sin cirugía agresiva (cistectomía).
- ✓ Incluir en el informe anatomopatológico de adenocarcinoma de próstata en biopsia por aguja los datos esenciales recomendados para seleccionar los distintos tratamientos que son: tipo histológico, número de cilindros positivos, localización de los cilindros positivos, cuantificación del tumor, Grado y Score de Gleason y otros sólo si están presentes (extensión extraprostática, infiltración perineural y otros focos de proliferación acinar atípica sospechosos de carcinoma).

**Relevancia clínica y población afectada:** El carcinoma de próstata supone un importante gasto sanitario ya que es el cáncer más frecuente en varones y en éstos es el responsable del mayor número de muertes cáncer-específico. Muchos de ellos son tratados con cirugía radical, bloqueo hormonal o radioterapia. Sin embargo, actualmente gracias a las medidas de detección precoz (PSA) se están diagnosticando cada vez más carcinomas en fases precoces. Muchos de ellos tendrían un comportamiento clínico indolente (15-84% de los casos nuevos diagnosticados, según las diferentes series). Cada vez más se está propugnando un seguimiento activo de aquellos casos de adenocarcinoma de próstata con bajo riesgo de progresión. Para determinar el riesgo de progresión y planificar el tratamiento de los pacientes con carcinoma de próstata es esencial consignar los parámetros arriba mencionados en las biopsias de próstata por cilindro.

✓ **NO hacer biopsia intraoperatoria de márgenes en prostatectomías radicales.**

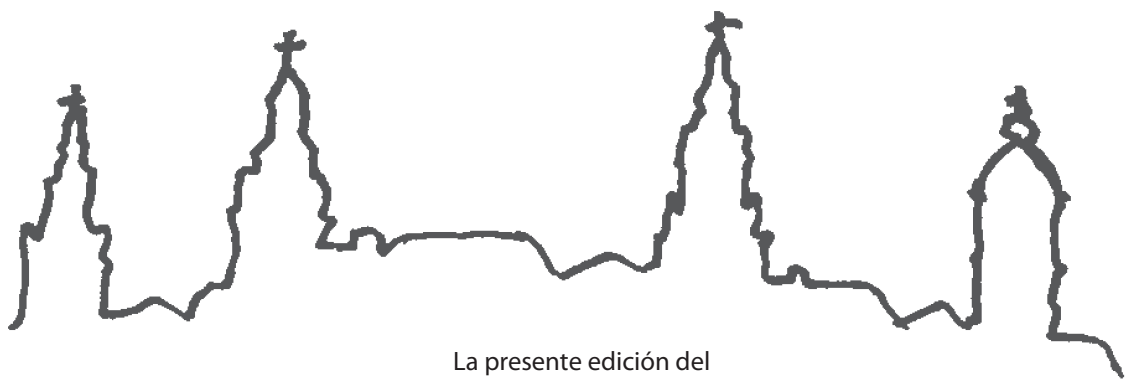
**Población afectada:** aquellos pacientes con carcinoma de próstata tratados mediante prostatectomía radical. El manejo de estos márgenes en fresco y en congelación puede distorsionar significativamente el análisis final de estos márgenes, que son un criterio pronóstico postquirúrgico

✓ **Incluir en el informe anatomopatológico de tumor testicular de células germinales en piezas de orquiectomía los datos recomendados como pronósticos y/o predictivos de recidiva: tipo histológico (puro vs mixto con uso juicioso de inmunohistoquímica), estadio pTNM, presencia/ausencia de invasión vascular, presencia y porcentaje de carcinoma embrionario, presencia/ausencia de elementos somáticos malignos y estado de los márgenes.**

**Referencias que apoyan estas recomendaciones**

- Chandra A, Griffiths D, McWilliam LJ. Best practice: gross examination and sampling of surgical specimens from the urinary bladder. *J Clin Pathol.* 2010 Jun;63(6):475-9.
- Amin MB et al. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Carcinoma of the Urinary Bladder. Protocol applies primarily to invasive carcinomas and/or associated epithelial lesions, including carcinoma in situ. Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013. [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2013/UrinaryBladder\\_13protocol\\_3210.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/UrinaryBladder_13protocol_3210.pdf)
- Lopez-Beltran A, Bassi PF, Pavone-Macaluso M, Montironi R; European Society of Urology; Urology Working Group. Handling and pathology reporting of specimens with carcinoma of the urinary bladder, ureter, and renal pelvis. A joint proposal of the European Society of Urology and the Urology Working Group. *Virchows Arch.* 2004 Aug;445(2):103-10.
- Amin MB1, Lin DW, Gore JL, Srigley JR, Samaratunga H, Egevad L, Rubin M, Nacey J, Carter HB, Klotz L, Sandler H, Zietman AL, Holden S, Montironi R, Humphrey PA, Evans AJ, Epstein JI, Delahunt B, McKenney JK, Berney D, Wheeler TM, Chinnaiyan AM, True L, Knudsen B, Hammond E. The Critical Role of the Pathologist in Determining Eligibility for Active Surveillance as a Management Option in Patients With Prostate Cancer: Consensus Statement With Recommendations Supported by the College of American Pathologists, International Society of Urological Pathology, Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology, the New Zealand Society of Pathologists and the Prostate Cancer Foundation. *Arch Pathol Lab Med.* 2014 Aug 5. [Epub ahead of print] doi: 10.5858/arpa.2014-0219-SA.
- Srigley JR et al. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Carcinoma of the Prostate Gland Protocol applies to invasive carcinomas of the prostate gland. Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition Protocol web posting date: June 2012. [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2012/Prostate\\_12protocol\\_3200.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2012/Prostate_12protocol_3200.pdf)
- Chin JL, Srigley J, Mayhew LA, Rumble RB, Crossley C, Hunter A, et al. Guideline for optimization of surgical and pathological quality performance for radical prostatectomy in prostate cancer management: evidentiary base. *Can Urol Assoc J.* 2010 Feb 1;4(1):13-25.
- Winstanley AM1, Mikuz G, Debruyne F, Schulman CC, Parkinson MC; European Association of Pathologists, Urology Division in Florence. Handling and reporting of biopsy and surgical specimens of testicular cancer. *Eur Urol.* 2004 May;45(5):564-73

- *Tickoo SK et al Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Malignant Germ Cell and Sex Cord-Stromal Tumors of the Testis. Protocol applies to all malignant germ cell and sex cord-stromal tumors of the testis. Paratesticular malignancies are excluded. Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013. [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2013/Testis\\_13protocol\\_3300.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/Testis_13protocol_3300.pdf)*



La presente edición del  
Libro Blanco 2015 de la Anatomía Patológica en España  
se terminó de imprimir en Gráficas Dosbi S.L.  
en Vitoria-Gasteiz el 15 de mayo