

¿QUÉ HACER CON LAS GLÁNDULAS PROSTÁTICAS ATÍPICAS?

Dr. José Ignacio López

Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Universitario de Cruces
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
Barakaldo, Bizkaia



CURSO CORTO

¿Cómo resolver los problemas comunes en uropatología?

XXV Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica
Zaragoza, 19 de Mayo de 2011

¿qué hace el urólogo con nuestro diagnóstico?

- **Informe AP: Tejido prostático benigno**

Seguimiento mediante PSA cada 6 meses. Si aumenta PSA, nueva biopsia en el plazo de 1 año.

GENERAMOS UN PROBLEMA MENOR

- **Informe AP: Foco de glándulas atípicas**

Repetir biopsia obteniendo mayor número de cilindros en el lado de las glándulas atípicas a los 3 meses. Si se repiten las glándulas atípicas, seguimiento estrecho con PSA y tacto rectal.

GENERAMOS UN PROBLEMA GRAVE

- **Informe AP: Adenocarcinoma**

Se ofrecen todas las posibilidades de tratamiento, desde la cirugía radical y la radioterapia hasta la pura vigilancia si hay alta sospecha clínica de tumor insignificante, dependiendo de las características del tumor. El paciente participa de la decisión terapéutica.

Antecedentes

- ASAP (acinar small atypical proliferation)

Cheville JC y cols. The focus of atypical glands suspicious for malignancy in prostate needle biopsy specimens: incidence, histologic features, and clinical follow-up of cases diagnosed in a community practice.

Am J Clin Pathol 1997; 108: 633-640.

Dundore PA. Atypical small acinar proliferation (ASAP) suspicious for malignancy in prostate needle biopsy.

J Urol Pathol 1998; 8: 21-29.

- Foco de glándulas atípicas

Prostate adenocarcinoma detected after high-grade prostatic intraepithelial neoplasia or atypical small acinar proliferation

José I. López

Department of Anatomic Pathology, Hospital de Basurto, Basque Country University (EHU/UPV), Bilbao, Spain

Accepted for publication 8 June 2007

Study Type – Prognosis (retrospective cohort study)
Level of Evidence: 2b

OBJECTIVE

To review specific histological variables in patients with prostate cancer who previously had diagnoses of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) and/or atypical small acinar proliferation (ASAP), compared with those who had no such diagnoses.

PATIENTS AND METHODS

The histological characteristics of prostate cancers which were detected after a

previous diagnosis of HGPIN and/or ASAP during 1998–2005 were investigated and correlated with the biopsies from patients with prostate cancer but with no such previous diagnoses.

RESULTS

HGPIN was followed by prostate cancer on repeat biopsy in 16.8% of patients, and ASAP in 26.7%. The mean age of patients with HGPIN or ASAP was higher than in those with no such diagnoses ($P < 0.001$). Similarly, patients with these previous diagnoses had a lower Gleason score ($P = 0.017$ and < 0.001 , respectively) and lower tumour volume variables (fewer tumour foci, $P = 0.033$ and 0.041 , respectively) and shorter cancer

($P = 0.048$ and 0.030) in core biopsies than those without.

CONCLUSIONS

Patients with prostate cancer who had previous biopsies with HGPIN or ASAP were older and has lower grade- and volume-cancers than those who had not.

KEYWORDS

prostate cancer, high-grade prostatic intraepithelial neoplasia, atypical small acinar proliferation, Gleason score, tumour volume

26%

- Zhou M, Magi-Galluzzi C. Clinicopathologic features of cancers detected after an initial diagnosis of “atypical glands suspicious of cancer”.

Pathology 42: 334-338, 2010.

51%

- Gabriel MY, Moussa B, Metias S, Moussa MS, Yousef GM. Risk of prostatic carcinoma following a diagnosis of atypical small acinar proliferation: A multicenter retrospective study.

Mod Pathol 24 (suppl 1): 193A, 2011

31,5%

Razones para diagnosticar un foco de glándulas atípicas en la próstata

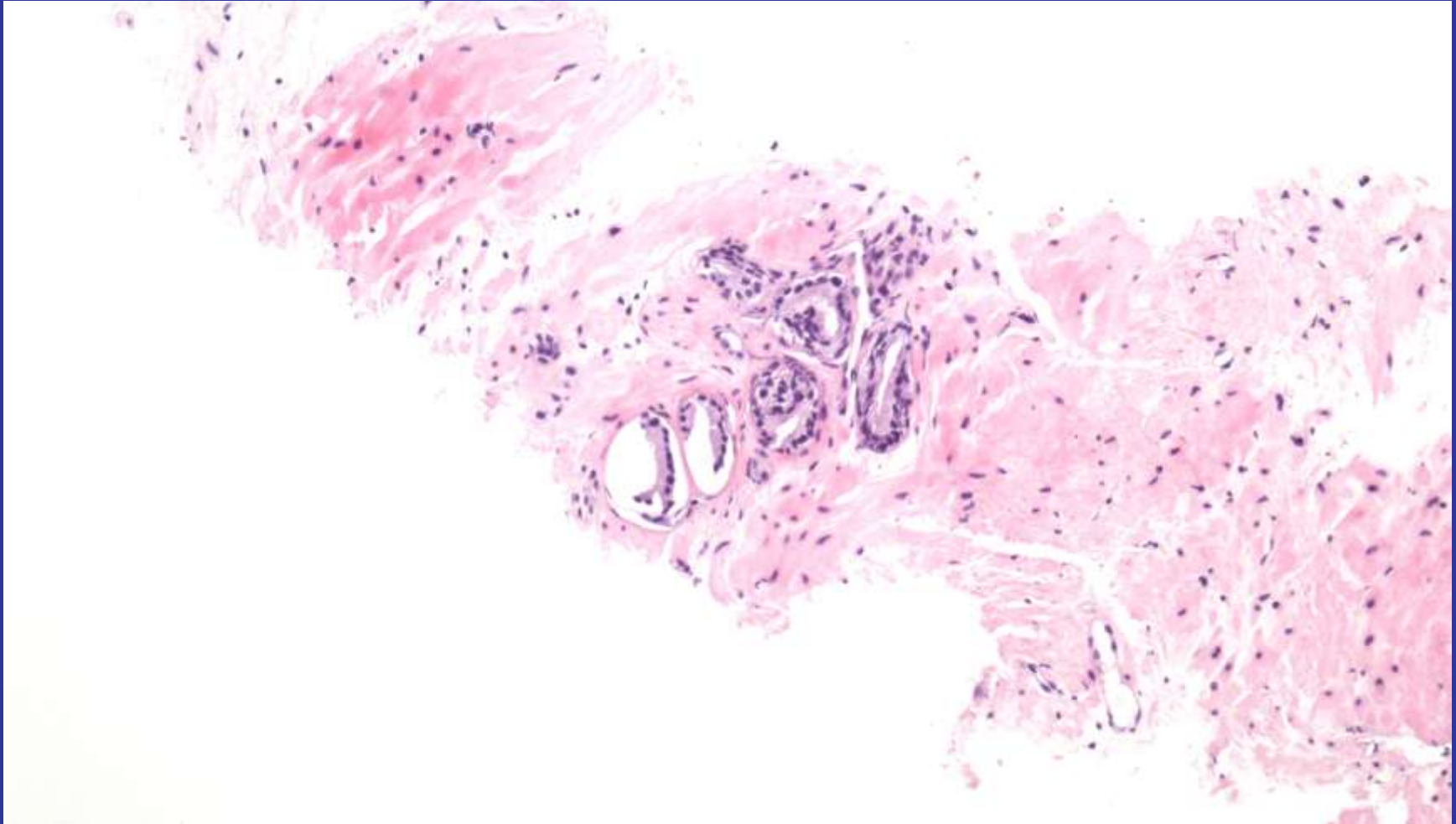
Duda irresoluble que no puede ser pasada por alto

- Sujeto a la interpretación
- Consiste en la aplicación subjetiva de datos objetivos
- Basado en la experiencia
- Es algo PERSONAL

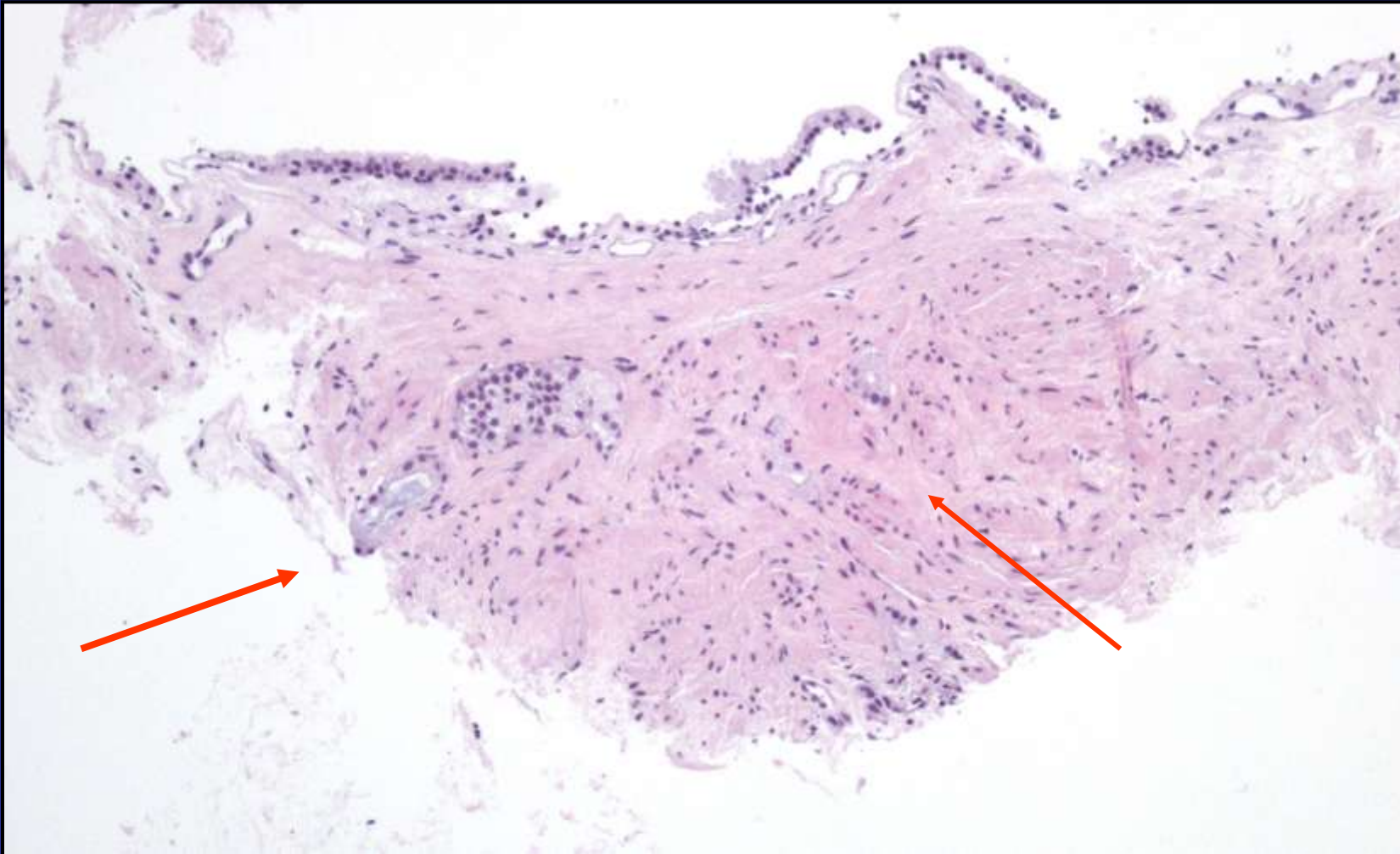
Razones para diagnosticar un foco de glándulas atípicas en la próstata

- Glándulas que cumplen criterios de carcinoma pero son demasiado escasas
- Glándulas que cumplen criterios arquitecturales pero no citológicos de carcinoma
- Glándulas que cumplen criterios arquitecturales y citológicos de carcinoma, pero que están muy distorsionadas por artefacto
- Glándulas atípicas versus PIN alto grado
- Glándulas que no cumplen criterios arquitecturales ni citológicos de carcinoma pero que no tienen células basales

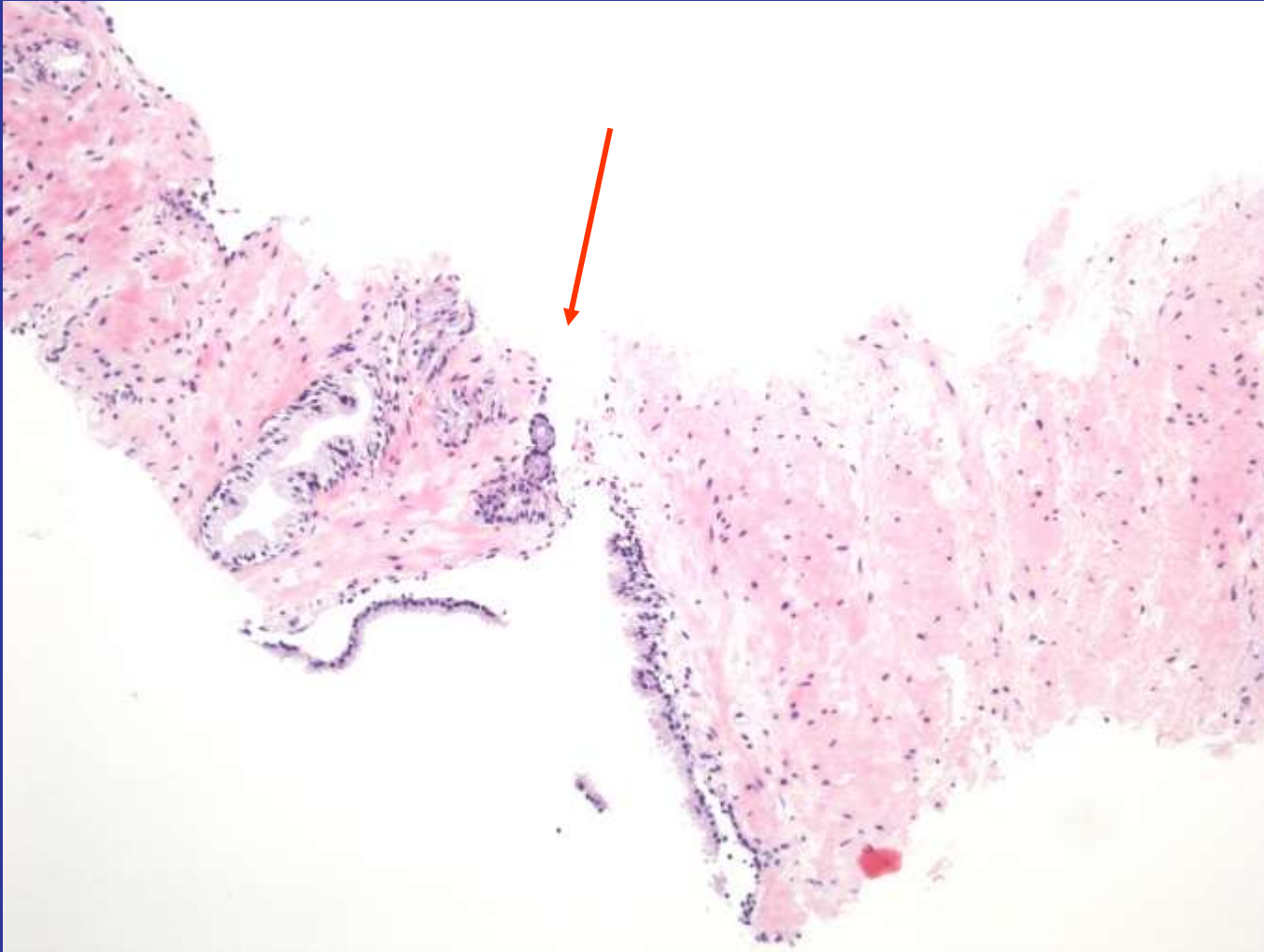
Foco de glándulas atípicas



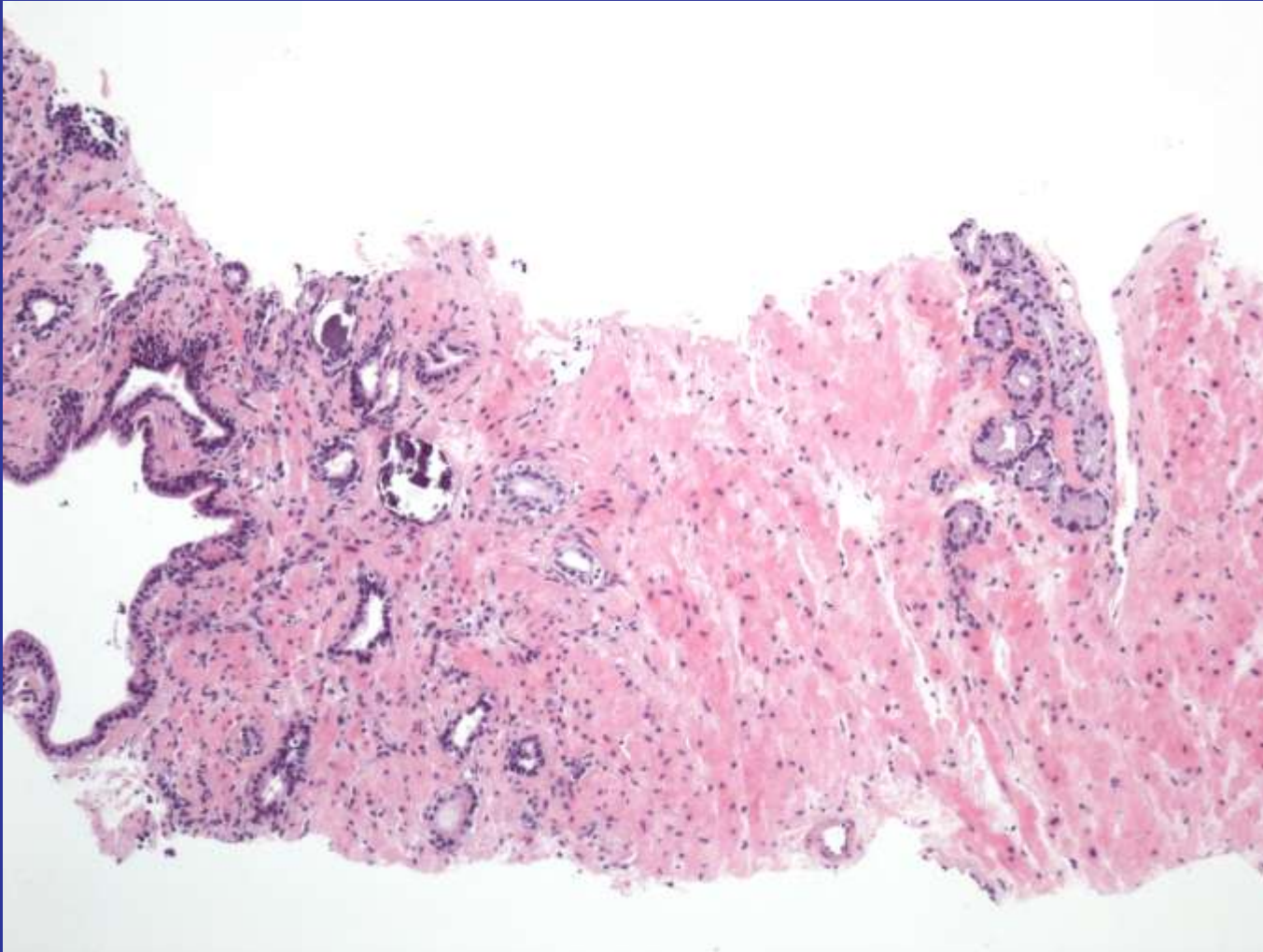
Foco de glándulas atípicas



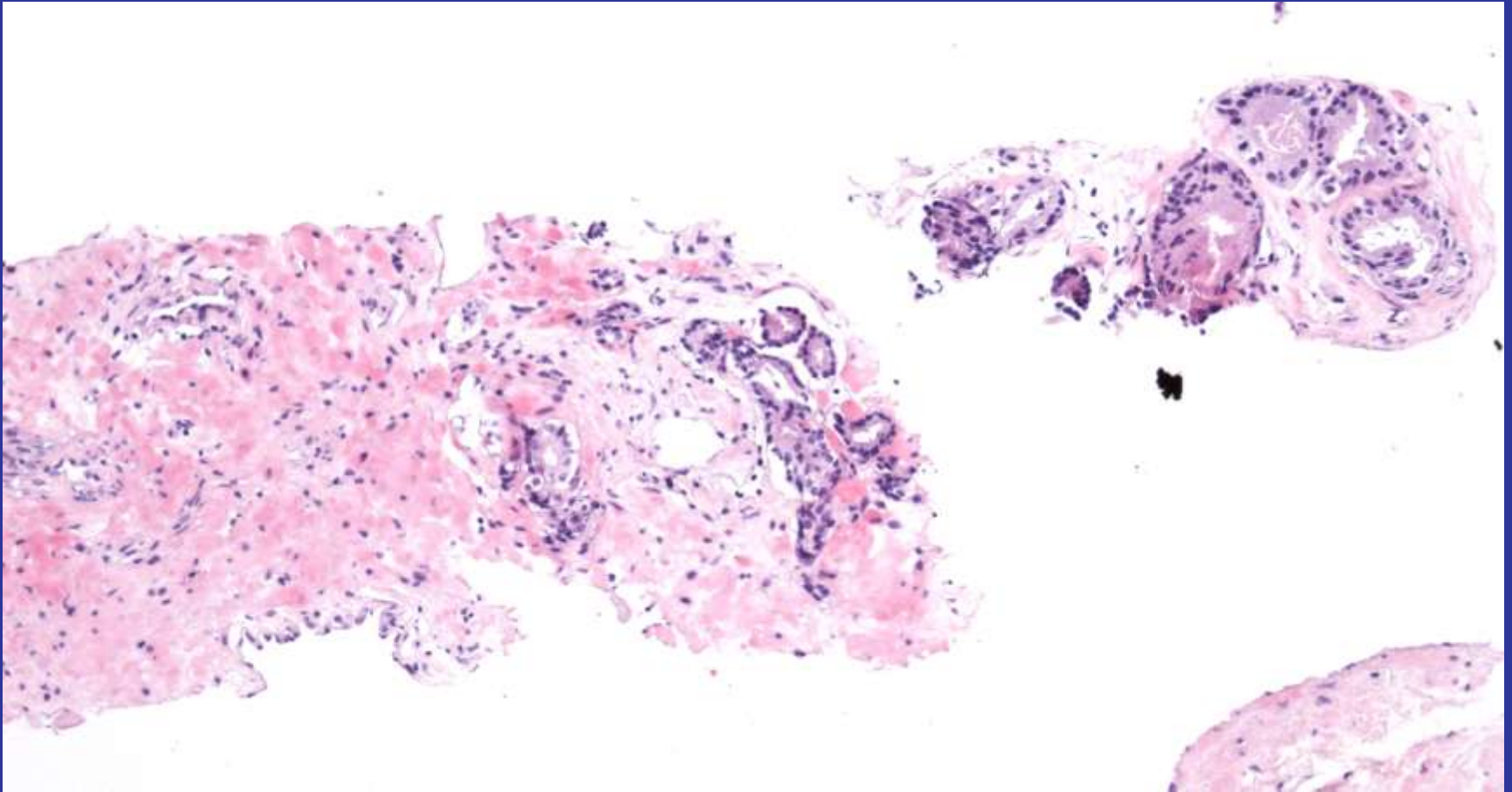
Foco de glándulas atípicas



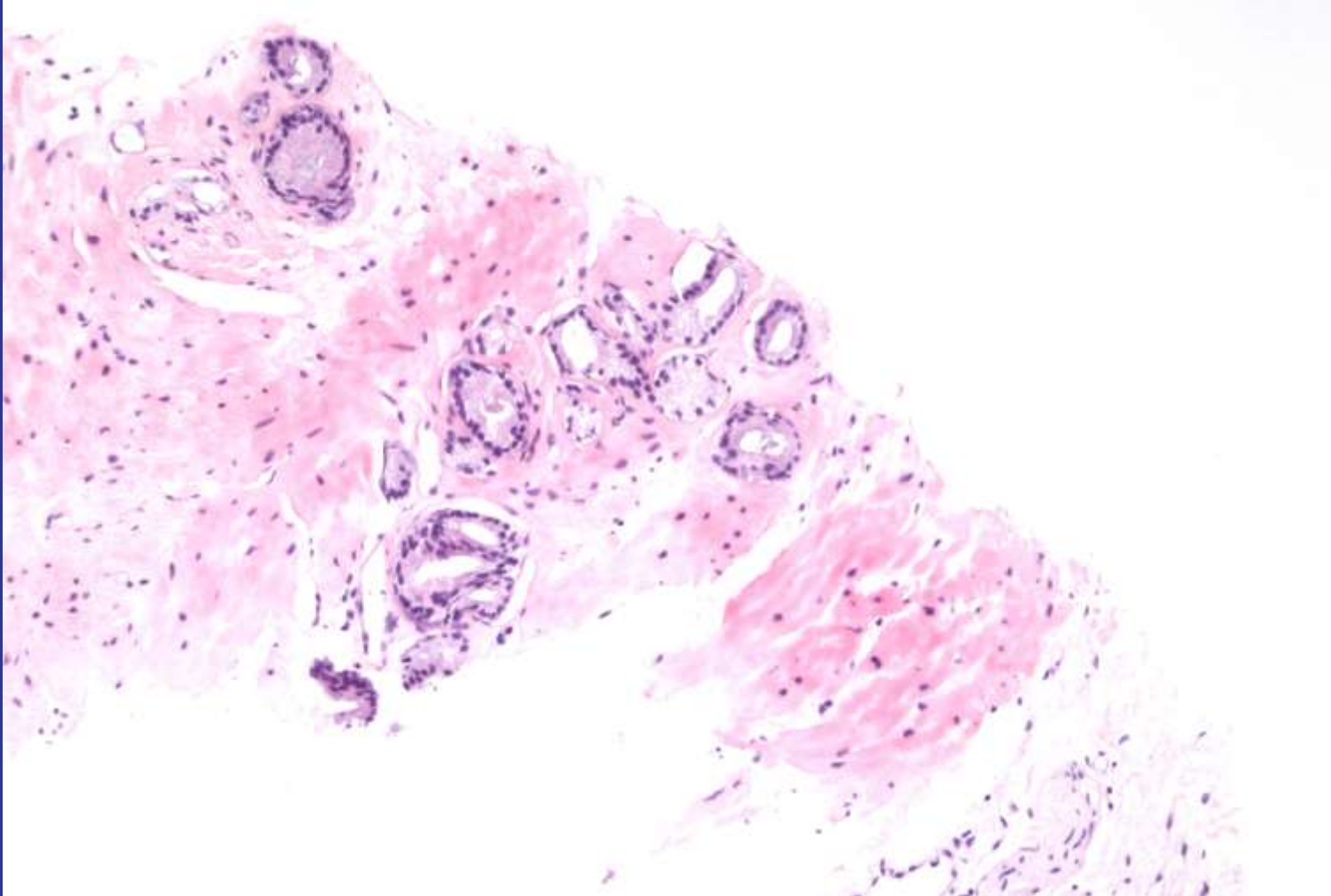
Foco de glándulas atípicas



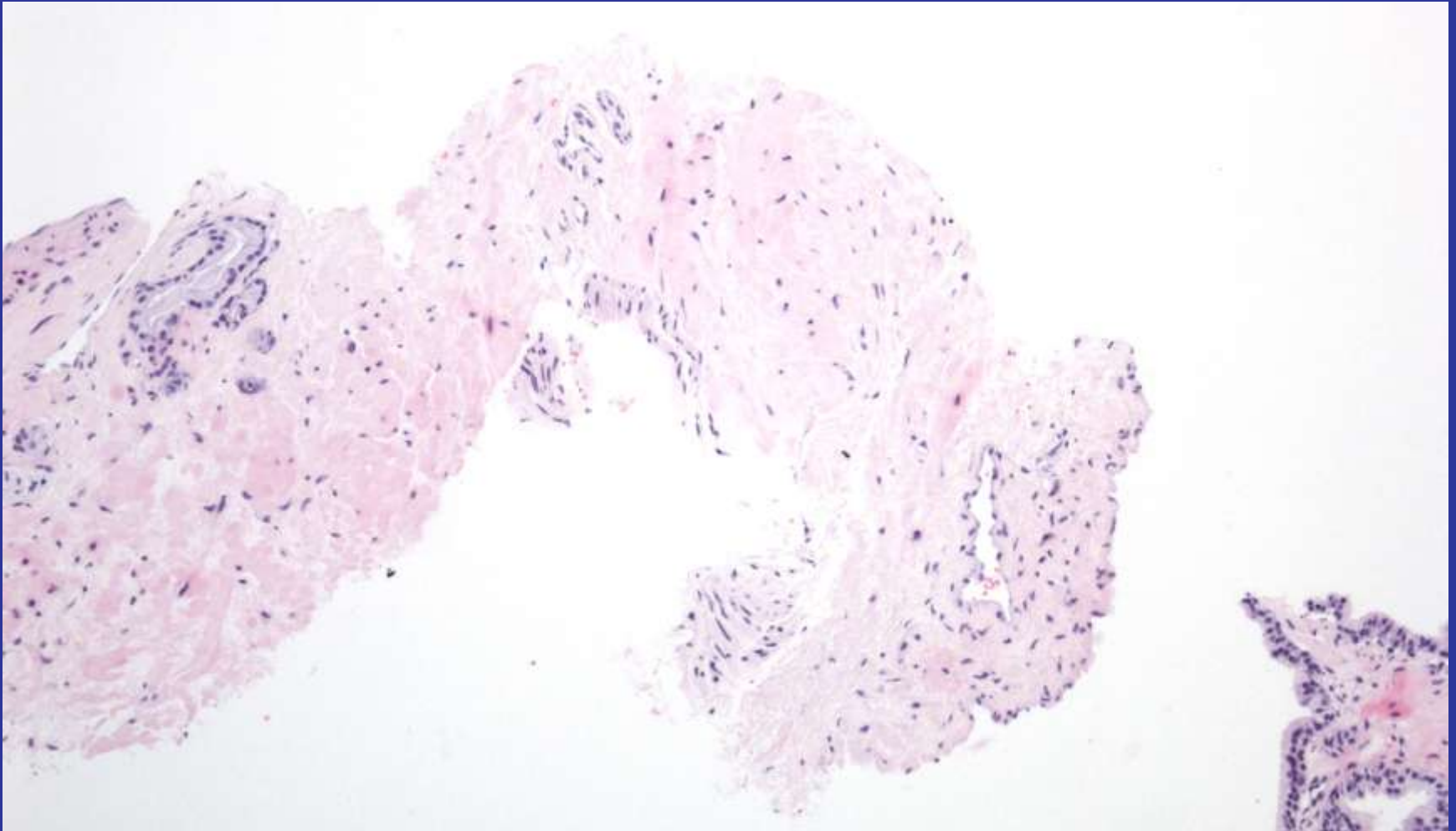
Foco de glándulas atípicas



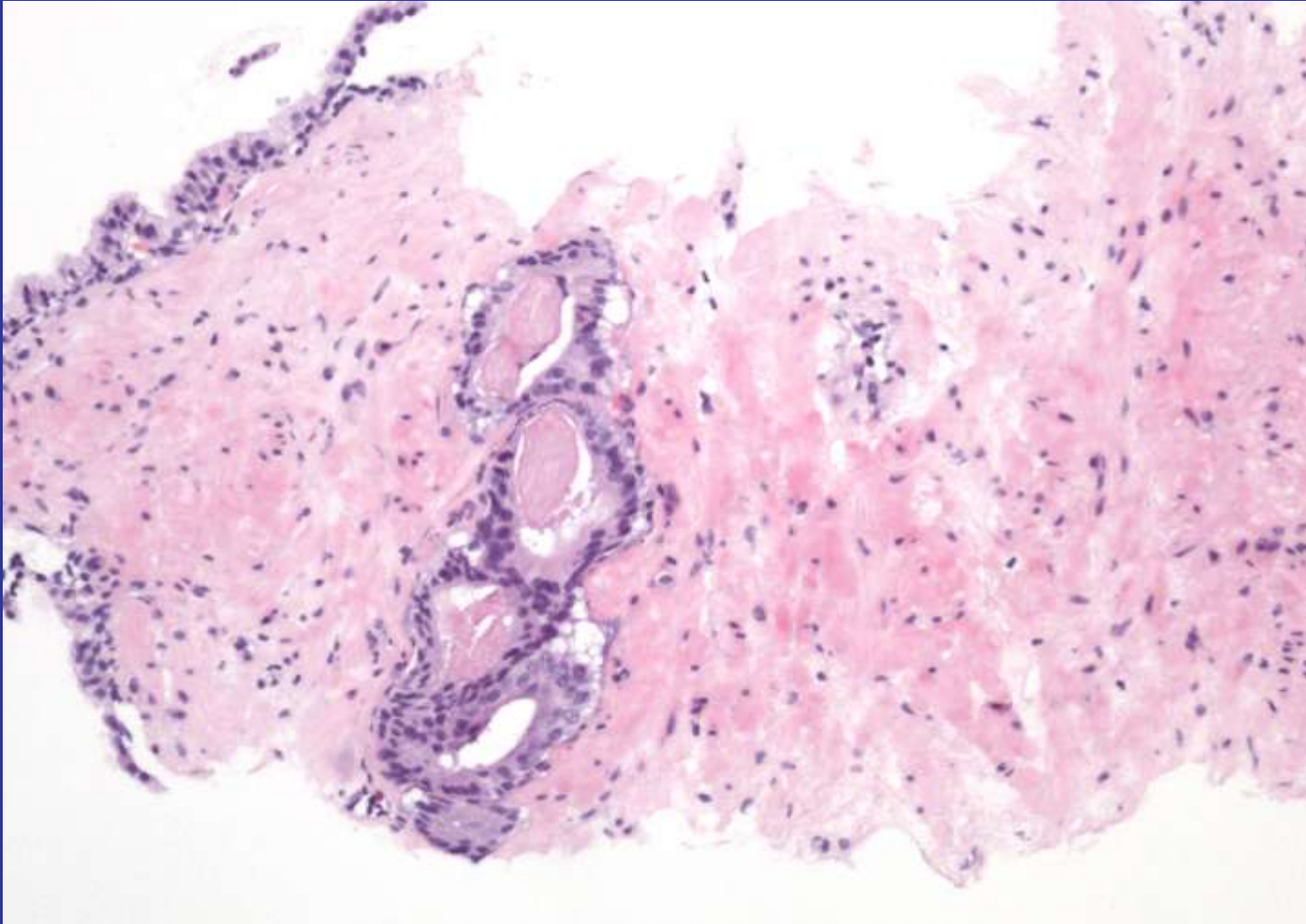
Foco de glándulas atípicas



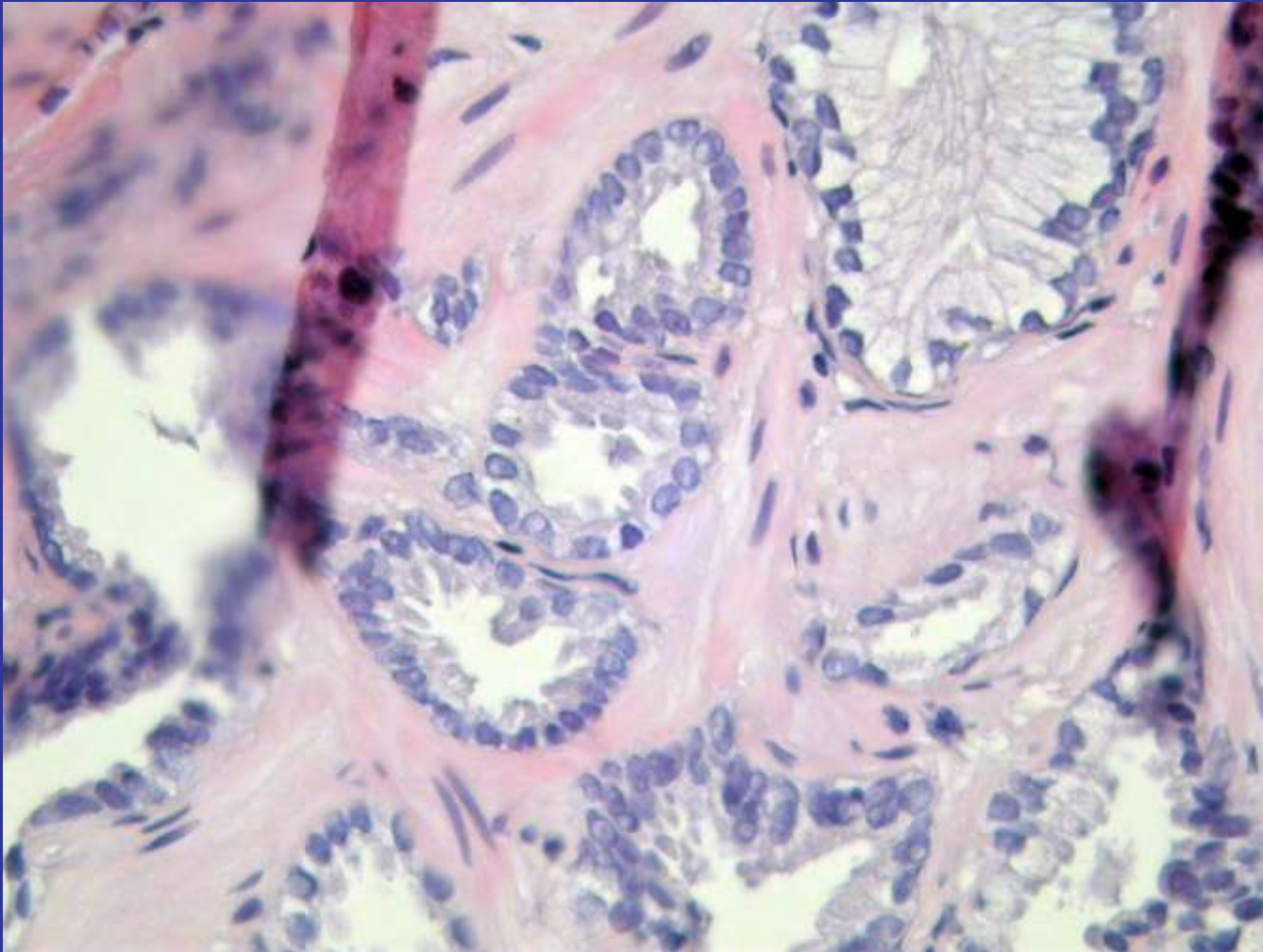
Foco de glándulas atípicas



Foco de glándulas atípicas



Foco de glándulas atípicas



Diagnóstico diferencial

- Foco de glándulas atípicas pequeñas
 - **Cáncer mínimamente expresado en la biopsia**
 - Atrofia y sus variantes
 - Hiperplasia post-atrónica
 - PIN de alto grado
 - Hiperplasia acinar (adenosis)
 - Metaplasia (adenoma) nefrogénica
 - Glándulas de Cowper y otras estructuras normales
- Foco de glándulas atípicas grandes
 - PIN de alto grado
 - **Extensión intraductal de un adenocarcinoma**
 - **Foco de adenocarcinoma ductal**
 - Hiperplasia (algunas variantes)

BENIGNO

CÁNCER

SEGUIMIENTO PSA



GLÁNDULAS ATÍPICAS

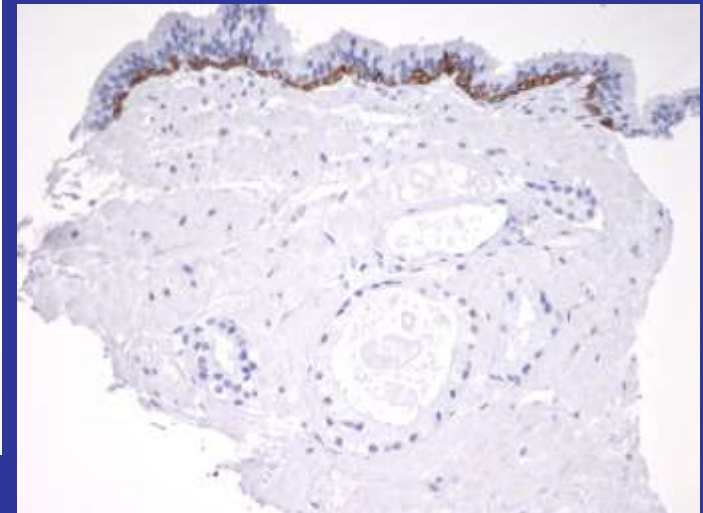
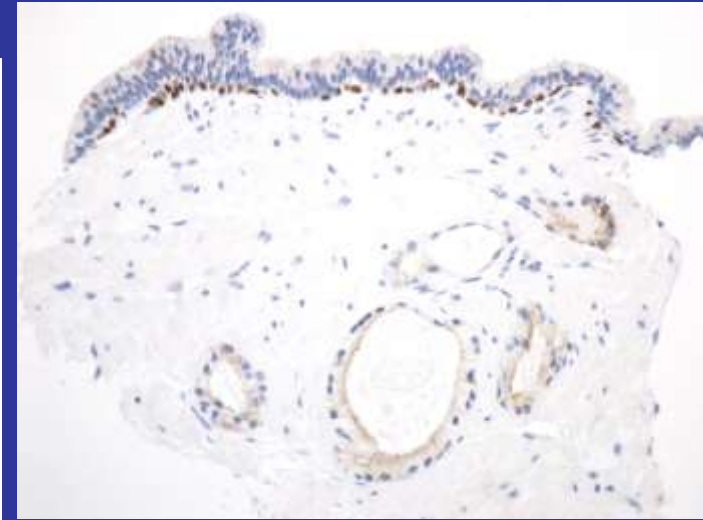
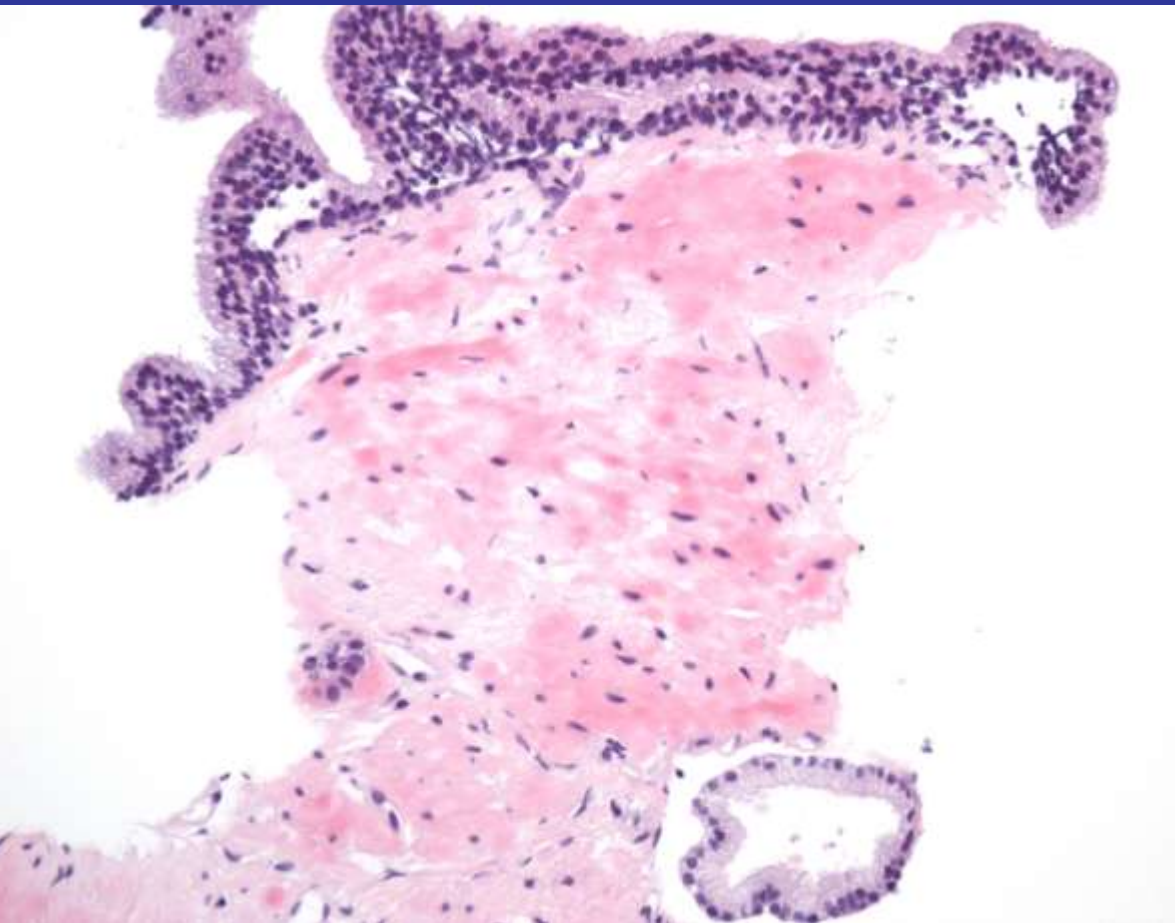


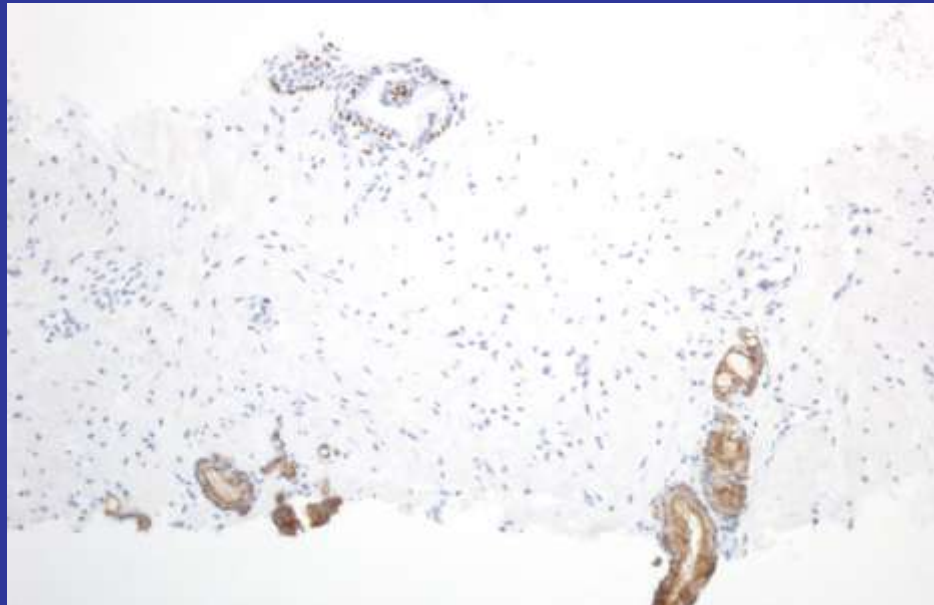
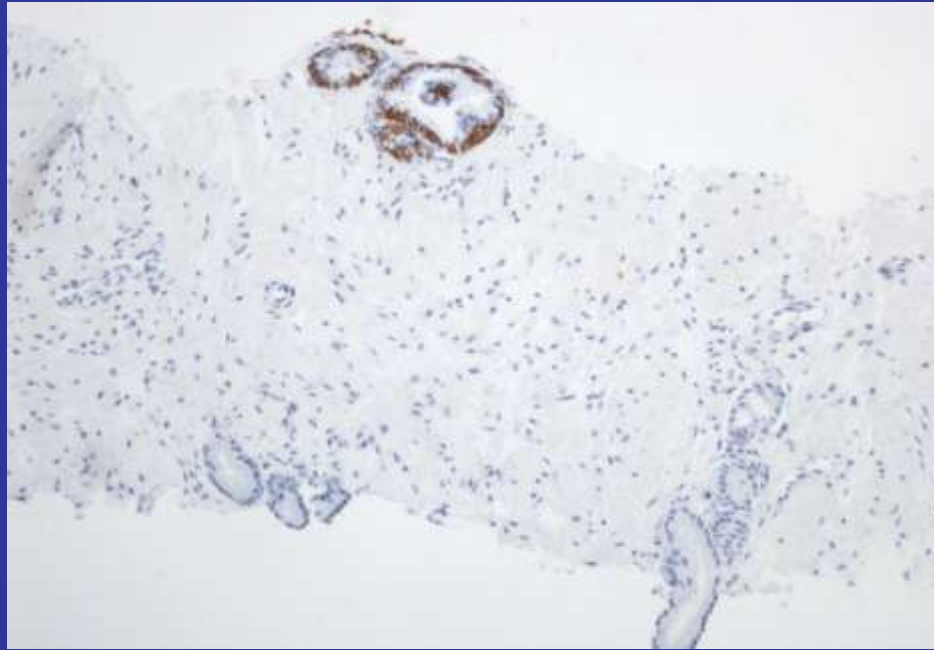
!!!Cuidado!!!

¿QUÉ HACER?

- Valorar en conjunto todos los cilindros (un foco de glándulas atípicas en un cilindro con adenocarcinoma evidente en otro cilindro es un problema menor)
- Seriar cortes consecutivos utilizando los primeros para inmuno y el resto para HE (a veces el foco problema se pierde en la seriación y a veces crece hasta dejar de ser un “problema”)
 - p63
 - AMACR
 - Queratinas basales (34 β E12, CK5.6, etc)
 - ERG (inútil) (He H, y cols. AJSP 35:608-614, 2011)
- Determinar la posible subjetividad en la evaluación del caso
 - intraobservador (mirar el caso al día siguiente, pero no retrasar el diagnóstico más allá)
 - interobservador (consultar el caso con otro patólogo del Servicio)

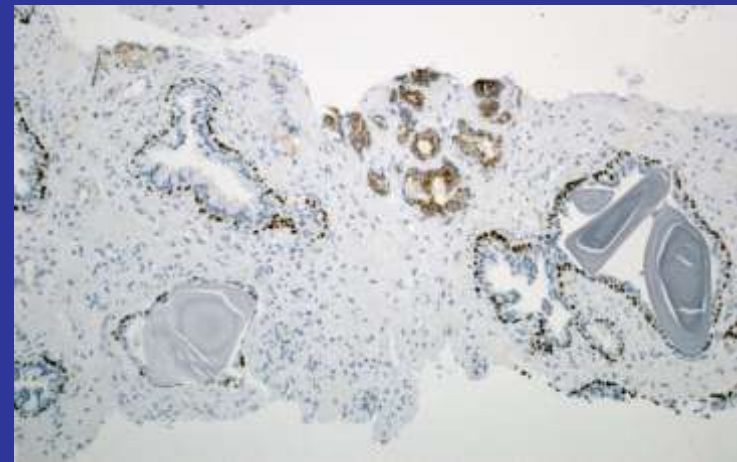
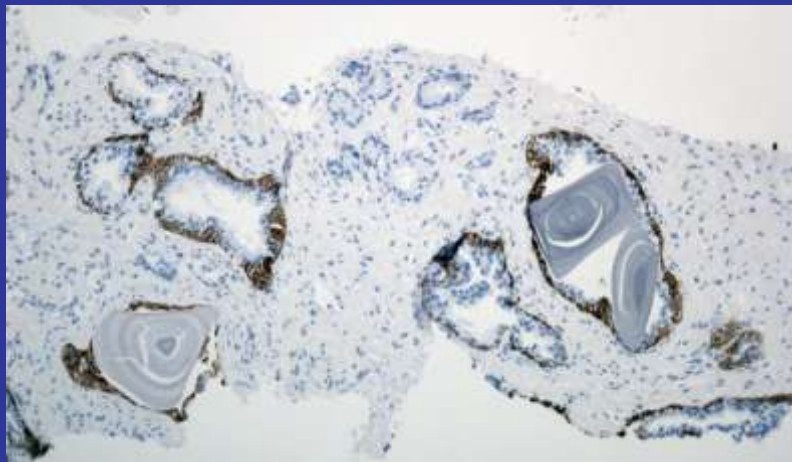
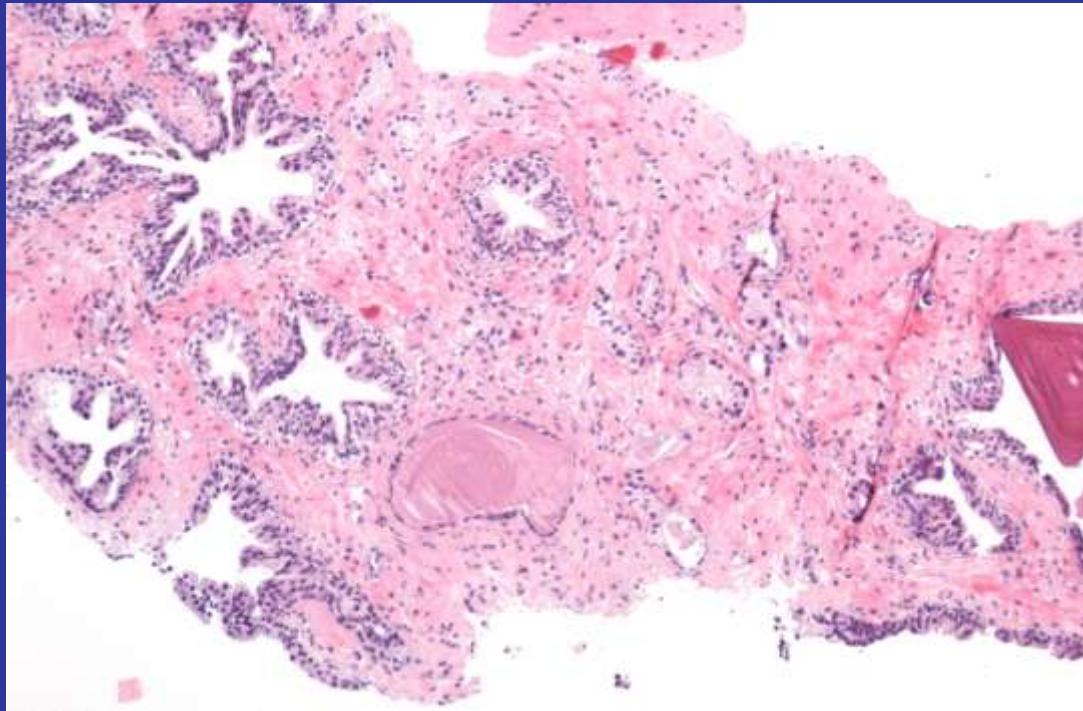
Cáncer mínimo



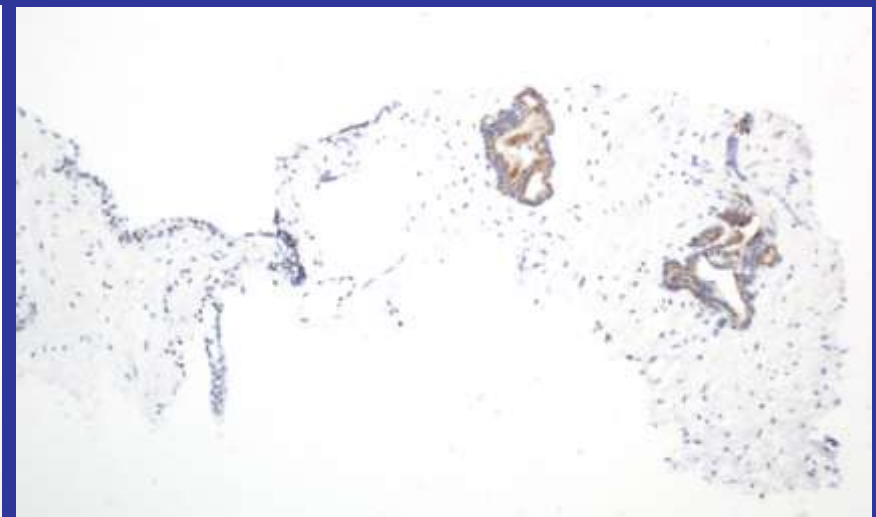
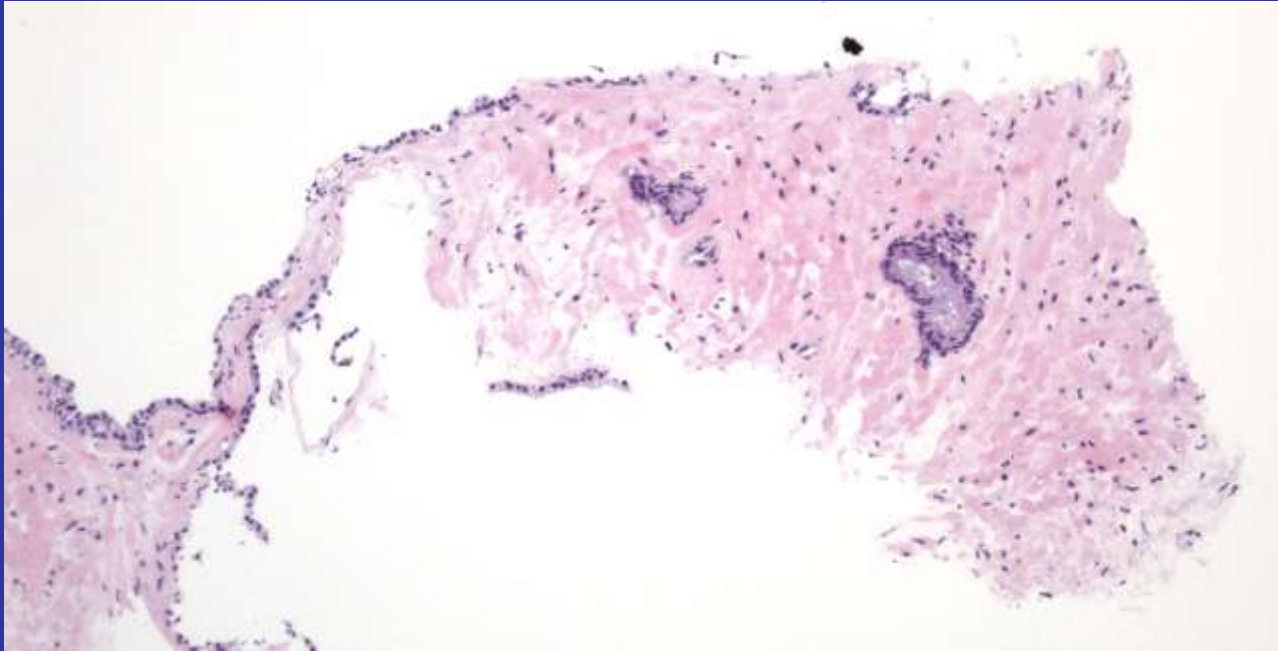




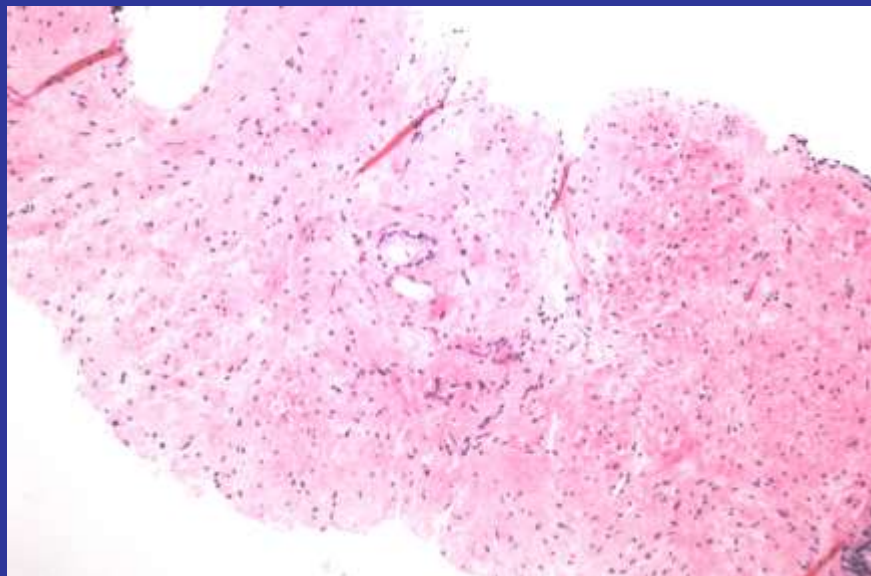
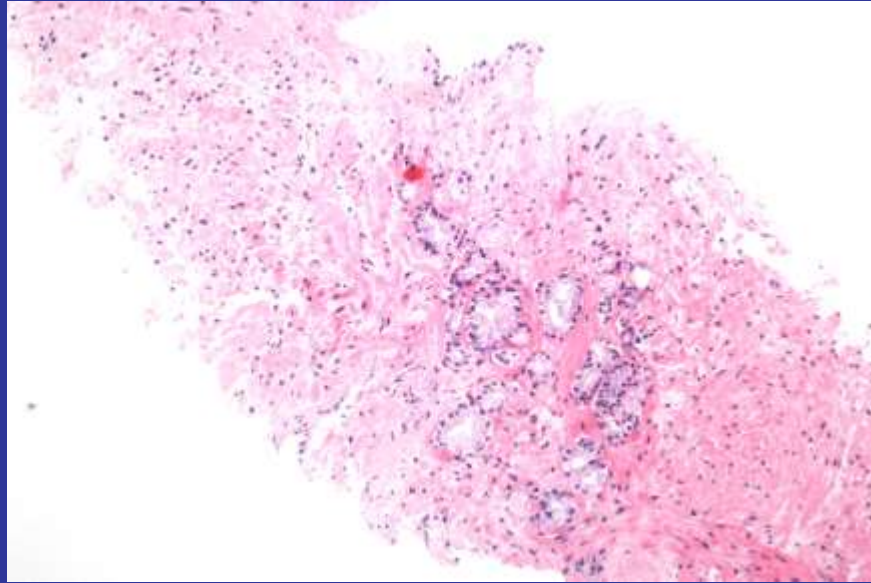
A veces la imagen sospechosa se mantiene



A veces la imagen sospechosa aumenta



A veces la imagen sospechosa disminuye



...o desaparece!!

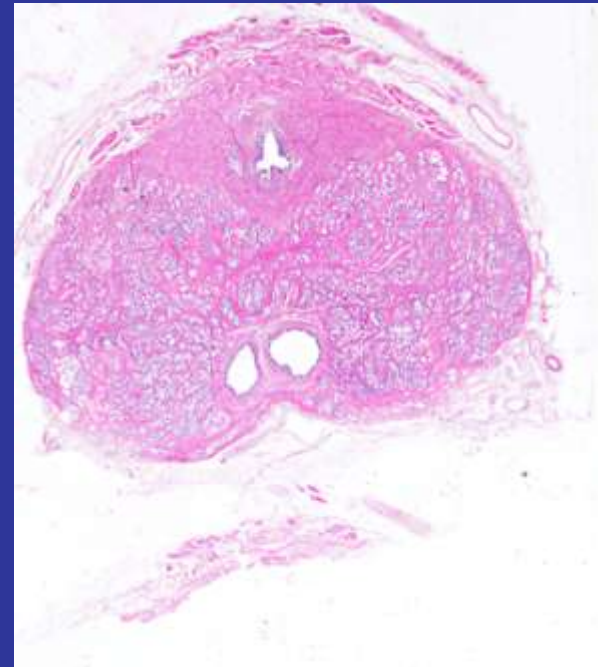


CONCLUSIONES

- No demorar el diagnóstico deshojando la margarita porque detrás siempre hay un paciente esperando nuestro diagnóstico
- Realizar inmunohistoquímica (p63, AMACR, CKs basales)
- Seriar (HE)
- Consultar a otro patólogo
- Llevar el caso a sesión
- No eludir mostrar dificultades o imposibilidad de ir más allá de “foco de glándulas atípicas” en el informe anatomopatológico
- No pasar por alto cualquier duda (“seguro que no es nada”)

CONCLUSIONES

No hacer apuestas, “ni pasarse de listo”



¿QUÉ HACER CON LAS GLÁNDULAS PROSTÁTICAS ATÍPICAS?

**DIAGNOSTICARLAS DE
GLÁNDULAS PROSTÁTICAS ATÍPICAS**



Muchas gracias por su atención

joseignacio.lopez@osakidetza.net