

Diagnóstico Histopatológico del Carcinoma Colorrectal

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Se creará una base de datos mixta (clínico-patológica), de toda la Unidad, encargándose cada patólogo de incorporar da cada uno de sus casos los datos requeridos.

El informe de Anatomía Patológica debe remitirse al servicio peticionario en un plazo máximo de 7 días desde la recepción de la muestra. El informe AP debe recoger todos los factores diagnósticos y pronósticos significativos, abajo especificados.

2. ENVÍO DE MUESTRAS

Las muestras se nos remitirán en solicitud de informe AP con los datos identificativos del paciente, el servicio y médico de procedencia, fecha de intervención e información clínica pertinente. Se recomienda que las piezas se remitan en fresco, de forma inmediata a su extracción (menos de 30 minutos), para evitar que el ARNm se degrade lo menos posible, procediéndose a la toma de muestras (de tejidos normal y neoplásico) en congelación en isopentano a -80°C para el banco de tumores del hospital.

3. ESTUDIO MACROSCÓPICO Y TALLADO DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS

Medir el tumor en los tres ejes y especificar su distancia al borde (proximal-distal) más próximo; si la distancia del tumor al margen proximal o distal es mayor de 3 cm no es necesario incluirlo y se considera margen libre.

Asimismo especificar su máximo nivel de invasión macroscópica. Incluir al menos tres bloques del tumor (se recomiendan 5 bloques), para valorar adecuadamente la invasión en profundidad y la de vasos venosos extramurales.

En casos de resección de tumores rectales indicar si el tumor se localiza por debajo de la reflexión peritoneal y en este caso valorar (auditar) la resección quirúrgica mesorectal, marcar con tinta china el margen radial de resección (etanol 70°, tinta china, Bouin. Anexo PAT1) para su valoración microscópica posterior (tumor primario o ganglio metastásico a menos de 1 mm = margen radial infiltrado.)

Emplear solución reveladora de ganglios linfáticos (solución GEWF), Anexo PAT2 para aumentar la tasa de detección y cumplir con el indicador de calidad AP, esto es, que el número de ganglios aislados en piezas quirúrgicas de resección intestinal sea al menos de 12.

4. ESTUDIO HISTOLÓGICO Y DIAGNÓSTICO

- Clasificar el tumor según la OMS actualizada, tanto en tipo como en grado histológico (bien, moderadamente o poco diferenciado o bien en alto y bajo grados.)
- Estadiar el tumor según la clasificación TNM (por ejemplo pT3N0Mx). No se emplearán las clasificaciones de Dukes ni de Astler-Coller.

- Especificar en el informe el número total de ganglios aislados y el de los metastáticos.
- Especificar el estado de los márgenes quirúrgicos (proximal y distal, y mesorectal en el caso de los tumores rectales localizados por debajo de la reflexión peritoneal)
- Valorar la invasión venosa extramural, para lo que es fundamental incluir al menos tres bloques del tumor, y a veces será necesario realizar técnicas (fibras elásticas o actina alfa de músculo liso)

5. CASOS ESPECIALES:

Neoadyuvancia

Especificar el grado de regresión tumoral, empleando para ello el esquema modificado de Mandard (ANEXO 1). Considerar los lagos de mucinas (a- o hipo-celulares) como NO RESPUESTA a tto neoadyuvante. Valorar como en casos no tratados el margen circunferencial, proximal/distal y la invasión vascular (valor pronóstico)

Resección transanal

- Las piezas vendrán orientadas sobre corcho y se les aplicará tinta china al borde profundo y al mucoso.
- Especificar tipo tumoral (O.M.S.), grado histológico, pTNM, estado de los márgenes y evidencia o no de permeación perineural y vascular.
- Carcinoma sobre pólipo:
- Cuando sea posible incluir la base del pólipo en bloque aparte.
- Especificar tipo tumoral (O.M.S.), grado histológico, pTNM, nivel de invasión del carcinoma (esquema de Haggitt), distancia al borde y estado de los márgenes, y evidencia o no de permeación perineural y vascular

6. REFERENCIAS

1. F. Colina, C. Ibarrola. Protocolo e información sistematizada para los estudios histopatológicos relacionados con el carcinoma colorrectal. Rev Esp Patol 2004; 37: 73-90.
2. K. J. Newell, B. W. Sawka, B. F. Rudrik, D. K. Driman. GEWF solution. An inexpensive, simple, and effective aid for the retrieval of lymph nodes from colorectal cancer resections. Arch Pathol Lab Med 2001; 125: 642-645.
3. A. Rullier, C. Laurent, V. Vendrely et al. Impact of colloid response on survival after preoperative radiotherapy in locally advanced rectal carcinoma. Am J Surg Pathol 2005; 29(5): 602-6.