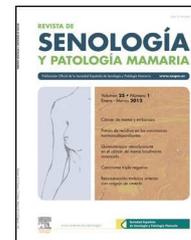




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



EDITORIAL

En defensa de un informe anatomopatológico completo. No sin la descripción



In defense of the complete pathological report. Not without the description

El diagnóstico anatomopatológico ha alcanzado complejidad y concreción a lo largo de la breve historia de la histopatología. Nuestros primeros maestros se limitaban a tratar de dilucidar el binomio benigno-maligno que, aunque ahora parece sencillo, todos sabemos que en algunos casos esta cuestión es de máxima actualidad y todavía no está resuelta como nos recordaba el Dr. Rosai¹. Los primeros patólogos empezaron a reconocer las lesiones que ocupaban espacio o tumores; entre estos algunos se resolvían, y otros seguían creciendo en su localización inicial, y algunos rebasaban estos límites. Y así se comenzaron las eternas clasificaciones de las lesiones, y a benigno o maligno se le añadieron nuevos apellidos. Estos apellidos atendían a la semejanza de las lesiones con los patrones de tejido normal, y así se acuñan términos como carcinoma, epiteloma, sarcoma... Un diagnóstico podía completarse con 2 o 3 palabras. Los tratados de anatomía patológica se podían limitar a pequeños folletos, pues no había mucho más que transmitir. Las explicaciones requerían una descripción detallada de los hallazgos histológicos para transmitir la experiencia y los conocimientos a otros colegas. La falta de fotografías obligaba a desarrollar dibujos y esquemas que en ocasiones eran obras de arte. Sirvan de ejemplo los dibujos del Prof. S. Ramón y Cajal con sus detallados dibujos del cerebro². Los grandes patólogos desarrollaban las técnicas histoquímicas, y la morfología más fina, donde las descripciones y las ilustraciones alcanzaban una finura y elegancia poéticas y nos hablaban en sus descripciones de color verde manzana, nos describían núcleos en sal y pimienta. Virchow, Ramón y Cajal, Golgi y von Kossa descubrían nuevas técnicas que producen cortes con variedad de colores.

Las descripciones se convirtieron en la traslación al lenguaje de la inspección histológica, que se completa como colofón en un diagnóstico. Los tratados se llenaron de nuevos diagnósticos cada vez más completos, en general haciendo referencia a patrones morfológicos (tubular, papilar, etc.), que se trasladaban de la descripción al diagnóstico. Así,

pasamos de 8 categorías diagnósticas en cáncer de mama en 1968, en la segunda edición de la clasificación de la OMS³, hasta los 25 de la última edición del 2012⁴.

Tras esta época de pioneros, se alcanzó el estudio submicroscópico, se llegó a la ultraestructura y ahí se observaron los mínimos detalles de las células y sus organelas. Esta conquista del mundo subcelular aportó infinidad de detalles que permitieron afinar en la descripción y diferenciación de muchas lesiones, algunas de carácter reactivo, y también en el estudio del cáncer.

Esta época tan prometedora fue rápidamente superada por la inmunohistoquímica y aquí se pudieron estudiar las proteínas celulares y visualizarlas en un microscopio convencional. Ahora podíamos relacionar los tumores con sus tejidos de origen pero no ya desde su aspecto como lo hicieron los primeros histopatólogos sino desde su composición proteica. La desdiferenciación de los tumores ya no era una barrera infranqueable, ahora podíamos detectar hasta los más tímidos rasgos de diferenciación que nos hablaban del origen de las células de un cáncer concreto. Los resultados de expresión de los anticuerpos fueron añadiéndose a las descripciones porque ahora no solo explicábamos lo que veíamos sino también qué marcadores o proteínas definían las células que veíamos. Los diagnósticos se multiplicaron y se generaron infinidad de nuevas entidades, que dieron lugar a infinidad de clasificaciones. Los patólogos somos un poco obsesivos en clasificar y reclasificar, y así las categorías diagnósticas son listados interminables, porque multiplican los patrones morfológicos con la expresión inmunohistoquímica.

Simultáneamente a la eclosión de la inmunohistoquímica se produjo el desarrollo de la oncología médica y la difusión de los primeros fármacos. Se hizo entonces evidente que esa dispersión no permitía clasificar a los pacientes para normalizar los tratamientos. Ahora la clasificación requería agrupar en grandes categorías, en un movimiento contrario a la aspiración del patólogo de llegar a lo más profundo del conocimiento de las células.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.02.002>

0214-1582/© 2015 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Esta diferencia de intereses creo que es la raíz de la controversia en la elaboración de los informes anatomopatológicos. Para algunos, es suficiente emitir un diagnóstico completo donde se reflejen todos aquellos parámetros que sean de utilidad para el tratamiento del paciente, y para otros, entre los que me incluyo, nos parece que el informe debe integrar también la descripción histológica. Considero que el diagnóstico es la parte que elaboramos para otros especialistas que reciben el informe, y cada uno toma y utiliza de ahí lo que necesita.

Los cirujanos se fijarán especialmente en el estado de los bordes de resección para valorar la necesidad de ampliación, y observarán el número de ganglios tanto extirpados como afectados. Para los oncólogos radioterapeutas será importante el tipo de resección y el número de ganglios infiltrados para establecer la necesidad de radioterapia. Los oncólogos médicos buscarán especialmente el tamaño del tumor, y el fenotipo tumoral para ajustar el esquema terapéutico.

Mientras que para nosotros la descripción histológica nos permite transmitir qué datos morfológicos nos conducen a un diagnóstico que en algunos casos es sencillo y en otros casos supone un esfuerzo de interpretación, estudio y una decisión final que puede ser difícil de tomar; para los patólogos, la descripción histológica es el método de transmisión de nuestra experiencia visual con cada caso. Es la manera de transmitir lo visto, confrontarlo con la experiencia y con las descripciones hechas por otros en los libros para alcanzar un diagnóstico.

En este sentido, os invito a leer cualquier artículo (no solo de histopatología, sino también de radiodiagnóstico, digestivo, etc.) y especialmente cualquier descripción de un caso aislado. Si os acercáis a la descripción del caso tras la parte clínica y radiológica, observaréis que se describirá con mayor o menor extensión el aspecto histológico del caso que en muchos casos se completará con una imagen histológica. Hasta ahora nunca he visto reemplazada esta descripción por una sucesión de ítems que constituyen el diagnóstico. También resultaría muy chocante y poco clarificador si en la presentación de un caso o en la revisión de una entidad o en la puesta al día de un tema de actualidad en patología con motivo de un congreso o reunión, el ponente se limitara a reflejar listados de datos telegráficos que constituyen los diagnósticos en lugar de describir las entidades y casos mediante imágenes y sus descripciones.

La anatomía patológica como ciencia no exacta está sujeta a una alta dosis de interpretación y subjetividad, aunque siempre sometida a criterios de racionalidad científica. Un ejemplo supone la última edición del sistema TNM, de la

AJCC, que constituye un modelo de estandarización para la clasificación y estadificación del cáncer y homogeneización de los tratamientos⁵. Pues bien, si leemos detalladamente el capítulo del cáncer de mama, a la hora de medir el tamaño de las metástasis en los ganglios linfáticos, además de recurrir a la regla y al recuento de células, se acude al juicio del patólogo para determinar el tamaño. Es decir, que hasta algo tan objetivo como la medida de una metástasis no lo es tanto.

Todos estos argumentos no tratan de restar concreción y trascendencia a la parte del informe que constituye el diagnóstico, pues es el colofón o desenlace del proceso intelectual de los patólogos. Muy al contrario, el diagnóstico debe cumplir con su función de transmisión de datos histopatológicos a colegas no expertos en histopatología, y es por ello que hay que ceñirse a los datos más escuetos, y aportar todo lo necesario para que los receptores puedan completar su cometido de establecer el pronóstico y tratamiento más adecuado.

Para concluir, otro símil que me viene a la cabeza, la semejanza de un informe anatomopatológico con los artículos periodísticos. Hay quien solo llega a leer el titular y otros leerán desde la primera a la última línea. Con los informes habrá quien lea solo el diagnóstico, mientras otros desearán leer toda la longitud del texto. Por ello, yo defiendo un informe inclusivo que sea medio de transmisión entre patólogos y aporte la información necesaria a los no-patólogos.

Bibliografía

1. Tumores como producto de la imaginación del patólogo: Influencia de la preconcepción en la interpretación de la neoplasia. Congreso de la SEAP, Benalmádena 1997.
2. Ramón y Cajal S. *Recuerdos de mi vida: historia de mi labor científica*. 5.ª ed. Alianza Editorial; 1995.
3. Scarff RW, Torloni H. *Tipos histológicos de tumores de la mama*. 2.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1968.
4. IARC, Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ, eds. *WHO classification of tumours of the breast (IARC WHO classification of tumors)*. 4th ed. IARC. 2012; 4.
5. Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, editores. *AJCC cancer staging manual*. 7th ed. Springer; 2010.

Alicia Córdoba Iturriagoitia*
*Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra A,
 Pamplona, Navarra, España*

* Autora para correspondencia.
 Correo electrónico: acordobi@cfnavarra.es