

# ¿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

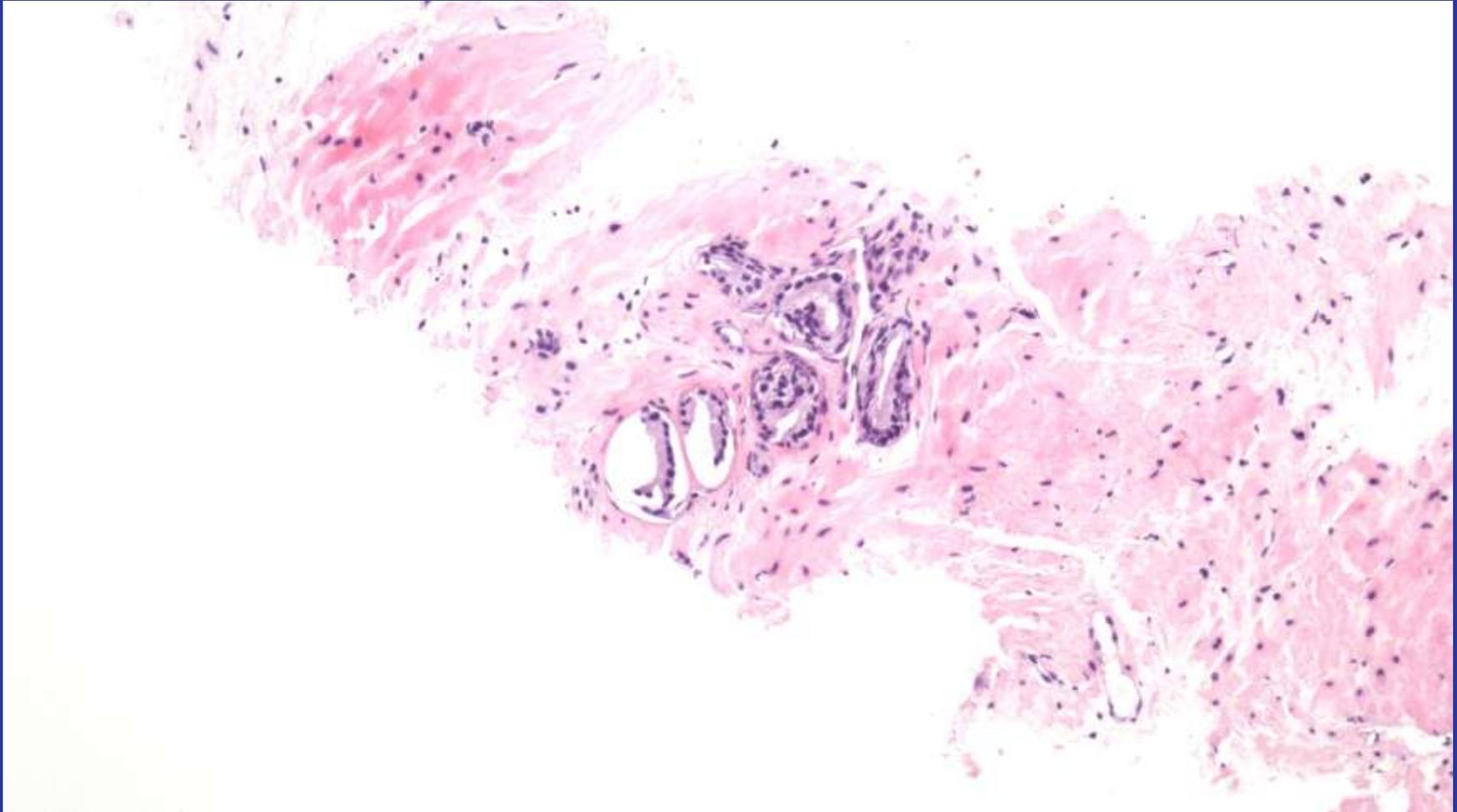
Duda irresoluble que no puede ser pasada por alto

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

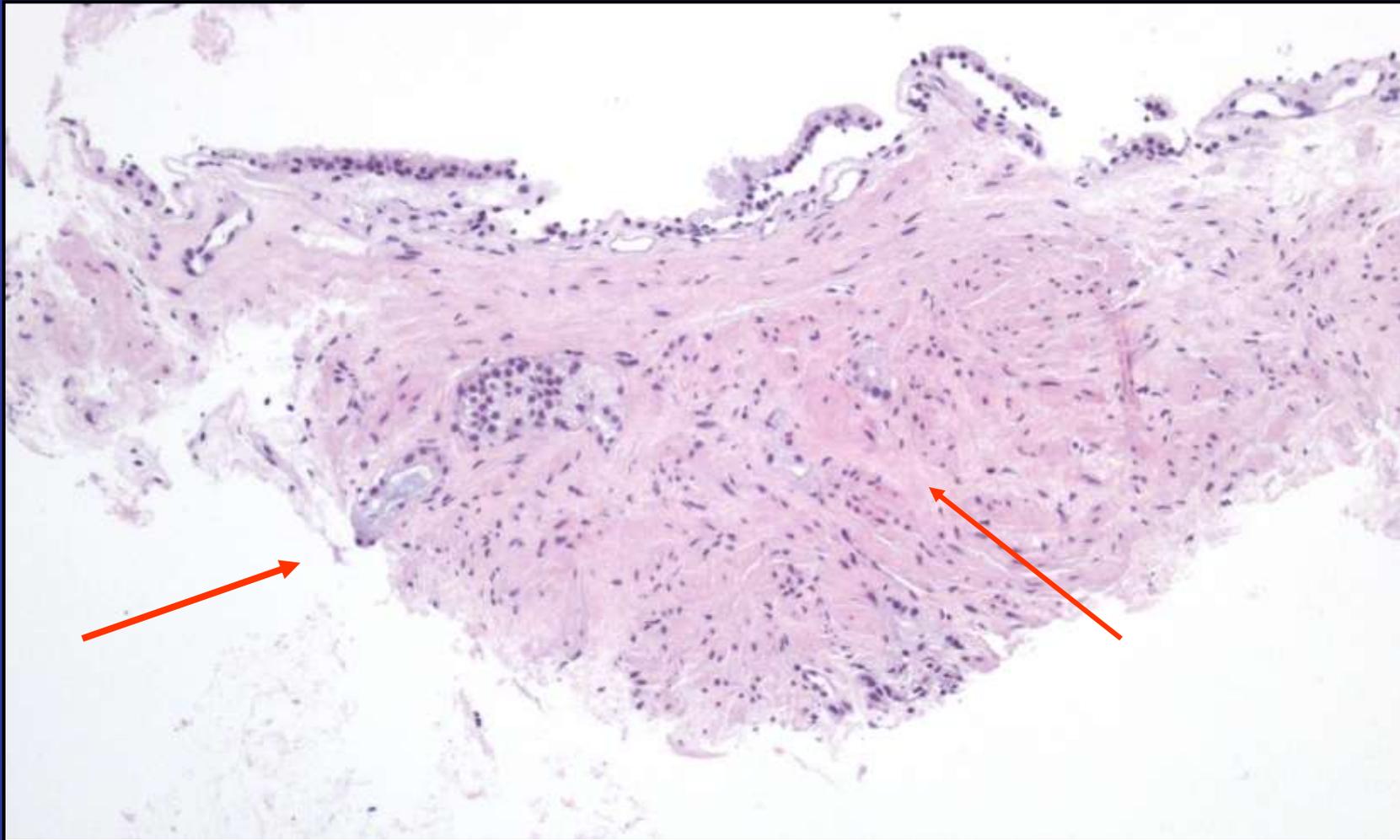
# Razones para diagnosticar un foco de glándulas atípicas en la próstata

- 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

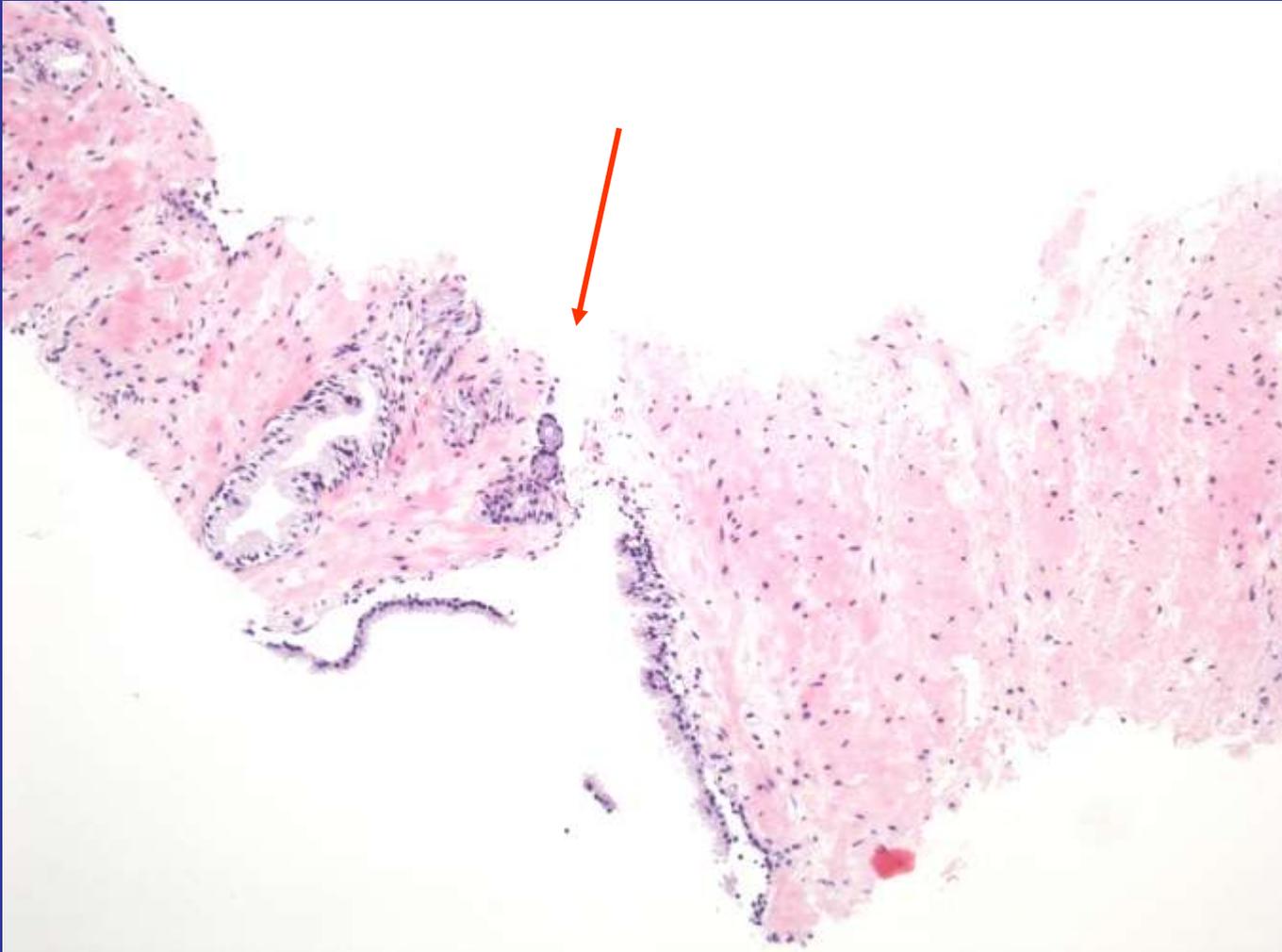
# Foco de glándulas atípicas



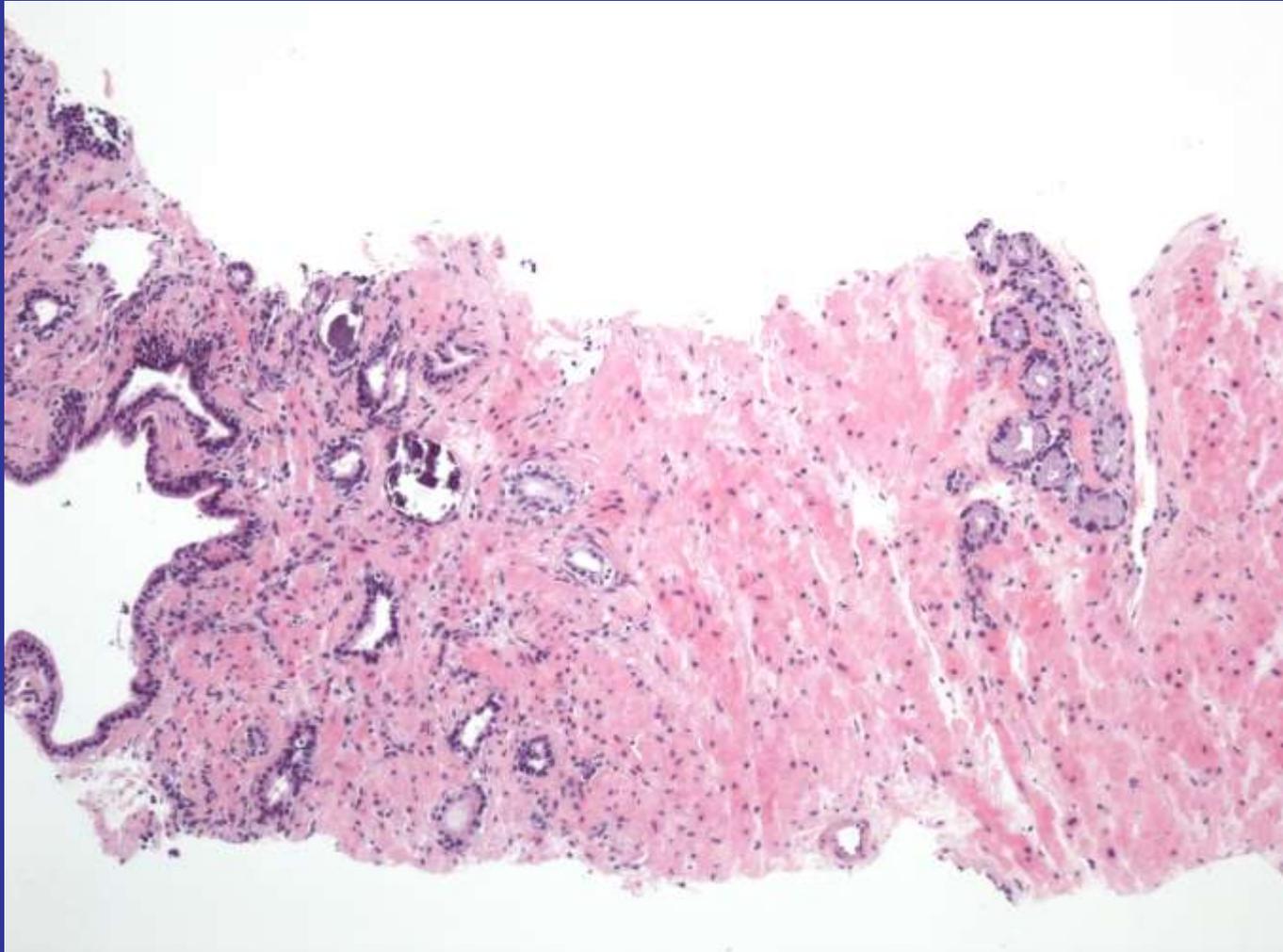
# Foco de glándulas atípicas



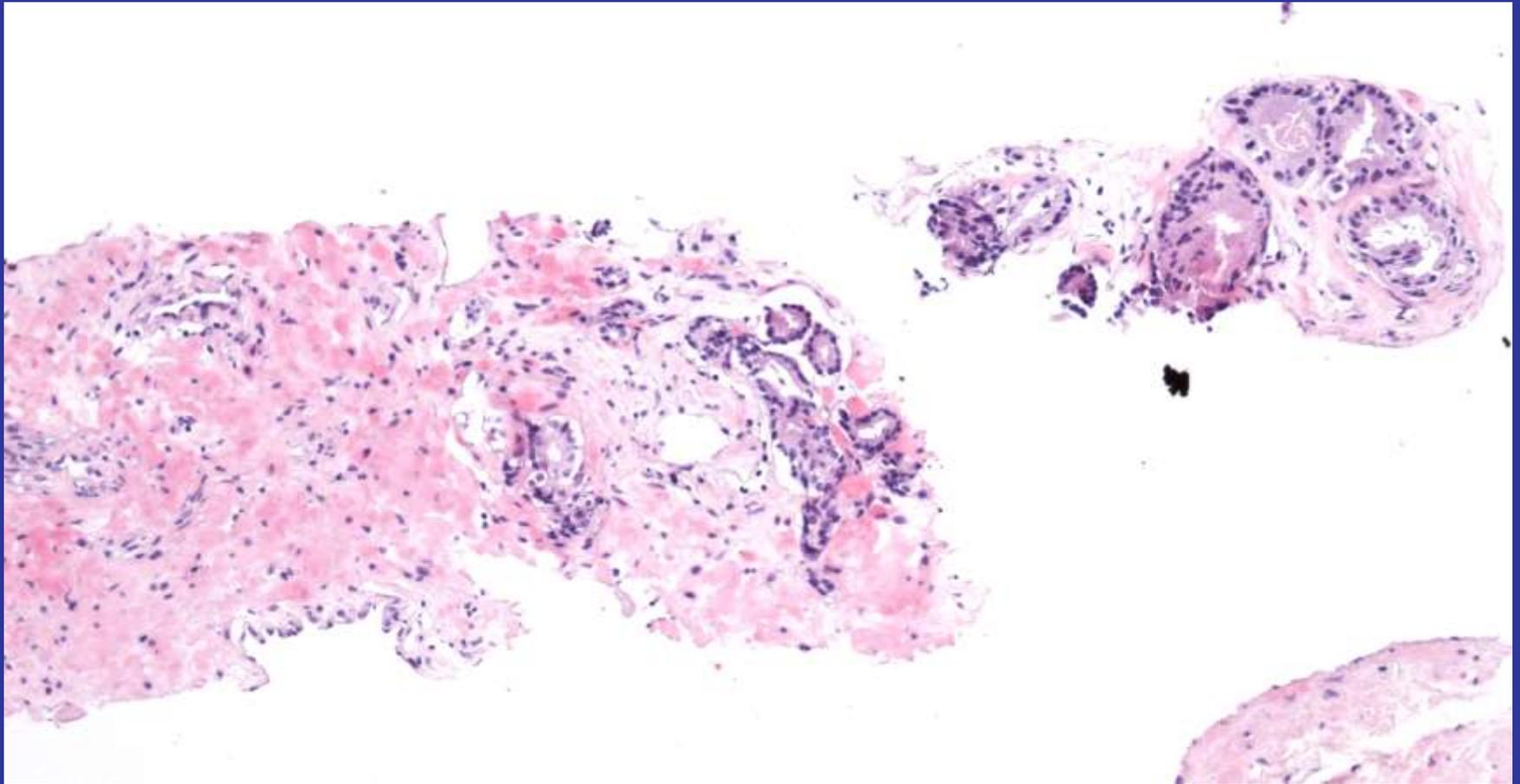
# Foco de glándulas atípicas



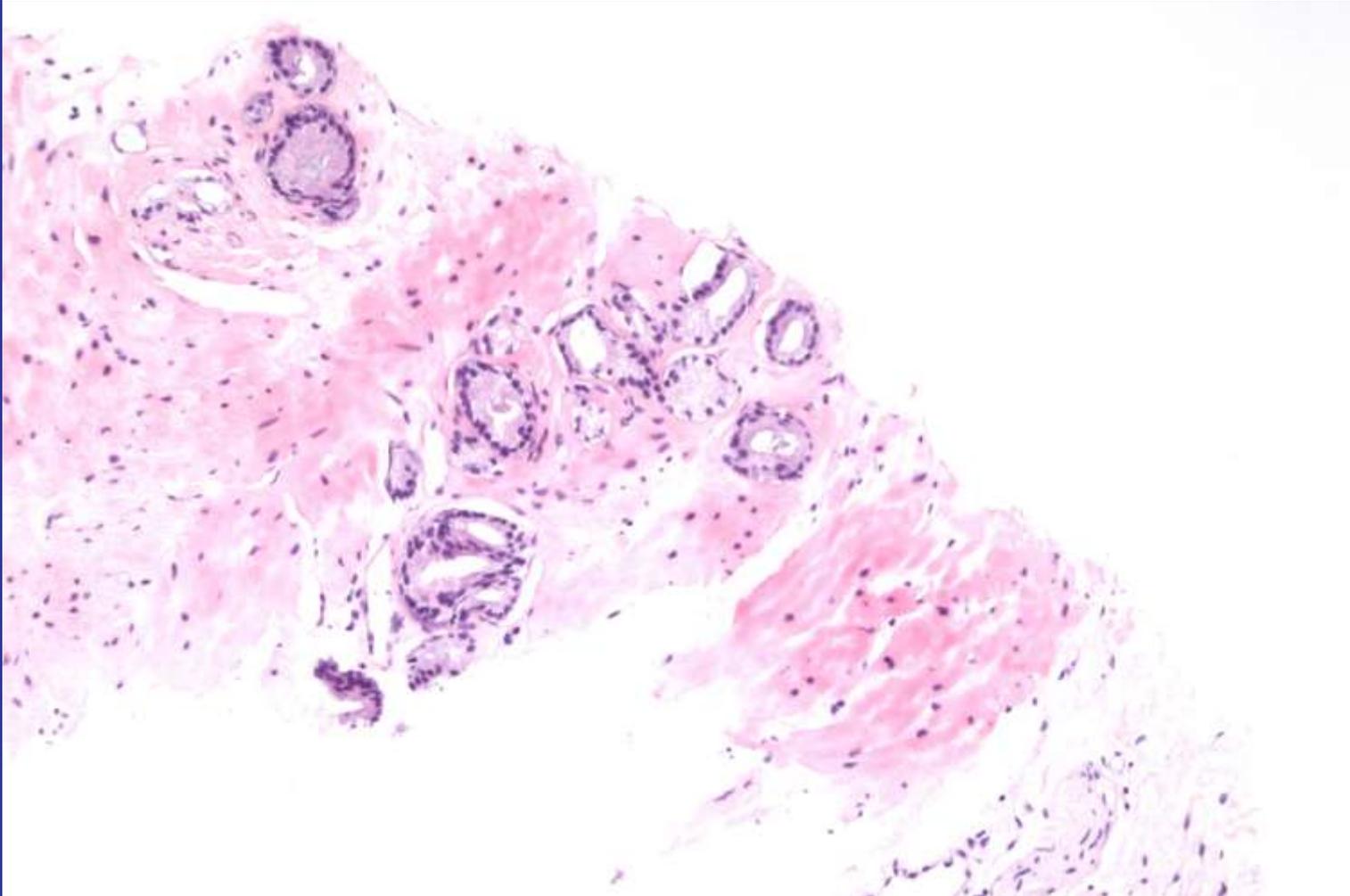
# Foco de glándulas atípicas



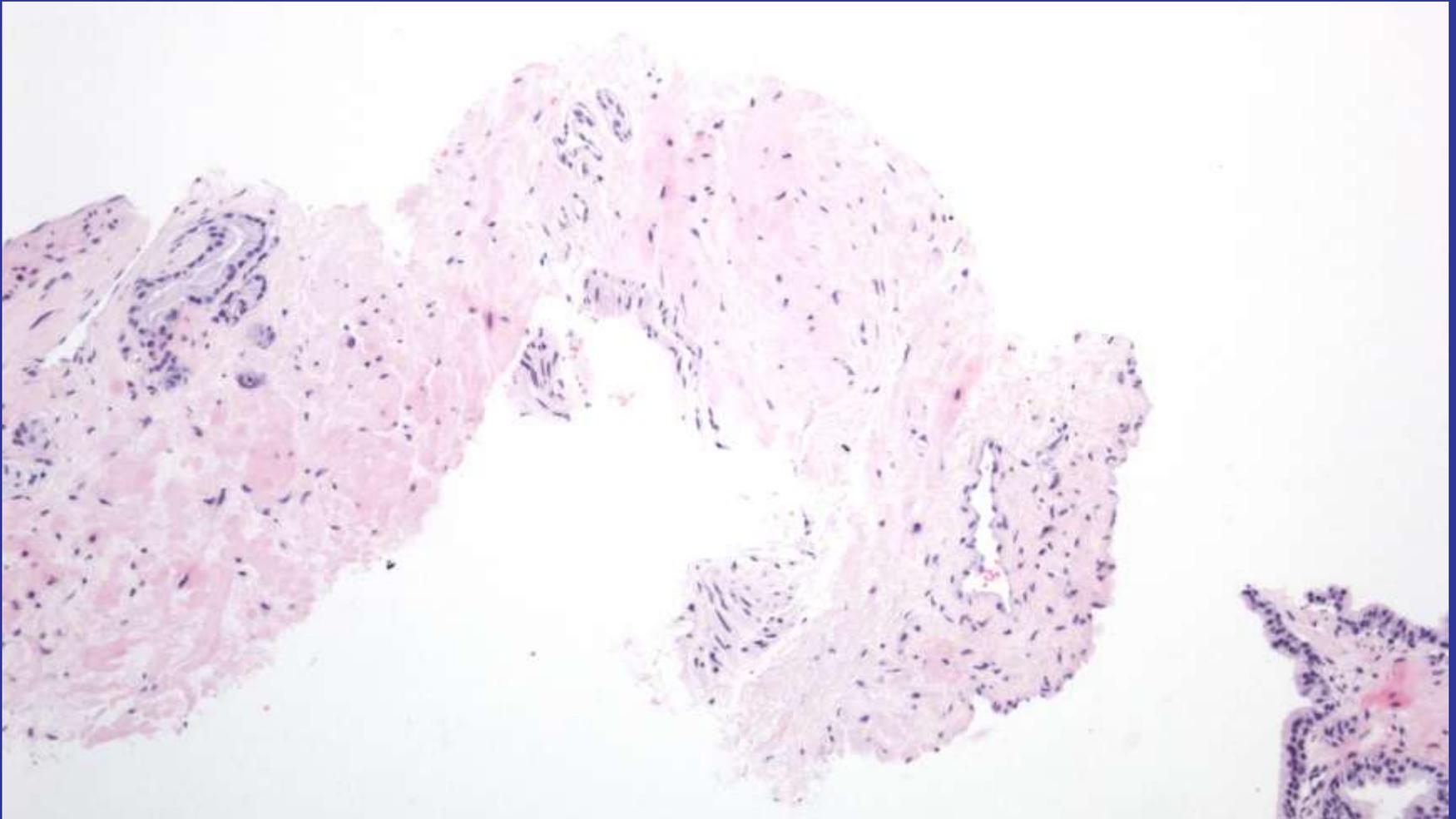
# Foco de glándulas atípicas



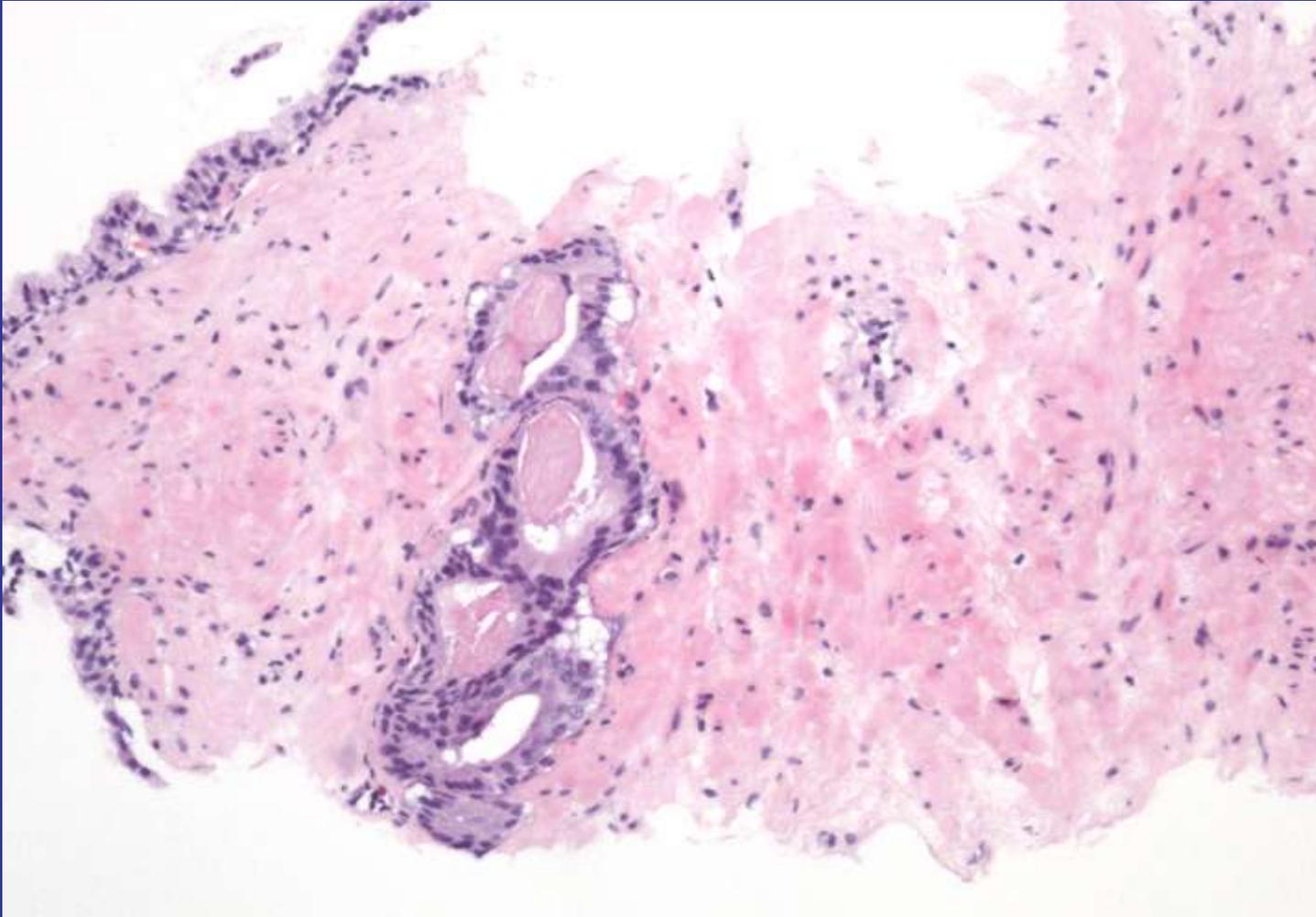
# Foco de glándulas atípicas



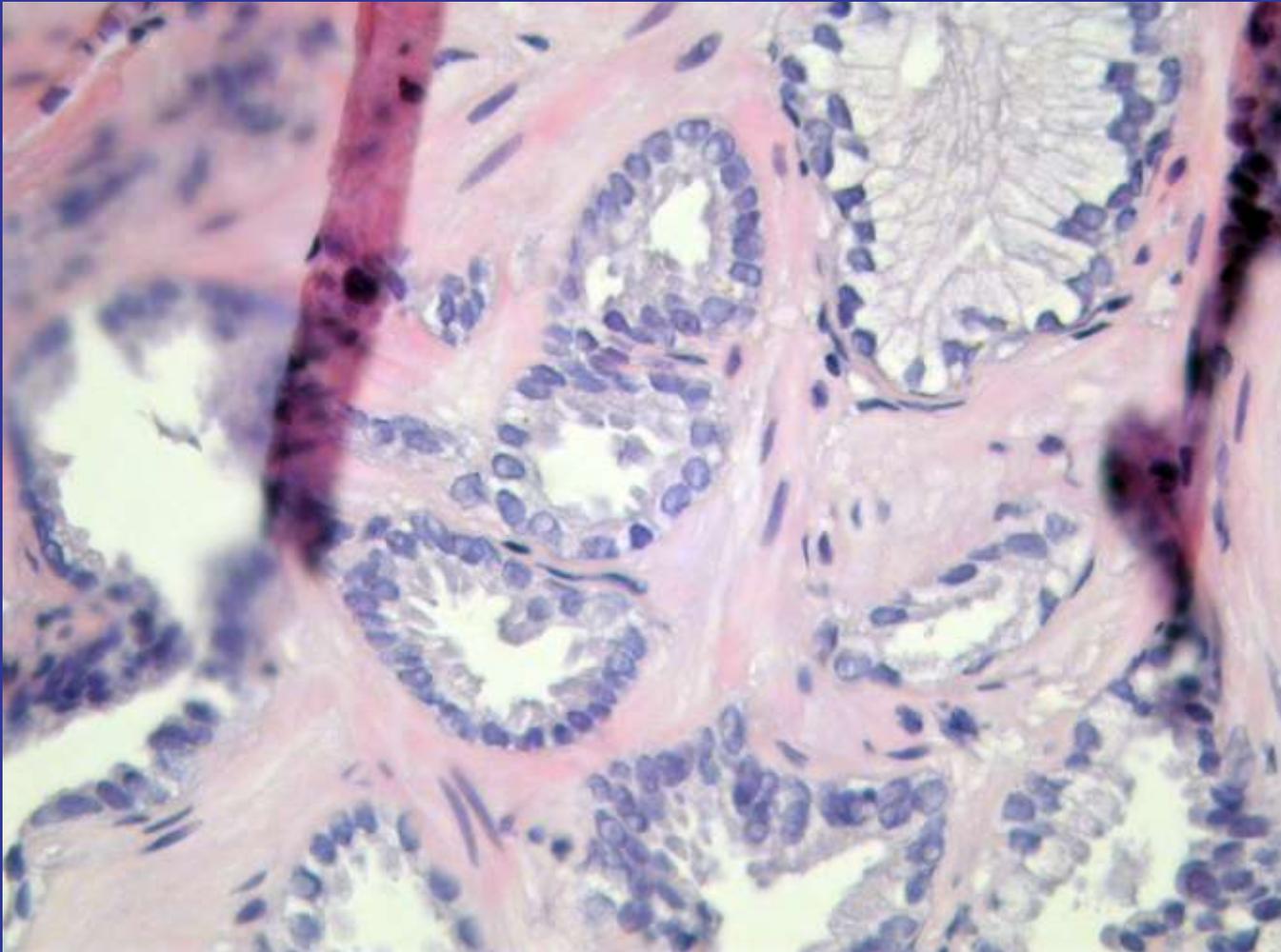
# Foco de glándulas atípicas



# 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**

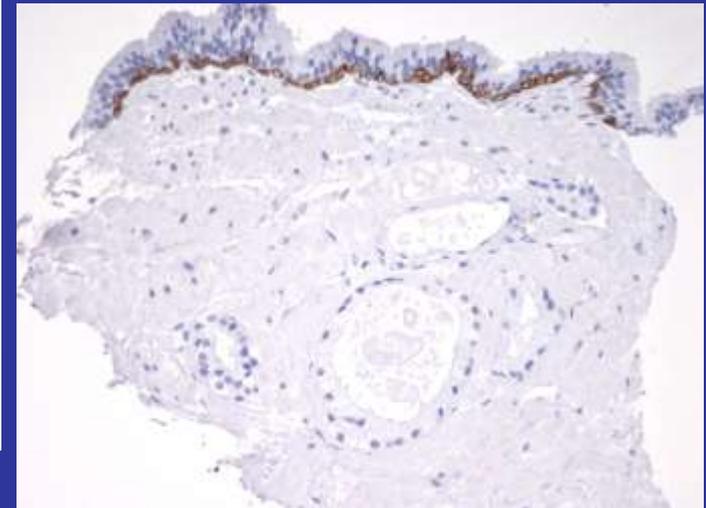
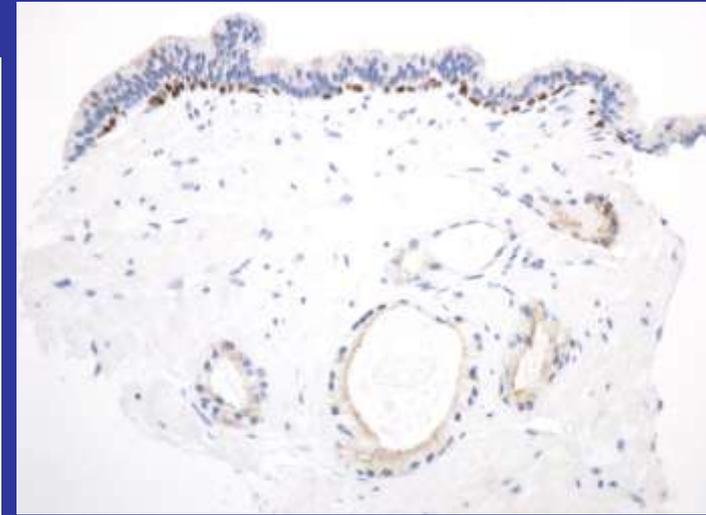
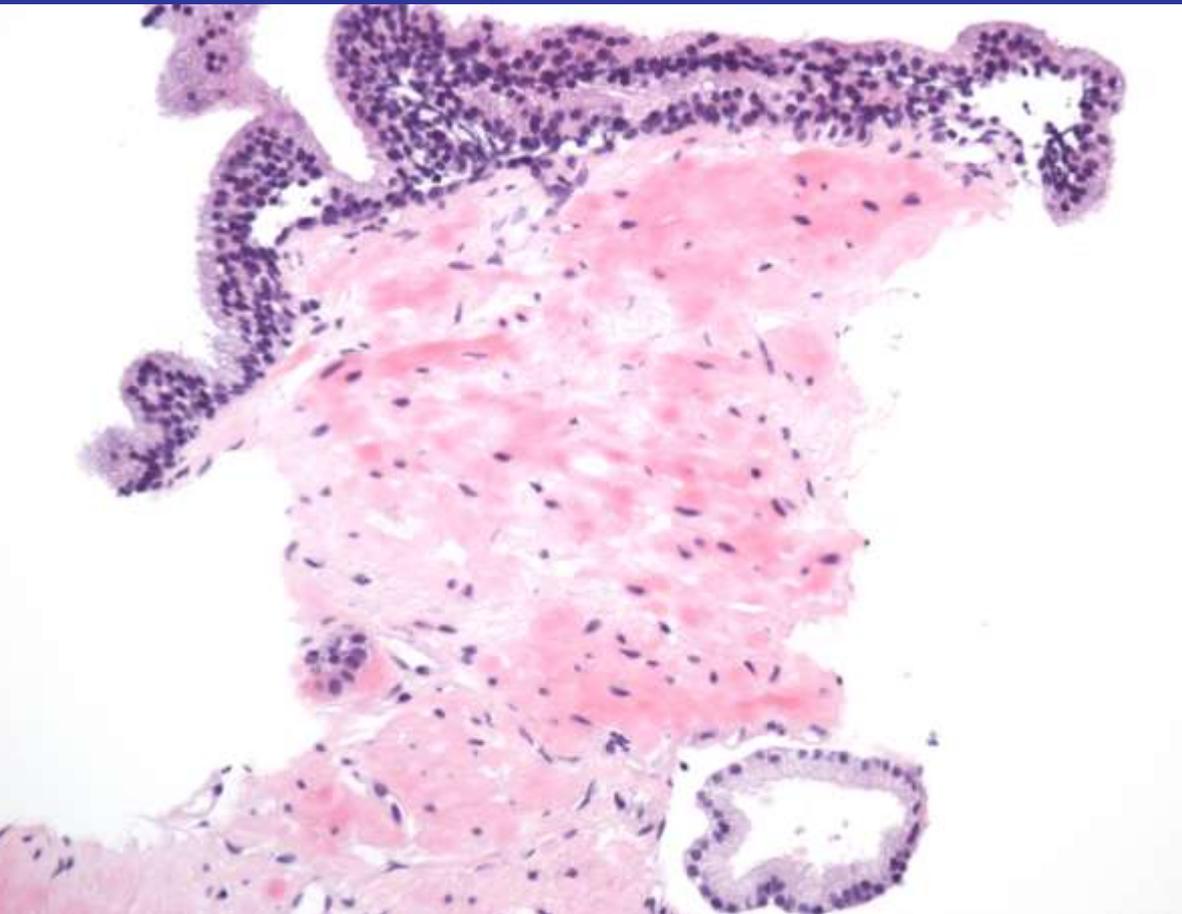


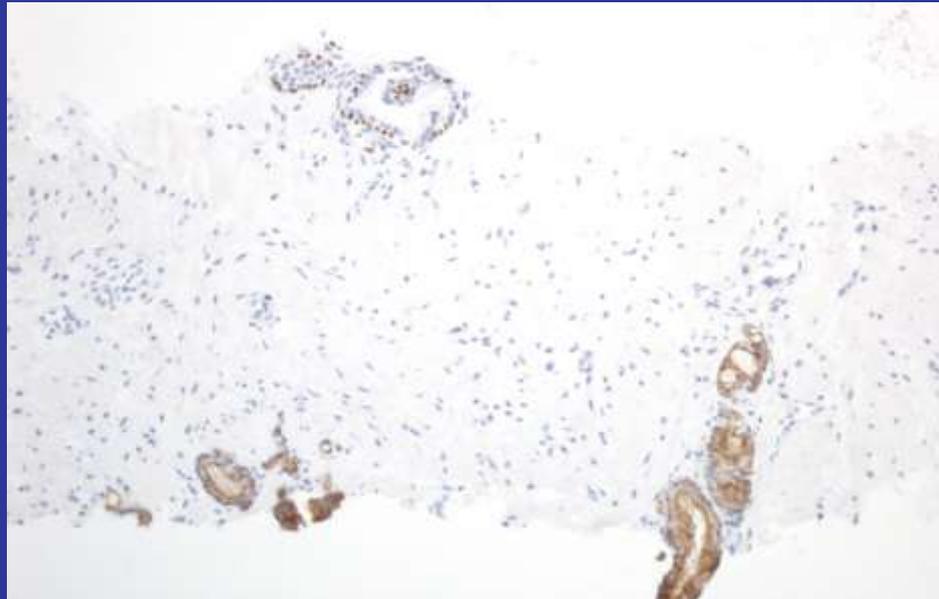
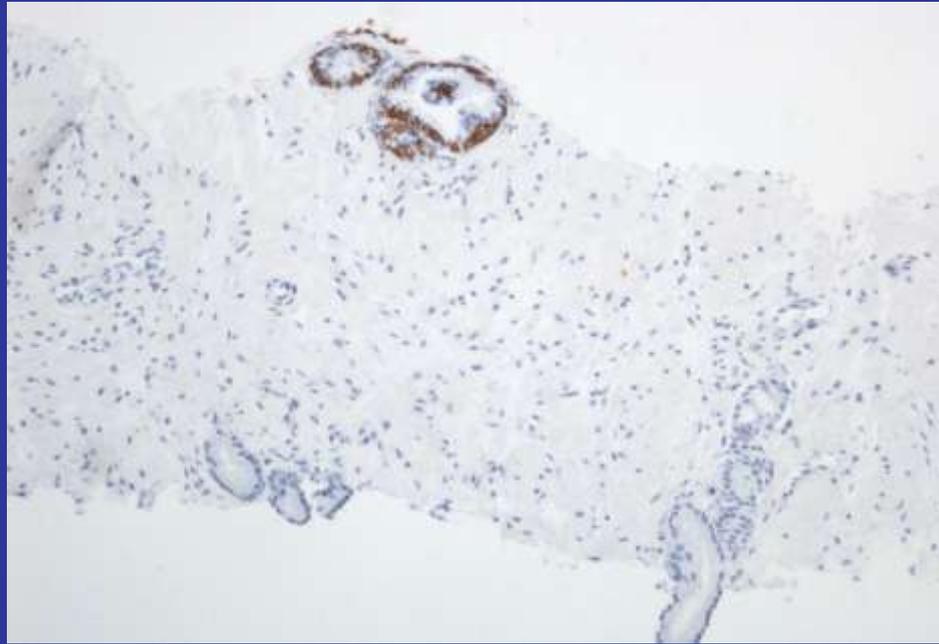
!!!Cuidado!!!

# ¿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 $\beta$ 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)

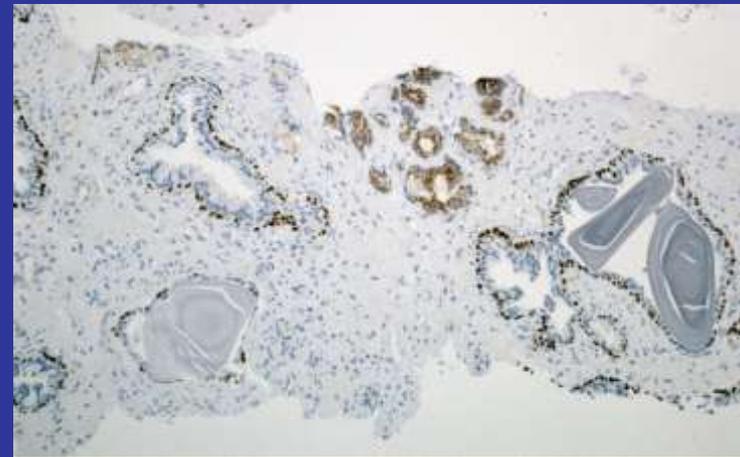
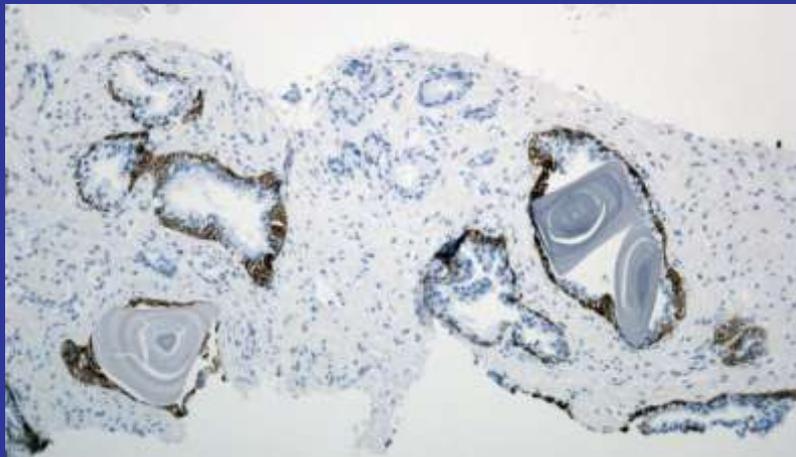
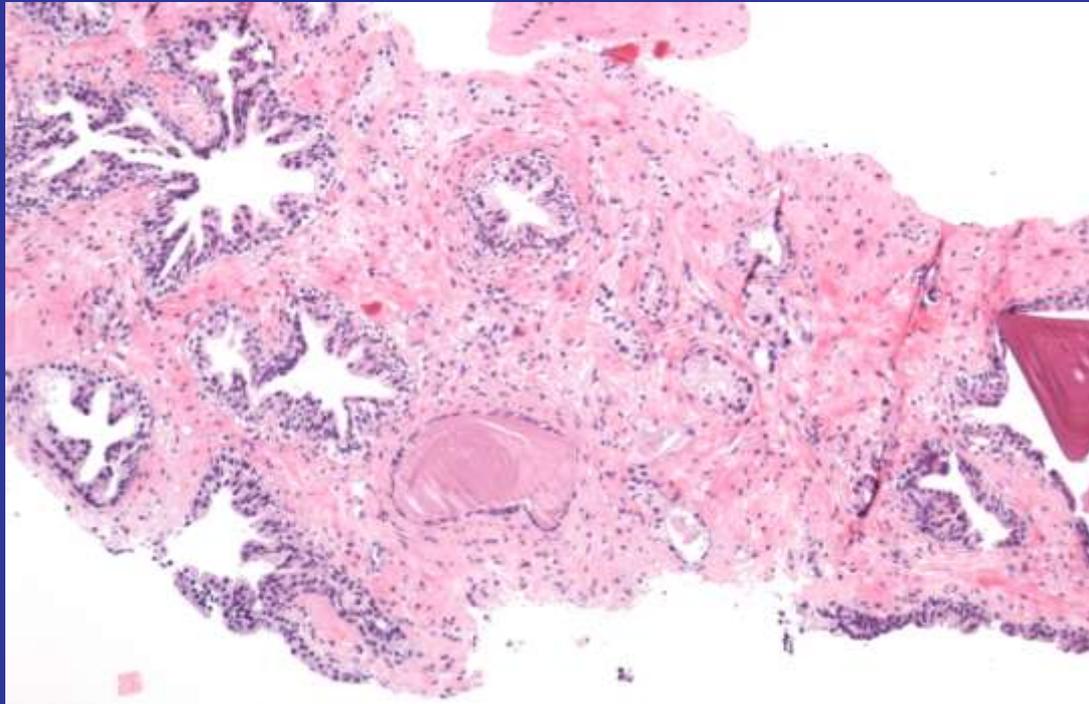
# Cáncer mínimo



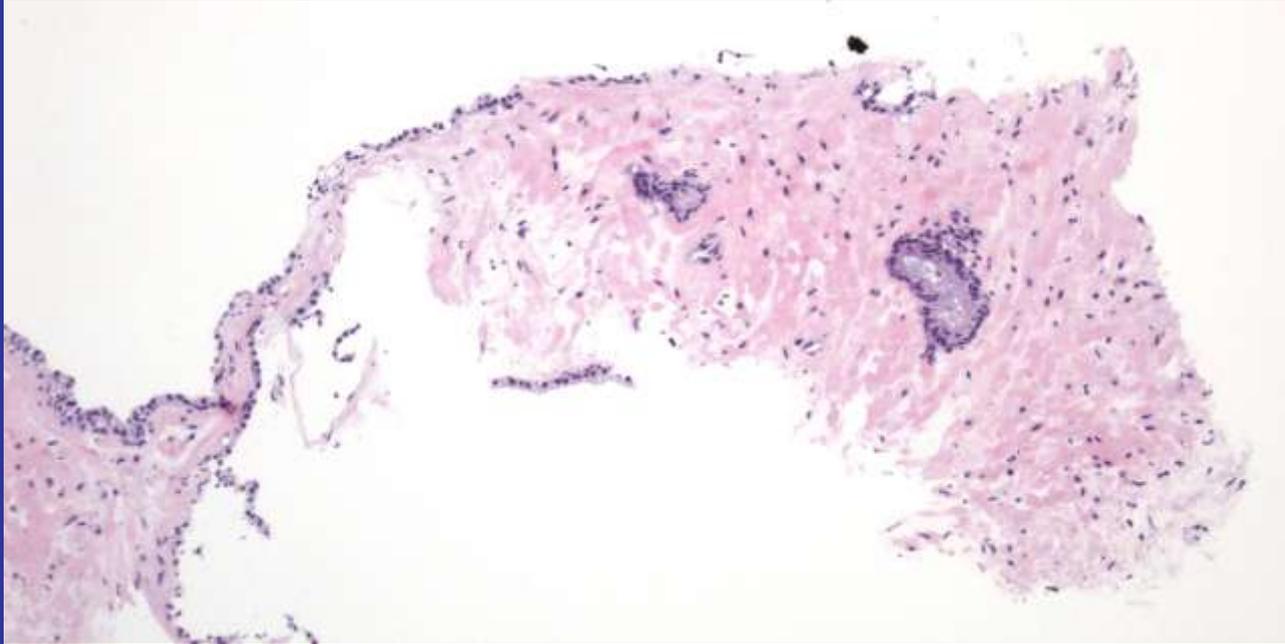




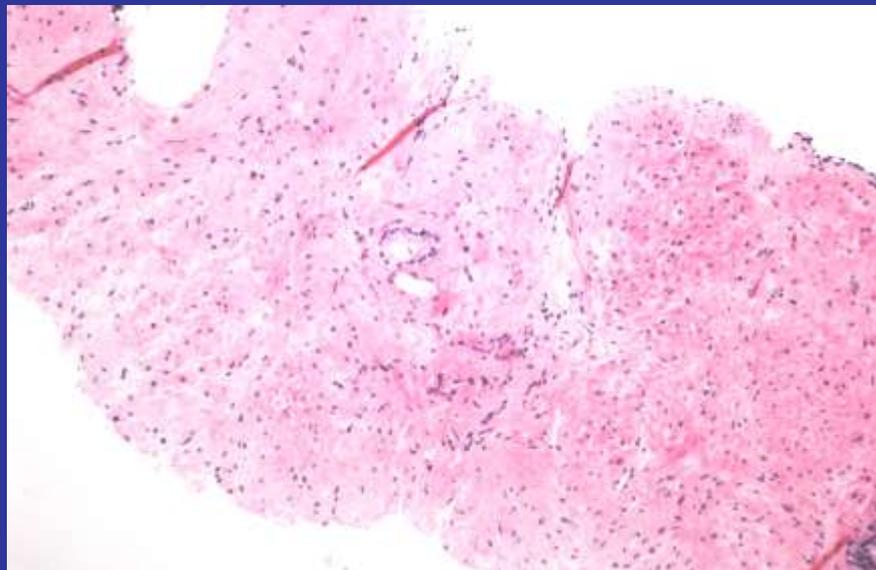
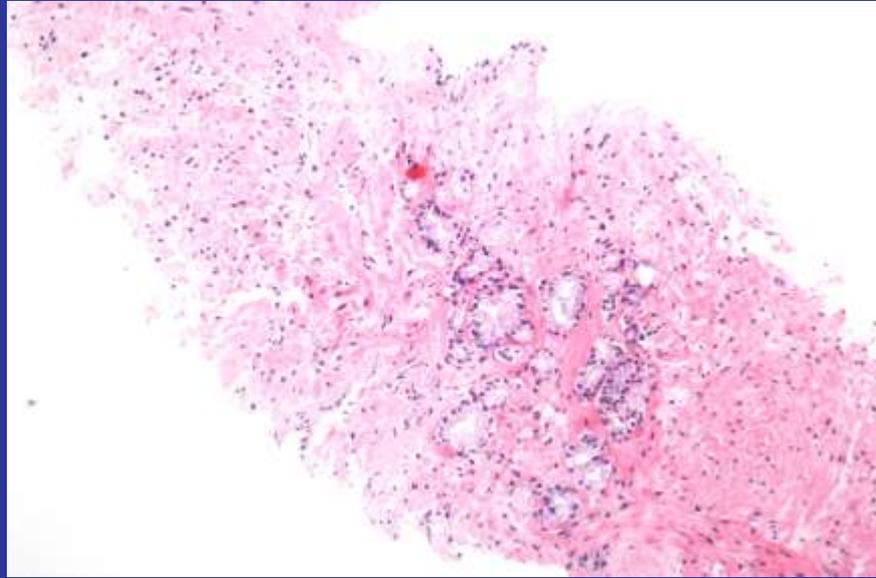
# A veces la imagen sospechosa se mantiene



# A veces la imagen sospechosa aumenta



# A veces la imagen sospechosa disminuye



# ...o desaparece!!

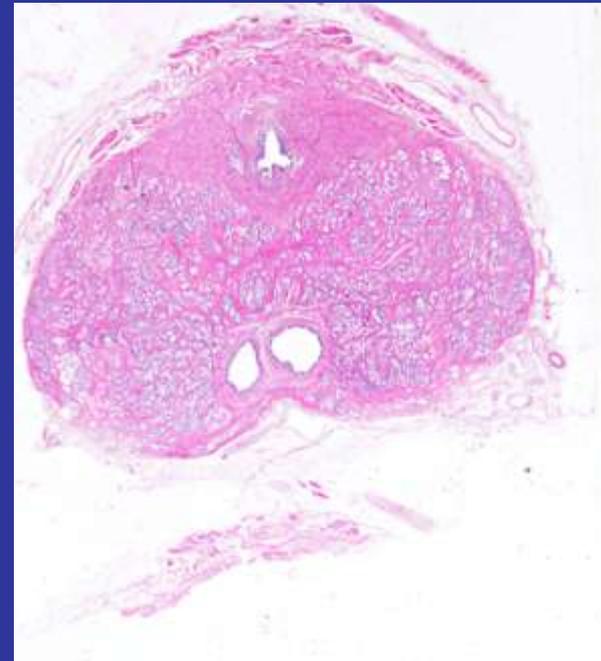


# CONCLUSIONES

- 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](mailto:joseignacio.lopez@osakidetza.net)