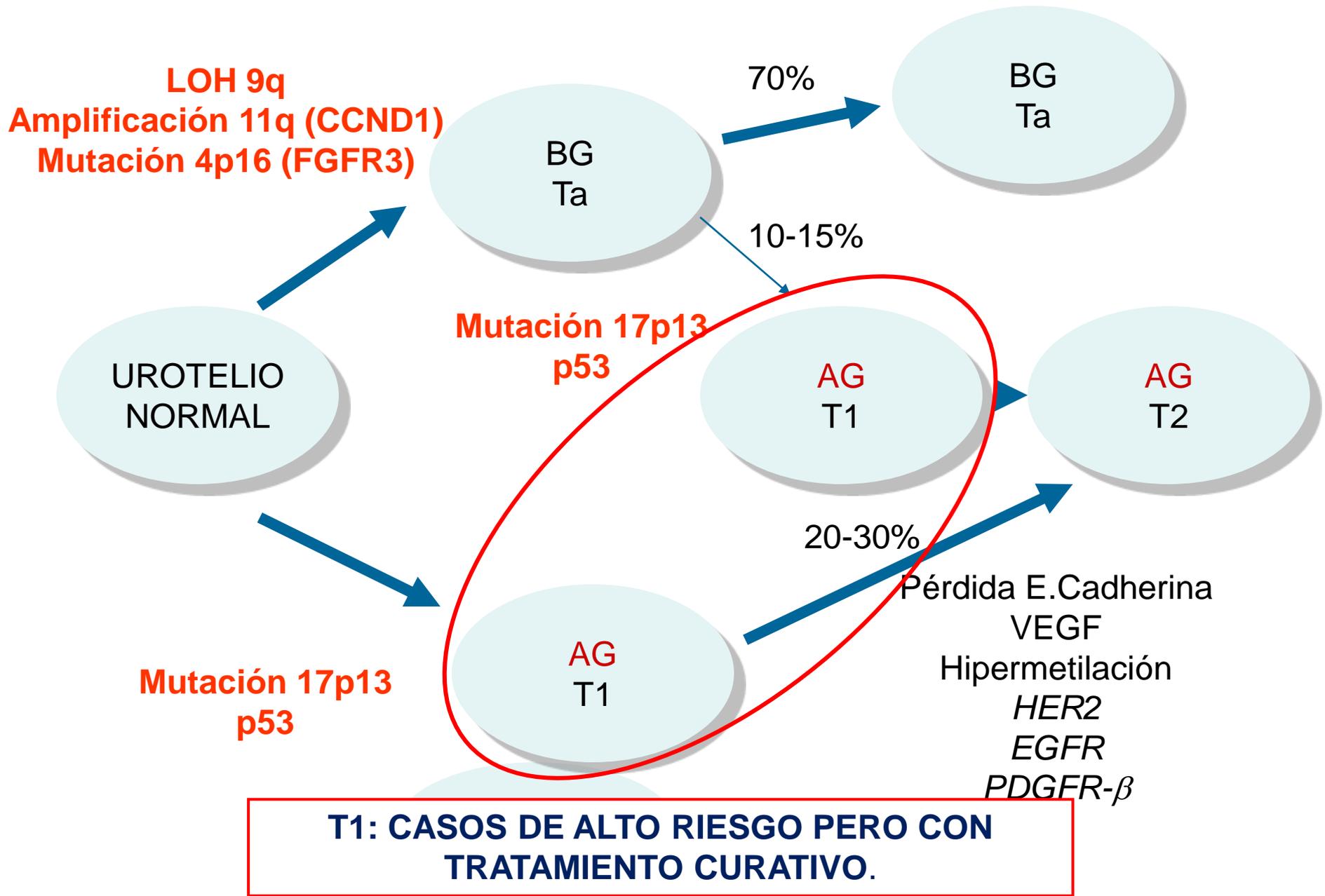


CRITERIOS DE INVASIÓN DEL CARCINOMA UROTELIAL

**Dra I. Trias.
Anatomía Patològica Hospital Plató.
Barcelona**



¿IDENTIFICAMOS BIEN LOS T1?

Variabilidad interobservador:

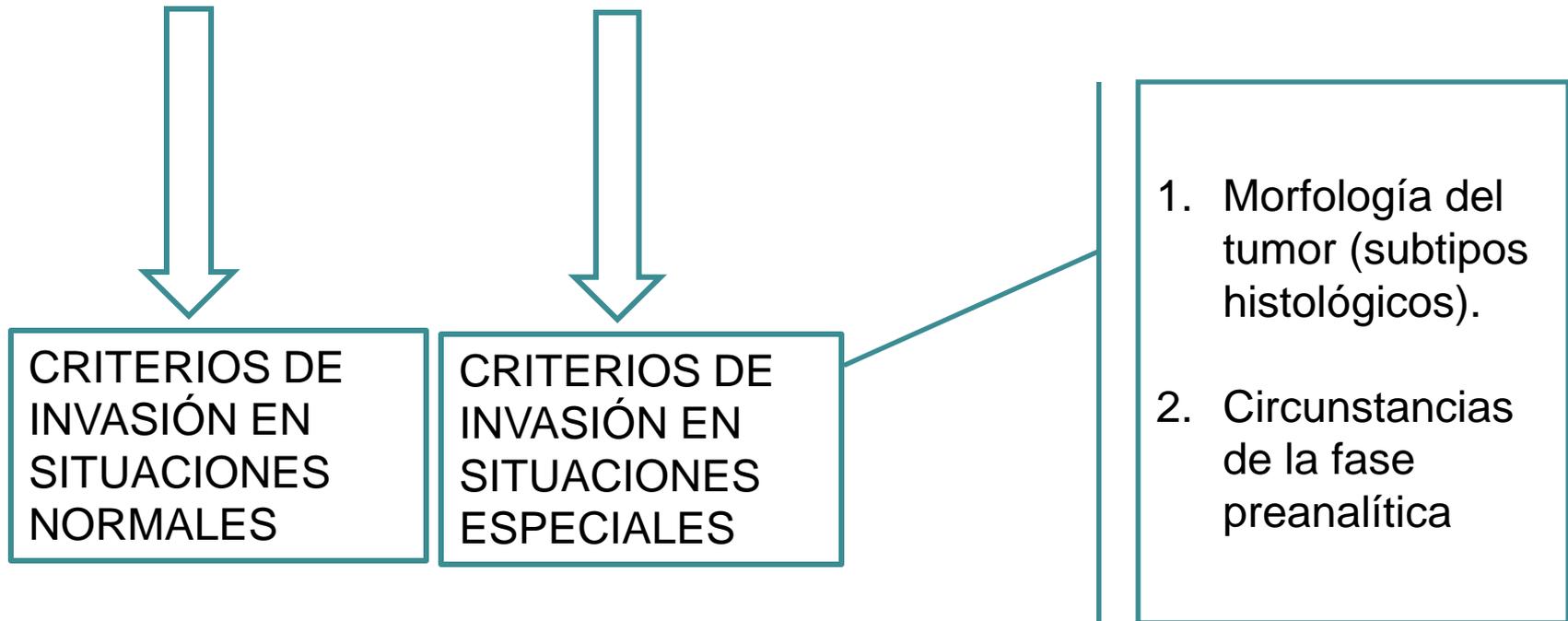
- 15-56% T1 a Ta
 - 3-17% T1 a T2
- } REVISADOS POR EXPERTOS

SOBREDIAGNÓSTICO DE T1

NO

¿T1?

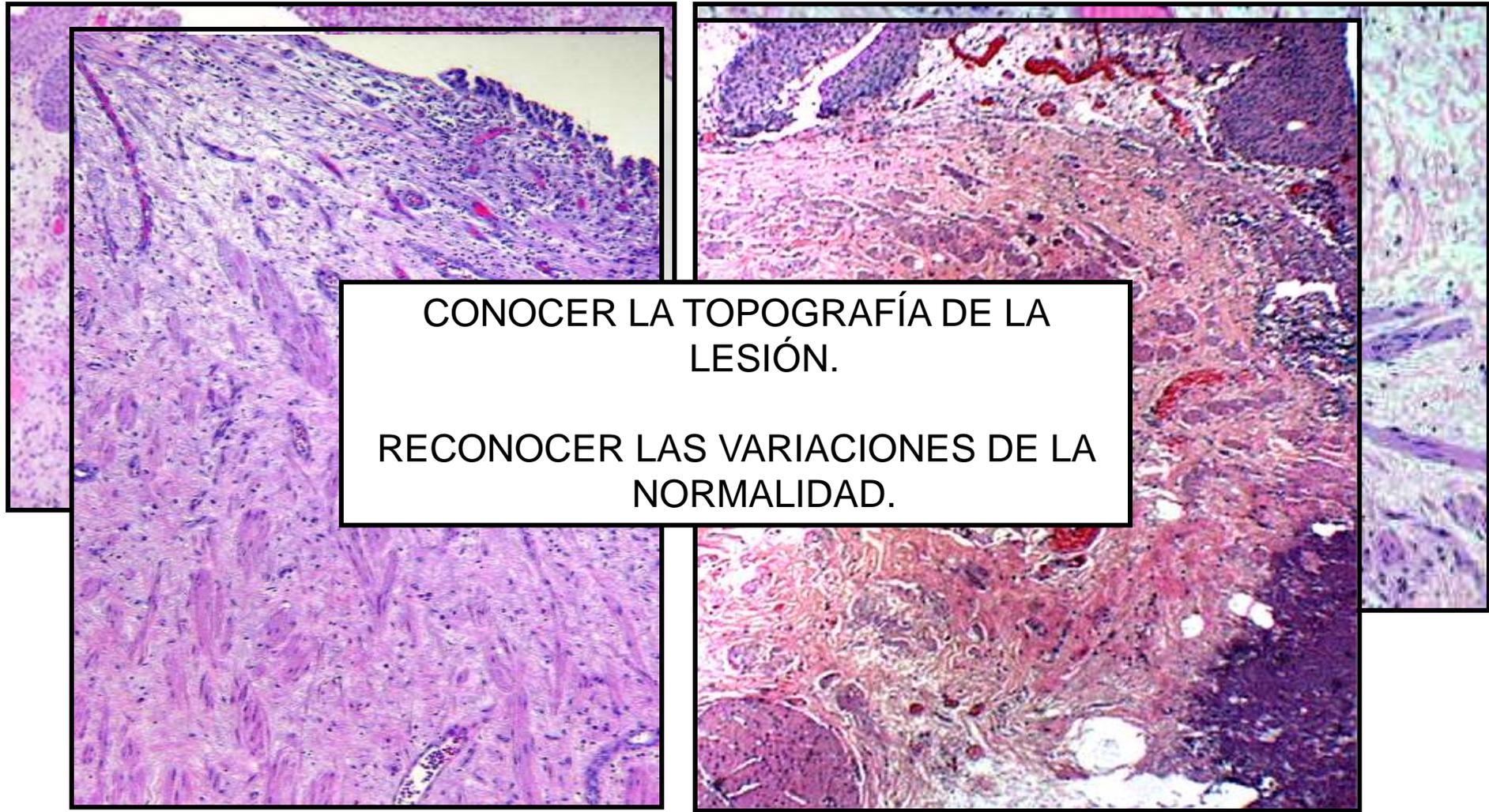
INVASIÓN DEL TEJIDO SUBEPITELIAL (OMS 2004)



Situaciones normales RTU

- MATERIAL SUBÓPTIMO PARA ESTUDIO HISTOLÓGICO
- REQUIERE INCLUSIÓN TOTAL
- CONOCER BIEN LA HISTOLOGÍA NORMAL.

INVASIÓN: Presencia de carcinoma en tejido subepitelial (más allá de la membrana basal).



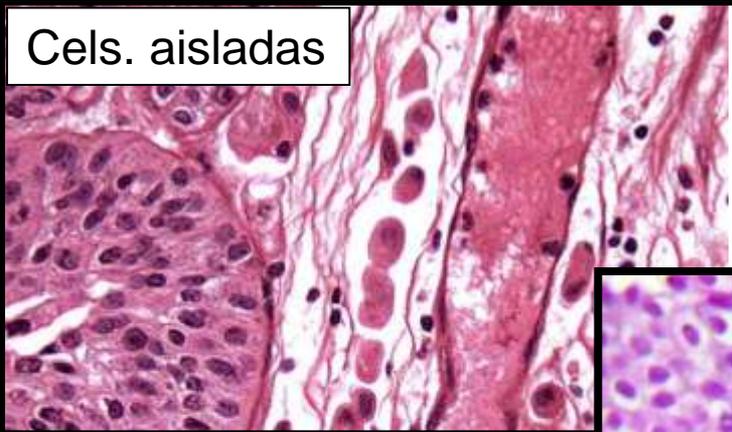
CONOCER LA TOPOGRAFÍA DE LA LESIÓN.

RECONOCER LAS VARIACIONES DE LA NORMALIDAD.

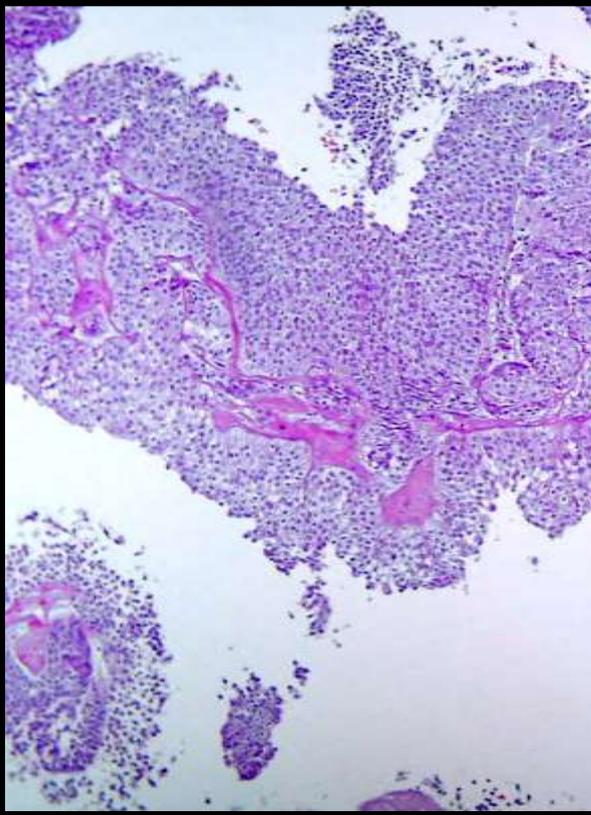
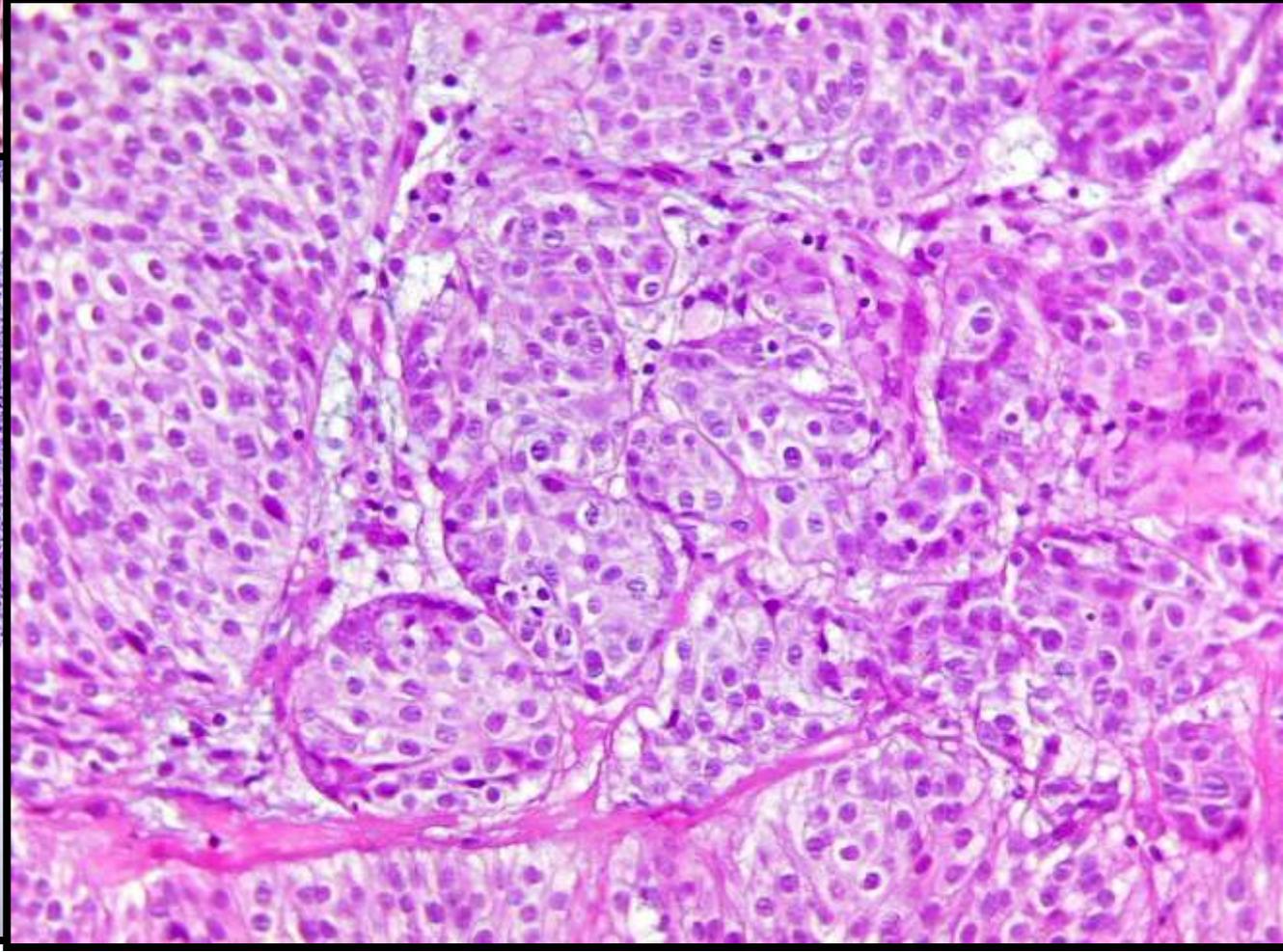
Histología normal: Urotelio, nidos de von Brunn, muscularis mucosae y muscular propia. Cúpula, cuello vesical, meatos ureterales.

CRITERIOS INVASIÓN

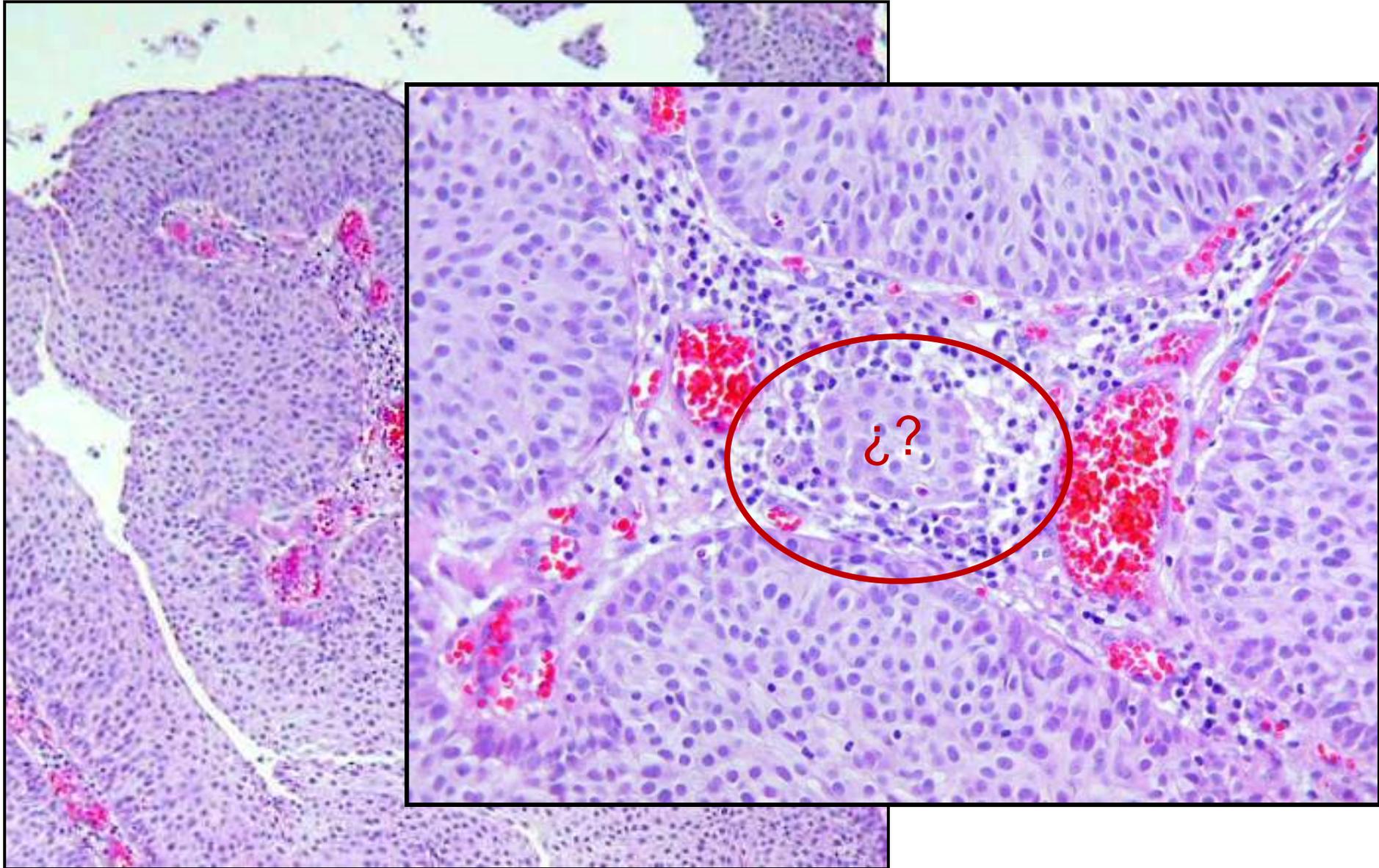
Cels. aisladas



Nidos pequeños e irregulares

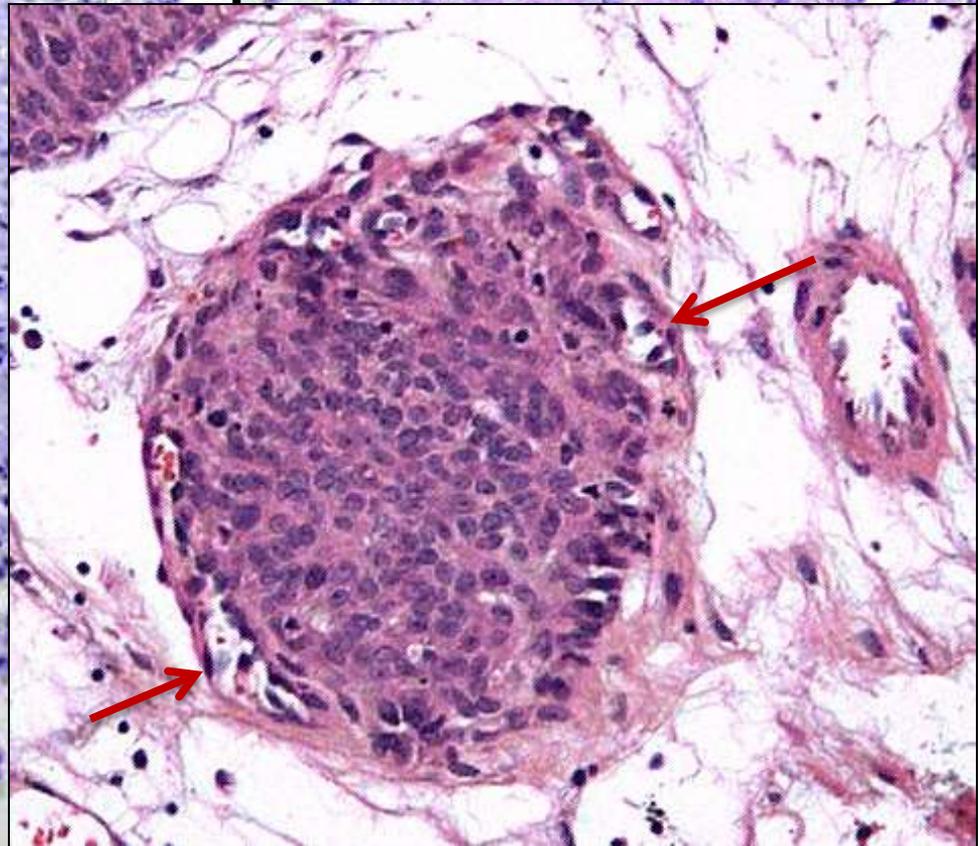
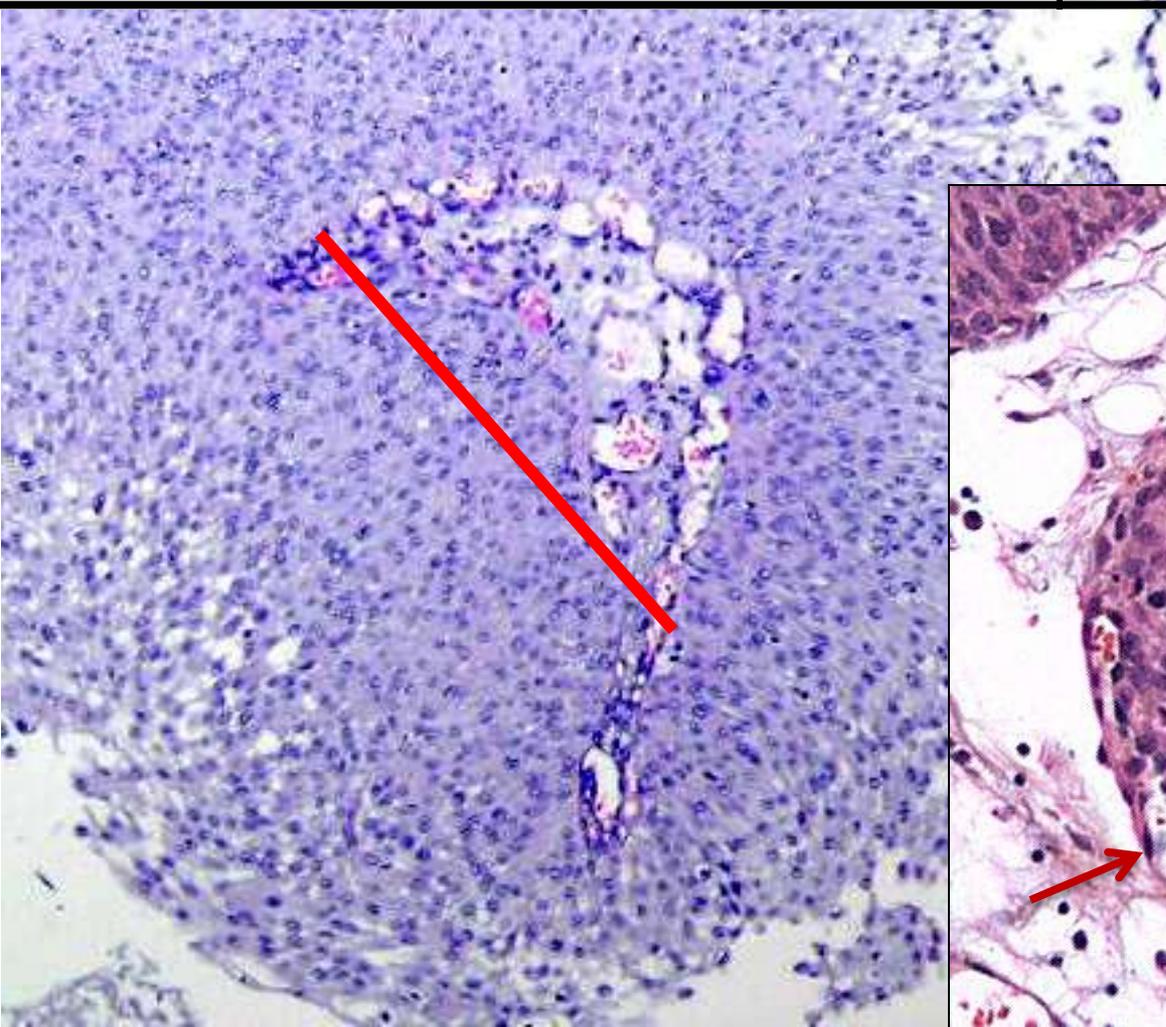
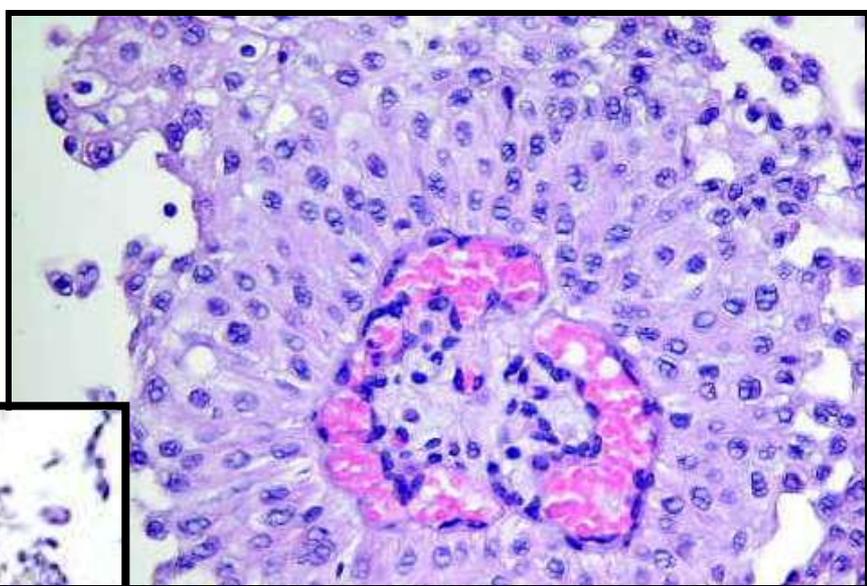


¿QUÉ OCURRE CUANDO LOS NIDOS NI SON PEQUEÑOS NI IRREGULARES?



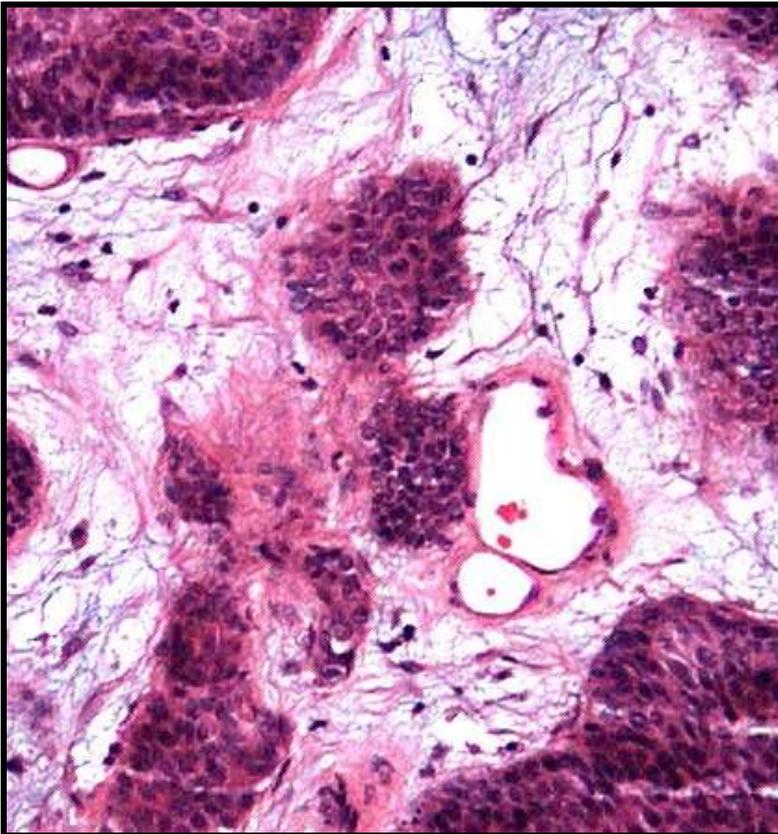


**CAPILARES EN
PERIFERIA
SIGNO DE NO
INVASIÓN**



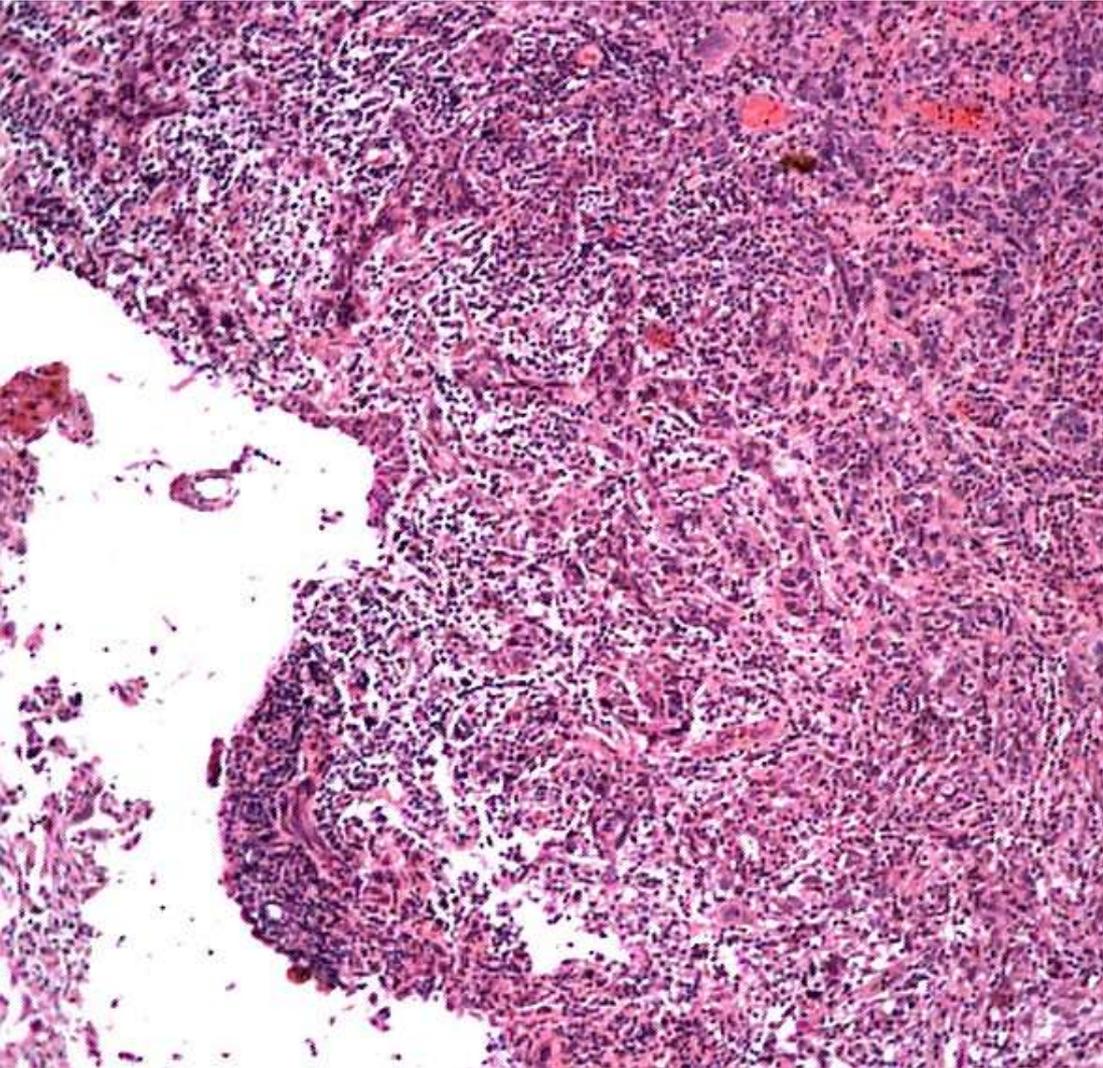
OTROS CRITERIOS INVASIÓN. LA RESPUESTA ESTROMAL

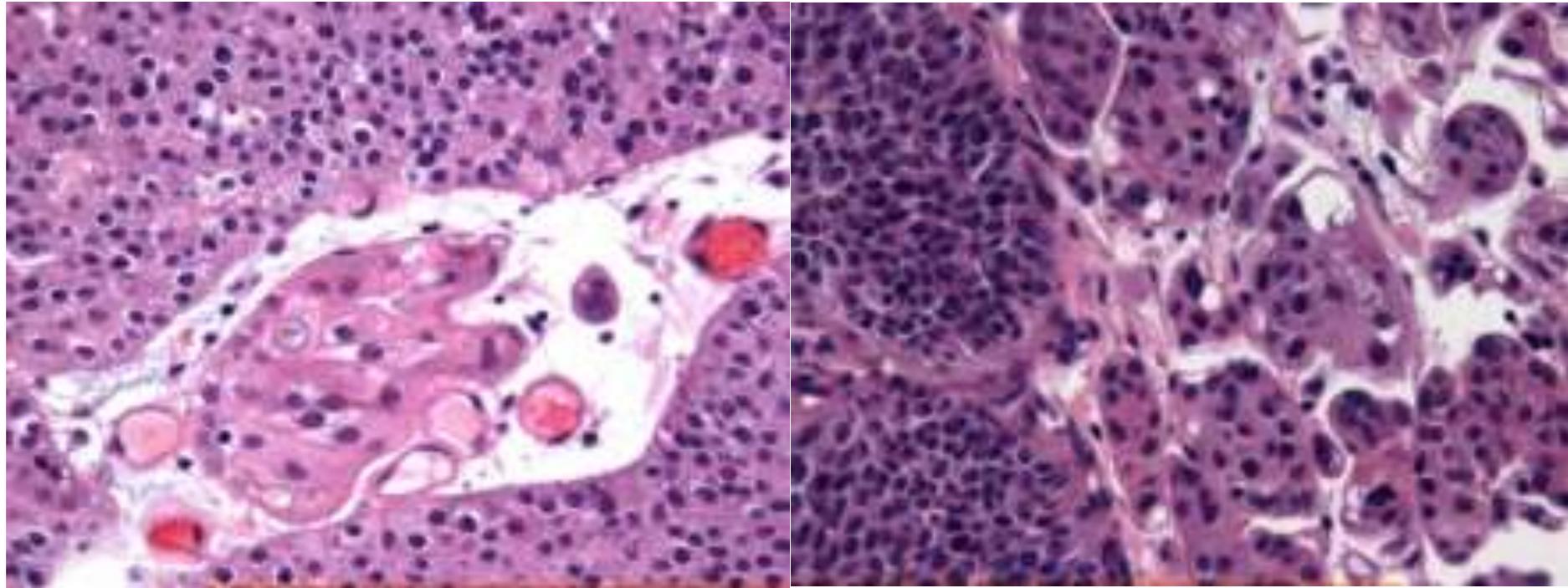
“ARTEFACTO” DE
RETRACCIÓN ALREDEDOR
DEL NIDO SOSPECHOSO



REACCIÓN ESTROMAL:
MUY VARIABLE.
ÚTIL CUANDO EXISTE.

OTROS CRITERIOS INVASIÓN. LA RESPUESTA ESTROMAL





DIFERENCIACIÓN PARADÓJICA

CRITERIOS INVASIÓN EN SITUACIONES NORMALES

CÉLULAS AISLADAS.

NIDOS PEQUEÑOS E IRREGULARES.

(VALORAR BIEN LOS CONTORNOS: MB, CAPILARES...)

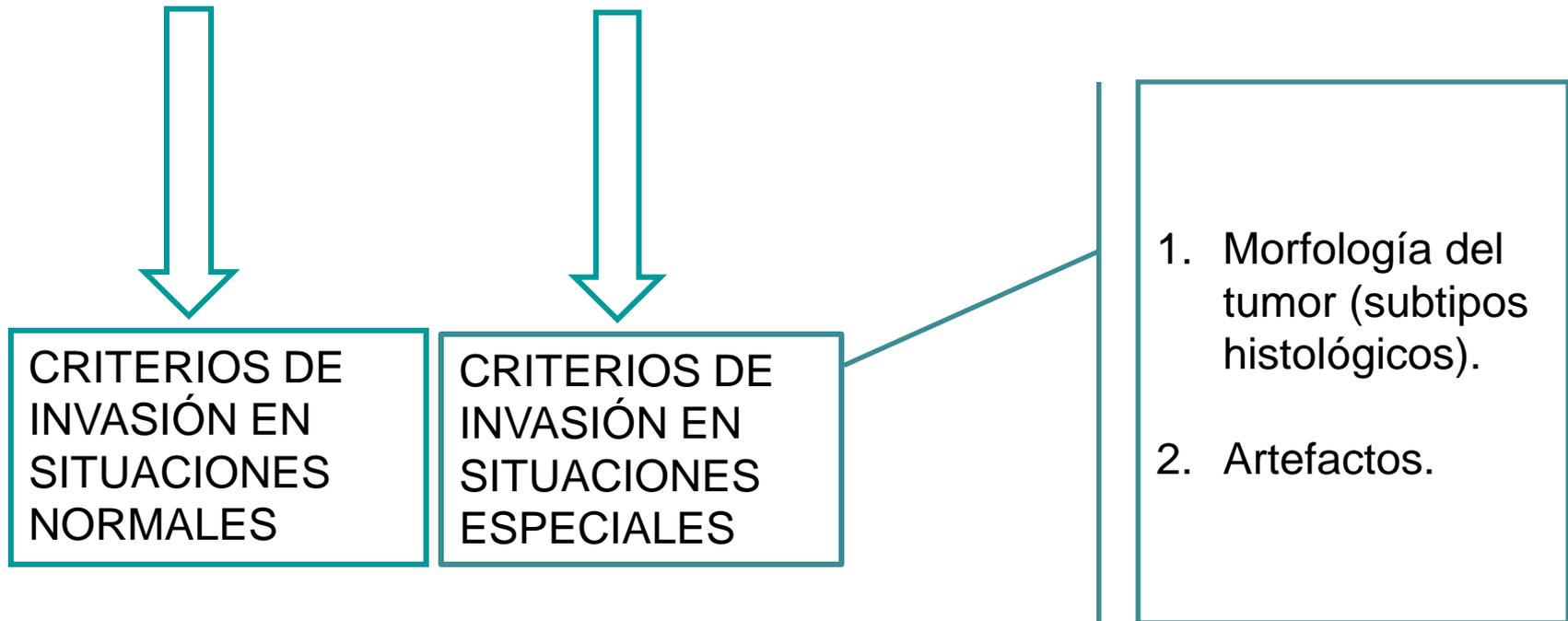
CUIDADO CON NIDOS PEQUEÑOS Y REGULARES:

- 1. CORTES TANGENCIALES.**
- 2. NIDOS DE VON BRUNN.**

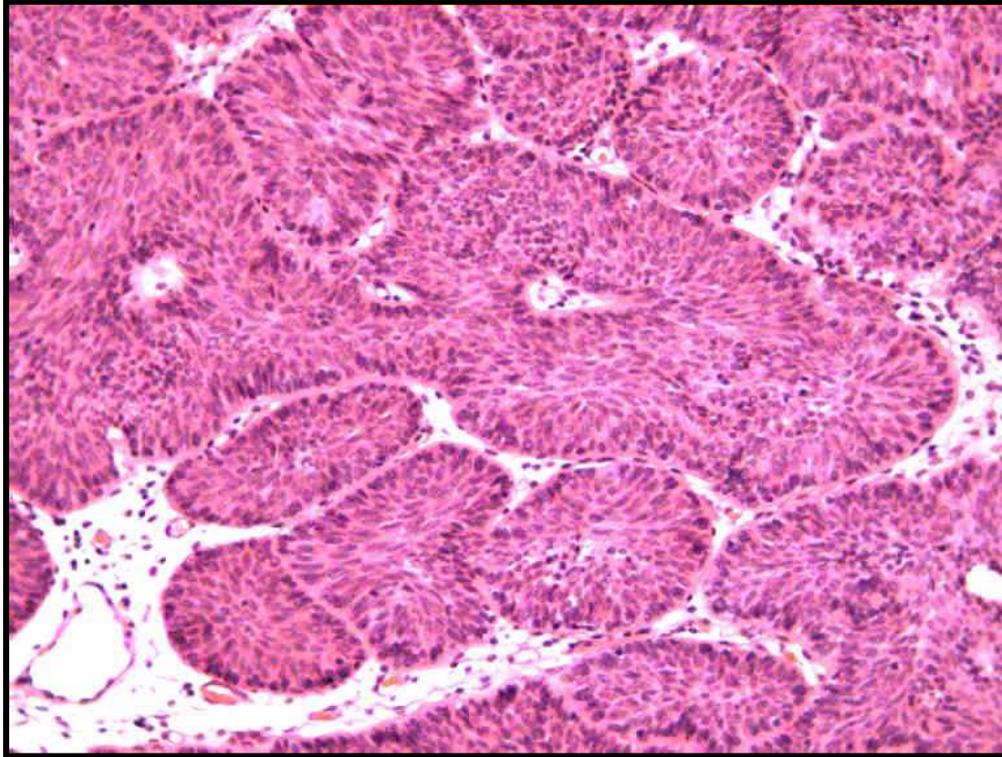
LA INVASIÓN TIENE QUE SER INEQUÍVOCA

¿T1?

INVASIÓN DEL TEJIDO SUBEPITELIAL (OMS 2004)



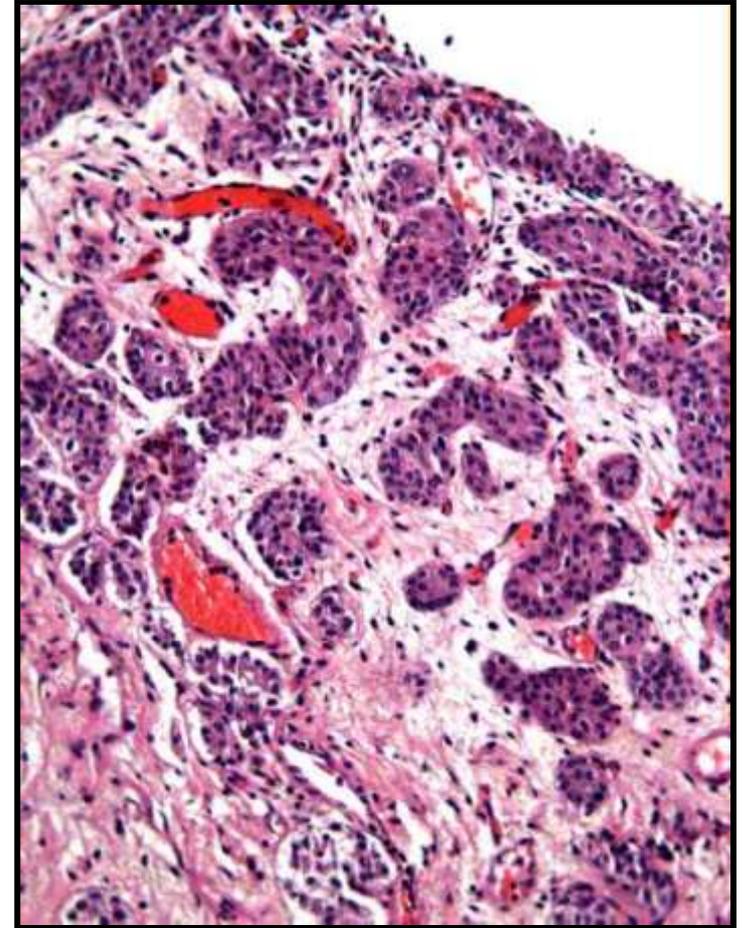
SUBTIPOS HISTOLÓGICOS



LOS PATRONES INVERTIDOS

SIEMPRE DIFICULTAN LA
VALORACIÓN DE LA INVASIÓN.

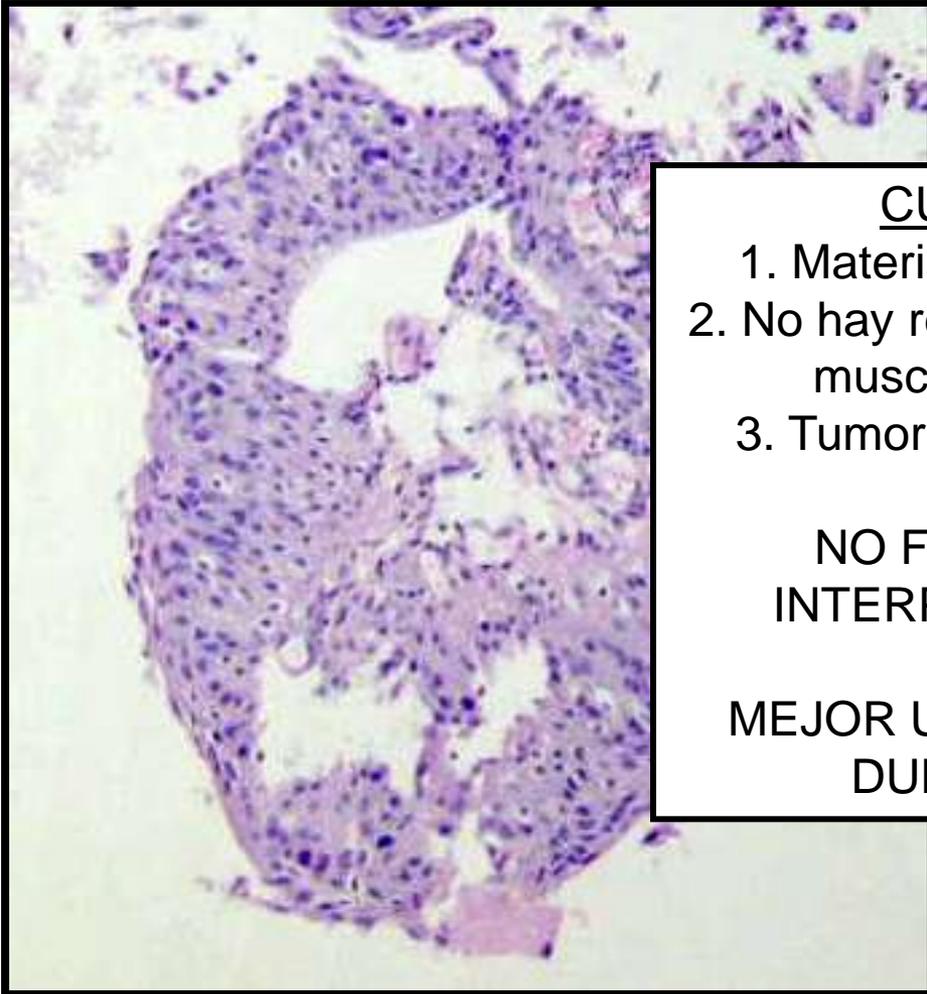
!RIESGO SOBREALORACIÓN;



CARCINOMA "NESTED"

!RIESGO INFRAVALORACIÓN;

ARTEFACTOS



CUANDO:

1. Material artefactuado
2. No hay representación de muscular propia.
3. Tumores recidivados.

NO FORZAR LA
INTERPRETACIÓN.

MEJOR UN TX QUE UN
DUDOSO T1

CONCLUSIONES

HAY UN SOBREDIAGNÓSTICO DE T1

T1
inicial



TA

1. CORTES TANGENCIALES
2. NIDOS DE VON BRUNN
3. MATERIAL ARTEFACTUADO

**DIAGNOSTICAR ÚNICAMENTE COMO T1 CASOS
INEQUÍVOCOS**

T1
inicial



T2

1. PROBLEMAS CON LA MM.
2. ZONA DE TRIGONO
3. MATERIAL ARTEFACTUADO

CONOCER LA TOPOGRAFÍA VESICAL

TENER EN CUENTA LAS VARIACIONES DE LA MM

UTILIZAR IHQ SI ES NECESARIO

INTERFERENCIAS PREANALÍTICAS

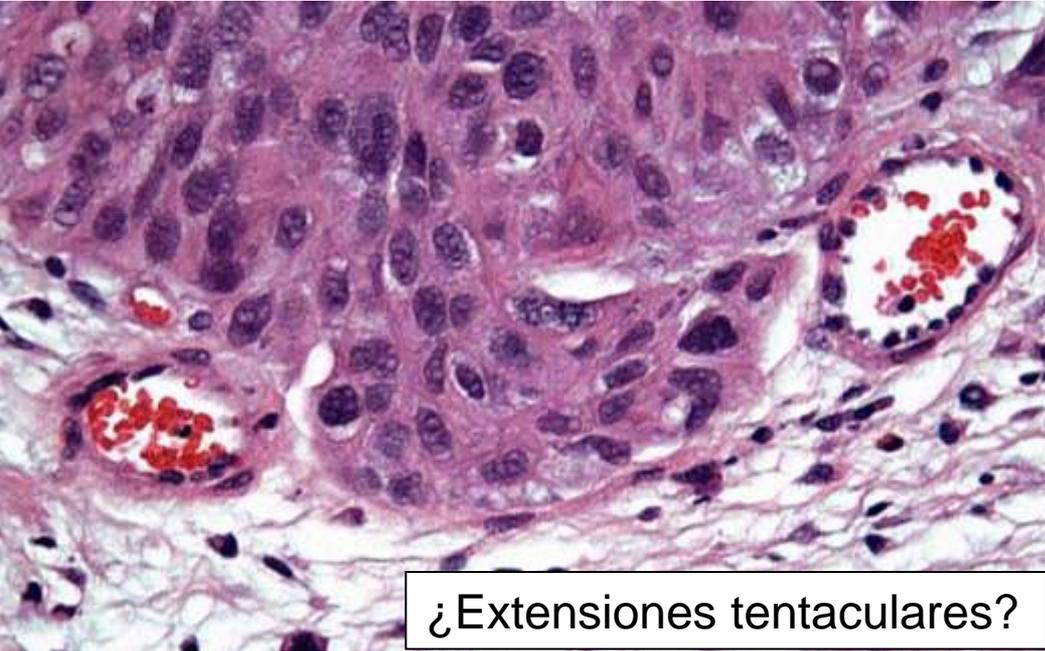
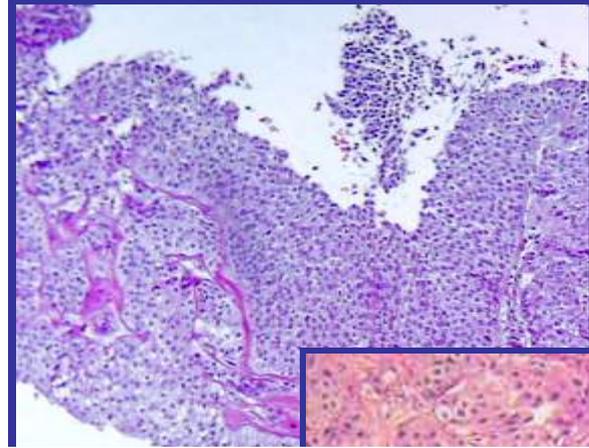
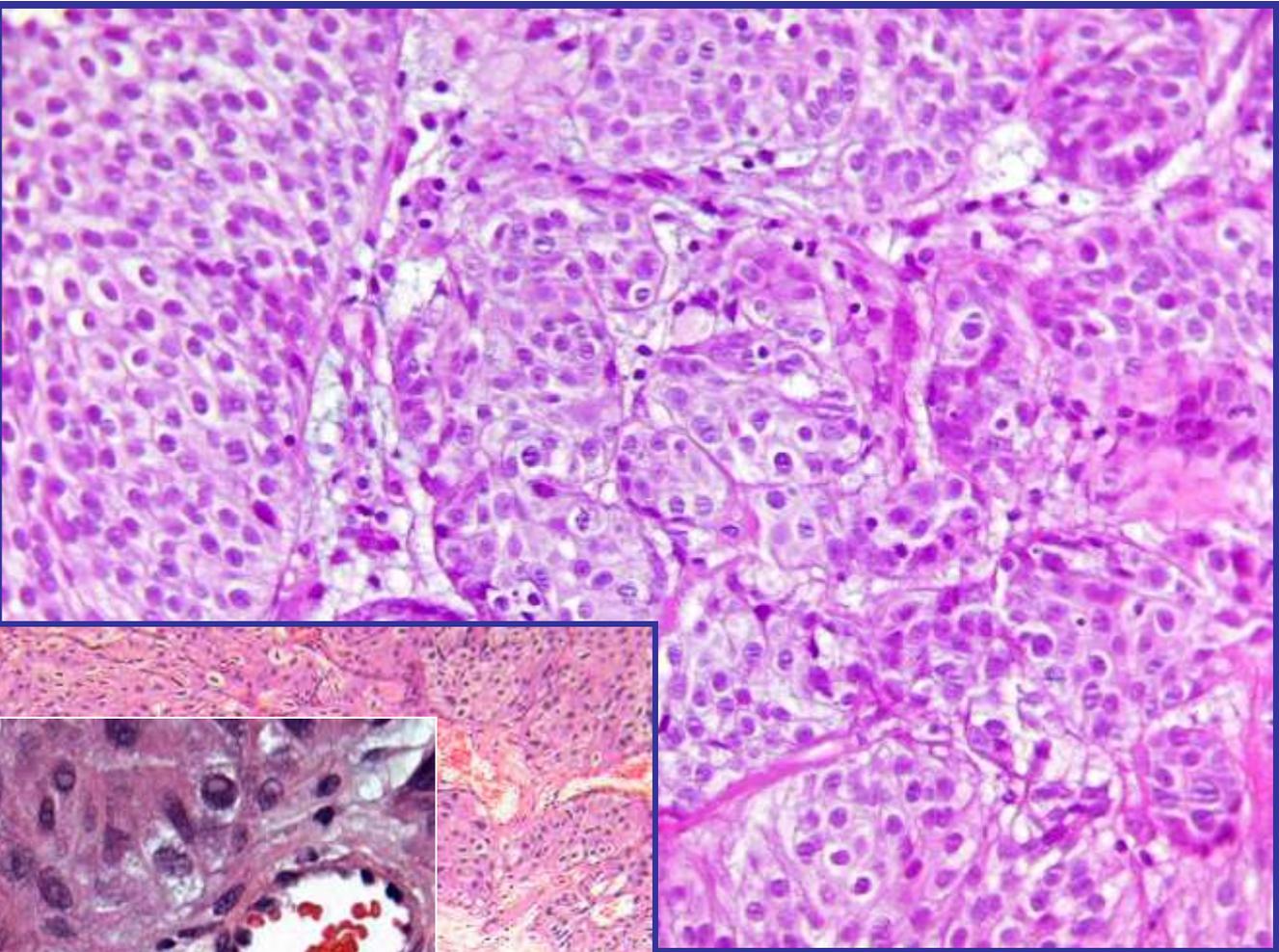
1. Volumen tumoral.

2. Artefacto de resección.

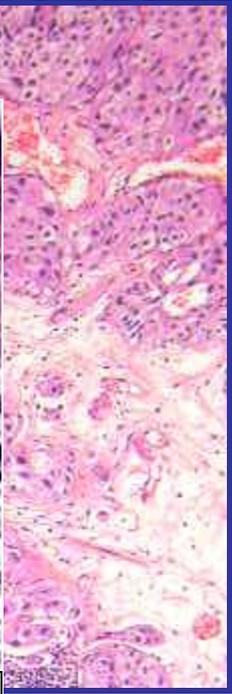
3. Tumor inicial vs tumor recidivado.

¿TENEMOS CLAROS LOS CRITERIOS DE INVASIÓN?

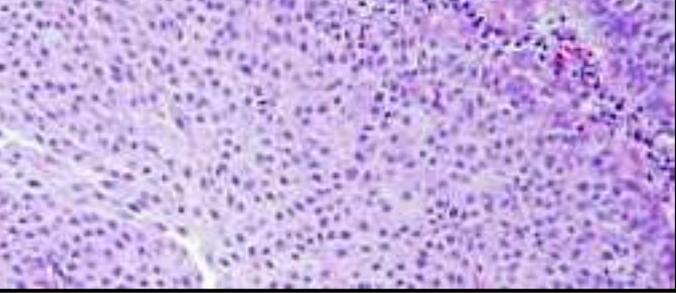
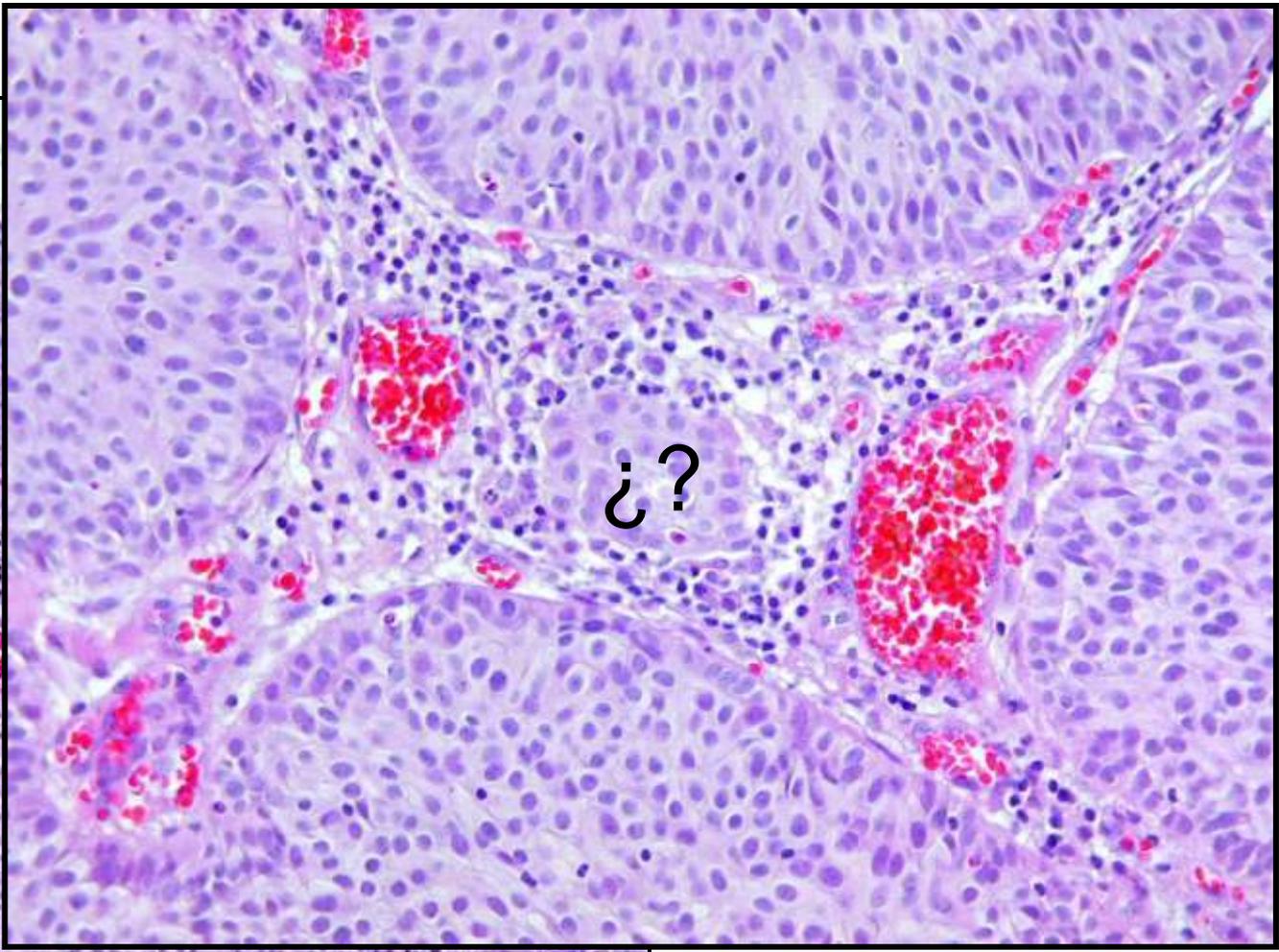
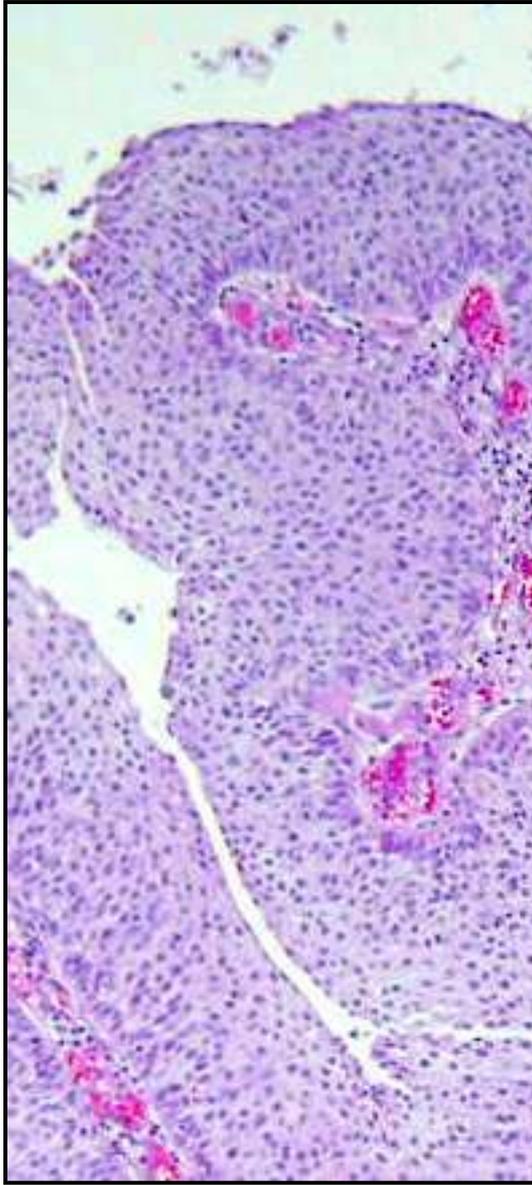
CARCINOMA PAPILAR



¿Extensiones tentaculares?

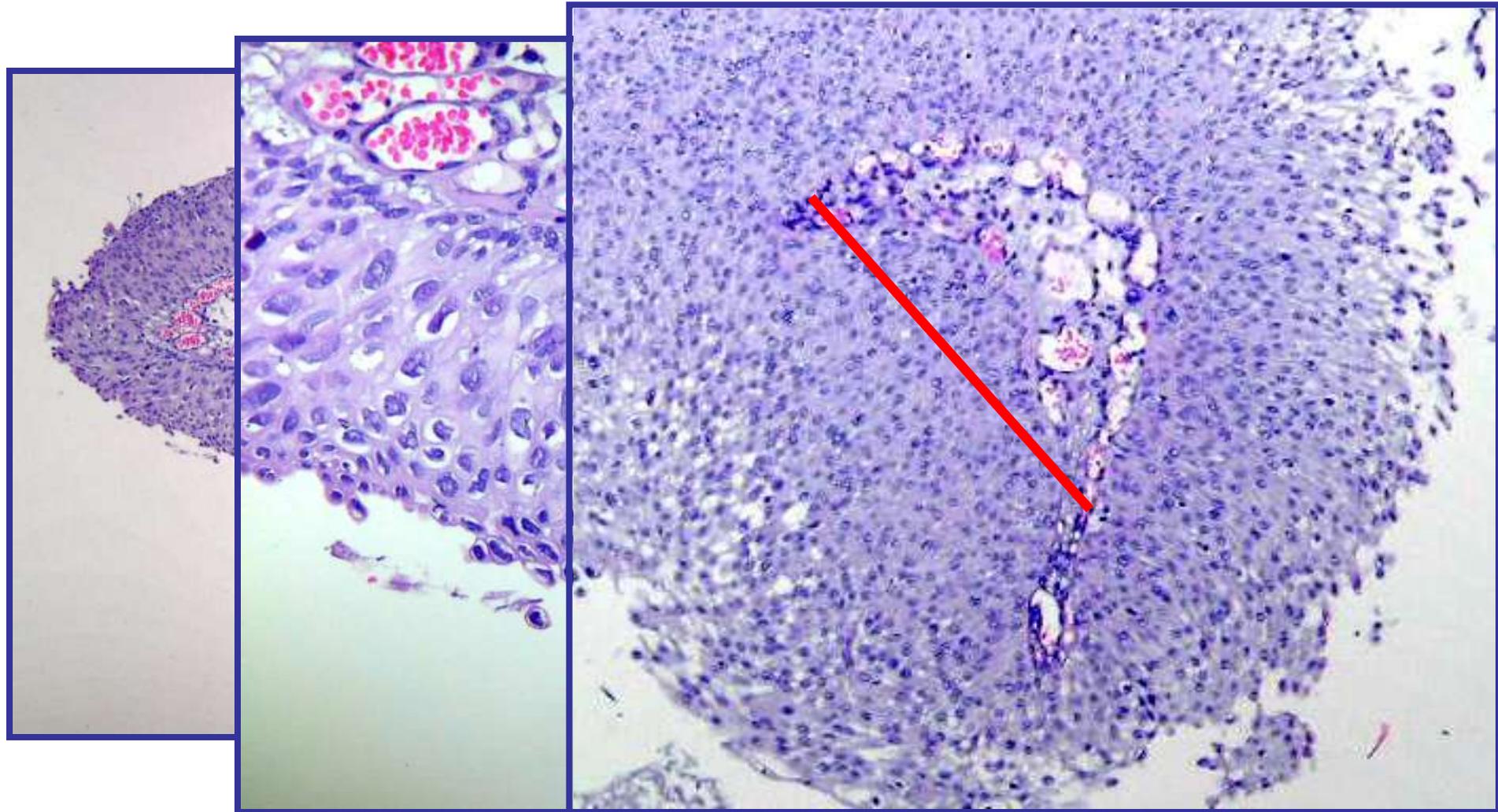


CARCINOMA SÓLIDO



CRITERIOS DE INVASIÓN.

1. Carcinoma papilar



INTRODUCCIÓN

Tumor vesical inicial

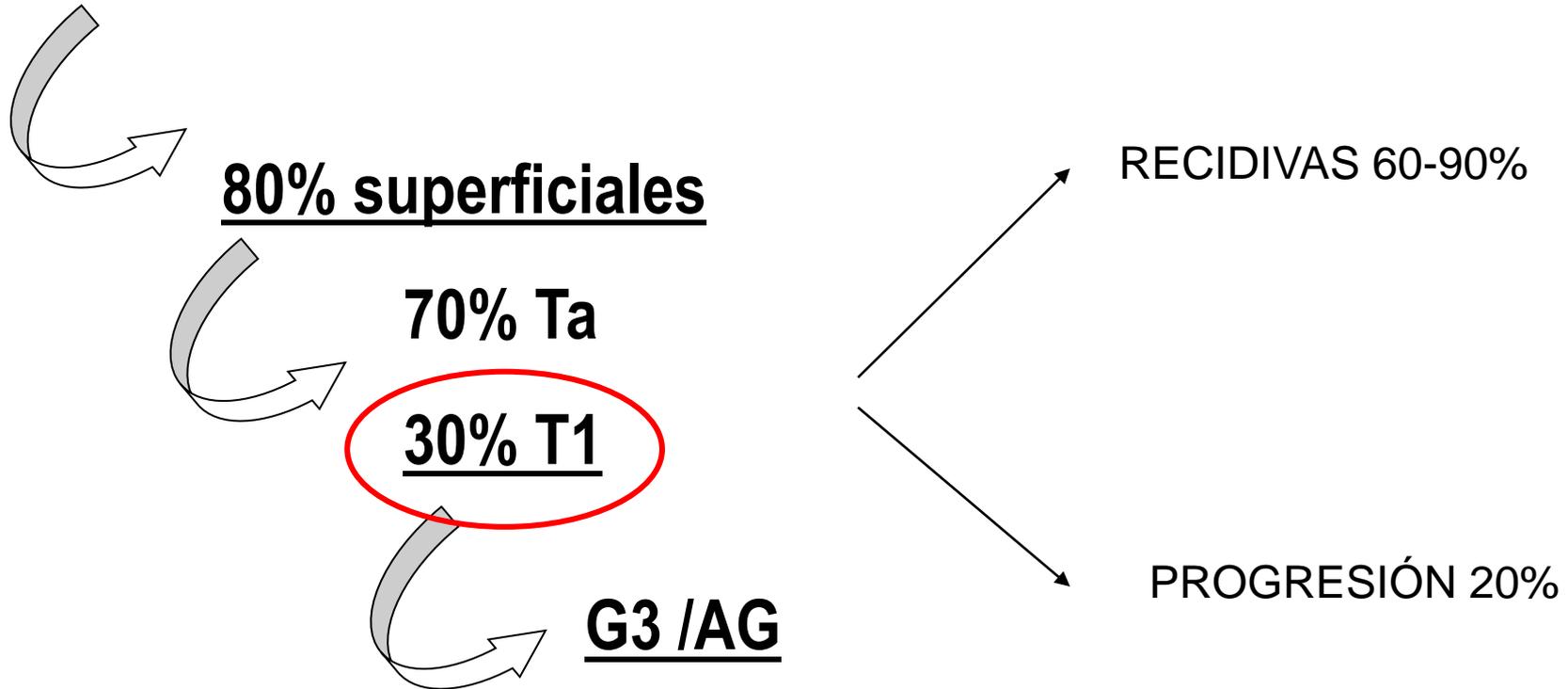
LA MAYORÍA CARCINOMA UROTELIAL:

- ALTO GRADO.....Tis-T4
- BAJO GRADO.....TA-T1

ALTO GRADO

INTRODUCCIÓN

TM vesical inicial



Recidiva y progresión TA/T1

- TA/T1.....recidiva 60-90%
- TA/T1.....10-20% progresan en estadio
- Bajo grado TA.....2-5% T1
- Alto grado T1.....20% T2

- LA MAYORÍA DE LOS CARCINOMAS UROTELIALES SON TA O T1.
- A