

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DEL CARCINOMA DUCTAL IN SITU CON INVASIÓN INICIAL DEL ESTROMA MAMARIO

Autores: Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gonzalez Amorosino, Virginia; Wust, Andrea; Anzoategui, Santiago; Ostrowsky, Carlos

Sección Mastología. Servicio de Ginecología. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal in situ con invasión inicial del estroma (CDIS con IIE) es una lesión mamaria heterogénea acompañada de uno o más focos de infiltración microscópica de células tumorales claramente separados dentro del estroma mamario, cada uno con un tamaño menor o igual a 1 mm. El hallazgo de IIE es poco frecuente y puede ser sobre o subdiagnosticada. Generalmente, aparece en asociación con CDIS de alto grado, aunque se la ha visto acompañando al CLIS, y muy raramente, puede observarse en ausencia de un componente in situ adyacente.

OBJETIVO

Evaluar los principales hallazgos clínico-patológicos de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de 12 casos atendidos en nuestro Servicio por tal patología entre mayo del 2004 y diciembre del 2013. Solo se incluyeron pacientes con CDIS e IIE. Se excluyeron aquellos casos de CDIS puros o asociados a carcinoma ductal infiltrante. Entre las variables estudiadas se mencionan: edad, antecedentes personales y/o familiares, motivo de consulta, los datos imagenológicos, la cirugía efectuada, los hallazgos histopatológicos relevantes, la necesidad de ampliación quirúrgica y el status axilar de las pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestro reporte, la edad promedio de las mujeres con CDIS e IIE fue de 52 años. Tal como se describe en la literatura, hemos observado IIE tanto en CDIS de alto y bajo grado. Se ha reportado que entre el 0 y el 20% de las pacientes con IIE tienen metástasis axilar (media: 9,4%). En nuestro estudio, solo 1 de las 10 pacientes sometidas a vaciamiento axilar (10%) presentó compromiso metastásico en 2 de los ganglios linfáticos extirpados.

RESULTADOS

La edad promedio de nuestras pacientes fue de 52 años (r: 31-81 a.). Una paciente presentaba el antecedente de biopsia radioquirúrgica (BRQ) por microcalcificaciones mamarias, y otra el de biopsia ecoquirúrgica por quiste mamario complejo, ambas con resultados benignos.

Cinco pacientes (41,6%) refirieron antecedentes familiares de cáncer: una de páncreas, una de pulmón, una de estómago, una de esófago y otra de hígado.

Seis mujeres (50%) consultaron por el hallazgo de microcalcificaciones sospechosas en mamografía de control, 3 (25%) por nódulo mamario palpable, una por derrame serohemático por pezón, una por mastalgia y otra por nódulo no palpable de mama.

La mamografía reveló la presencia de asimetría de densidad (3 casos), de un grupo de microcalcificaciones (2 casos), de 2 o más grupos de microcalcificaciones (4 casos), de imagen nodular densa (2 casos) y de densificación nodular asociada a microcalcificaciones anárquicas (1 caso).

En 4 pacientes (33,3%), la ecografía mamaria demostró la existencia de nódulo sólido de bordes irregulares.

Se realizaron 7 BRQ, 2 biopsias por congelación más técnica del ganglio centinela (en ambos casos negativos), 1 biopsia (bp) por congelación más vaciamiento axilar (VA), 1 bp por congelación cuyo resultado pasó a ser diferido y una nodulectomía amplia.

La histopatología demostró 9 CDIS de alto grado y 3 de bajo grado, predominando los tipos sólidos, cribiformes y comedocarcinomas. El tamaño promedio de la lesión fue de 2 x 2 x 1 cm (r: 0,8 x 0,8 x 0,8 – 4 x 4 x 2 cm).

En 6 de las 7 pacientes sometidas a BRQ se debió realizar ampliación de la exéresis por bordes quirúrgicos próximos a la lesión, mientras que la restante no quiso ser reintervenida. En 5 retumorectomías se efectuó VA, mientras que en una retumorectomía, se realizó ganglio centinela (GC) negativo y posterior VA. Se realizó además VA en 1 de los 2 casos sometidos a bp por congelación más GC negativo y en la paciente con bp intraoperatoria, cuyo resultado pasó a diferido. También se realizó ampliación de exéresis más VA en la paciente con nodulectomía amplia previa.

Solo 1 de las 10 pacientes con VA tuvo metástasis en 2 ganglios linfáticos. Se extirparon un promedio de 14 ganglios linfáticos axilares (r: 11-19 ganglios axilares). Se hallaron focos de CDIS en 5 de las pacientes con ampliación de la exéresis quirúrgica.

Se realizó mastectomía simple en 3 casos, hallándose persistencia de tumor en 2 de ellos. Solo 1 paciente presentó en la mama operada una recidiva como carcinoma ductal invasor.