



Lesiones bilaterales de mama. Carcinoma ductal infiltrante patrón no específico. Reporte de un caso

Ángel Alfonso Fuentes Cristales,* Ma. del Rosario García Calderón,** Mónica Alexandra Rincón Camargo,* Omar Jaimes Ramírez,* Arturo Aquino Álvarez,* Aureliano Mauricio Plácido Domínguez***

RESUMEN

El carcinoma ductal infiltrante no específico comprende de 50 a 90% de todos los carcinomas de la glándula mamaria, generalmente de grado alto a intermedio. Los de tipo bilateral y sincrónico aparecen entre 5 y 8% de los casos. Se presenta el caso de una paciente de 66 años con hallazgos mastográficos y ultrasonográficos así como revisión de la bibliografía médica. El objetivo de esta revisión es ofrecer una perspectiva de esta entidad patológica poco frecuente.

Palabras clave: Carcinoma ductal infiltrante.

ABSTRACT

Non-specific infiltrating ductal carcinoma, comprising 50-90% of all carcinomas of the breast, usually high-grade intermediate. The bilateral and synchronous type appear in 5-8% of cases. The case of a female patient of 66 years with his mammographic and ultrasonographic findings and review of the literature is presented. The objective of this review is to give an overview of this rare disease

Key words: *Infiltrating ductal carcinoma.*

INTRODUCCIÓN

Durante toda la vida las mujeres corren un riesgo de 12.5%, una de cada ocho, de padecer cáncer de mama antes de los 85 años. Si bien la incidencia del cáncer de mama aumentó alrededor de 4% por año durante la década de 1980, se ha estabilizado en alrededor de 110 casos por cada 100,000 mujeres.¹

Dentro de los factores de riesgo se encuentran el sexo, la edad, los antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, ciertos diagnósticos histológicos

obtenidos a partir de biopsias mamarias previas y las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 y de otros genes relativamente raros que predisponen a padecerlo.² Otros factores de menor trascendencia como la menopausia tardía, primer embarazo tardío, nuliparidad y obesidad postmenopáusica por prolongada exposición del tejido mamario al estrógeno. Además de antecedentes de radioterapia a dosis altas en tórax.¹

El carcinoma ductal infiltrante comprende entre 50 y 90% de todos los carcinomas mamarios, tiene propensión a ser de grado intermedio a alto. Surge dentro del conducto terminal de la unidad ducto lobulillar terminal y tiene componentes extensivos intraductales. Los carcinomas bilaterales simultáneos aparecen de 1 a 3% de los casos.^{3,4} Su manifestación más frecuente es la presencia de calcificaciones en pacientes generalmente asintomáticas. Las calcificaciones se forman en las secreciones luminales o en los residuos celulares necróticos que se encuentran en la luz de los conductos dilatados. Las calcificaciones que se forman en las secreciones que aparecen en los espacios cribiformes formados por células proliferantes son bien definidas, puntiformes, ovaladas, redon-

* Residente del Curso de Alta Especialidad de Imagenología de la Glándula Mamaria y Procedimientos de Intervención. Servicio de Radiología eImagen, Sección de Mastografía.

** Jefe del Departamento de Mastología. Servicio de Radiología eImagen.

*** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica.

Centro Médico Nacional «20 de Noviembre», ISSSTE.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/revmexmastol>

deadas o amorfas y tienen densidad variable dentro del grupo o entre grupos. En algunos casos pueden hallarse calcificaciones puntiformes y redondeadas de orientación lineal y distribución segmentaria.⁵

Motivo por el cual estamos seguros de que la mastografía continúa siendo de suma importancia en nuestro medio para la detección del cáncer de mama y que actualmente ha reducido la mortalidad por esta enfermedad hasta en 45% en Estados Unidos,⁶ sin olvidarnos de un estudio complementario como el ultrasonido mamario que se suma a los estudios de detección del cáncer de mama.⁷⁻⁹

Historia clínica

Se trata de paciente femenino de 66 años de edad que ingresa al Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» del ISSSTE con diagnóstico de estenosis aórtica severa, posteriormente se solicita interconsulta al Servicio de Oncología Quirúrgica por presentar tumoración en mama derecha. Al interrogatorio la paciente refiere aparición de tumoración pequeña en mama derecha de 20 años de evolución, sin dolor aparente de la región.

Exploración física: mamas asimétricas a expensas de mama derecha con aumento de volumen (*Figuras 1 a 3*). En mama derecha observamos engrosamiento de la piel, pezón umbilicado, se palpa tumoración que ocupa 80% de la mama de consistencia pétreas, móvil, sin adherencia a planos profundos y sin dolor a la palpación superficial. En la axila derecha se aprecia adenopatía de 1 cm de diámetro aproximadamente, la cual no se encuentra fija. En mama izquierda se

encuentra nódulo a nivel retroareolar y de los intercuadrantes superiores. En la axila izquierda no se palpan adenomegalias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizan estudios de imagenología en los cuales los hallazgos más importantes fueron los siguientes.

Mastografía

Mamas con composición de tejido tipo C (heterogéneamente densas).

Mama derecha con calcificaciones finas pleomórficas de distribución difusa y diferente densidad que abarcan el cuadrante superior externo y la región retroareolar, con engrosamiento generalizado de la piel y aumento del intersticio (*Figuras 4 a 6*). Mama izquierda con microcalcificaciones agrupadas finas pleomórficas de diferente densidad localizadas en el tercio medio en la interlínea de los cuadrantes superiores. Ganglios axilares no valorables (*Figuras 4 a 6*).

Ultrasonido

Piel engrosada bilateralmente. En la mama derecha se observó un nódulo de morfología irregular de bordes no circunscritos espiculados, hipoeocoico, heterogéneo que tras la aplicación del Doppler color presentó vascularidad central y periférica que involucraba los cuadrantes superiores y región retroareolar, con diámetros de 72 x 32 mm (*Figura 7*).



Figuras 1 y 2. Mamas asimétricas a expensas de mama derecha por aumento de volumen.



Figura 3. Imagen comparativa de las mamas.

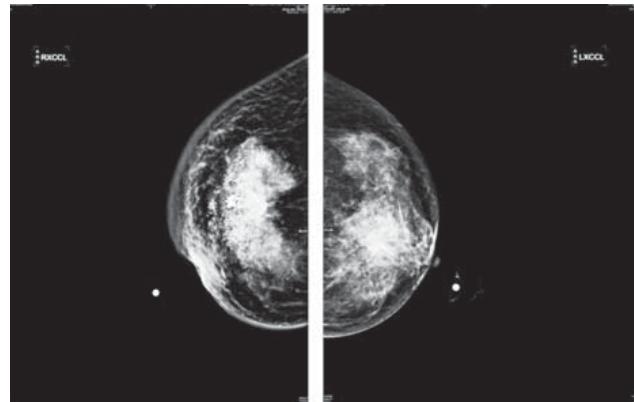


Figura 5. Proyecciones adicionales comparativas craneo-caudales exageradas.

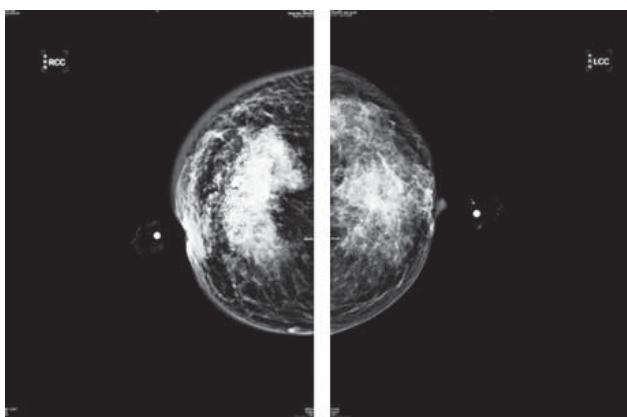


Figura 4. Proyecciones comparativas craneocaudales, ambas con calcificaciones finas pleomórficas.

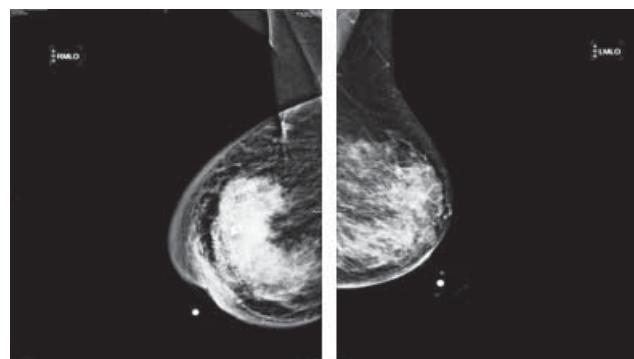


Figura 6. Proyecciones comparativas medio oblicuolaterales.

Mama izquierda con nódulos hipoecoicos de bordes no circunscritos y angulados, avasculares localizados en radio de la 1-2, además de otra imagen nodular con similares características localizada en radio de las dos (*Figura 8*).

Se observó a nivel axilar derecho engrosamiento difuso de la cortical, con escasa vascularidad central (*Figura 9*). Ganglio axilar izquierdo con características de benignidad.

RESULTADOS

Se realizó biopsia de mama derecha: diagnóstico anatopatológico¹⁰: carcinoma ductal infiltrante patrón

no específico, grado 2 (escala de Bloom Richardson modificada) con 20% de componente mucinoso. Con permeación vascular. Necrosis tumoral de 10% (*Figura 10*).

Reporte de inmunohistoquímica: HER2 NEU positivo 3+ (*Figura 11*). Estrógenos positivos en 20% del tumor (*Figura 12*). Progesterona positiva en 90% del tumor (*Figura 13*). Ki67 positivo en 30% del tumor. Se realizó biopsia de mama izquierda: foco microscópico correspondiente a carcinoma ductal infiltrante de mama.

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta que el cáncer de mama es la primera causa de muerte en el mundo desde 2010 y que en México

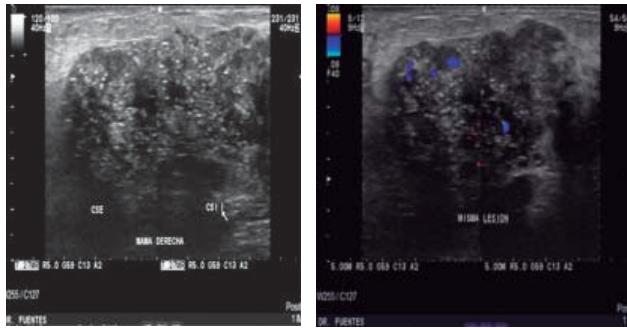


Figura 7. Ultrasonido de mama derecha en la que se muestra nódulo irregular en modo B y tras la aplicación del Doppler color.

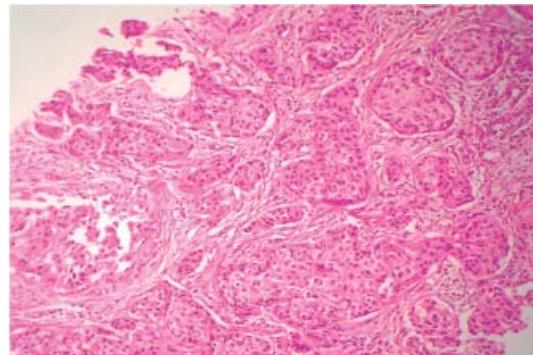


Figura 10. Patrón invasor.

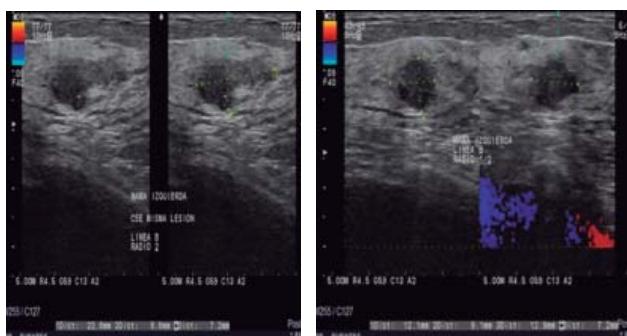


Figura 8. Ultrasonido de mama izquierda en la que se muestra un nódulo de bordes no circunscritos lobulados y otro nódulo espiculado.

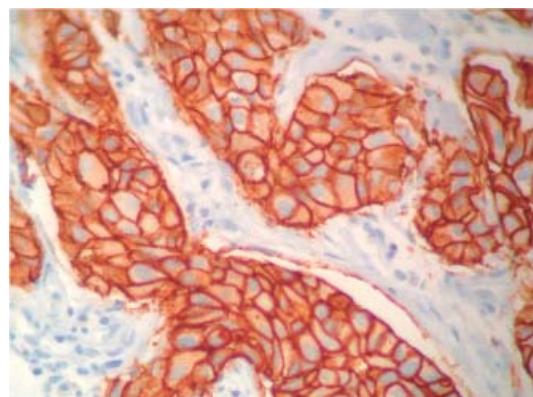


Figura 11. HER 2 NEU.



Figura 9. Ultrasonido en región axilar derecha.

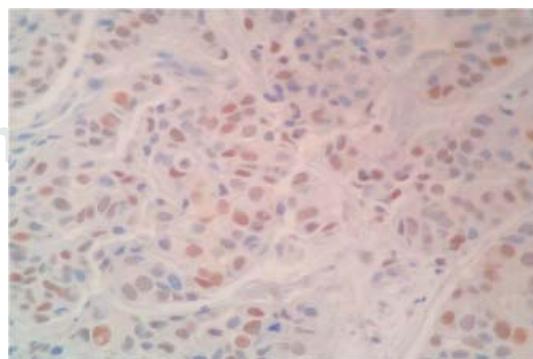


Figura 12. Estrógenos positivos.

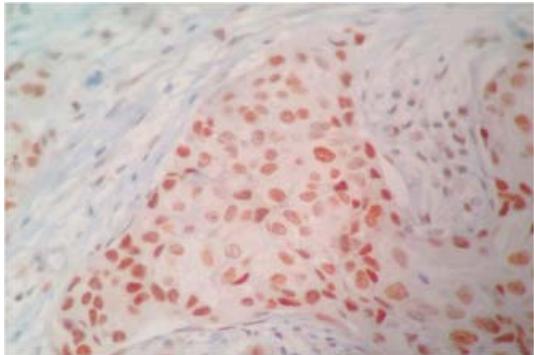


Figura 13. Progesterona positiva.

ocupa el primer lugar en mortalidad en mujeres mayores de 25 años, observando un incremento de 49.5% de mortalidad en las dos últimas décadas en nuestro país, es importante reconocer de manera temprana las características ultrasonográficas y mastográficas del carcinoma ductal infiltrante no específico, ya que es menos frecuente que otros tipos de carcinoma.

CONCLUSIONES

Como se mencionó anteriormente en la bibliografía, el carcinoma ductal infiltrante patrón no específico bilateral es reportado desde 1% hasta 8% de las pacientes con cáncer, lo cual es poco frecuente y pudiera retrasar un diagnóstico adecuado en nuestra población. Por otra parte, la tasa de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama sincrónico bilateral es peor que la de aquéllas con cáncer de mama unilateral. Esto ayudará al conocimiento de nuestra sociedad médica, pues de esta manera se ofrecerá una mejor terapéutica a nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardeñosa G. Imagenología mamaria Ora. Revista Argentina de Radiología. 2005; 69 (4): 302.
2. Liberman L, Morris EA, Kim CM, Kaplan JB, Abramson AF, Menell JH et al. MR imaging findings in the contralateral breast of women with recently diagnosed breast cancer. AJR Am J Roentgenol. 2003; 180 (2): 333-341.
3. Kim MJ, Kim EK, Kwak JY, Park BW, Kim SI, Oh KK. Bilateral synchronous breast cancer in an Asian population: mammographic and sonographic characteristics, detection methods, and staging. AJR Am J Roentgenol. 2008; 190 (1): 208-213.
4. Murphy TJ, Conant EF, Hanau CA, Ehrlich SM, Feig SA. Bilateral breast carcinoma: mammographic and histologic correlation. Radiology. 1995; 195 (3): 617-621.
5. Morales-Cordero KV, Guzmán-Santos K, Hernández-Rodríguez AW, Gómez-Torres E, García-Cabral F, Sánchez-Rodríguez SH. Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. Arch Med Res. 2012; 8 (1): 1.
6. Brem RF, Tabár L, Duffy SW, Inciardi MF, Guingrich JA, Hashimoto BE et al. Assessing improvement in detection of breast cancer with three-dimensional automated breast US in women with dense breast tissue: the SomoInsight Study. Radiology. 2015; 274 (3): 663-673.
7. Song SE, Cho N, Chu A, Shin SU, Yi A, Lee SH et al. Undiagnosed breast cancer: features at supplemental screening US. Radiology. 2015; 277 (2): 372-380.
8. Stavros AT. Ecografía de mama. Madrid: Editorial Marbán; 2006.
9. Freer PE. Mammographic breast density: impact on breast cancer risk and implications for screening. Radiographics. 2015; 35 (2): 302-315.
10. Pérez-Sánchez VM, Vela-Chávez TA, Mora-Tiscareño A. Diagnóstico histopatológico y factores pronóstico en cáncer infiltrante de glándula mamaria. Revista Ican Cancerología. 2008; 3: 7-17.

Correspondencia:

Ángel Alfonso Fuentes Cristales
Av. Félix Cuevas Núm. 540,
Col. Del Valle, 03229,
Deleg. Benito Juárez, México, D.F.
Conmutador: (55)5200-5003, ext. 86859
E-mail: angelfc78@hotmail.com