

REUNION DEL 8 DE AGOSTO DE 1997
"CANCER IN SITU"

CIRUJANOS:

Luis Betancourt. (Relator) Instituto Oncológico Luis Razetti.

Gerardo Hernández. Clínica Leopoldo Aguerrevere.

Biagio Maccarone. Policlínica Metropolitana.

Nino Ferri. Valencia.

Luis G. Torres S. Valencia.

Francisco Arcia R. Policlínica Santiago de León.

Iván González. Puerto La Cruz.

Alberto Contreras. Hospital Oncológico Padre Machado

Augusto Tejada. Hospital Oncológico Padre Machado.

Alvaro Gómez. Hospital Oncológico Padre Machado.

Jorge Uribe. Barquisimeto.

RADIOTERAPIA:

Sara C. Ott. (Relatora) Instituto Diagnóstico.

Marcos Meléndez. Hospital Oncológico Padre Machado.

Andrés Vera. Clínica La Floresta.

Ivo Rodríguez. Clínica Avila

RADIOLOGOS:

Sarah Urdaneta. (Relator). Policlínica Santiago de León.

Mariela Salazar. Hospital de Clínicas Caracas.

Itala Longobardi. Centro Clínico de Estereotaxia.

Jorge Pérez F. Centro Clínico de Estereotaxia.

Analisa Careddu. Policlínica Metropolitana.

Eloy Becerra. Instituto Diagnóstico.

Olga Pacheco. Valencia.

María E. Márquez. Barquisimeto.

Norma Fiorella. Clínica Santa Sofía.

Jorge Abalo. Puerto La Cruz.

DEFINICION:

Grupo heterogéneo de lesiones cuya característica histológica es la proliferación de células epiteliales presumiblemente malignas confinadas a los ductos y a los lobulillos sin evidencia de invasión a través de la membrana basal.

Esta afección constituyó el 5% de las neoplasias malignas de la mama, hasta que el advenimiento de la pesquisa y la mamografía la ha llevado a un 25%.

TIPOS:

Lobulillar Ductal

DIAGNOSTICO:

Lesión clínica evidenciable: Masa Palpable. Telorragia Enfermedad de Paget.

Lesión subclínica.

Lesión subclínica.

En la actualidad la mayoría son subclínicas y se ponen en evidencia por:

Microcalcificaciones.

Distorsión del parénquima.

Densidades radiológicas no palpables.

Las lesiones subclínicas requieren de una relación multidisciplinaria:

Cirujanos, expertos en imágenes, patólogos, radioterapeutas y cirujanos plásticos. El estudio radiológico debe ser de excelente calidad, con placas de magnificación bajo compresión localizada. Las lesiones histológicas pueden exceder el tamaño clínico.

Localización de lesiones:

Localización topográfica con o sin uso de colorantes.

Es preferible el uso de agujas tipo arpón.

El ultrasonido es útil para diagnóstico, localización y toma de muestras en lesiones no palpables.

Hay circunstancias en las que es indispensable la localización estereotáxica para la toma de muestras.

Las microcalcificaciones, después de localizadas deben ir a biopsia abierta.

Las microcalcificaciones deben ser confirmadas en mamografía de pieza quirúrgica.

ASPECTOS QUIRURGICOS.

Incisiones cercanas a la lesión.

Deben evitarse incisiones periareolares lejanas a la lesión.

Deben resecarse los trayectos de toma de biopsias previas.

Los márgenes deben ser mayores de 1 cm.

La pieza debe marcarse en sus bordes y enviada al radiólogo y al patólogo para radiografía de pieza y toma de muestras en zonas sospechosas.

Marcado del sitio con clips.

No drenar la zona operatoria.

En márgenes infiltrados o cercanos al tumor debe realizarse la reexisión.

Sin los márgenes son positivos en la reexisión debe considerarse la mastectomía total simple.

PATOLOGÍA

La realización de biopsia congelada debe dejarse al criterio del patólogo en cada caso.

La pieza debe marcarse y orientarse en conjunto con el radiólogo.

El informe definitivo debe incluir:

Tamaño de la lesión; amplitud de márgenes, gradación histológica, subtipo morfológico, relaciones con las microcalcificaciones.

Receptores hormonales y otros marcadores biológicos.

TRATAMIENTO

La heterogeneidad del Carcinoma Ductal In Situ obliga a considerar tendencias terapéuticas.

En lesiones extensas clínicas o radiológicamente, pobremente diferenciadas, donde no hay seguridad de márgenes, es preferible la Mastectomía Total Simple con o sin reconstrucción inmediata.

Tratamiento preservador en los siguientes casos: a.- Lesiones menores de 1 cm. con márgenes claramente libres. Aquellos que sean hallazgos microscópicos en casos de cirugía de condiciones benignas. b.- Lesiones mayores de 3 cm. y hasta de 4 cm. si el tamaño de la mama es grande, siempre y cuando reciban radioterapia post-operatoria.

Disección axilar: Solo en caso de tumores grandes, pobremente diferenciados o en los que no se pueda descartar una eventual infiltración.

Recidivas locales: El tratamiento de elección es la mastectomía total simple. Puede individualizarse el tratamiento de acuerdo al caso.

Enfermedad de Paget in situ: Resección amplia que incluya complejo areola pezón, formando un cono hacia el plano muscular. La radioterapia post-operatoria dependerá de las características histológicas.

Carcinoma lobulillar in situ: Biopsia y control clínico y mamográfico anual. Se debe informar ampliamente al paciente de los riesgos y de las terapéuticas que pueden ser necesarias.

PATOLOGIA:

DEFINICION GENERAL: Proliferación atípica del epitelio de los lobulillos o de los ductos mamarios, que los rellena total o parcialmente sin hiperplasia de células mioepiteliales; sin infiltración del estroma circundante, sin lesión de membrana Basal.

CLASIFICACION:

Carcinoma Lobulillar "in situ"

Carcinoma Ductal "in situ"

CARCINOMA LOBULILLAR "IN SITU"

DEFINICION GENERAL: Crece en los ductulos intralobulillares. Son células pequeñas de núcleos redondeados regulares, con vacuolización citoplasmática ocasional, con marcada distensión del lobulillo, si infiltración del estroma:

No es visible mamográficamente ni macroscópicamente.

Es un hallazgo incidental o acompaña a un Carcinoma Infiltrante.

Es un marcador de riesgo para Carcinoma Infiltrante.

La bilateralidad es frecuente.

CARCINOMA DUCTAL "IN SITU"

Se desarrolla en los conductos mamarios. Está constituido por células grandes, hipercromáticas, pleomórficas, con actividad mitótica ostensible, con varios patrones histológicos, sin infiltración del estroma.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

Secreción por el pezón. Citología. No recomendable.

Punción con aguja fina (PAF). No recomendable.

Punción con aguja gruesa. Recomendable.

Biopsia abierta. Recomendable.

Corte congelado. No es recomendable en la mayoría de los casos.

CLASIFICACIÓN:

Patrón de crecimiento:

Comedocarcinoma.

Micropapilar.

Cribiforme.

Sólido.

Los patrones histológicos pueden estar aislados o mezclados. El de peor pronóstico es el cribiforme.

Grado nuclear.

Actividad mitótica.

Presencia de necrosis.

CLASIFICACIÓN:

No debe ser manipulada antes de llegar al laboratorio.

El Patólogo debe decidir el manejo inmediato de la pieza (corte congelado), debe decidir la evaluación inmediata de tamaño y bordes si es posible en la pieza presente, para orientar la conducta inmediata del cirujano.

Control radiológico de la pieza para constatar la resección completa, la extensión y los márgenes.

Control radiológica de cortes seriados para localización precisa y establecimiento de margen anterior y posterior.

Control radiológico de la pieza para constatar la extirpación y extensión de la lesión y evaluar los márgenes./p>

Exámen macroscópico del material:

El espacio mínimo aceptable es de 1 cm. para considerar resección completa.

Lesiones pequeñas sin expresión macroscópica:

A) Control radiológico de cortes seriados para localización y evaluación de márgenes antero-posteriores y escoger los fragmentos para cortes de parafina.

Lesiones extensas o con expresión macroscópica: B) Contemplar el estudio por congelación, entendiendo que este no excluye la posibilidad de Carcinoma Infiltrante en los cortes de parafina.

Medida de la lesión: Es una correlación radiológica, macroscópica e histológica, de acuerdo a las características del caso.

Evaluación de márgenes y bordes:Cada patólogo utilizará el método para marcar que le resulte más confortable y confiable.

CONTENIDO DEL INFORME FINAL:

Tamaño del tumor.

Patrón histológico de crecimiento predominante.

Grado nuclear.

Presencia de necrosis.

Microcalcificaciones.

Cracterísticas del estroma.

Distancia del margen más cercano.

Multifocal o multicéntrico.

Inflamación periductal.

TRATAMIENTO CON RADIACIÓN:

Está reservado al Carcinoma Ductal In Situ

El Carcinoma lobulillar no suele requerir ni cirugía ni radiación.

De acuerdo a las características clínico-patológicas (Van Nuys), hay tres grupos de riesgo para determinar la utilización de radioterapia:

A) **Alto:** Tumores mayores de 1,5 cm. Alto grado nuclear. Márgenes sospechosos, positivos o no determinados. La presencia de márgenes positivos o desconocidos son indicación para la reexisión.

B) **Bajo:** Tumores menores de 1,5 cm. Bajo grado nuclear. Márgenes negativos y a más de 1 cm. del tumor.

C) **Intermedio:** Todos los pacientes que no se ubiquen en los dos anteriores.

En los casos de mastectomía parcial la conducta radio terapéutica de acuerdo a los grupos de riesgo es la siguiente:

A) **Alto:** Radioterapia externa por campos tangenciales opuestos y cuña de 30°, a 200 cGy/d hasta 5000 cGy/d, más 1000 cGy adicionales al lecho tumoral (boost). No irradiar las áreas de drenaje.

B) **Bajo:** Radioterapia externa con las mismas características, excepto la irradiación al lecho tumoral. No irradiar áreas de drenaje.

C) **Intermedio:** Solo se irradia en casos de recidiva.

En los casos de mastectomía tptal la indicación de radiación se reserva para los casos de recidiva locoregional.

RADIOLOGIA:

DEFINICION: Proliferación de células malignas de la unidad dúctulo-lobulillar sin infiltración estromal. La expresión más frecuente son las microcalcificaciones.

Clasificación:

Lobulillar.

Ductal.

Tipo comedo (Más frecuente).

No comedo.

PRESENTACION

76 % como microcalcificaciones./p>

Otras formas de presentación: (16%)

Masas espiculadas

Asimetrías focales con o sin distorsión del parénquima.
Formaciones nodulares.

Sin imagen radiológica (6%).

CLASIFICACIÓN DE LAS CALCIFICACIONES:

Morfología:

A) Típicas (lineales)

1) Segmentarias:

2) Dicotómicas.

3) Lineales.

4) Granulares.

5) Pleomórficas.

6) Triangulares.

Distribución:

A) Intraductal Segmentaria.

B) 1 ducto.

C) Más de 1 ducto.

Número de calcificaciones:

A) El número de calcificaciones se considera relevante.

B) La magnificación con compresión local aumenta el número de las calcificaciones.

ESTRATEGIA EN EL MANEJO POR IMÁGENES:

DIAGNOSTICO INICIAL:

El reto es el diagnóstico de lesiones no palpables. Hay dos factores importantes:

A) Compromiso y comunicación del equipo humano participante.

B) Recursos tecnológicos adecuados para obtener imágenes de alta calidad diagnóstica.

C) La imagen de alta calidad requiere de un equipo con alta resolución y con equipos de compresión y magnificación. Es necesario el procesamiento automático y el entrenamiento adecuado del personal.

OTROS MÉTODOS: El ultrasonido no tiene un papel relevante cuando se trata de microcalcificaciones pero puede ser útil en lesiones mixtas.

Otros métodos como la Resonancia Magnética, Mamografía digital, Tomografía por emisión de positrones, están en período de análisis. Otros métodos como la Resonancia Magnética, Mamografía digital, Tomografía por emisión de positrones, están en período de análisis.

MANEJO CLINICO RADIOLOGICO:

Lesión palpable. Historia clínica:

A) **Microcalcificaciones:** Localización radioquirúrgica, estereotaxia.

B) **Nódulos:** Ultrasonido, Estereotaxia, localización radioquirúrgica.

Es preferible la punción por aguja gruesa ya que da razón de las infiltraciones.

Lesiones subclínicas o no palpables:

A) Historia clínica.

B) Examen físico.

C) Imagen mamográfica y ecográfica.

D) Métodos complementarios.

E) Citología y biopsia guiada por imágenes.

F) Informe final y recomendaciones al médico tratante.

Aún cuando la obtención de la muestra puede ser a ciegas, es preferible la guía por imágenes (Ultrasonido).

MANEJO DE LA LESIÓN:

Preoperatoria:

A) Planimetría.

B) Métodos invasivos.

C) **Ultrasonido:** Arpones - Carbono Vegetal.

D) **Mamografía:** Arpones - Carbono vegetal - Colorantes - Estereotaxia.

Pieza operatoria:

A) Proyecciones AP y ortogonales con técnicas de compresión y magnificación para verificar la extracción de la lesión. De no verificarse, debe procederse a la reexcisión guiada por las marcas intraoperatorias.

B) Marcar las imágenes a estudiar en la biopsia. Permite además establecer borde anterior y posterior.

C) En microcalcificaciones puras debe estudiarse en lonjas para seleccionar las muestras con mayor precisión. Si es necesario debe estudiarse radiológicamente el bloque de parafina.

SEGUIMIENTO POST-QUIRURGICO:

Mamografía cada 6 meses por un lapso de 3 años, con compresión y magnificación del lecho quirúrgico

Después del tercer año, si no hay cambios en dos estudios sucesivos el control debe ser anual.

En algunos casos, el uso complementario del Ultrasonido puede ser útil.

Cuando no se haga radiología de la pieza quirúrgica se debe realizar mamografía del paciente post-operatoria y pre-radiación.