

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS NO INVASORES DE LA MAMA

Dr. Héctor D. Vuoto

El término carcinoma ductal in situ (CDIS), según Schnitt, engloba de manera simplificada, un grupo de neoplasias mamarias que tienen como característica en común: la proliferación de células neoplásicas confinadas en una membrana basal indemne.

En la mayoría de las series actuales representa aproximadamente el 10 % del total de los nuevos carcinomas diagnosticados. Su frecuencia ha aumentado considerablemente si lo comparamos la década del ochenta en que representaba solo el 3 %. Este incremento está directamente relacionado con la difusión y el uso de la mamografía en pacientes asintomáticas.

En la literatura hay muy pocos estudios que se ocupen de detectar los factores de riesgo específicos para el CDIS. V Ernster localizó cuatro de estos trabajos; en ellos los antecedentes familiares, nuliparidad o primiparidad tardía fueron asociados con un significativo aumento del riesgo. Biopsia previa por enfermedad mamaria benigna fue considerada de riesgo en 3 trabajos. El aumento de la masa corporal, siempre asociado con aumento del riesgo en el carcinoma infiltrante, se comportó de manera diferente en el CDIS, en un trabajo disminuía el riesgo de cáncer, en otro el mismo hallazgo se presentaba para carcinomas en mujeres entre 30 y 49 años, pero no en mayores de 50; en un tercero no tenía relación.

Tres de estos cuatro trabajos discuten sobre la posibilidad de utilizar como grupo control a pacientes con carcinomas infiltrantes. Todos concluyen que los factores de riesgo para ambos carcinomas son similares, esto sugiere similar etiología y posiblemente se trate de la misma enfermedad en diferentes etapas de desarrollo donde el CDIS sería precursor del infiltrante.

Para poder describir la historia natural de CDIS es necesario encontrar un grupo de pacientes a quienes habiéndole diagnosticado este tumor hayan permanecido sin tratamiento un tiempo suficiente como para observar su evolución natural. Como los casos diagnosticados son tratados habitualmente con cuadrantectomía o mastectomía la observación de la evolución es prácticamente imposible. Existe si la posibilidad de revisar preparados en los que erróneamente se hayan diagnosticado CDIS como patología benigna.

Page presentó una serie de 28 pacientes en estas condiciones que seguidas durante 30 años desarrollaron un 32% de carcinomas invasores ipsilaterales, Eusebi y col. También presentaron 80 CDIS insuficientemente diagnosticados que seguidos un lapso de 17,5 años de promedio presentaron 11,3% de carcinomas invasores ipsilateral.

Las objeciones que se pueden hacer a estos trabajos son principalmente dos:

- 1- Los carcinomas diagnosticados como patología benigna son carcinomas de tan baja agresividad, sin necrosis, como para prestarse a confusión con patologías no tumorales.
- 2- En estos tumores la simple resección puede considerarse como tratamiento suficiente para muchos autores.

Es muy posible que el desarrollo de carcinomas infiltrantes partiendo de CDIS sea mucho más frecuente que lo que se parece desprender de esto.

El diagnóstico es mamográfico en la gran mayoría de los casos, los CDIS palpables son excepcionales en la actualidad. Como decíamos al principio el término CDIS engloba un grupo diverso de lesiones con características clínicas diferentes, distintos patrones mamográficos de presentación, con extensión y distribución mamaria compleja y con características histológicas particulares. Tabar describe que cuando los CDIS son del alto grado nuclear mamográficamente se traducen con microcalcificaciones en el 85% de los

casos y en el 15% restante con densidad asimétrica distorsión de la arquitectura glandular, si son de baja o moderado grado nuclear, las microcalcificaciones están presentes en el 70 % de los casos, seguidos de masas dominantes 14%, hallazgos intraductales 11% y finalmente la densidad con solo el 5%.

Según Stavros la ultrasonografía tradicional tiene un relativo pobre rol en el diagnóstico de CDIS y muchos de los hallazgos ecográficos en este tipo de tumores corresponden a manifestaciones tempranas de invasión histológica.

Como la mayoría de los hallazgos mamográfico de CDIS se hacen en lesiones no palpables, el buen manejo de la biopsia radio-quirúrgica es imprescindible para llegar a un correcto diagnóstico de la lesión buscada. Los métodos microinvasivos radiológicos han prestado una gran ayuda para el diagnóstico en lesiones no palpables. En la actualidad hay una tendencia a llegar a la biopsia radio quirúrgica (BRQ) con un diagnóstico histológico de la lesión. La actitud del cirujano va a ser diferente si está tratando un CDIS ya diagnosticado que si va a resear unas microcalcificaciones sin diagnóstico. La posibilidad de encontrar márgenes libres en la pieza, será mayor en el primer caso.

La obtención del espécimen de la BRQ requiere una atención especial, luego de la marcación con los métodos conocidos, se debe proceder a reparar la pieza para permitir ubicarla espacialmente en cualquier momento. Nosotros lo hacemos con dos marca, una en el plano cutáneo y otra hacia el pezón; conociendo el cuadrante y la mama operada es muy fácil ubicar la pieza. Otra medida adecuada en este paso es la de obtener dos placas radiográficas de la pieza, horizontal y vertical, para observar la proximidad de las microcalcificaciones a los bordes de sección.

Todas estas medidas tienden a obtener márgenes libres de lesión en el procedimiento inicial de remoción de la pieza. Las re-tumorectomías son difíciles de valorar correctamente, implican otra intervención y el resultado cosmético es siempre inferior.

Debemos tener en cuenta que los tres principales factores para predecir el éxito de una cirugía conservadora en el tratamiento del CDIS son, según Lagios:

- a- la extensión de la enfermedad
- b- el estado de los márgenes de resección
- c- el grado histológico de agresividad tumoral

La extensión y agresividad del tumor que estamos tratando no lo podemos modificar. La única variable que podemos inclinar a favor del éxito de nuestro tratamiento es la indemnidad de los márgenes, allí radica la real importancia de obtener esta condición en la primera intervención.

Se discute ¿qué es margen libre? en un tumor que habitualmente muestra una distribución discontinua. Se había establecido el margen de 1 mm como estándar para considerarlo libre. Holland y col. Y Silverstein y col. En sus respectivos trabajos establecieron que esta medida de 1 mm era inadecuada. Silverstein relata que en el 45% de sus biopsias por CDIS fueron inadecuadas y encontró tumor residual en la re-tumorectomía o en la mastectomía. El índice pronóstico de Van Nuys mostró que la recurrencia tumoral esta directamente relacionada con los márgenes y la agresividad del CDIS, a mayor grado histológico debe aumentar el tamaño del margen libre. Cuando este fue igual o mayor a 10 mm, Lagios encontró luego de 10 años de seguimiento 92% de pacientes libres de recurrencia local para los CDIS de alto grado (con o sin necrosis) y 100% para los de intermedio o bajo grado.

Bien conocida, por los médicos mastólogos, la posibilidad de recurrencia luego del tratamiento conservador y que en la mitad de los casos el tumor es infiltrante. Creemos que además de las indicaciones incuestionables de mastectomía ante el diagnóstico de CDIS (tamaño tumoral, multicentricidad) la paciente debe estar informada sobre esta eventualidad y decidir que tratamiento encuentra más adecuado.

Cuando se analizan las curvas de recurrencia local luego del tratamiento conservador del CDIS, tal como lo realizaron en el estudio cooperativo internacional, publicado por Solin y col. Se apreciaron varias observaciones:

- a. Las recurrencias luego de 15 años de seguimiento llegan al 19%
- b. Los tumores de alto grado recurren en forma temprana (12% vs. 3% a los 5 años) pero a los 15 años ambos índices se equiparan (18% vs. 15%)
- c. Los tumores de bajo grado tienen una media de recurrencia de 6,5 años y una elevada tendencia a recaer como carcinoma infiltrante (67% vs. 30%)
- d. Las curvas de recurrencia no alteran las curvas de sobrevida, ya que la mastectomía de salvataje previene la aparición de enfermedad metastásica