

CARCINOMA LOBULILLAR *IN SITU*

Dra. Gabriela Candás *

Leído el 28 de noviembre de 2002

RESUMEN

Antecedentes

Hasta fines de la década del 70 el tratamiento del carcinoma lobulillar *in situ* fue la mastectomía radical o modificada homolateral. Luego, con el conocimiento de su curso relativamente benigno, fue considerado más como un marcador de riesgo que como una lesión premaligna y el control periódico fue aceptado como tratamiento estándar.

Objetivo

Analizar la evolución de un grupo de pacientes con diagnóstico de carcinoma lobulillar *in situ*, que fueron controladas en el Hospital Británico.

Material y métodos

Se analizó retrospectivamente un grupo de mujeres operadas en el Hospital Británico con diagnóstico de carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS) en el período 1978-2000. Se identificaron 40 pacientes. Trece fueron excluidas del análisis, 9 por presentar carcinomas sincrónicos y 3 por haber sido tratadas con mastectomía radical o cuadrantectomía y vaciamiento axilar.

Resultados

Veintisiete mujeres con diagnóstico de carcinoma lobulillar *in situ* fueron controladas en el Hospital Británico entre 1978 y 2000. El 85% se diagnosticó en la década del 90. El seguimiento promedio fue de 87 meses (R: 28-231 meses). La media de edad de las pacientes fue de 47 años (R: 36-63 años). Las biopsias fueron realizadas en 27 casos por lesiones mamográficas sospechosas y en 3 por nódulo palpable. Diez fueron reintervenidas quirúrgicamente por presentar en el seguimiento lesiones mamográficamente sospechosas. Se informaron como 2 CLIS homolaterales, 3 CLIS contralaterales, 2 carcinomas lobulillares infiltrantes homolaterales y 3 lesiones histológicamente benignas. El estadio de ambos carcinomas infiltrantes fue temprano. Todas las pacientes se encontraban libres de enfermedad al momento del último control.

* Departamento de Ginecología, Hospital Británico, Buenos Aires.

Conclusiones

El advenimiento del control mamográfico y el consiguiente hallazgo de lesiones no palpables incrementó el diagnóstico de CLIS. El diagnóstico de carcinomas infiltrantes se realizó en estadios tempranos, por lo que se pudo realizar tratamiento oncológico con sentido curativo. Los resultados demuestran que ante el diagnóstico de CLIS el control sería la conducta más racional.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA DE MAMA - LOBULILLAR *IN SITU*
Rev Arg Mastol 2003; 22(74):34-42

SUMMARY

Background

Until late seventies the lobular carcinoma in situ (LCIS) treatment was the ipsilateral radical mastectomy or modified. Later, with the acknowledge of its relative benign course it was considered like a marker of risk rather than a pre-malignant lesion and observation alone taken as the standard treatment.

Objective

To analyze a population of women with LCIS treated by observation alone at the Buenos Aires British Hospital.

Methods

We retrospective analyzed a group of women operated at the Buenos Aires British Hospital with LCIS diagnosis during the 1978-2000 period. Forty (40) patients were identified. Thirteen (13) were excluded from analysis, nine (9) for presenting synchronous carcinoma (invasive or ductal carcinoma in situ) and three (3) for being treated with radical mastectomy or quadrantectomy/axillary dissection.

Results

Twenty seven (27) women with lobular carcinoma in situ diagnosis were studied at the British Hospital during the 1978-2000 period. The 85% of which were diagnosed in the 90 decade. Median follow-up was 87 months (R: 28-231 months). Median age at diagnosis was 47 years (R: 36-63 years). The biopsies were realized due to clinical or mammographic abnormalities. Ten women underwent a second breast biopsy during the follow-up period. They were informed as 2 homolateral LCIS, 3 contralateral LCIS, 2 homolateral invasive lobular carcinoma (7.4%) and 3 histological benign lesions. Both invasive carcinomas were detected at an early stage. All patients on follow-up were alive and disease free.

Conclusions

With the advent of screening mammography and the detection of non palpable lesions the LCIS diagnosis was increased. All invasive carcinomas were detected at an early stage and were amenable to curative therapy. The results of this study demon-

strate that observation alone is a safe and appropriate choice for women with LCIS.

KEY WORDS: BREAST CANCER - LOBULAR IN SITU

INTRODUCCIÓN

Desde la descripción realizada por Foote y Stewart¹ en 1941 del carcinoma lobulillar *in situ* (denominación aún utilizada con mayor asiduidad) hasta fines de la década del 70, la mastectomía radical clásica o modificada homolateral era el tratamiento recomendado para el carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS), considerado una variante interesante y rara del cáncer de mama.

Luego, al incrementarse la tasa de su diagnóstico, así como la evidencia acerca de su curso relativamente benigno, lo convirtieron más en un marcador de riesgo que en una lesión premaligna.

Todo esto llevó a Haagensen y col.² a ser los primeros en proponer la vigilancia de por vida sin operación, convirtiéndose así en el tratamiento estándar, y denominó a esta entidad neoplasia lobulillar para dar énfasis a su conducta benigna.

El conocimiento actual acerca de la historia natural de esta lesión y su potencial de agresividad deriva de la información aportada por estudios retrospectivos no controlados de pequeñas muestras con escaso seguimiento. Estudios prospectivos *randomizados* con gran número de pacientes comparando el tratamiento convencional y el conservador aún no han sido realizados.

El objetivo del trabajo es analizar la evolución de un grupo de pacientes con diagnóstico de CLIS, que fueron controladas en el Hospital Británico de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió retrospectivamente un grupo de

mujeres que por presentar lesión clínica o mamográfica fueron operadas con diagnóstico de CLIS durante el período 1978-2000 en el Hospital Británico de Buenos Aires.

Se identificaron 40 pacientes con diagnóstico de CLIS, lo que representó el 1,5% de los carcinomas operados en ese período (n=2.620). Diez de ellas presentaron otros carcinomas sincrónicos, por lo que se las excluyó del análisis. Siguiendo la tendencia de tratamiento vigente al momento del diagnóstico, una paciente fue sometida a mastectomía radical modificada (MRM 2P) (1982) y a otras dos pacientes se les realizó cuadrantectomía con vaciamiento axilar (1984, 1986) por lo que también fueron excluidas.

El seguimiento consistió en una mamografía anual y examen físico semestral.

Método estadístico

Para la realización de la presente comunicación se realizó una revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes con diagnóstico histopatológico de CLIS; los datos fueron extraídos de la base de datos y de la revisión de historias clínicas. Se utilizó la estadística descriptiva para elaborar los datos. Dado que no se compararon distintas poblaciones, no fue necesaria la utilización de test estadísticos específicos para inferir los resultados.

RESULTADOS

Se analizó la evolución de 27 mujeres operadas en el Hospital Británico de Buenos Aires entre 1978 y 2000, y que fueron posteriormente controladas.

La edad media de las pacientes fue de 47

Tabla I

CLÍNICA Y LESIONES MAMOGRÁFICAS QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES AL MOMENTO DE LA PRIMER BIOPSIA	
Microcalcificaciones.	18
Microcalcificaciones más distorsión tisular.	2
Imágenes nodulares regulares en mamografía.	2
Densidades asimétricas en mamografía.	2
Nódulos palpables más microcalcificaciones.	3

años, en un rango comprendido entre 36 y 63 años, 17 premenopáusicas y 10 posmenopáusicas. El seguimiento promedio fue de 87 meses (R: 28-231 meses).

Al momento del diagnóstico, el 90% de las biopsias se realizaron por lesiones mamográficas sospechosas (n=27) y sólo el 10% por nódulo palpable (Tabla I).

El diagnóstico de CLIS se realizó en todos los casos a través de la biopsia quirúrgica del área de la lesión, evidenciándose un notable incremento del mismo en la segunda mitad del período estudiado. El 85% de los carcinomas lobulilares *in situ* de esta serie fueron diagnosticados en la década del 90.

Diez de las 27 pacientes a las que se les realizó tratamiento conservador (biopsia y control evolutivo; 37%) debieron someterse a una segunda biopsia quirúrgica por presentar lesión mamográfica sospechosa.

El intervalo medio entre ambos procedimientos fue 21,7 meses.

El análisis de los resultados de las 10 pacientes sometidas a una segunda biopsia fue, 2 nuevos casos de CLIS homolateral a la primer lesión, 3 CLIS contralaterales y 2 carcinomas infiltrantes homolaterales (representando este último el 7,4% de incidencia de carcinoma infiltrante en pacientes con CLIS controladas en nuestra serie).

El resto fueron lesiones benignas de pacientes que continuaron libres de enfermedad al último control.

En los 2 casos de carcinoma lobulillar *in situ* homolateral a la primer lesión, uno de ellos fue diagnosticado a los 48 meses de la primera biopsia en el mismo cuadrante y se le realizó tratamiento conservador (resección y control). Actualmente está libre de enfermedad.

El otro caso presentó un nuevo episodio de CLIS al año de la primera biopsia, en otro cuadrante y con disposición multifocal, se realizó MRM 2P (1993), actualmente está libre de enfermedad.

Dos de los 3 casos de CLIS contralaterales fueron diagnosticados a los 14 y 15 meses de la primera biopsia y fueron tratados nuevamente mediante tratamiento conservador (resección y control). Están libres de enfermedad al último control a los 36 y 42 meses, respectivamente.

El otro caso, diagnosticado a los 12 meses, también recibió tratamiento conservador, pero debió reintervenirse con nuevo diagnóstico de CLIS, por lo que se realizó mastectomía simple (MS) y reconstrucción, actualmente libre de enfermedad 214 meses (1979).

En el seguimiento se diagnosticaron 2 casos de carcinoma infiltrante (CI), ambos fueron homolaterales a la primer lesión y en un caso en el

mismo lugar de la biopsia previa (n=2), representando una incidencia de CI en nuestra serie del 7,4%. La estirpe histológica de ambos carcinomas fue carcinoma lobulillar infiltrante y fueron diagnosticados a los 14 y los 58 meses de la primer biopsia. En el primer caso se realizó MRM 2P más reconstrucción y en el segundo caso cuadrantectomía más vaciamiento axilar más radioterapia. Ambas se encuentran actualmente libres de enfermedad.

El estadio de ambas lesiones infiltrantes fue temprano (estadio I), tamaño tumoral menor a 2 cm, sin metástasis ganglionares ni a distancia.

Se revisaron los informes histopatológicos de las primeras biopsias con diagnóstico de CLIS.

En 16 casos no se informaron los márgenes y en los 11 restantes sólo 3 presentaban márgenes comprometidos, de los cuales 1 presentó nuevo episodio de CLIS (multifocal) y ninguno evolucionó a carcinoma infiltrante.

DISCUSIÓN

Antes de la década del 80 el examen físico era la forma de detectar las lesiones mamarias, por lo que el CLIS era considerado una rareza y recibía el mismo tratamiento que los carcinomas infiltrantes, la mastectomía.

Sin embargo, con el advenimiento de la mamografía y la aparición de lesiones sospechosas no palpables, el diagnóstico de CLIS ha aumentado, representando según datos publicados el 1% de todas las biopsias de mama y el 5% de las lesiones malignas.³ En nuestra serie es el 1,5% de los cánceres operados en el período estudiado.

Analizando nuestros resultados, observamos un incremento a partir de la década del 90 en la que se diagnosticó el 85% de los CLIS de nuestra serie en relación con la década del 80, donde los casos de CLIS representaron sólo el 15%. El

aumento fue a expensas de biopsias de lesiones no palpables, las cuales representaron el 90% de las mismas.

Las características de las mujeres de nuestro estudio son similares a las de otras series, en general más jóvenes que las pacientes portadoras de un carcinoma infiltrante y en su mayoría premenopáusicas. Si bien Haagensen,⁴ sostuvo que el 90% de las mujeres con CLIS eran premenopáusicas y que con la llegada de la menopausia estas lesiones involucionaron, series más recientes muestran hallazgos similares a los encontrados por nosotros con incremento de mujeres posmenopáusicas.⁵ Anderson⁶ y otros autores tratan de explicar esto haciendo referencia al auge del tratamiento hormonal de reemplazo (THR), planteando que podría inhibir la regresión natural del CLIS que ocurre en la ausencia de estimulación hormonal, o bien promoviendo la persistencia de lóbulos atípicos.

En nuestra serie sólo 1 paciente se encontraba recibiendo THR, por un período menor al año. Si bien el 90% de las biopsias se realizaron a causa de lesiones mamográficas sospechosas no palpables, el CLIS fue un hallazgo histopatológico asociado a otro trastorno que ocasionaba la imagen radiológica. En ninguno de los casos el CLIS presentó manifestación radiológica propia.

De las 27 pacientes que no recibieron tratamiento y que fueron controladas, 10 debieron someterse a una segunda biopsia (37%) por presentar lesión mamográfica sospechosa en un período promedio de 21,7 meses. Cinco presentaron un nuevo foco de CLIS (2 homolaterales y 3 contralaterales). Estos resultados muestran la distribución multifocal y bilateral del CLIS, ya mencionada en otras series publicadas. Ninguno de estos casos presentó en su seguimiento posterior carcinoma infiltrante, lo que concuerda con la literatura, donde no existen datos que demuestren que la presencia de multicentricidad y

Tabla II

INCIDENCIA DE CARCINOMA INVASOR EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CLIS			
	n	Seguimiento [años]	CI [%]
Andersen	52	15,0	29,0
Carson	51	7,0	6,0
Curletti	19	11,7	2,0
Haagensen	285	16,3	53,0
Ottensen	69	5,0	8,0
Page	39	19,0	10,0
Rosen	99	24,0	31,0
Wheeler	35	16,0	6,0
Zurrida	120	5,0	8,0
NSABP	182	5,0	2,7
Hosp. Británico	27	7,0	7,4

bilateralidad se relacione con un mayor riesgo de desarrollar otros carcinomas.^{1,3}

Sólo 2 pacientes desarrollaron carcinoma infiltrante (7,4%) lo que concuerda con los resultados de otras series para un tiempo similar de seguimiento (Tabla II).^{2,5-12}

En la serie del NSABP de 182 pacientes con diagnóstico de CLIS controladas por un período de 5 años en forma prospectiva, se encontró una incidencia de carcinoma infiltrante muy inferior, 2,7%. Los autores lo atribuirían a que en todos los casos analizados por ellos los márgenes de resección estaban libres de lesión, lo que no sucede en las series antes mencionadas.¹³

Frykberg^{1,3} considera que la búsqueda de márgenes libres en una lesión que se caracteriza por ser multicéntrica y bilateral no sería racional y que aún no se ha podido demostrar que el no compromiso de los márgenes evite el riesgo de una recidiva. Renshaw¹⁴ en un reciente trabajo publicado, propone el control de las pacientes con diagnóstico de CLIS realizado por punción histológica con aguja gruesa (CORE) sin someterlas a una biopsia quirúrgica posterior, conducta

no compartida por nosotros. Page,⁹ por su parte, sugirió que el bajo grado de incidencia de carcinoma infiltrante en algunas series de CLIS podría relacionarse con diferentes criterios histopatológicos de diagnóstico, en los que se interpretarían casos de hiperplasia lobulillar atípica como CLIS.

En la serie presentada en este trabajo ninguno de los casos que presentaba márgenes comprometidos evolucionó a carcinoma infiltrante.

En cuanto al tiempo de aparición del carcinoma infiltrante, el diagnóstico fue realizado a los 14 y 58 meses después de la primer biopsia, datos similares fueron observados en trabajos de Andersen,⁶ Tulusan,¹⁶ Ottensen,⁸ y Carson,⁵ quienes describieron la aparición del carcinoma infiltrante dentro de los 2 a 5 años después del diagnóstico de CLIS. Page⁹ en su serie con un seguimiento de 19 años encontró que dos tercios de las recaídas se produjeron dentro de los 15 años.

Sin embargo Rosen¹⁰ sugirió que el riesgo de desarrollo del carcinoma invasor aumenta con el tiempo y observó que el 50% de las recaídas se producían dentro de los 15 años posteriores

al diagnóstico y el 38% después de más de 20 años.

Los 2 casos de carcinoma infiltrante fueron diagnosticados en un estadio temprano, lo que permitió la realización de un tratamiento oncológico con sentido curativo. Ambas pacientes se encontraron libres de enfermedad al último control.

La estirpe histológica de los 2 casos fue carcinoma lobulillar infiltrante, homolaterales a la primer biopsia y uno de ellos en el mismo cuadrante. En la serie presentada por el NSABP, 5 de los 6 carcinomas infiltrantes que se encontraron fueron lobulillares. Esto se contradice con los hallazgos de Rosen¹⁰ y Haagensen,² quienes evidenciaron que la mayoría de las lesiones malignas que suceden al CLIS son de estirpe ductal, en un 50% a 60% de los casos. No obstante Page y col.⁹ señalaron que cuando el diagnóstico del CLIS se realizó ajustándose a criterios estrictos, el 70% de las lesiones malignas que se sucedieron fueron carcinomas lobulillares Infiltrantes.

Debido a los pocos casos analizados y al relativo corto tiempo de seguimiento, quizás nuestros resultados sean limitados y deban tomarse como preliminares.

CONCLUSIONES

- El advenimiento del control mamográfico y el consiguiente hallazgo de lesiones no palpables incrementó el diagnósticos de CLIS.
- El diagnóstico de carcinomas infiltrantes se realizó en estadios tempranos, por lo que se pudo realizar tratamiento oncológico con sentido curativo.
- Los resultados demuestran que el diagnóstico de CLIS no necesariamente predispondrá al desarrollo de carcinomas más agresivos (carcinoma ductal *in situ*, infiltrante), por lo que el control de estas pacientes parece ser

la conducta más racional.

REFERENCIAS

1. Frykberg ER, Bland KI. Conceptos actuales sobre la biología y el manejo del carcinoma de mama in situ (tis, Tmic, estadio 0). Bland KI, Copeland EM. La Mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Segunda edición. Editorial Panamericana, 2000; pp.1027-1059.
2. Haagensen CD, Lane N, Lattes R, et al. Lobular neoplasia (so-called lobular carcinoma in situ) of the breast. *Cancer* 1978; 42:737-69.
3. Frykberg ER. Lobular carcinoma in situ of the breast. *Breast J* 1999; 5(5):296-303.
4. Salvadori B, Bartoli C, Zurrada S, Luccilla B. Risk of invasive cancer in woman with lobular carcinoma in situ of the breast. *Eur J Cancer* 1991; 27:35-7.
5. Carson W, Sánchez-Forgach E, Stomper P, Penetrante R, Tsangaris T, Edge S. Lobular carcinoma in situ: Observation without surgery as an appropriate therapy. *Ann Surg Oncol* 1(2):141-146.
6. Andersen JA. Lobular carcinoma in situ: A long term follow-up of 52 cases. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1974; 82:519-533.
7. Curletti E, Giordano J. In situ lobular carcinoma of the breast. *Arch Surg* 1981; 116:309-310.
8. Ottesen GL, Graversen HP, Blichert-Toft M, et al. Lobular carcinoma in situ of the breast: Short term results of a prospective nation wide study. *Am J Surg Pathol* 1993; 17:14-21.
9. Page D, Kidd T, Dupont W, Simpson J, Rogers L. Lobular neoplasia of the breast: Higher risk for subsequent invasive cancer predicted by more extensive disease. *Hum Pathol* 22:1232-1239.
10. Rosen PP, Lieberman PH, Braun DW, et al. Lobular carcinoma in situ of the breast: Detailed analysis of 99 patients with average follow-up of 24 years. *Am J Surg Pathol* 1978; 3:225-255.
11. Wheeler JE, Enterline HT, Roseman JM, et al. Lobular carcinoma in situ of the breast: Long term follow-up. *Cancer* 1974; 34:554-563.
12. Zurrada S, Bartoli C, Galimberti V, et al. Interpretation of the risk associated with the unexpected finding of lobular carcinoma in situ. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 57-31.
13. Fisher ER, Costantino J, Fisher B, Palekar A, Paik S, Suarez CM, Wolmark N. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) Protocol B-17. Five year observations concerning lobular carcinoma in situ. *Cancer* 1996; 78:1403-16.
14. Renshaw AA, Cartagena N, Derhagopian RP, Gould EW. Lobular neoplasia in breast core needle biopsy specimens is not associated with an increased risk of

ductal carcinoma in situ or invasive carcinoma. *Am J Clin Pathol* 2002; 117(5):797-9.

15. Andersen JA. Lobular carcinoma in situ of the breast. An approach to rational treatment. *Cancer* 1977; 39: 2597-602.
16. Tulusan AH, Egger H, Shneider ML, Willgerot P. A contribution to the natural history of breast cancer. Lobular carcinoma in situ and its relation to breast cancer. *Arch Gynecol* 1982; 231:219-226.

DEBATE

Dr. Ítala: Muy interesante el trabajo. Le voy a hacer una pregunta. En nuestro grupo de trabajo discutíamos un caso; ha habido varios casos de éstos, pero discutíamos un caso en especial. Escuché que en algún momento dijo que efectuaron varias biopsias. ¿Las biopsias fueron radioquirúrgicas en ambos casos?

Dra. Candás: Sí, fueron radioquirúrgicas.

Dr. Ítala: ¿Los márgenes eran insuficientes?

Dra. Candás: En algunos casos.

Dr. Ítala: Ahí se plantea el primer tema, porque si uno hace una resección, una retumorectomía, corre el peligro que los márgenes vuelvan a ser insuficientes, por la difusión de la enfermedad. Lo que implica que la explicación a la paciente en este caso es bastante difícil. La segunda pregunta, ¿han alguna vez utilizado quimiopreención en alguna de estas pacientes?

Dra. Candás: Con respecto a la primer pregunta, justamente el aumento de la tasa de diagnóstico de carcinoma lobulillar *in situ* en la segunda etapa estudiada, fue a consecuencia de las imágenes mamográficas que motivaban la sospecha de una lesión. Si bien el carcinoma lobulillar *in situ* fue un hallazgo; y si bien muchos casos estos márgenes fueron insuficientes, cosa que se le aclara a la paciente en el momento de la consulta. En cuanto a la pregunta de quimiopreención, no hacemos en el servicio quimiopreención.

Dr. Mysler: Quería preguntar desde el punto de vista radiológico si ustedes de alguna manera pudieron estimar un poco cuáles eran las imágenes que daban este diagnóstico y si realmente, como recién justamente lo comentó, eran hallazgos histopatológicos o eran las lesiones que fueron a buscar. Para tener una idea en la experiencia de ustedes, cuáles fueron las imágenes radiológicas asociadas realmente a carcinoma lobulillar *in situ*.

Dra. Candás: En todos los casos el carcinoma lobulillar *in situ* fue un hallazgo. Las imágenes radiológicas se condecían con patología asociada, que es la que nos llevó a nosotros a hacer la biopsia.

Dra. Oliva: Nosotros estamos notando, si bien todavía no tenemos una estadística, que en grupos de calcificaciones en las que estamos haciendo biopsia radioquirúrgica, o mejor dicho que estamos marcando y ustedes están haciendo biopsia, aparecen carcinomas lobulillares *in situ*; y nos estamos replanteando con el Dr. Rostagno si es tan cierto eso de que el carcinoma lobulillar *in situ* es realmente un hallazgo o si no está asociado a microcalcificaciones, que si bien no son digamos sospechosas, pero sí se presenta asociado a calcificaciones. Eso es por lo menos lo que he notado en los últimos 2 años.

Dra. Candás: No, nosotros no encontramos que tuviera alguna lesión patognomónica de carcinoma lobulillar *in situ* en nuestros estudios.

Dra. Maciel: Le quería preguntar a la Doctora si tiene consignada la presencia de microcalcificaciones sobre los focos de carcinoma lobulillar *in situ* propiamente dicho. El tema pasa porque clásicamente uno consideraba que el carcinoma lobulillar *in situ* no se asociaba a microcalcificaciones, pero en los últimos tiempos y en mi interpretación personal es debido a la mayor cantidad de cortes histológicos que hacemos los patólogos. Cada vez más vemos microcalcifica-

ciones depositadas propiamente sobre los focos de carcinoma lobulillar *in situ*. Es decir, que a pesar de ser microcalcificaciones muy pequeñas y que a lo mejor desde el punto de vista radiológico son más difíciles de visualizar histológicamente, nosotros vemos pequeñas microcalcificaciones finas depositadas sobre los focos de carcinoma lobulillar *in situ* propiamente dichos.

Dra. Candás: Coincido con lo dicho por la Doctora.

Dr. Marino: Ante las características biológicas del carcinoma lobulillar *in situ* nosotros te-

nemos una actitud categórica, indicamos la adenectomía. No el control clínico de la paciente.

Dr. Müller Perrier: Quiero preguntarle si le indica adenectomía bilateral o unilateral.

Dr. Marino: En un principio unilateral y se controla la mama contralateral.

Dra. Oliva: Lo que dijo la Dra. Maciel coincide con nuestra experiencia. Habría que hacer un trabajo y ver si realmente el carcinoma lobulillar *in situ* es solamente un hallazgo casual o si tiene alguna representación radiológica.