

CARCINOMA INTRADUCTAL Y GANGLIO CENTINELA

Dra. Cristina Noblía

Presentado el 30 de octubre de 2003

Rev Arg Mastol 2004; 23(78):37-41

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años, menarca a los 12 años, menopausia a los 52 años, nulípara, no utilizó métodos anticonceptivos ni terapia hormonal de reemplazo. Antecedentes familiares: tía materna con cáncer de mama y padre con cáncer de pulmón.

Antecedentes quirúrgicos: histerectomía por miomatosis uterina; en 1988 le realizaron una biopsia radioquirúrgica por microcalcificaciones en la mama izquierda, cuya anatomía patológica informó microcalcificaciones benignas, displasia proliferante y presencia de microquistes.

Examen clínico: mamas sumamente pequeñas, sin nódulos y sin adenopatías.

Mamografía: mama izquierda con microcalcificaciones en el cuadrante superior externo, heterogéneas, algunas muy tenues que impresionaban disponerse en un trayecto con dirección hacia el pezón; clasificada por el Dr. Rostagno como BI-RADS 4 (Cuadro I). La flecha indica dónde estaban las microcalcificaciones más importantes; realmente eran heterogéneas, pero muy difíciles de ver. La mama derecha también presentaba microcalcificaciones amorfas, agrupadas, asentando las mismas sobre una densificación nodular; también clasificadas como BI-RADS 4 (Cuadro II). Las microcalcificaciones de esta mamografía eran tan tenues que era prácticamente imposible verlas sin el auxilio de una lupa.



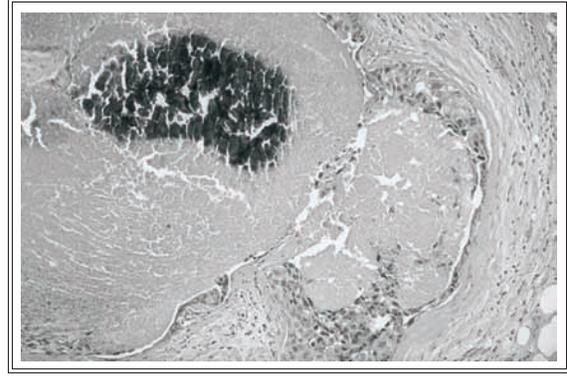
Cuadro I



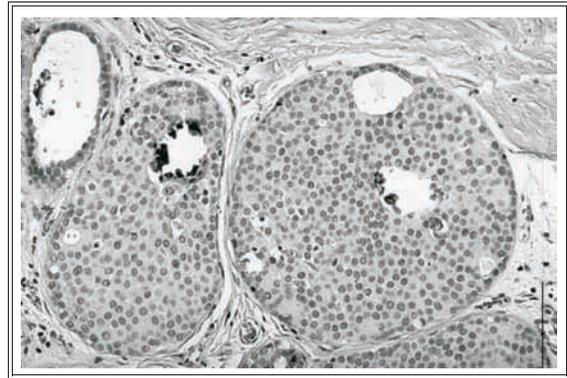
Cuadro II

Decidí realizarle una biopsia radioquirúrgica bilateral. Se hizo una doble marcación con carbón medicinal bajo control radiológico de los grupos de microcalcificaciones en ambos cuadrantes superiores externos. La anatomía patológica, que fue hecha por la Dra. Teresa Castiglioni, informó en la mama izquierda un carcinoma intraductal de alto grado (G3) con una arquitectura sólida y comedoniana. El diámetro mayor del tumor era de 1,4 cm. El tumor está en contacto con el margen quirúrgico de resección en el borde anterior y el índice pronóstico de Van Nuys es de 7/9. La histología de la mama izquierda se muestra en el Cuadro III donde vemos un carcinoma intraductal de alto grado y tipo comedoniano con las microcalcificaciones.

La mama derecha realmente no impresionaba que iba a ser positiva. Nos llevamos una sorpresa, porque fue un carcinoma intraductal con un grado nuclear intermedio (G2), una arquitectura sólida sin necrosis. El diámetro mayor del tumor fue de 1,4 cm y el lugar más próximo del margen de resección fue de 2 mm en el reparo rotulado como anterior, con un índice pronóstico de Van Nuys de 5/9. En el Cuadro IV se ve el carcinoma intraductal de grado intermedio, de tipo sólido. En el Cuadro V se muestra la paciente después de las biopsias radioquirúrgicas (bilateral); se observa que las mamas son sumamente pequeñas. Cada pieza de estas biopsias había sido de 3 x 3 cm aproximadamente.



Cuadro III. BRQ mama izquierda: CID de alto grado (comedoniano).



Cuadro IV. BRQ mama derecha: CID grado intermedio.

Con estos resultados las posibilidades terapéuticas eran: una retumorectomía bilateral y nada más, una retumorectomía con ganglio cen-



Cuadro V

tinela bilateral o una mastectomía más técnica de ganglio centinela. Le hice una mamografía posoperatoria que mostró en la mama izquierda más microcalcificaciones que habían quedado y que tenían un trayecto hacia el pezón.

Decidí, junto con la paciente, hacerle una mastectomía de la mama izquierda. Como íbamos a hacer una reconstrucción, la paciente pidió hacer también una mastectomía de la mama derecha. Aparte le hicimos un ganglio centinela de cada una de las mamas (después voy a explicar por qué).

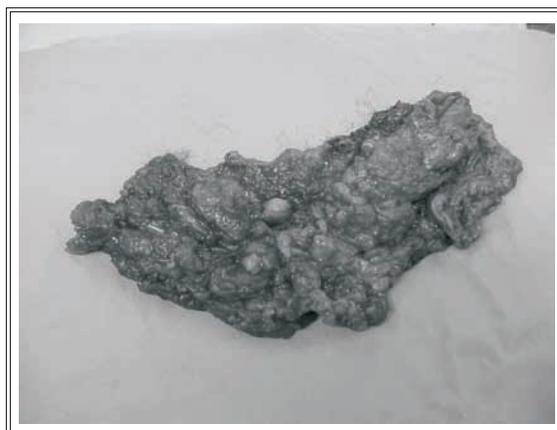
La conducta fue: mastectomía simple bilateral; técnica de ganglio centinela bilateral con el método combinado de azul patente y radioisótopos; y una reconstrucción inmediata con prótesis. El Cuadro VI muestra a la paciente antes de operarse. Le efectuamos una linfografía preoperatoria, usamos el *Gamma Probe* y en el Cuadro VII se puede ver la pieza quirúrgica y en el Cuadro VIII muestra uno de los ganglios centinela teñido.

La anatomía patológica de la pieza de mastectomía de la mama izquierda donde tenía un carcinoma intraductal de grado histológico 3, fue: un extenso carcinoma intraductal de alto grado; con focos de microinvasión del estroma; el ganglio centinela presentaba histiocitosis sinusal e hiperplasia linfoide. La inmunohistoquímica del ganglio centinela con citoqueratina informó ausencia de metástasis. El Cuadro IX muestra el carcinoma intraductal de alto grado con los focos de microinvasión.

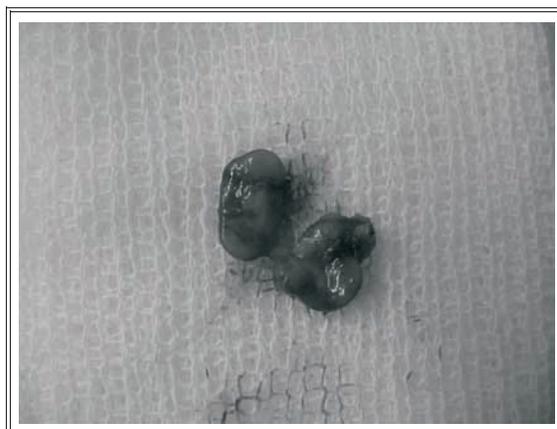
La anatomía patológica de mama derecha: carcinoma intraductal con focos de microinvasión; foco de 3 mm de carcinoma ductal infiltrante (grado histológico 2). El ganglio centinela fue negativo y la inmunohistoquímica también fue negativa. En el Cuadro X se observa el carcinoma intraductal de tipo sólido con los focos de microinvasión. El Cuadro XI muestra el foco del



Cuadro VI



Cuadro VII



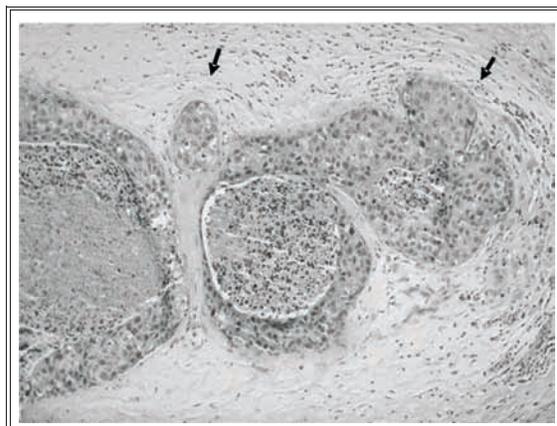
Cuadro VIII

carcinoma ductal infiltrante de 3 mm y el Cuadro XII el mismo con mayor aumento. En realidad, yo pensé que si había un foco de microinvasión, un carcinoma infiltrante, era más probable que fuera en la mama izquierda, donde la paciente presentaba un comedocarcinoma, y no en la mama derecha.

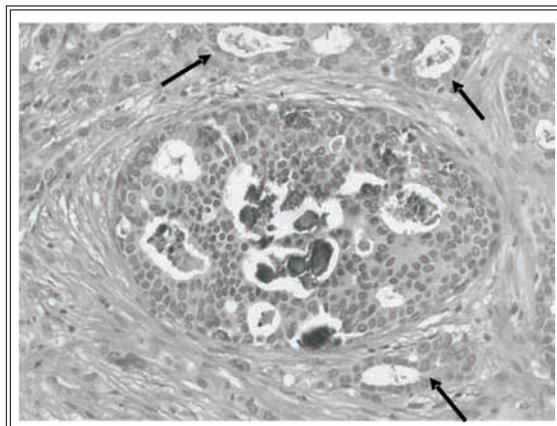
En el Cuadro XIII se observa el resultado en la paciente.

Voy a comentar por qué le hice un ganglio centinela a esta paciente que presentaba un carcinoma intraductal. Sabemos que en el carcinoma in situ no hay indicación de efectuar la disección axilar de inicio. Varios trabajos confirman que cuando se hace un vaciamiento axilar en los intraductales no se van a encontrar metástasis, y cuando se encuentran es porque hay algún foco de microinvasión. Es posible que exista en los carcinomas intraductales una microinvasión desapercibida, o que ésta se haga evidente sólo en la histología definitiva; entonces, ¿se puede proponer la biopsia del ganglio centinela de rutina en todas las pacientes con diagnóstico de carcinoma intraductal? La biopsia del ganglio centinela en el tratamiento de las pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma intraductal es motivo de controversia. Hay varios trabajos publicados de metástasis del ganglio centinela en los carcinomas intraductales de alto grado (Cuadro XIV), como por ejemplo el de Cox, que tiene 13% de ganglios centinela positivos en carcinomas intraductales puros, es decir, sin microinvasión. Lo que se critica en este trabajo es que muchos fueron diagnosticados con inmunohistoquímica. DeMore encuentra un 12% de metástasis y Pendas, que trabaja con Cox, un 6%.

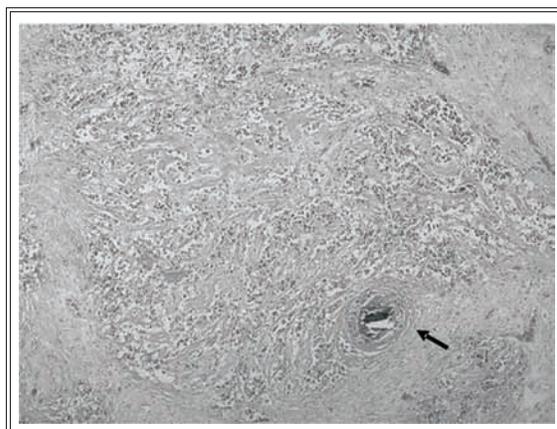
Cuando el carcinoma intraductal presenta una microinvasión, es más frecuente encontrar metástasis en el ganglio centinela. David Kine, del Memorial Sloan Kettering, tiene un 10% de ganglios centinela positivos en los intraductales con microinvasión; Cox un 20%; Giuliano un



Cuadro IX. Mama izquierda: CID de alto grado comedoniano con microinvasión.



Cuadro X. Mama derecha: CID (N2) con microinvasión



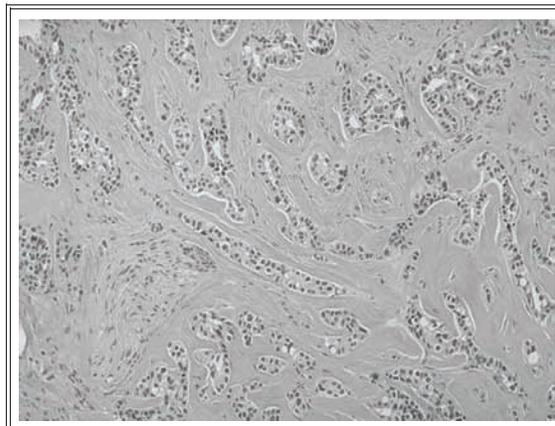
Cuadro XI. Mama derecha: CDI (3 mm).

14%. Éstos son, vuelvo a repetir, carcinomas intraductales con microinvasión.

El Instituto Europeo de Oncología presentó un trabajo sobre 220 pacientes con carcinoma intraductal puro, sin microinvasión, donde encuentra un 2,7% de metástasis en el ganglio centinela. En el 100% de los casos, el ganglio centinela fue el único metastásico. En el 70% eran micrometástasis. No existen, en este trabajo, subgrupos de carcinoma intraductal a mayor riesgo, a diferencia de los otros trabajos que dicen que cuando el carcinoma intraductal es de alto grado, tipo comedo, tiene más posibilidades de tener ganglio centinela positivo.

Para terminar, ¿por qué le hice una mastectomía bilateral a esta paciente con ganglio centinela bilateral? Se dice que no se debe hacer ganglio centinela en los carcinomas intraductales puros totalmente resecaos y correctamente diagnosticados; es decir, cuando sabemos que no tiene microinvasión. Se recomienda (vuelvo a decir, esto es investigación, no es estándar) que si tenemos una duda de microinvasión al examen final, por ejemplo, en las pacientes con microcalcificaciones extensas, lesiones grandes o comedocarcinomas, hacer el ganglio centinela. En la mastectomía, sea cual sea el tipo de carcinoma intraductal, es mejor hacer ganglio centinela, ¿por qué? Porque si en esa mastectomía (como pasó con esta paciente) se encuentra un foco de microinvasión, esa paciente se pierde la oportunidad de realizar un ganglio centinela después de la mastectomía.

Como conclusión (esta no es una idea mía, es lo que se lee en los trabajos) se aconseja que a las pacientes con carcinomas intraductales a las cuales se les efectuará una mastectomía, realizarle un ganglio centinela previniendo la aparición de un foco de carcinoma infiltrante en el estudio definitivo de la pieza de mastectomía.



Cuadro XII. Mama derecha: CDI grado II.



Cuadro XIII

BIOPSIA GC EN CARCINOMA INTRADUCTAL

220 pacientes en IEO con DCIS puro



2,7% metástasis del GC:

- Sólo el GC metastásico en el 100% de los casos.
- Micrometástasis del GC en el 70% de los casos.
- No subgrupos de DCIS a mayor riesgo.

Cuadro XIV