

INCIDENCIA DE CARCINOMA MAMARIO NO INVASOR EN UNA COMUNIDAD CERRADA

Dr. Eduardo Mateo Cortese

Leído el 27 de octubre de 2005

RESUMEN

Objetivo

Mostrar la incidencia de carcinomas no invasores (CNI) en una comunidad cerrada, proporción de casos y su porcentaje en distintos períodos.

Material y método

Se incluyeron en este estudio todos los CNI diagnosticados en el Servicio de Ginecología del Hospital Aeronáutico Central (Fuerza Aérea Argentina) entre el 1 de enero de 1985 y 31 de diciembre de 2004.

Resultados

Sobre un total de 649 cánceres de mama (CM) diagnosticados en este período, 53 (8,2%) fueron CNI y el resto carcinomas invasores. De éstos, 40 (75,5%) resultaron ser carcinoma ductal in situ (CDIS) y 13 (24,5%) carcinoma lobulillar in situ (CLIS).

La incidencia de CNI por quinquenios fue: de 2,5% en el período 1985-1898; 3,1% entre 1990-1994; 9,2% entre 1995-1999; y 14,4% en el lapso 2000-2004.

Conclusiones

Se ha registrado un significativo aumento en el diagnóstico de CNI en la última década, teniendo más expresión en el último quinquenio de este análisis.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE MAMA - CARCINOMAS NO INVASORES
Rev Arg Mastol 2006; 25(86): 28-37

SUMMARY

Purpose

To report the incidence of non invasive breast carcinomas.

Materials and method

We included all non invasive breast carcinomas (NIBC) diagnosed between 1 January 1985 and 31 December 2004 in the Gynecology Department of the Hospital Aeronáutico Central (SGHAC).

Results

Over 649 breast carcinomas diagnosed in this period we found 53 (8,2%) non invasive breast cancer (NIBC). Of those, 40 were ductal carcinoma in situ (DCIS) (75,5%) and 13 lobular in situ carcinoma (LCIS) and invasive carcinomas the rest.

Divided in five year periods the incidence was 2,5% in the 1985-1989 period; 3,1% during 1990-1994; 9,2% 1995-1999; and 14,4% along 2000-2004.

Conclusions

A meaningful enlargement of the diagnosed NIBC during the last ten years. The most significant increase was registered in the 2000-2004 five year period.

KEY WORDS: BREAST CANCER - NON INVASIVE BREAST CARCINOMA

INTRODUCCIÓN

Dos tipos principales de carcinomas no invasores (in situ) de la mama pueden ser reconocidos, a partir de su patrón histológico y celular. El primero y más frecuente es el carcinoma ductal in situ (CDIS) descrito por Broders en 1932;¹ y el segundo, el carcinoma lobulillar in situ (CLIS) descrito por Foote y Stewart en 1941.²

La incidencia de los carcinomas no invasores se ha incrementado rápidamente debido al uso de la mamografía, tanto en programas de *screening* como en la prevención secundaria.³⁻⁵

Durante la década del setenta el CDIS era una patología infrecuente, comprendiendo menos del 1% de todos los cánceres de mama. La mayoría de éstos eran tratados con mastectomía y por consiguiente existía escaso interés sobre el valor de la escisión completa y los márgenes de la biopsia.⁶

En los años ochenta la difusión del *screening* mamográfico, la mejora en los equipos de mamografía y films, más la realización de la biopsia radioquirúrgica se combinaron para aumentar drásticamente el número de pacientes diagnosticadas con CDIS. También se conocieron los resultados de los primeros estudios *randomizados* que mostraron la misma sobrevida para las mujeres tratadas con mastectomía o preservando la mama.^{7,8} La difusión del tratamiento de escisión local solamente trae aparejada la posibilidad de recidiva mamaria, fenómeno de todas formas absolutamente distinto de las recaídas local/regionales posmastectomía.

En la década de los noventa, la escisión am-

plia, el valor de los márgenes libres de tumor y el complemento de terapia radiante, igualan prácticamente el índice de recurrencia local al obtenido con la mastectomía.⁹⁻¹²

El CDIS es la forma más frecuente de presentación de los carcinomas no invasores (alrededor del 3-4% de los casos sintomáticos). Está caracterizado por conductos expandidos por células grandes e irregulares con sus núcleos alterados sin evidencia de invasión al estroma adyacente.^{13,14} Existe controversia respecto al CDIS de la mama desde su expresión histopatológica hasta los aspectos de su tratamiento.^{14,19}

Han sido descritas diferentes clasificaciones del CDIS que se relacionan con grado nuclear y necrosis.²⁹ Las formas sintomáticas de presentación son la masa palpable, derrame por el pezón o enfermedad de Paget, pero la gran mayoría son detectadas por grupos de microcalcificaciones heterogéneas y pleomórficas.¹³

El CLIS, en contraste, es raro (0,5% de casos sintomáticos y 1,0% de casos detectados por *screening*) y se presentan como una expansión de todo el lóbulo, por células pequeñas y regulares con núcleos redondos u ovales, también regulares. Algunos autores usan la expresión "neoplasia lobulillar", refiriéndose no sólo al CLIS, sino también a la hiperplasia lobulillar atípica, por la homogeneidad histológica de ambas condiciones. Como estas lesiones tienen un riesgo relativo diferente debieran ser clasificadas de manera separada. En cuanto a su forma de presentación; el CLIS es habitualmente un hallazgo accidental durante una biopsia de mama y no posee características clínicas o mamográficas definidas.^{13,16,17}

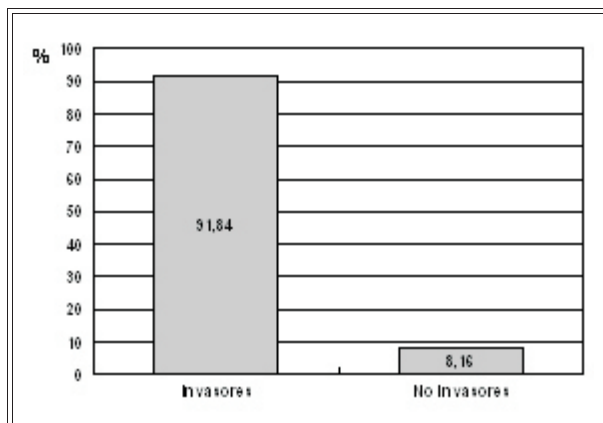


Figura 1

La finalidad de este trabajo es mostrar la incidencia de carcinomas no invasores en una comunidad cerrada, proporción de casos, formas de presentación y especialmente la incidencia en distintos períodos, con el fin de determinar si se ha incrementado su diagnóstico.

Denominamos "comunidad cerrada" a la población de determinadas características que permanece estable en un mismo centro de atención médica a lo largo de los años y sin incorporación de otros grupos de la población general.

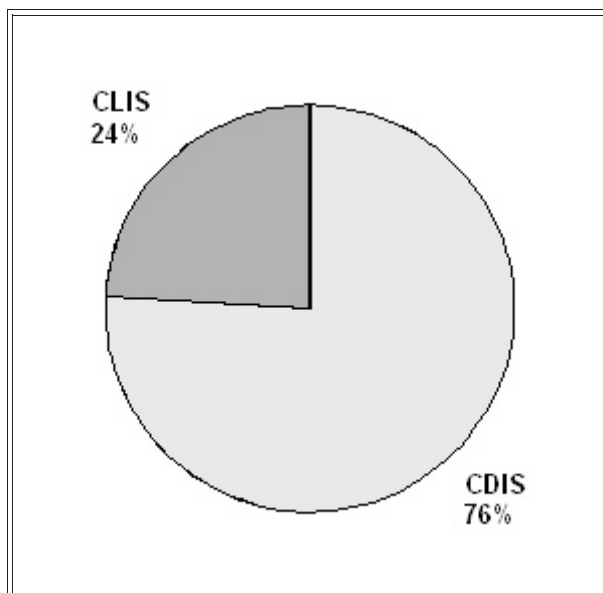


Figura 2

La Fuerza Aérea Argentina tiene su principal centro de atención médica en el Hospital Aeronáutico Central (HAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La población femenina actual con asistencia es de 59.650 personas (personal militar y civil). El porcentaje anual de recambio del personal militar es 3,2% y el del personal civil 3,7%.¹⁸ El HAC no posee contratos con otros sistemas médicos prestadores de salud sean privados o del estado, por lo cual, la población incorporada a este estudio se mantiene estable en cuanto a sus características.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron para este estudio todos los carcinomas de mama no invasores (CNI) diagnosticados en el Servicio de Ginecología del Hospital Aeronáutico Central (SGHAC) entre el 1 de enero de 1985 y el 31 de diciembre de 2004. Este período de 20 años fue dividido en quinquenios a fin de poder comparar la incidencia detectada con el avance de los métodos de diagnóstico.

Los datos fueron extraídos de la base de datos del SGHAC, de la revisión de las historias clínicas y comparados con la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica y del Comité de Tumores del Hospital.

RESULTADOS

Se diagnosticaron en el Hospital Aeronáutico Central, entre el 1 de enero de 1985 y el 31 de diciembre de 2004, 649 cánceres de mama (CM). De ese total, 596 (91,8%) fueron invasores y 53 (8,2%), carcinomas no invasores (CNI) (Figura 1). Del total de carcinomas no invasores, 40 (76%) fueron CDIS, y 13 (24%) CLIS (Figura 2).

Forma de presentación

La presentación de los CNI fue clínica en el 18,9% del total de los casos, independientemente

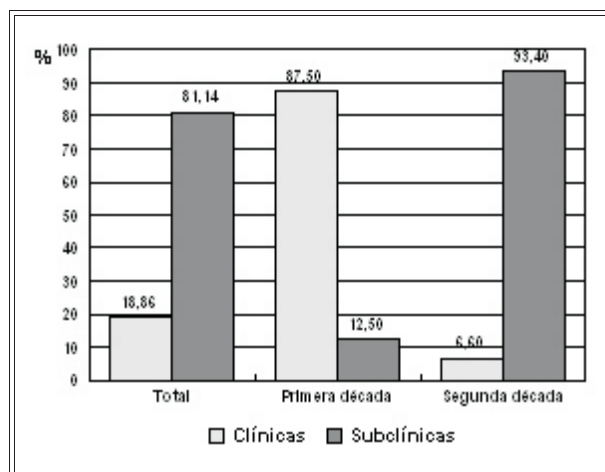


Figura 3

te de su manifestación radiológica. Separados por décadas, en la primera, las formas clínicas comprendieron el 87,5% de los CNI contra el 6,6% de la segunda (Figura 3).

Expresión mamográfica

Deficiencias en la base de datos motiva que no se analice la forma de presentación subclínica de los carcinomas no invasores en la primera década en estudio.

Los hallazgos mamográficos de los 45 casos de CNI diagnosticados en los últimos 10 años fueron los que se observan en la Tabla I. Las microcalcificaciones solas o asociadas fueron las imágenes presentes en la mayoría de los CNI

(58%). Ese porcentaje se eleva al 74,2 % si se consideran sólo los carcinomas ductales.

Edad

El promedio de edad de las pacientes en el momento del diagnóstico fue de 54,4 años con rango de 36 a 84 años. El promedio de edad de las pacientes en nuestro medio e igual período para los carcinomas infiltrantes (CI) de mama fue de 61,9 años.

Incidencia por período

El diagnóstico de CNI se mantuvo estable durante la primera década del estudio, aumentando en la segunda de manera significativa. Más aún, y dentro de ésta, es llamativo el incremento del último quinquenio (Tabla II; Figura 4). Esto se corresponde con la accesibilidad a mejores imágenes y desarrollo de técnicas para realización de las biopsias radioquirúrgicas (BRQ). El 56% de los CNI se diagnosticó en el período 2000-2004, coincidiendo con el mayor número de BRQ.

No se encontraron casos de bilateralidad simultánea en carcinomas no invasores. Los 2 casos en que hubo, uno de ellos fue invasor.

Tamaño

El tamaño promedio de las neoplasias fue de 7,9 mm, considerando el mayor diámetro.

EXPRESIÓN MAMOGRÁFICA		
Imagen	CNI	%
Opacidad nodular	12	26,6
Microcalcificaciones	21	46,6
Imagen nodular más microcalcificaciones	5	11,1
Distorsiones estructurales	4	8,9
Asimetrías	2	4,5
Nódulo palpable sin expresión mamográfica	1	2,2

Tabla I

Período	CI (n)	CNI (n)	CNI/CI (%)
1985-1989	116	3	2,52
1990-1994	154	5	3,14
1995-1999	148	15	9,20
2000-2004	178	30	14,42

CI: Total de carcinomas invasores.
CNI: Carcinomas no invasores.

Tabla II

Receptores hormonales

Los receptores para estrógeno fueron positivos en el 81% de pacientes que padecieron CDIS (26 de 32 casos).

Tratamiento

En nuestro Servicio, la mastectomía con linfadenectomía axilar fue el tratamiento convencional único, para todos los carcinomas intraductales, independientemente del grado tumoral, que se aplicó hasta mediados de la década del 90. No se constataron recidivas con el mismo. En los carcinomas intralobulillares se realizó estricto control.

Tomando en consideración los datos de los últimos 10 años se efectuaron: 6 mastectomías tipo Madden (18,75%); 26 cuadrantectomías con

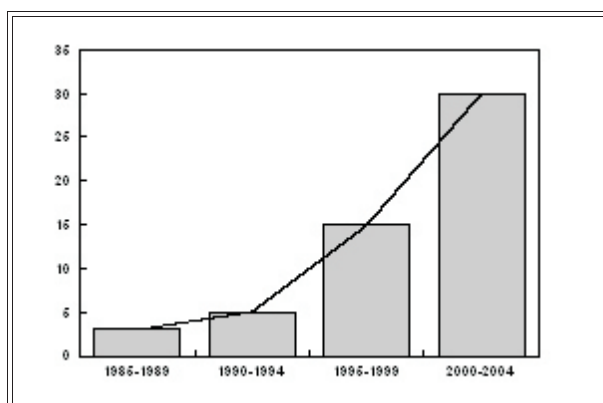


Figura 4. Carcinomas no invasores por período.

confirmación de márgenes libres por histología (81,25%).

La linfadenectomía axilar homolateral se llevó a cabo en 12 pacientes, resultando negativa en todos los casos.

La radioterapia complementaria se indicó en 24 de 26 pacientes con tratamiento conservador. La misma consistió en 5.000 rad sobre volumen mamario total más *boost* de 2.000 rad en el lecho. Sólo no se irradiaron los casos de tumores muy pequeños, de bajo grado histológico, en mujeres de más de 70 años y con márgenes mayores de 1 cm.

En los últimos 10 años, a partir de la administración de receptores hormonales en nuestro medio, se prescribió tamoxifeno en todos los casos que fueron positivos para estrógeno.

No podemos comparar resultados entre el tratamiento conservador con los logrados con la mastectomía porque el tiempo transcurrido no nos permite garantizar la fidelidad de la tasa.

DISCUSIÓN

Nuestro Servicio no cuenta con la posibilidad de efectuar punciones percutáneas diagnósticas guiadas por imagen.

Previo al uso sistemático de la mamografía, el porcentaje de CNI diagnosticados variaba entre el 1% y el 3% de los CM.^{6,15}

El grupo de trabajo que nos precedió en el SGHAC reportó en esta sociedad en 1983 los primeros resultados hallados en el período 1969-1982. Sobre un total de 230 cánceres de mama, 5 fueron CDIS y 2 CLIS, lo que representó el 3,03%.²⁰⁻²³ También en nuestro medio se publicaron análisis retrospectivos sobre la incidencia de carcinomas de la mama no invasores (Tabla III).²⁴⁻²⁹

Año	Autores	Carcinoma no invasor	
1986	Bernardello y col.	1980	5,2%
		1981	6,3%
		1982	6,7%
		1983	10,0%
		1984	5,0%
1988	Guixá H.	1964-1988	3,2% CDIS 55,5%; CLIS 37,7%; Paget 6,0%
1989	Dávalos Michel y col.	1953-1988	1,8% CDIS
1989	Mc Lean, Bernabó y col.	1968-1988	4,6% CDIS
1991	Novell y col.		4,8% CNI
1999	Núñez De Pierro, Allemand y col.		5,9% CNI

Tabla III

El mejoramiento de los equipos de mamografía, sobre todo con la posibilidad de visualizar mejor las microcalcificaciones y la incorporación de los sistemas de estereotaxia, confluyen para lograr un gran aumento en el diagnóstico de carcinomas no invasores.

En los EE.UU. se diagnosticaron: 4.800 casos en 1983; 25.000 casos en 1995; y más de 50.000 casos anuales en la actualidad.^{14,31}

La importancia del diagnóstico de los CNI radica primero en la disminución de la mortalidad por el cáncer, que se refleja en el estudio de Ernster y col.,³² donde se demuestra que la supervivencia a 5 y 10 años mejora en aquellas mujeres mayores de 40 años con CDIS, diagnosticadas en el período 1984-1989, respecto del que abarca de 1978 a 1983.

Actualmente en EE.UU. más del 14% de los cánceres de mama diagnosticados son CDIS. Alrededor de 1 cada 1.300 mamografías de *screening* conducirán al diagnóstico de CDIS.³³

La falta de conocimiento sobre la historia natural de CDIS lleva aun hoy, en dicho país, a disímiles criterios en los tratamientos que se llevan a cabo.³³⁻³⁵ Esta Sociedad ha publicado estándares para su tratamiento.⁴⁰

El uso de métodos microinvasivos ha logrado un aumento en el diagnóstico de CNI, sobre todo el de CLIS, que en general no se expresan en la mamografía, siendo hallazgos típicamente incidentales, a menudo multicéntricos y bilaterales.^{36,37}

En nuestro medio tres grupos de trabajo pre-

Año	Autores		
1997	Lorusso y col.	CDIS; 1965-1996	1,39% a 6,00%
1999	Novelli y col.	CDIS más CLIS; 1980-1997	4,90% a 8,90%
1999	Núñez De Pierro y col.	CNI; 1986-1998	74% diagnosticados en los últimos 5 años.

Tabla IV

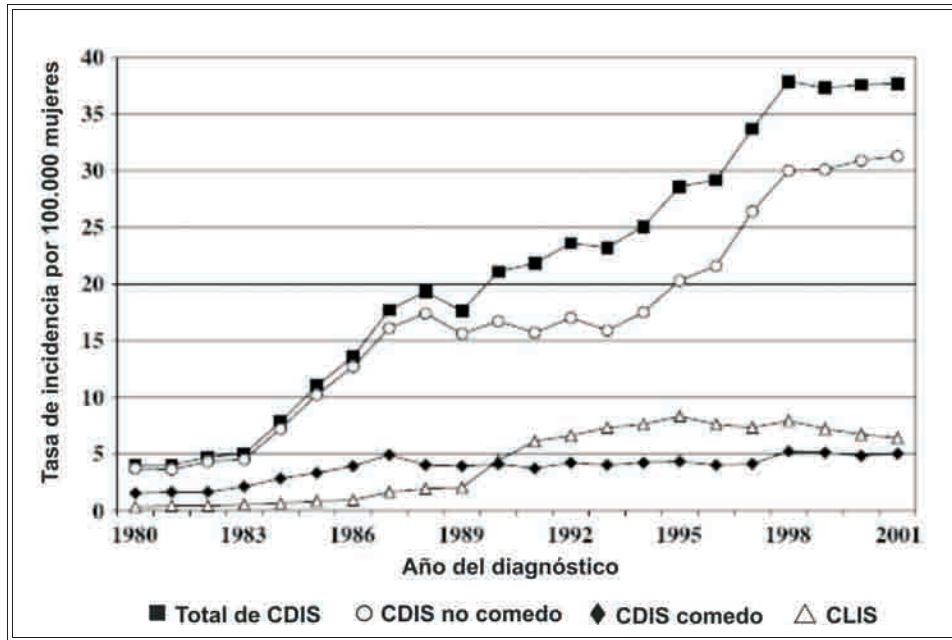


Figura 5

sentan su experiencia en carcinomas no invasores, mostrando el aumento de incidencia de los mismos (Tabla IV).^{29,38,39}

Un reciente estudio ha sido publicado en los EE.UU. sobre la incidencia específica de CNI por edad y por tipo histológico en el período 1980-2001.⁴¹ Este análisis efectuado en mujeres mayores de 30 años sin antecedentes de cáncer (exceptuando el melanoma) revela que el diagnóstico de CDIS se ha incrementado 7,2 veces en el período 1980-2001; 1,8 veces en el período 1992-2001; y 1,1 veces en el período 1997-2001. La magnitud de estos incrementos se ha dado especialmente en mujeres mayores de 50 años (Figura 5).⁴¹

Más aún, la incidencia de CDIS no comedo ha aumentado a lo largo de todos los grupos etarios, mientras que el índice de CDIS comedo se ha mantenido constante o ha disminuido. En cuanto al CLIS se ha incrementado 2,6 veces en el período 1980-2001; 1,3 veces en el período 1992-2001; y 11 veces entre 1997-2001.

Distintos autores coinciden en establecer que una mujer a quien se le diagnostica un CDIS tiene un riesgo de 2,0 a 8,6 veces mayor de desarrollar un carcinoma invasor, comparado con la población general, y que las mujeres a quienes se les diagnosticó un CLIS tienen un riesgo de 3,0 a 4,2 veces mayor.

El diagnóstico de carcinomas no invasores se ha transformado hoy en un desafío clínico permanente.^{41,42}

CONCLUSIONES

- Resulta llamativo el alto porcentaje de CLIS, probablemente debido al escaso número de la serie.
- La mayor cantidad de casos diagnosticados en el último tiempo se correlaciona con la mejor calidad de imágenes y técnicas de biopsias radioquirúrgicas.
- El promedio de edad fue inferior en el caso de los carcinomas no invasores.
- Si bien hasta la fecha no se constataron re-

caídas, el corto tiempo de seguimiento medio y el reducido número de casos, no permiten conclusiones válidas.

- En todos los casos en que se realizó linfadenectomía axilar, la misma fue negativa; en consecuencia, nuestro grupo de trabajo no indica hoy, como rutina, la exploración axilar en los CDIS.

REFERENCIAS

1. Broders AC. Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium. *JAMA* 1932; 99: 1670-1674.
2. Foote FW, Stewart FW. Lobular carcinoma in situ. A rare form of mammary cancer. *Am J Pathol* 1941; 17: 491-495.
3. Black NC, Welch HG. Advances in diagnostic and overestimations of disease prevalence and benefits of therapy. *N Engl J Med* 1993; 328: 1237-1243.
4. Egan RL. Role of mammography in the early detection of breast cancer. *Cancer* 1969; 24(6): 1197-1203.
5. Fletcher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 1672-1680.
6. Silverstein MJ, Gierson ED, et al. Can intraductal breast carcinoma be excised completely by local excision? *Cancer* 1994; 73(12): 2985-2989.
7. Fisher B, Redmond C, et al. Eight year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 822-828.
8. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, et al. Conservation treatment of early breast cancer. *Ann Surg* 1990; 211: 250-259.
9. Solin LJ, Recht A, Fourquet A, Kurtz J, et al. Ten year results of breast conserving surgery and definitive irradiation for intraductal carcinoma of the breast. *Cancer* 1991; 68: 2337-2344.
10. Fisher EF, Leening R, Anderson S, Redmond C, Fisher B. Conservative management of intraductal carcinoma (DCIS) of the breast. *J Surg Oncol* 1991; 68: 2337-2344.
11. Holland R, Hendricks JHCL, Verbeek ALM, Mravunac M, Schurmans Stekhoven JH. Extent, distribution and mammographic/histologic correlations of breast ductal carcinoma in situ. *Lancet* 1990; 335: 519-522.
12. Fisher B, Constantino J, Redmond C, Fisher E, et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. *N Engl J Med* 1993; 328: 2468-2474.
13. Page DL, Steel CM, Dixon JM. Carcinoma in situ and the patients at high risk of breast cancer. *BMJ* 1995; 310: 39-42.
14. Burnstein HJ, Polyak K, Wong JS, et al. Ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med* 2004; 350: 1430-1441.
15. Fisher B, Dignam J, Wolmark N, et al. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 1993-2000.
16. Haagensen CD, Lane L, Lattes R, et al. Lobular neoplasia (so called lobular carcinoma in situ) of the breast. *Cancer* 1978; 42: 737-769.
17. Candas Gabriela. Carcinoma lobulillar in situ. *Rev Arg Mastol* 2003; 22(74): 34-42.
18. Jefatura de personal. Fuerza Aérea Argentina. Datos al 31-12-2004.
19. Fisher ER, Constantino J, Fisher MD, et al. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) Protocol B-17. Intraductal carcinoma (ductal carcinoma in situ). *Cancer* 1995; 75(6): 1310-1319.
20. Blanchard O, Zárate J, Padorno L, Konopka HF. Evolución y patología de pequeños carcinomas de la mama. *Rev Arg Mastol* 1985; 4(8): 3-25.
21. Gallager HS, Martin JE. An orientation to the concept of minimal breast cancer. *Cancer* 1971; 28: 1505-1519.
22. Gori JR, Areas Bourguignon C, Castaño R, Domínguez JC. Concepto sobre carcinoma mínimo de la mama. *Rev Arg Mastol* 1983; 2(3): 42-48.
23. Cáncer mínimo de la mama. Reunión conjunta de la Sociedad Argentina de Cancerología y de la Sociedad Argentina de Mastología. *Rev Arg Mastol* 1983; 2(4): 5-16.
24. Bernardello E, Margossian J, Otero D, Müller G. Estadíos en cáncer de mama. Estudio de sus variantes en los últimos años. *Rev Arg Mastol* 1987; 6(15): 10-13.
25. Guixá HG. Lesiones no infiltrantes del carcinoma de mama. Concepto y experiencia. *Rev Arg Mastol* 1988; 7(22): 15-20.
26. Dávalos Michel J, Pujato D, Gómez Rueda DE, Leve-rone N. Carcinoma ductal no infiltrante de la mama. *Rev Arg Mastol* 1989; 8(23): 21-31.
27. Mc Lean L, Bernabó O, Santillán F, Vuoto D y col. Carcinoma ductal in situ de la mama. *Rev Arg Mastol* 1989; 8(23): 46-52.
28. Novelli J, Allami A. Nuestra conducta en el tratamiento de los carcinomas no infiltrantes de la mama. *Rev Arg Mastol* 1991; 10(31): 269-275.
29. Núñez De Pierro AR, Allemand DH, Agejas GP, Mus-soAG. Carcinoma no invasor de mama estudio de 105 casos. *Rev Soc Obst Gin Buenos Aires* 1999; 78(939): 287-300.
30. Silverstein MJ, Lagios MD, Groshen S, et al. The Influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med* 1999; 340: 1455-61.

31. Silverstein Melvin. Cáncer ductal no invasivo de la mama. *Rev Arg Mastol* 1995; 14(45): 206-216.
32. Ernster UL, et al. Mortality among women with ductal carcinoma in situ of the breast in the population-based surveillance, epidemiology and end results program. *Arch Intern Med* 2000; 160: 953-958.
33. Baxter NN, Virnig BA, Durham SB, Tuttle TM. Trends in the treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(6): 443-448.
34. Morrow M. The certainties and the uncertainties of ductal carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(6): 424-425.
35. Katz SJ, Lantz PM, Janz NK, et al. Patterns and correlates of local therapy for women with ductal carcinoma in situ. *J Clin Oncol* 2005; 23(13): 3001-3007.
36. Berg WA, et al. Atypical lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ at core-needle breast biopsy. *Radiology* 2001; 218: 503-509.
37. Chuba PJ, et al. Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma in situ: analysis of surveillance, epidemiology and end results data. *J Clin Oncol* 2005; 23(24): 5534-5541.
38. Lorusso C, Orti R y col. Carcinoma ductal in situ: experiencia del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires (1965-1996). *Rev Arg Mastol* 1997; 16(53): 387-395.
39. Novelli JE, Casaab L y col. Carcinomas no invasores. Experiencia del Hospital Francés. *Rev Arg Mastol* 1999; 18(58): 8-16.
40. Allemand D. Los estándares en el manejo del carcinoma in situ de la mama. *Rev Arg Mastol* 2002; 21(73): 349-367.
41. Li CI, Dailing JR, Malone KE. Age-specific incidence rates of in situ breast carcinomas by histologic type, 1980-2001. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14(4): 1008-1011.
42. Arpino G, Laucirica R, Elledge R. Premalignant and in situ breast disease: biology and clinical implications. *Ann Int Med* 2005; 143(6): 446-457.

DEBATE

Dr. Ítala: Felicito al autor por mostrar su experiencia en una comunidad cerrada, que se incorporaría ya en un diálogo con la Sociedad Argentina de Mastología. El número que ha mostrado el Dr. Cortese, evidentemente es un número importante de carcinomas, no de carcinomas in situ, 649 casos. Habría algunos otros parámetros que ya se podrían incluir en una futura presentación, por ejemplo la edad que hoy se ha agregado a la clasificación clásica de Van Nuys.

Me llama la atención (y creo que es real, por supuesto) la aparición como lo dice usted en la lectura del trabajo del CLIS, es decir del carcinoma lobulillar in situ, que ya ha dejado de ser un marcador de riesgo, especialmente ahora cuando los patólogos hablan del CLIS pleomórfico y los carcinomas ductolobulillares, entonces están incorporando con un poco más de insistencia el carcinoma lobulillar in situ a los carcinomas no invasores.

Dr. Lehrer: Quería felicitar al Doctor por el trabajo. En la práctica lo que uno observa es que los carcinomas no invasores, especialmente el carcinoma ductal in situ, son un indicador de la cantidad de mamografías que se realizan en la comunidad en pacientes asintomáticas, por lo que uno ve que han comenzado a realizarla en una forma sistemática recién en el último tiempo, todavía no llegando a los niveles esperados; es decir, un 14% incluyendo el CLIS, no es un nivel muy alto. Quisiera saber si, ya que conocen la población, saben qué porcentaje de la población es la que se estudia regularmente o qué capacidades tienen de estudiar ustedes a esa población.

Dr. Cortese: No tengo el dato exacto de la proporción de población que se controla, porque esto está sujeto muchas veces a las distintas etapas económicas; por lo cual, a pesar de tener un sistema de cobertura en el medio, mucha gente tiene prepago, sólo vienen en momentos de necesitar de una cirugía o alguna cosa más avanzada, así que por eso no lo consideramos en esta evaluación.

Dr. Ávalos: Muy bien el trabajo, tuvo una presentación bien prolija, lo felicito. Usted dijo que tenían un mayor número de lo esperado de carcinoma lobulillar in situ. Ésta es una patología muy difícil de diagnosticar, por lo general son hallazgos; uno difícilmente diagnostique un carcinoma lobulillar in situ por imágenes, o lo que sea. Quería preguntar, ¿cómo los diagnosticaron?

Dr. Cortese: La mayoría fueron por imágenes. Nosotros nos cuestionamos dentro de la evaluación que hacemos, del tipo de imágenes que hacemos, si sobrediagnosticamos las imágenes de las opacidades nodulares; gran parte fueron de esa manera. Respecto al porcentaje, en la presentación anterior que hizo el Dr. Blanchard en 1983, también ese porcentaje es alto

de carcinomas lobulillares con respecto de los ductales. Por lo cual, nosotros a veces también nos cuestionamos si con la dependencia del patólogo no hace que una determinada escuela de patología vea más que otra al carcinoma lobulillar; pero lo diagnosticamos a través de la mayoría de imágenes nodulares que fueron halladas.