

## SESIONES CIENTÍFICAS

# Lesiones papilares malignas de la mama: nuestra experiencia

*Mercedes Bavastro,\**

*Katerine Torrez Monrroy,\**

*Teresa Castiglioni,\* Ana Laura*

*Ulloa,\* Claudio Levit\**

## RESUMEN

### Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo evaluar las características de las lesiones papilares malignas diagnosticadas en una obra social durante el período que abarca desde marzo de 2007 hasta agosto de 2015.

### Material y método

Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo de corte transversal donde se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico de Carcinoma ductal *in situ* papilar (CDIS papilar), Carcinoma papilar encapsulado y Carcinoma papilar invasor. Se evaluaron las características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas.

### Conclusiones

Las lesiones papilares malignas representan un desafío para el diagnóstico y manejo del equipo tratante dada su baja frecuencia y constante revisión de criterios diagnósticos y de manejo posterior.

### Palabras clave

Lesiones papilares malignas de la mama. CDIS papilar. Carcinoma papilar encapsulado. Carcinoma papilar intraquístico. Carcinoma papilar invasor.

\* Patología mamaria, Obra Social de Empleados de Comercio (OSECAC)

Correo electrónico de contacto:  
merbavastro@yahoo.com.ar

## SUMMARY

### Objective

The aim of the current study is to evaluate the characteristics of malignant papillary lesions diagnosed during march 2007 through august 2015.

### Materials and method

Retrospective and descriptive analysis has been made including 56 patients with pathological diagnostic of papillary DCIS, encapsulated carcinoma and invasive papillary carcinoma. We analyzed clinical characteristics, form of presentation in radiological features and pathological findings.

### Conclusions

Papillary lesions of the breast represent a challenge for diagnostic and clinical management for clinicians involved, due to low frequency and a lack of clinical guidelines.

### Key words

Breast papillary lesions. Papillary DCIS. Encapsulated carcinoma. Intracystic papillary carcinoma. Invasive papillary carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilares de la mama incluyen un conjunto de entidades caracterizadas por una proliferación epitelial sobre ejes fibrovasculares y poseen un rango variable entre la benignidad y la malignidad. En este contexto, la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye cuatro entidades a diferenciar: el Papiloma intraductal, el Carcinoma papilar intraductal (CDIS papilar), el Carcinoma encapsulado y el Carcinoma papilar sólido, pudiendo tener o no, en estos últimos dos casos, un componente invasor manifiesto. El Carcinoma papilar invasor no se incluye en esta última clasificación, y se agrupa bajo la clasificación "tumores raros de la mama". A pesar de la similitud en el patrón de crecimiento, la incidencia, la forma de presentación, la epidemiología y el pronóstico de cada una de estas lesiones difieren notablemente.

El progresivo aumento de las punciones histológicas en el manejo de la patología mamaria representa un desafío diagnóstico para el anatomo-

patólogo, que debe categorizarlas como benignas, atípicas o malignas, según criterios equívocos en constante discusión.

El manejo posterior por parte del mastólogo también es, en algunos casos, controvertido; ya sea por la baja frecuencia de estas lesiones (en el caso de los carcinomas papilares) o por la falta de consenso en la necesidad de exéresis posterior, como es el caso del papiloma típico.

## OBJETIVO

Evaluar las características de las lesiones papilares malignas de la mama en la población que consulta al Servicio de Patología Mamaria de una obra social.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron 56 casos de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de lesión papilar maligna en biopsia quirúrgica, durante el período que se extiende desde marzo de 2007 hasta agosto de 2015.

Se analizó la edad de las pacientes al diagnóstico, la forma de presentación clínica e imagenológica y las características anatomopatológicas.

Se incluyen en este trabajo: los CDIS papilares, los Carcinomas papilares encapsulados (antiguamente denominados Carcinomas intraquísticos) y los Carcinomas invasores ya que el período evaluado es en su mayor parte previo a la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para el objetivo descriptivo, se calcularon los resultados en frecuencias y porcentajes, medias, desvío estándar, mediana y rango intercuartílico.

En las variables cuantitativas, se indagó normalidad de la distribución de observaciones por Test Shapiro-Wilks.

Para las variables cuantitativas, las diferencias entre los grupos fueron analizadas mediante el Análisis de la Varianza (ANOVA) de un factor, o el test de Kruskal Wallis en el caso de que no se cumpliera el supuesto de homogeneidad de varianzas.

Para las variables categóricas, se utilizaron el test  $X^2$  de Pearson o el test exacto de Fisher. Se consideraron significativas aquellas pruebas con  $p < 0,05$ .

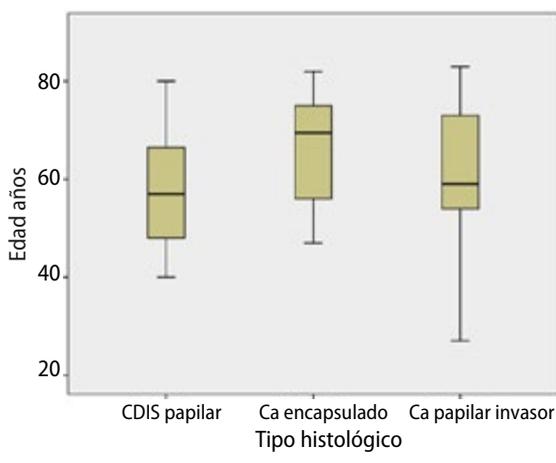
Para el procesamiento de los datos, se empleó el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 21.

**Tabla I. Características generales de las pacientes con lesiones papilares malignas**

	N= 56
Edad en años, media (DE)	60,7 (13,34)
Motivo de consulta, n (%)	
- Control	41 (73,2)
- Nódulo	11 (19,6)
- Derrame	3 (5,3)
- Retracción del pezón	1 (1,7)
Examen físico, n (%)	
- Normal	35 (62,5)
- Nódulo con axila negativa	17 (30,4)
- Nódulo con axila positiva	2 (3,6)
- Nódulo con derrame	1 (1,8)
- Derrame	1 (1,8)
Tamaño tumoral en mm, mediana (Q1-Q3)	12 (7-15,7)
Mamografía: n (%)	
- Microcalcificaciones	19 (33,9)
- Densidad asimétrica	19 (33,9)
- Nódulo	12 (21,4)
- BR2	6 (10,7)
Ecografía: n (%)	
- Nódulo	37 (66,1)
- BR2	14 (25)
- Quiste complejo	4 (7,1)
- Área hipocóica	1 (1,8)
Conducta de inicio: n (%)	
- Quirúrgica	19 (33,9)
- Punción histológica	37 (66,1)
Tipo histológico n (%)	
- CDIS papilar	19 (33,9)
- Ca papilar encapsulado	14 (25)
- Ca papilar invasor	23 (41,1)
Oniag: n (%)	
- Conservadora	52 (92,9)
- Mastectomía	4 (7,1)

**Referencias:** DE: desvío estándar; n: frecuencia; %: porcentaje; Q1: primer cuartil; Q2: tercer cuartil; CDIS: Carcinoma ductal *in situ*; Ca: carcinoma.

**Gráfico 1. Boxplot: distribución de la edad según los tipos histológicos**



**Tabla II. Características de las pacientes según diagnóstico anatomopatológico**

	CDIS papilar n=19	Ca papilar encapsulado n=14	Ca papilar invasor n=23	p valor
Edad en años, media (DE)	59,2 (12,1)	65,4 (11,8)	59,0 (14,9)	0,172
Motivo de consulta, n (%)				
Control	17 (89,5)	9 (64,3)	15 (65,2)	0,212
Nódulo	1 (5,3)	3 (21,4)	7 (30,4)	
Derrame/Retracción del pezón	1 (5,3)	2 (14,3)	1 (4,3)	
Examen físico, n (%)				
Normal	15 (78,9)	9 (64,3)	11 (47,8)	0,060
Nódulo con axila-	2 (10,5)	5 (35,7)	10 (53,5)	
Nódulo con axila+	0	0	2 (8,7)	
Nódulo con derrame	1 (5,3)	0	0	
Derrame	1 (5,3)	0	0	
Tamaño tumoral en mm, mediana (Q1-Q3)	10 (6-14)	12 (6-15)	15 (7-30)	0,113
Mamografía: n (%)				
BR2	3 (15,8)	1 (7,1)	2 (8,7)	<0,001
Microcalcificaciones	15 (78,9)	2 (14,3)	2 (8,7)	
Densidad asimétrica	1 (5,3)	9 (64,3)	9 (39,1)	
Nódulo	0	2 (14,3)	10 (43,5)	
Ecografía: n (%)				
BR2	13 (68,4)	1 (7,1)	0	<0,001
Nódulo	5 (26,3)	11 (78,6)	21 (91,3)	
Quiste complejo	0	2 (14,3)	2 (8,7)	
Área hipocóica	1 (5,3)	0	0	
Conducta de inicio: n (%)				
Quirúrgica	3 (15,8)	7 (50)	9 (39,1)	<0,001
Punción core	3 (15,8)	7 (50)	14 (60,9)	
Mastotome	13 (68,4)	0	0	
Cirugía: n (%)				
Conservadora	17 (89,5)	14 (100)	21 (91,3)	0,667
Mastectomía	2 (10,5)	0	2 (8,7)	
Estadificación axilar	2 (10,5)	2 (14,3)	22 (95,7)	<0,001
Receptores hormonales				
RE+ RP+	19 (100)	13 (92,9)	22 (95,7)	0,716
RE- RP-	0	1 (7,1)	1 (4,3)	
Her2 neu negativo	0	0	22 (95,7)	<0,001

**Referencias:** DE: desvío estándar; n: frecuencia; %: porcentaje; Q1: primer cuartil; Q2: tercer cuartil; CDIS: Carcinoma ductal *in situ* papilar; Ca: carcinoma; BGC: Biopsia de Ganglio Centinela; RE: Receptor de Estrógenos; RP: Receptor de Progesterona; +: positivo; -: negativo.

Durante el período analizado, 56 pacientes tuvieron diagnóstico anatomopatológico de lesión papilar maligna. La media de edad al momento del diagnóstico fue de 60,7 años, con un rango entre 27 y 83 años. (Tabla I)

Los diagnósticos anatomopatológicos se distribuyeron de la siguiente forma: el 33,9% (19) de los casos CDIS papilar; el 25% (14) Carcinoma papilar encapsulado; y el 42,1% (23) Carcinomas papilar invasor. (Tabla II)

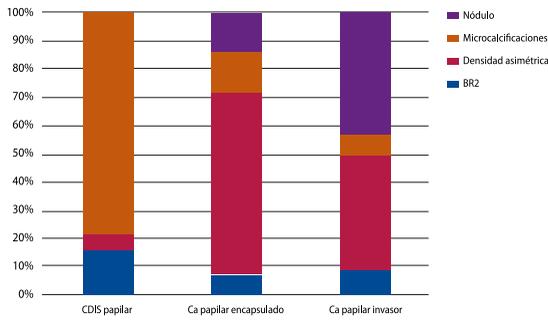
No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la edad al diagnóstico y los tipos histológicos ( $p=0,172$ ). (Gráfico 1)

En el 73,2% (41) de los casos el motivo de consulta fue el chequeo mamario. Entre las pacientes que consultaron por sintomatología, el 19,6% (11) consultó por nódulo palpable detectado en auto examen, el 5,3% (3) por derrame por pezón y el 1,7% (1) por

retracción de pezón. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el motivo de consulta y los tipos histológicos ( $p=0,212$ ).

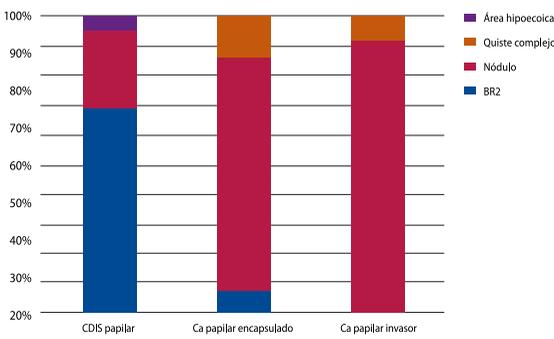
El 62,5% (35) de las pacientes presentaba un examen físico normal. En el 30,4% (17) de los casos se palpó nódulo mamario con axila negativa; un 3,5% (2) presentó nódulo con axila positiva para adenopatías; en un 1,8% (1) se detectó nódulo acompañado de derrame por pezón; y solo en 1,8% (1) de las pacientes se constató derrame por pezón como único hallazgo en la semiología. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el hallazgo semiológico y los tipos histológicos ( $p=0,060$ ).

**Gráfico 2. Porcentajes de resultados en mamografía según el tipo histológico**



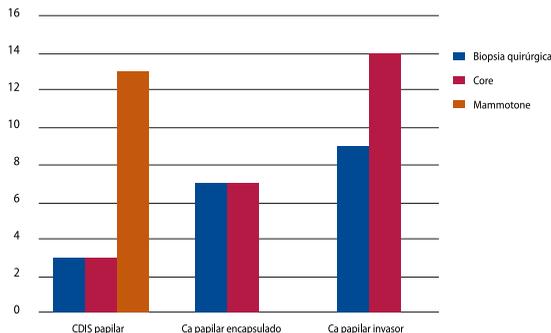
En cuanto a la presentación mamográfica, la más frecuente fueron las microcalcificaciones con el 33,9% (19); le siguió la presencia de asimetría de densidad con el 33,9% (19); en tercer lugar, encontramos la detección de nódulo, en el 21,4% (12). Solo un 10,7% (6) tuvo mamografías sin hallazgos sospechosos. Cuando comparamos los hallazgos mamográficos con los tipos histológicos, encontramos una diferencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0,001$ ). Las microcalcificaciones fueron la forma de presentación de los CDIS papilares; el Carcinoma papilar encapsulado se presentó más frecuentemente como densidad asimétrica; y los Carcinomas invasores se asociaron a la presentación mamográfica de nódulo. (Gráfico 2)

**Gráfico 3. Porcentajes de resultados en ecografía mamaria según el tipo histológico**



Ecográficamente, se constató una imagen nodular en el 66,1% (37) de los casos; el 25% (14) de las pacientes tuvo una ecografía normal; en el 7,1% (4) de los casos se constató un quiste complejo; y un 1,8% (1) presentó área hipoecoica. En la evaluación según tipo histológico, se vio que la mayoría de los CDIS papilares no tenían traducción ecográfica, y los Carcinomas encapsulados junto a los Carcinomas invasores se presentaron más frecuentemente como nódulos, siendo este un dato estadísticamente significativo ( $p=0,001$ ). (Gráfico 3)

**Gráfico 4. Frecuencias de conductas de inicio según el tipo histológico**



En el 33,9% (19) de los casos, se decidió una conducta quirúrgica de inicio. Del 66,1% (37) restante, a las cuales se les solicitó punción histológica, un 65% (24) fueron estudiadas mediante punción con aguja gruesa bajo guía ecográfica, y al 35% (13) restante se les realizó un Mammotome. En concordancia con la forma de presentación imagenológica, se asoció la indicación de Mammotome con el diagnóstico anatomopatológico de los CDIS y la punción core con los carcinomas invasores, con una  $p$  estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ). (Gráfico 4)

En el 92,9% (52) de los casos, se realizó tratamiento quirúrgico conservador. En el restante 7,1% (4), se realizó mastectomías

con reconstrucción en 3 pacientes y una mastectomía simple con criterio de toilette. No encontramos asociación significativa entre tipo histológico y conducta quirúrgica ( $p=0,667$ ).

La media del tamaño tumoral en la biopsia quirúrgica fue de 15,7 mm. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño y los tipos histológicos ( $p=0,113$ ).

Se realizó estadificación axilar (BGC/LA) en el 46,4% (26) de las pacientes; se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de Carcinoma papilar invasor, exceptuando: una en quien se realizó mastectomía simple con criterio de toilette quirúrgica por estadio avanzado ( $p<0,001$ ), dos pacientes con diagnóstico de CDIS papilar en punción previa, –una con lesión nodular palpable y la otra por CDIS papilar extenso en la que se programó una mastectomía con reconstrucción–, y dos pacientes con diagnóstico de carcinoma papilar encapsulado palpable al examen físico.

La determinación de receptores hormonales de estrógeno y progesterona fue positiva en el 96,4% (54) y negativa solo en el 3,6% (2) restante. No encontramos diferencia estadísticamente significativa según tipo histológico ( $p=0,716$ ). Todas las lesiones papilares malignas invasoras diagnosticadas fueron HER 2 neu negativo ( $p=0,001$ ). (véase la Tabla 2)

## DISCUSIÓN

Las lesiones papilares malignas son poco frecuentes; su nomenclatura y clasificación han variado mucho en el tiempo, así como los criterios diagnósticos anatomopatológicos para definir las. En este sentido, la revisión de la bibliografía se dificulta en cuanto a la posibilidad de concordar criterios para categorizarlas mejor sin incurrir en superposición o diferencias entre grupos de estudio.

Histológicamente hay consenso sobre la ausencia de células mioepiteliales como criterio inequívoco para diferenciar las lesiones malignas. Sin embargo, el tamaño de los ejes fibrovasculares, la probable proliferación epitelial atípica que puede acompañar a lesiones papilares benignas y la dificultad que se presenta en algunos casos para definir si hay componente invasor se incluyen dentro de los desafíos diagnósticos que afrontan los patólogos al diagnosticar estas lesiones.

La bibliografía disponible describe el derrame por pezón como síntoma frecuente en las lesiones papilares; en nuestro análisis encontramos 3,6% como hallazgo en la semiología. Se describe un alto porcentaje de lesiones papilares que se presentan mamográficamente como una masa o distorsión tisular; sin embargo, en nuestra serie de casos, las microcalcificaciones fueron las que más frecuentemente llevaron al diagnóstico;

esto puede deberse, en parte, al aumento del rastreo mamográfico en la población y a la mayor cantidad de casos asintomáticos al diagnóstico.

El Carcinoma papilar encapsulado ha sido considerado una lesión intra-ductal a pesar de que histológicamente no se constatan células mioepiteliales en la lesión ni en su periferia, por lo que algunos autores consideran esta lesión un carcinoma que podría estar en un paso intermedio hacia la invasión. La poco frecuente infiltración de la cápsula hallada en algunos especímenes avala esta teoría. Sin embargo, la presencia de una membrana basal de colágeno intacta y la evolución indolente de estas lesiones nos permiten hoy en día adecuar el manejo quirúrgico y adyuvante para evitar el sobretratamiento de las mismas. En nuestra serie de casos de 14 pacientes con diagnóstico de Carcinoma papilar encapsulado, la media de edad fue de 65 años (un poco mayor a la media general de las lesiones papilares en conjunto). En su mayoría asintomáticas, el hallazgo mamográfico más frecuente fue la densidad asimétrica; y en la valoración ecográfica lo fue una imagen nodular. En todos los casos, se pudo realizar tratamiento conservador, no se hallaron focos de invasión en la biopsia quirúrgica; y en los dos casos en los que se indicó, la estadificación axilar fue negativa para metástasis ganglionares.

El término Carcinoma papilar invasor debe reservarse a los carcinomas infiltrantes que presentan exclusivamente morfología papilar y no debe superponerse con el denominado Carcinoma micropapilar invasor, que, además de presentar diferencias histológicas (como la ausencia de ejes fibrovasculares manifiestos), se caracteriza por un alto porcentaje de metástasis al diagnóstico y su pobre pronóstico. De las 23 pacientes que tuvimos con diagnóstico de Carcinoma papilar invasor (exceptuando una paciente con estadio avanzado en la que se realizó solo una mastectomía simple), la evaluación mediante BGC o LA demostró presencia de compromiso axilar en solo 4 casos (17,3%).

En las 19 pacientes con diagnóstico de CIDS papilar, no encontramos diferencias significativas respecto de la bibliografía consultada: en su mayoría, fueron pacientes que consultaron por control mamario, asintomáticas; el hallazgo más frecuente en la mamografía fueron las microcalcificaciones; y mayoritariamente no evidenciaron lesiones ecográficas.

En cuanto al abordaje quirúrgico, solo 2 pacientes requirieron mastectomías con reconstrucción por la extensión histológica de la lesión.

## CONCLUSIONES

La baja frecuencia de las lesiones papilares malignas, los criterios diagnósticos en constante revisión y la falta de consenso respecto del manejo óptimo de estas lesiones requieren el abordaje de un equipo multidisciplinario en constante actualización académica.

Las limitaciones de este estudio no difieren de las de la mayoría de las publicaciones, por poseer un número reducido de pacientes para análisis y por su diseño retrospectivo de corte transversal que solo avala la generación de hipótesis para futuros trabajos.

## REFERENCIAS

1. Boin DP, Baez JJ, Guajardo MP *et al.* Breast papillary lesions: an analysis of 70 cases. *ecancermedicalscience* 2014; 8: 461. doi:10.3332/ecancer.2014.461.
2. Brookes, MJ *et al.* Radiological appearances of papillary breast lesions. *Clinical Radiology* 2008; 63 (11): 1265-1273.
3. NiY-Bi and Tse GM. Pathological criteria and practical issues in papillary lesions of the breast – a review. *Histopathology* 2016; 68: 22-32. DOI: 10.1111/his.12866.
4. Pal SK, Lau SK, Kruper L *et al.* Papillary Carcinoma of the Breast: An Overview. *Breast cancer research and treatment* 2010; 122(3): 637-645. doi:10.1007/s10549-010-0961-5.
5. Malai Muttarak M, Lerttumnongtum P, Chaiwun B and C. G. Peh W. Spectrum of Papillary Lesions of the Breast: Clinical, Imaging and Pathologic Correlation. *American Journal of Roentgenology* 2008; 191 (3): 700-707.
6. Riham Eiada R, Chong J, Kulkarni S, Goldberg F and Muradali D. Papillary Lesions of the Breast: MRI, Ultrasound, and Mammographic Appearances. *American Journal of Roentgenology* 2012; 198 (2): 264-271.
7. Paesani F, Garay N, Demarco A, von Stecher F, Papparatto A, Val M Crimi G, Ábalo E. Experiencia en carcinomas papilares y micropapilares. *Rev Argent Mastología* 2012; 31 (110).
8. Creton A, Terrier F, Barbera L, Bova N, Pianzola H, Pianzola M. Carcinoma Papilar Intraquístico de Mama en el hombre, bilateral y sincrónico. *Rev Argent Mastología* 2010; 29 (105).
9. Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, Blair S. Intracystic papillary carcinoma: a review of 917 cases. *Cancer* 2008; 113 (5): 916-920. doi:10.1002/cncr.23723.
10. Reefy SA, Kameshki R, Sada DA, Elewah AA, Awadhi AA, Awadhi KA. Intracystic papillary breast cancer: a clinical update. *Ecancermedicalscience*. 2013; 7: 286. doi:10.3332/ecancer.2013.286.
11. Kyrgias G, Zygianni A, Kostopoulou E, Kouloulias V. Encapsulated papillary carcinoma of the breast: An overview. *J Can Res Ther* 2013; 9 (4): 564-570.

## DEBATE

**Dr. Billinghamurst:** Quisiera hacer una pregunta: en los casos de imágenes que eran quistes complejos, ¿de qué manera llegaron al diagnóstico?

**Dra. Bavastro:** En los casos de los encapsulados se vio que la mitad eran punciones y la otra mitad BRQ. Está siempre esta discusión de si el quiste complejo puede ir a punción o es mejor directamente operarlo.

**Dr. Billinghamurst:** Es decir, ¿los punzaron o los operaron directamente? Porque es válido que ustedes quieran hacer una punción en una imagen nodular o en microcalcificaciones y les dé un papiloma; bueno, ustedes no pueden sospechar,

pero, ante la sospecha del papiloma, a pedido de los patólogos, la pregunta es si lo sacaban directamente o lo punzaban.

**Dra. Bavastro:** Tuvimos la mitad punzados y la mitad operados.

**Dr. Billinghamurst:** En quistes complejos.

**Dra. Bavastro:** Sí.

**Dr. Billinghamurst:** Porque los patólogos preferían... Con quiste complejo la conducta es siempre sacar un TN, no punzarlo previamente. ¿Cuál era el criterio para punzarlos?

**Dra. Bavastro:** Era el criterio del médico tratante.

**Dra. Montoya:** Tanto en mamografía como ecografía, tuviste un porcentaje de aproximadamente un 14% de BI-RAD 2; pero, ¿en qué porcentaje se complementaron? ¿O fue por diagnóstico conjunto? Porque entendí que era un porcentaje similar con uno u otro método. Aclarando un poco mi pregunta: de esas pacientes, ¿cuántas te quedaron con imagen no sospechada ni por mamografía ni por ecografía?

**Dra. Bavastro:** En mamografía un 10%; y en ecografía, la mayoría de las que no tenían imagen ecográfica eran los *in situ* papilares. Que sí tenían traducción mamográfica como microcalcificaciones.

**Dra. Montoya:** El porcentaje restante de imágenes negativas fue muy escaso, a eso me refiero.

**Dra. Bavastro:** Sí.

**Dr. Bustos:** Muy prolijo el trabajo. Hay cositas que no me cierran a mí. En mi experiencia, todos los tumores intraquísticos que he tenido han sido palpables y de crecimiento rápido; y una forma de ver si es una tumoración dentro del quiste, o no lo es, es lo que haga el ecógrafo. Pero para eso tenemos que tener ecografistas que sepan de mama. Porque, generalmente, ponen a la paciente en distintas posiciones para ver si son sedimentos o si son tumores intraquísticos. Estos generalmente son palpables. Cosa que no coincide un poco con lo que nos muestran ustedes, en los que tenés el BI-RADS 2 tanto mamográfico como ecográfico. Para complementar la pregunta de la doctora Montoya, generalmente son los derrames. Esos se expresan como derrames; y a veces podés tener la imagen intraquística de un conducto. No sé si ustedes hacen algún método complementario como una galactografía, que no es habitual en nuestro medio. Pero es un método de diagnóstico también.

**Dra. Bavastro:** Vale la aclaración. En OSECAC, el Servicio de Patología Mamaria trabaja con el

doctor Schejtman, que tiene mucha experiencia haciendo punciones y valorando este tipo de imágenes. Quizá por eso también hubo algunos encapsulados que fueron a punción. Tal vez es a tener en cuenta.

**Dr. Bustos:** No me refiero a eso. Yo conozco también un poco el servicio de imágenes de OSECAC. Pero no tengo confianza en el estudio ecográfico. Esa es la realidad. Ecografía normal no la categorizan como BI-RAD porque le falta la mamografía, si es normal es normal. Hay cosas que las vas a ver en la ecografía y no las verás en mamografía y viceversa; pero vos no podés decir que porque falta la ecografía no la categorizo. Vos tenés una sola paciente con derrame.

**Dra. Bavastro:** Sí, solo con derrame una sola.

**Dr. Bustos:** Ese seguramente es el único BI-RAD 2 que podés tener clínico e imagenológico. Porque, después, tenés un 14% de ecografías BI-RAD 2 y creo que un 10% de mamografías BI-RAD 2. Pero esos que fueron BI-RAD 2, ¿cómo llegaron ustedes al diagnóstico? Porque, teóricamente, si son BI-RAD 2, son hallazgos presuntamente benignos.

**Dra. Bavastro:** Claro, pero hubo un 10% de mamografías BI-RAD 2 que, de repente, tuvieron una eco con imagen sospechosa. Quizá no está en el trabajo la correlación exacta paciente por paciente. No sé si a eso se refiere. Esa correlación no está hecha.

**Dr. Cassab:** El trabajo está bien; pero hay algunas cositas que no cierran. Quería preguntarte si tuvieron –como no lo describiste calculo que no– la presencia de tumores micropapilares. El porcentaje de los micropapilares invasores, que son muy agresivos, es muy bajo. Lo comentaste en la discusión pero no tuvieron. Pero tampoco lo vi en la primera clasificación que vos hiciste al inicio.

**Dra. Bavastro:** En ese sentido, en el trabajo traté de centrarme en la clasificación que se está

usando actualmente, que es la de la OMS. Pero nuestro período era previo a esa clasificación. Igualmente, los micropapilares quedaron afuera porque ya se consideraban como que no eran lesiones papilares malignas de la mama sino como un tumor raro de la mama. Decidimos no incluirlos por ese motivo, por eso tampoco consideramos la incidencia de los micropapilares.

**Dr. Cassab:** También coincido con el doctor Bustos en que, generalmente, los quistes encapsulados, como los llaman ustedes –yo no lo tenía a eso, seguimos diciendo papilares intraquísticos– generalmente son todos palpables. Tienen mucho líquido y uno, cuando los opera, generalmente tiene que hacer biopsias diferidas porque ningún patólogo quiere congelar un tumor papilar; suelen tener mucho líquido, y uno ve macroscópicamente las papilas.

**Dr. Bustos:** Además, vos tenés un porcentaje no menor de Triples Negativos. ¿Fueron en los no invasores? Porque vos dijiste: “Tengo receptores negativos tanto”; pero ninguno tuvo HER+; por lo tanto, esos son Triple Negativos.

**Dra. Bavastro:** Tenemos un caso de Carcinoma papilar encapsulado y un caso de Carcinoma papilar invasor. Lo que pasa es que en el encapsulado no pedimos el HER 2. Porque no hubo focos de invasión.

**Dr. Bustos:** Está bien. Me parece perfecto. Sí, porque, además, una cosa: cuando te infiltra la cápsula ya el tumor tomó otras características. Mientras la cápsula no esté infiltrada es un tumor que está contenido ahí, y no hacemos más que la radioterapia. No sé, en la experiencia del doctor Billinghamurst o del doctor Terrier o del Roffo o del Austral, si indican quimioterapia. Pero si está contenido en la cápsula lo tomamos así, como un tumor encapsulado.

**Dr. Billinghamurst:** Entonces, se consideran *in situ*, porque están dentro de la cápsula y una membrana basal; por ello no tienen indicación de quimioterapia.

**Dr. Terrier:** Sí, yo estoy de acuerdo con eso.