

**MANEJO DE LAS LESIONES MAMARIAS DE
POTENCIAL BIOLÓGICO INCIERTO.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROTOCOLO DE
SEGUIMIENTO ESTABLECIDO EN NUESTRO
CENTRO.**

Isabel Quijada Pereira, Rosana Medina García, Andrea Manrique Gil, Maria Dolores Barrachina García, Andrés A. Painel Seguel, Alba Vivanco Gómez, Alba Font Pérez
Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia)

OBJETIVO

- Conocer y desglosar las lesiones de potencial biológico incierto de la mama (lesiones B3)
- Plantear un protocolo de actuación multidisciplinar desarrollado en nuestro centro para optimizar el manejo de las mismas.

REVISIÓN DEL TEMA

- Las lesiones de comportamiento biológico incierto consisten en una variedad de patologías con diferentes riesgos de malignidad asociada, pudiendo dar lugar en algunos casos a un carcinoma ductal in situ o, menos frecuentemente, a un carcinoma infiltrante de bajo grado.
- En las últimas décadas el diagnóstico de las lesiones B3 ha aumentado debido a los programas de screening, al aumento de sensibilidad de las pruebas de imagen y a la búsqueda activa dado que cada vez es mayor el conocimiento acerca de las mismas.

REVISIÓN DEL TEMA

- El comportamiento impredecible de estas lesiones limita el desarrollo de una base de evidencia suficiente que respalde la toma de decisiones, por lo que no existe un protocolo generalizado que oriente su manejo.
- De esta situación surge la necesidad de desarrollar una **guía de actuación multidisciplinar** que minimice los casos en los que estas lesiones dan lugar a un cáncer de mama propiamente dicho, sin aumentar el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

REVISIÓN DEL TEMA

- Para el análisis de estas lesiones podemos realizar:
 - **Biopsias con aguja gruesa (BAG)** de 11G de calibre, haciendo entre 15-20 pases por lesión para obtener la mayor cantidad de tejido posible.
 - **Biopsia asistida por vacío (BAV)**, con agujas de 8G a 11G que permite obtener muestras de mayor tamaño que la BAG. Se considera la técnica de elección.
 - No realizar PAAF ni BAG 14G: muestra insuficiente
- Utilizaremos la guía estereotáxica, ecográfica o biopsia guiada por RM en función de la prueba de imagen dónde se visualice mejor el hallazgo a estudiar. En líneas generales:
 - Ecografía: múltiples quistes agrupados, distorsiones, nódulos.
 - Estereotaxia: distorsiones o microcalcificaciones.
 - RM: realces no visibles por otra técnica de imagen.

REVISIÓN DEL TEMA

Las lesiones de potencial biológico incierto se clasifican en dos categorías en función de si presentan o no atipia celular:

- **Lesiones B3a**: sin atipia.

Papiloma excéntrico o central.
Cicatriz radial sin atipia (< 10 mm).
Lesiones mucinosas tipo mucocele.
Tumor filoides benigno borderline.

- **Lesiones B3b**: con atipia. Presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer en la mama en la que se ha diagnosticado y en la contralateral.

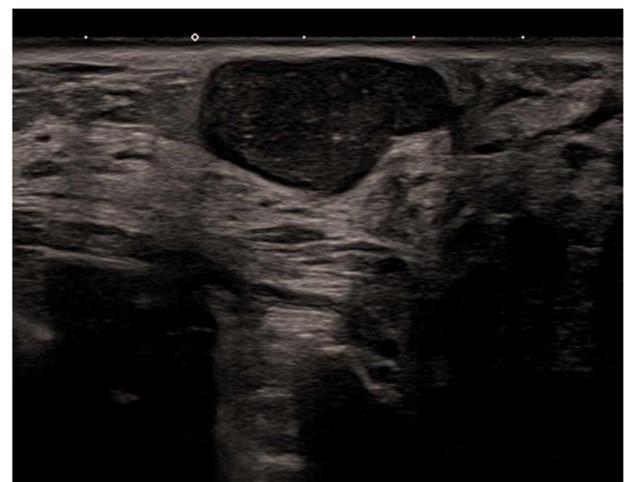
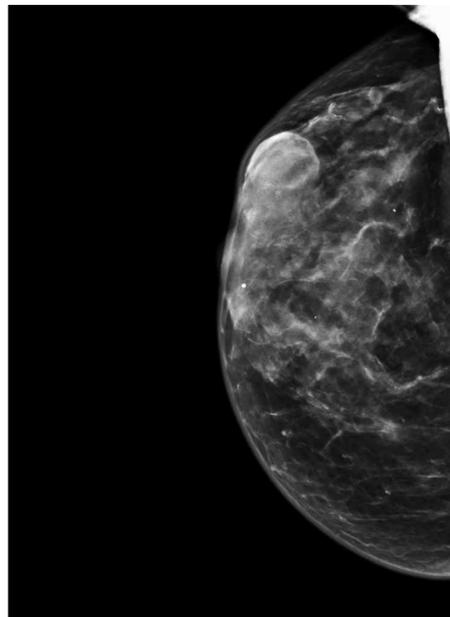
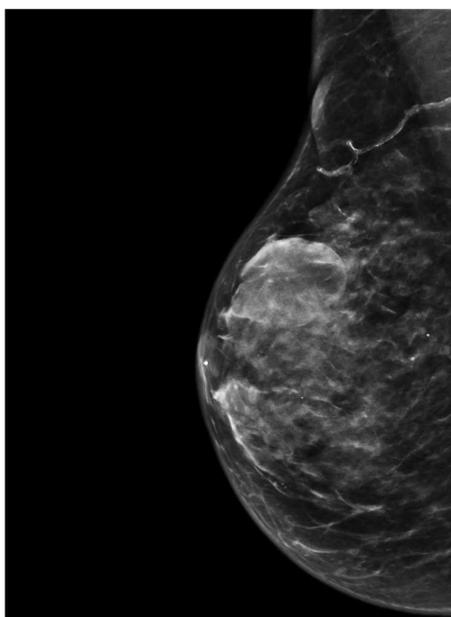
Hiperplasia ductal atípica (HDA)
Atipia de epitelio plano (AEP)
Hiperplasia lobulillar atípica (HLA)
Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3a

Lesiones papilares (LP)

- Se sitúan en los espacios ductales dilatados. Están compuestos por un núcleo fibrovascular ramificado y una proliferación mioepitelial ductal heterogénea.
- En ecografía aparecen como nódulos hipoecogénicos aislados bien circunscritos, nódulos intraductales o quistes complejos.
- En mamografía podremos ver nódulos bien circunscritos con posibles calcificaciones lineales/pleomórficas asociadas.
- En RM son nódulos sólidos con realce de contraste
- Riesgo de desarrollar cáncer invasivo de 1,5-2 veces el de la población general, más elevado en los casos de papilomas periféricos.



REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3a

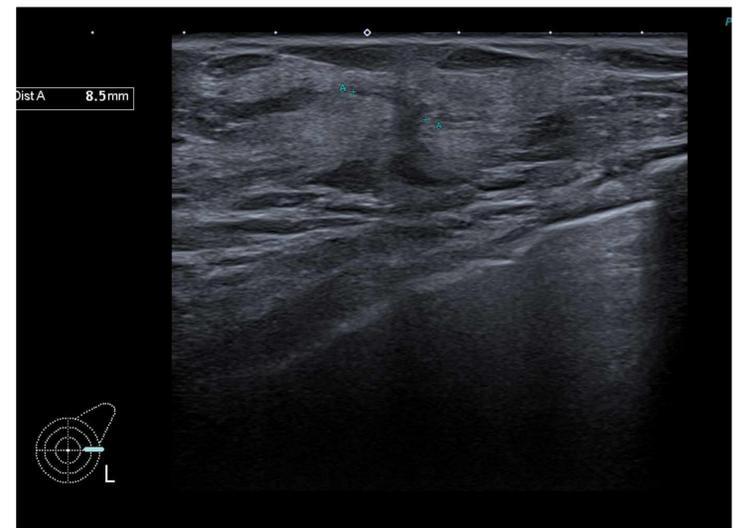
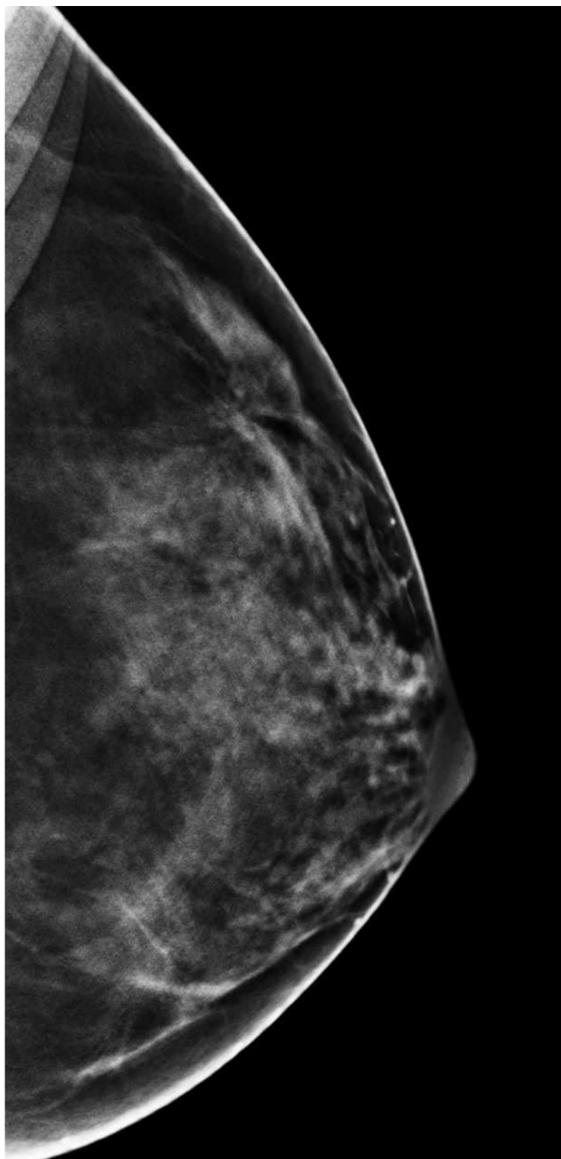
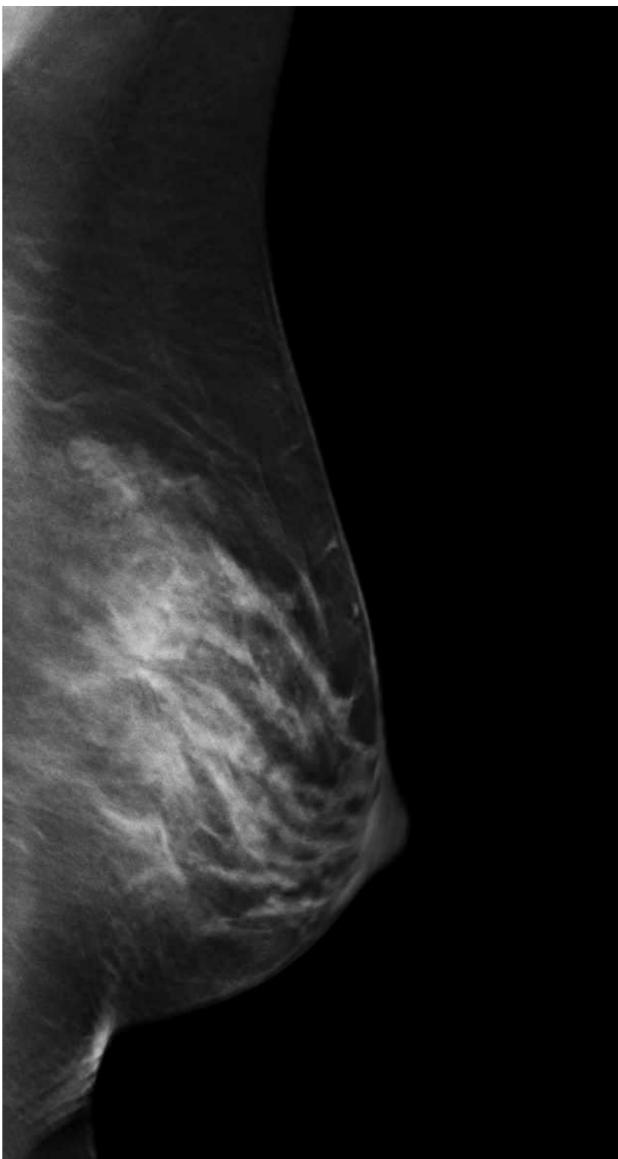
Cicatriz radial sin atipia (<10 mm)

- Se caracterizan por un centro fibroelástico central con estructuras glandulares comprimidas periféricamente y quistes que pueden asociar calcificaciones y adenosis esclerosante.
- Frecuentemente oculta en pruebas de imagen.
- En mamografía: nódulo estrellado con un centro radiolúcido y espículas de distribución radial junto con distorsión de la arquitectura +/- calcificaciones.
- En ecografía puede aparecer como una distorsión o una masa hipoecoica.
- En RM puede aparecer como un nódulo espiculado o distorsión sin o con realce.
- Imagen similar al cáncer de mama invasivo y el carcinoma tubular.
- Malignizan en un 9% de los casos sin atipia.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3a

Cicatriz radial sin atipia (<10 mm)



Mamografía: distorsión de la arquitectura no palpable en línea intercuadrántica externa de mama izquierda. BIRADS 4b.

Ecografía: distorsión del parénquima glandular con marcada absorción posterior.

REVISIÓN DEL TEMA

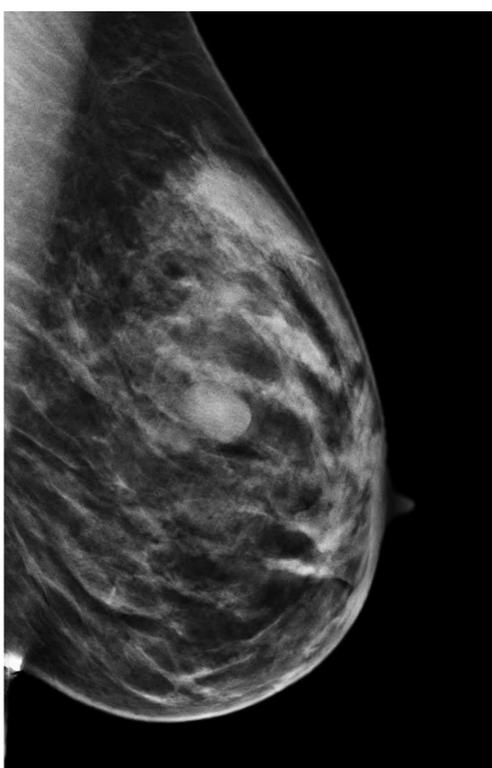
Lesiones B3a

Lesiones mucinosas tipo mucocele

- Diagnóstico diferencial con el carcinoma mucoso.

Tumor filoides benigno y borderline

- En ecografía se presenta como un nódulo bien definido de ecogenicidad heterogénea que puede tener áreas quísticas.
- En mamografía se visualiza un nódulo bien definido sin calcificaciones.
- Presentación similar al fibroadenoma.



Mamografía oblicua y ecografía de tumor filoides benigno.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3a: manejo

Realizamos una **RM inicial** para valorar si la lesión es única o múltiple y si existen realces sospechosos:

- Única: seguimiento mediante mamografía anual durante 5 años*.

*En caso del papiloma asociar ecografía

Excepciones:

- Tumor filodes y cicatriz radial → cirugía y posterior seguimiento con mamografía anual durante 5 años.
- Papilomatosis: seguimiento anual durante 5 años con RM o RM y mamografía años alternos (= lesiones B3b).

*El manejo depende mucho de la clínica de la paciente y de la localización del papiloma, por lo que se debe ser individualizado. Por ejemplo, si es único y pequeño se podría realizar una BAV extirpativa. Si la paciente presentara sintomatología y no es accesible para BAV podría resecarse quirúrgicamente.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

Hiperplasia ductal atípica

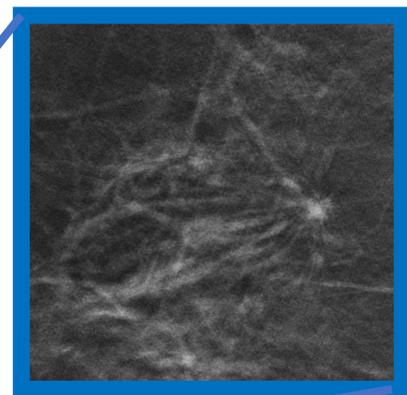
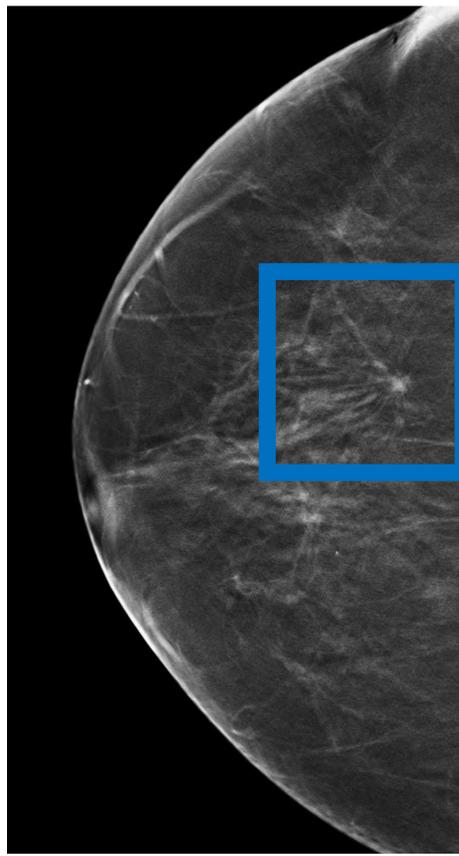
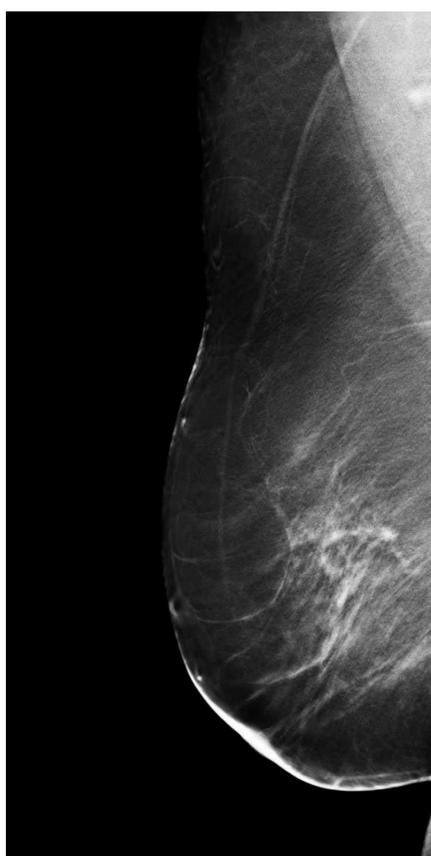
- Es la lesión B3 más prevalente
- Comparte características citológicas y arquitecturales con el DCIS de bajo grado.
- Lesión intraductal clonal de bajo grado con diámetro máximo de 2 mm o que involucra solo partes de una unidad ducto-lobular terminal.
- Su pequeño tamaño dificulta los estudios moleculares.
- Malignizan en el 57% de los casos.
- Riesgo de desarrollar cáncer de mama en la misma mama o en la contralateral del 30%.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

Hiperplasia ductal atípica

- En mamografía se presentan como una distorsión arquitectural y menos frecuentemente como nódulo.
- Pueden asociar calcificaciones (80%) finas, pleomórficas, lineales o en distribución segmentaria, pero también pueden presentar diversos patrones de imagen.
- En RM presenta características inespecíficas.



Hiperplasia ductal atípica. En línea intercuadrántica de mama derecha se visualiza una distorsión de la arquitectura con morfología estrellada.
En ecografía se corresponde con área de mala transmisión y mínima alteración de la grasa circundante línea intercuadrántica externa.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

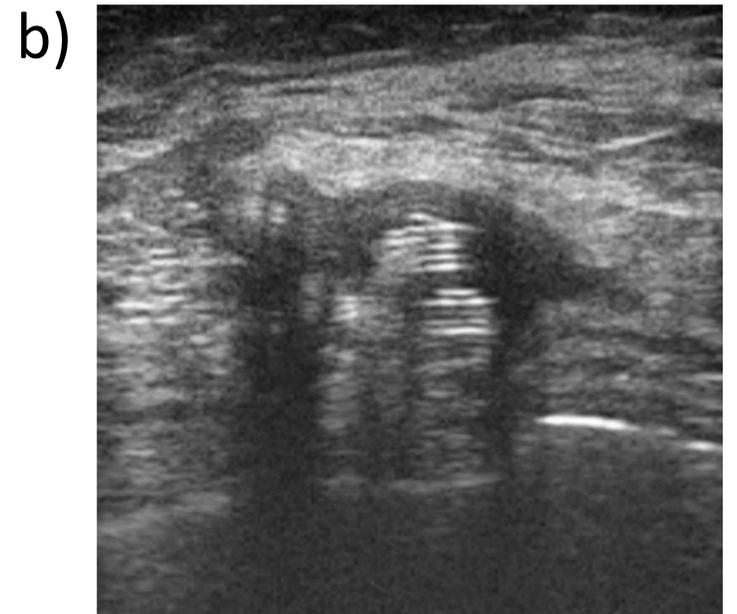
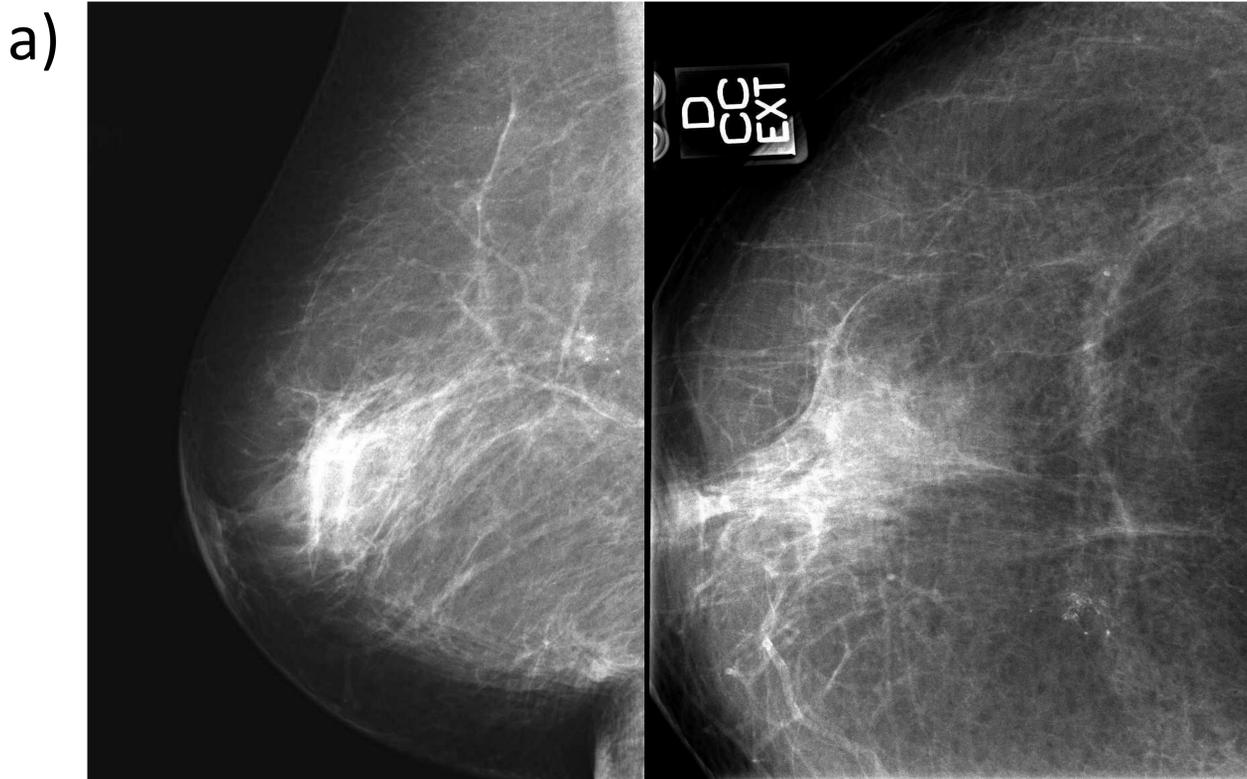
Atipia de epitelio plano (AEP)

- Se caracteriza por una a varias capas de células cúbicas a columnares levemente atípicas que se asemejan a la atipia citológica monomórfica del CIS de bajo grado.
- Aparece en combinación con otras lesiones sospechosas.
- Asocia calcificaciones amorfas o pleomórficas agrupadas.
- En ecografía aparece como un nódulo irregular, microlobulado e hiperecogénico.
- En RM puede aparecer como masa o realce no nodular.
- Riesgo aumentado (1.5 veces) de desarrollo de cáncer de mama invasivo (no claramente independiente del riesgo asociado con lesiones proliferativas concomitantes)

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

Atipia de epitelio plano (AEP)



a) Mamografías en proyecciones oblicua y cráneo-caudal. Microcalcificaciones pleomórficas agrupadas en cuadrante superointerno de mama derecha. b) En ecografía se observan imágenes ecogénicas con sombra posterior sugestivas de microcalcificaciones.

Se realiza biopsia con el resultado de parénquima mamario sin lesiones significativas → Se aconseja exéresis con arpón → Resultado de AP: **atipia de epitelio plano.**

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

Neoplasia lobulillar clásica

- Proliferación neoplásica de células epiteliales con origen en las unidades lobulillares terminales.
- Precursor no obligatorio del cáncer de mama.
- Si se extiende < 50% dentro de las unidades lobulillares terminales → **hiperplasia lobulillar atípica (HLA)**.
- Si se extiende > 50% dentro de las unidades lobulillares terminales → **carcinoma lobulillar in situ (CLIS)**.

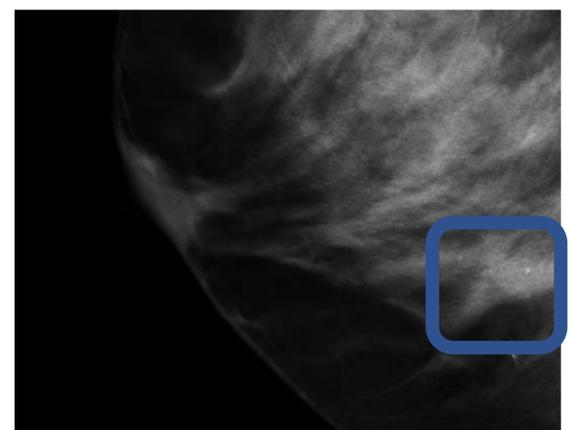
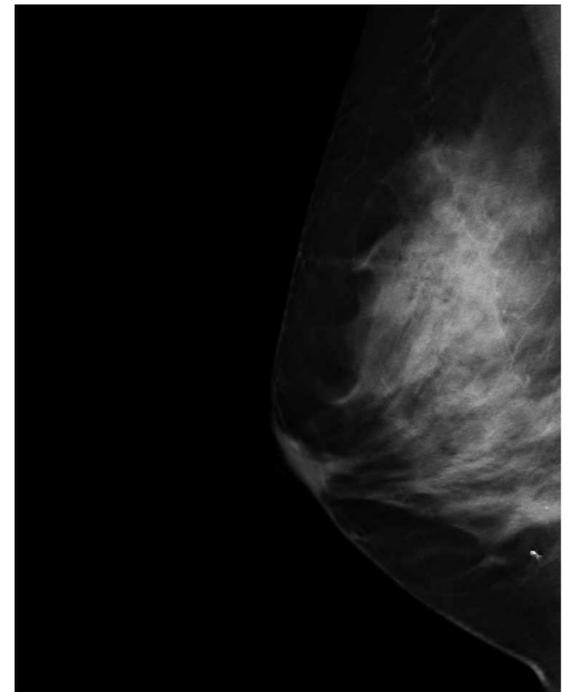


Imagen: Mamografía craneocaudal de mama derecha: microcalcificaciones BI-RADS 4A en cuadrante inferointerno.

Ecografía: no se visualizan lesiones focales ni alteraciones estructurales asociadas las microcalcificaciones.

Se realiza BAV de microcalcificaciones: **hiperplasia lobulillar atípica (B3b)**.

Para valorar si existe lesión residual a la biopsia, citamos a la paciente desde nuestro servicio para RM. En caso de realces anómalos valoraremos si exéresis de la zona con arpón o nueva BAV.

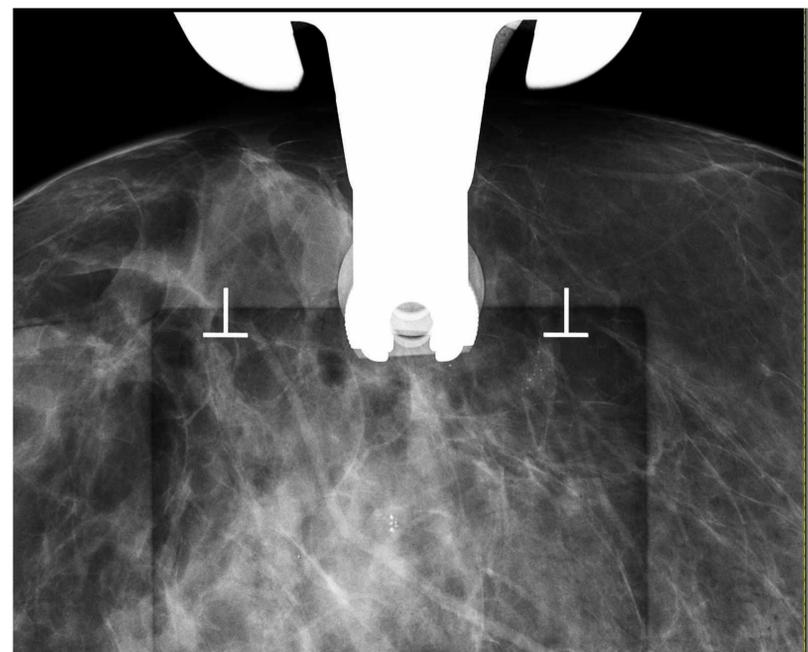
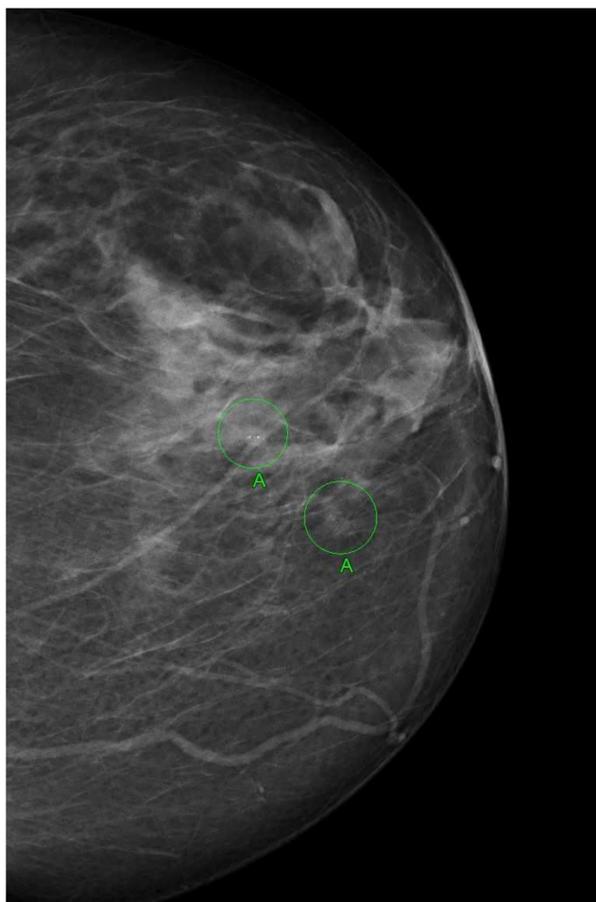
En ausencia de realces, los controles deben seguirse según el protocolo de lesiones B3B.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b

Neoplasia lobulillar clásica

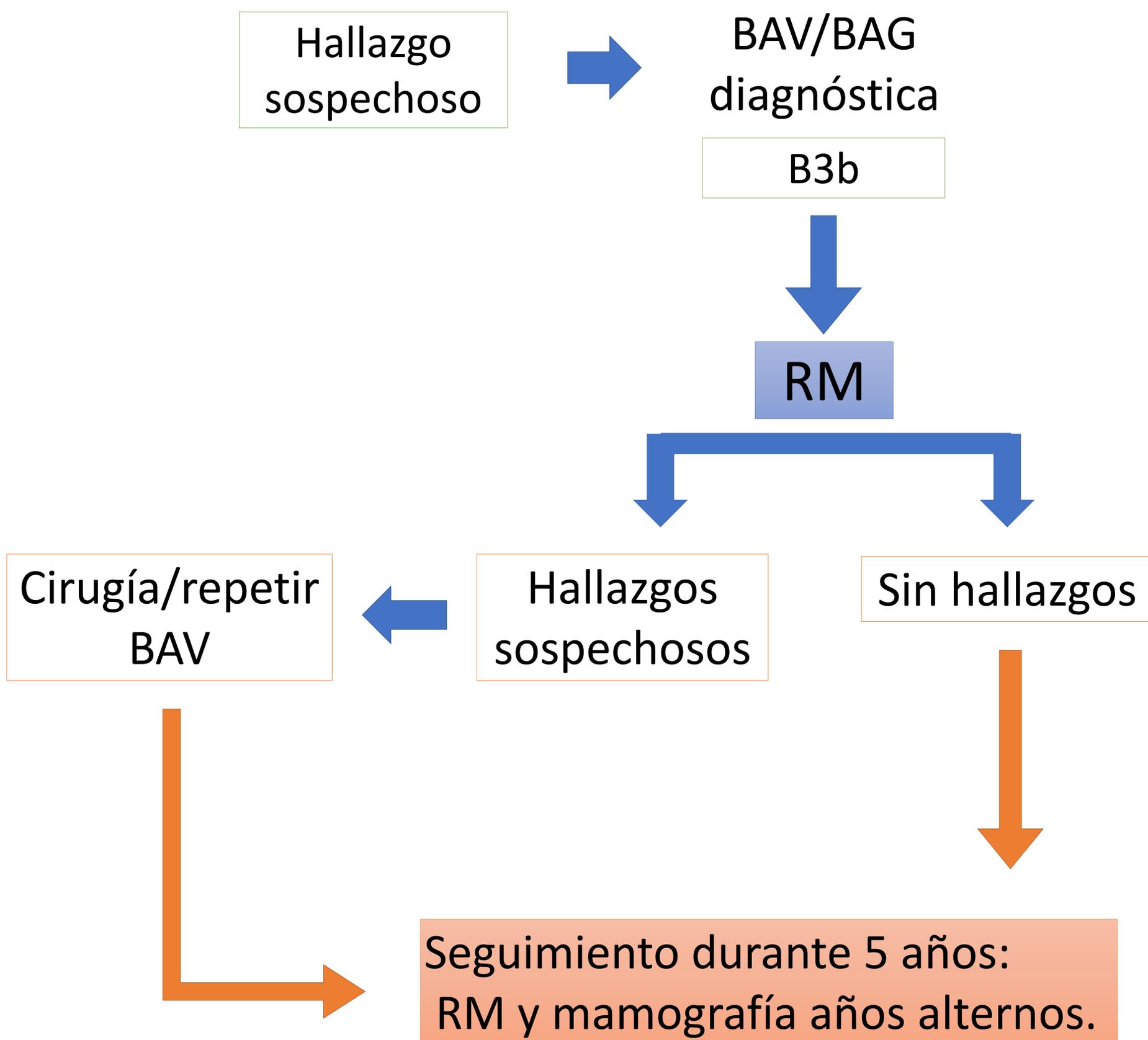
- Suele ser un hallazgo incidental sin masa palpable.
- No tiene un patrón de imagen típico.
- Podría asociarse con microcalcificaciones en la mamografía.
- Progresión a CDIS o cáncer invasivo en un 20%.



Biopsia asistida por vacío guiada mediante esterotaxia de microcalcificaciones en línea intercuadrántica superior de mama izquierda. Anatomía patológica con resultado de **carcinoma lobulillar in situ**.

REVISIÓN DEL TEMA

Lesiones B3b: manejo



CONCLUSIÓN

- Las lesiones mamarias de potencial biológico incierto suponen un desafío para el radiólogo.
- El desarrollo de un protocolo multidisciplinar optimiza el manejo y tratamiento de este grupo heterogéneo de patología.
- Es importante mantenerse alerta con estas lesiones, con una actitud vigilante, un diagnóstico preciso y un tratamiento más o menos agresivo según el riesgo de malignidad que asocie cada subtipo histológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Elfgen C, Leo C, Kubik-Huch RA, Muenst S, Schmidt N, Quinn C, et al. Third International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Virchows Arch* [Internet]. 2023;483(1):5–20.
- Mar Sánchez Movellán. Documento de consenso manejo de las lesiones histológicas de alto riesgo en los programas de cribado de cáncer de mama [Internet]. SEDIM: Red de Programas de Cribado de Cáncer; nov 2017.
- Rageth CJ, EAM O’F, Pinker K, Kubik-Huch RA, Munding A, Decker T et al (2019) Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Tr* 174(2):279–296
- Castells X, Domingo L, Corominas JM, Torá-Rocamora I, Quintana MJ, Baré M, Vidal C, Natal C, Sánchez M, Saladié F, Ferrer J, Vernet M, Servitja S, Rodríguez-Arana A, Roman M, Espinás JÁ, Sala M. Breast cancer risk after diagnosis by screening mammography of nonproliferative or proliferative benign breast disease: a study from a population-based screening program. *Breast Cancer Res Treat*. Published online: 13 December 2014.