

Correlación radio-patológica y seguimiento de las lesiones mamarias histológicas de alto riesgo en nuestro hospital.

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: **Diana Lucia Acevedo Soto**, Yudy Marleny López Barrera, Claudia Pascual Montero, Alicia Victoria Gavilanes Vaca, Juan Luis Quirós Cebría, Alfonso Martín Arganda

Objetivos

- Revisar los hallazgos radiológicos de los diferentes tipos de LHAR.
- Determinar la infraestimación diagnóstica de la Biopsia con aguja gruesa (BAG) en las lesiones B3, según nuestra experiencia.
- Valorar la incidencia de malignidad en el seguimiento de las lesiones B3, diagnosticadas por BAG, comprobando si hay diferencias entre las que han sido extirpadas, con confirmación de diagnóstico en la extirpación, y las que no se extirparon.

Imágenes en esta sección:

CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES MAMARIAS HISTOLÓGICAS DE ALTO RIESGO EN NUESTRO HOSPITAL.

Diana Lucia Acevedo Soto, Yudy Marleny López Barrera,
Claudia Pascual Montero, Alicia Victoria Gavilanes Vaca, Juan
Luis Quirós Cebriá, Alfonso Martín Arganda.

Complejo Hospitalario de Cáceres.

Fig. 1: Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario de Cáceres.

Material y métodos

Se realiza una revisión retrospectiva de las lesiones mamarias histológicas de alto riesgo diagnosticadas en nuestro servicio por BAG (14G), sobre un total de 1572 biopsias, con criterios de Bi-Rads 4 y 5, en un periodo de 7 años, comprendidos entre el 2008 y 2014.

Valoramos la evolución de los casos confirmados por biopsia quirúrgica hasta el año 2015 y el posible aumento en la incidencia de malignidad.

Las medidas de nuestro estudio son hallazgos radiológicos, correlación anatomo-patológica, recomendaciones posteriores y detección de la incidencia de malignidad.

Imágenes en esta sección:

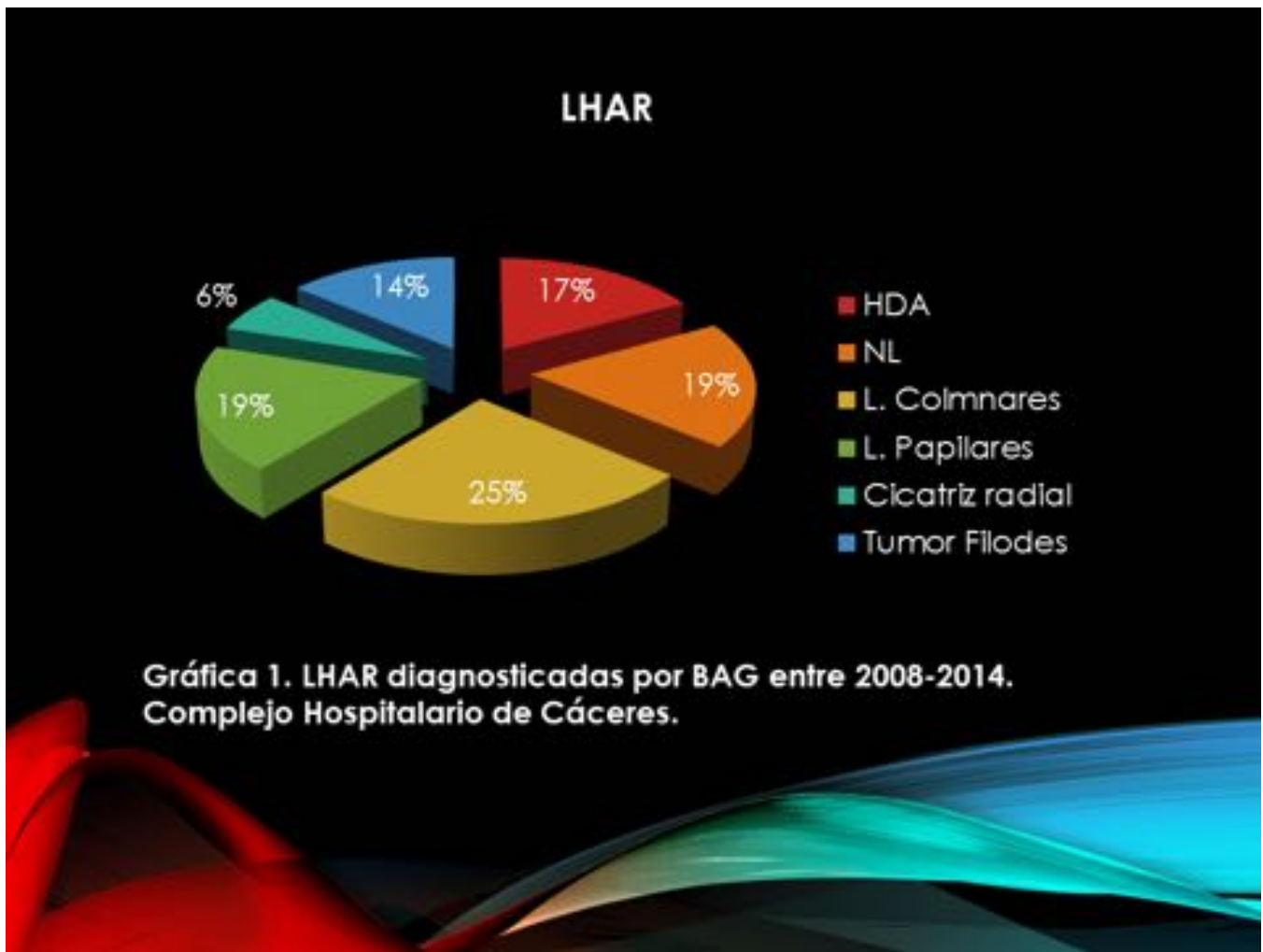


Fig. 2: Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario de Cáceres.

	Distorsión	Microcalcificaciones	Nódulo	Densidad Focal Asimétrica	Total
HDA	27%	55%	18%		11
N.L	33%	25%	17%	25%	12
Lesiones Columnares		53%	27%	20%	15
Cicatriz Radial	50%		25%	25%	4
Lesiones Papilares			83%		12
Tumor Filodes			100%		9

Tabla 1. Hallazgos mamográficos de las LHAR. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Fig. 3: Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario de Cáceres.

Resultados

Se llama lesiones histológicas de alto riesgo (LHAR) a aquellas lesiones benignas, que tienen un potencial incierto respecto a malignidad, requiriendo por lo tanto un abordaje diferente al de otras lesiones benignas. Estas lesiones son las incluidas en la Categoría B3 de la clasificación patológica de Ellis para resultados de biopsias por punción con aguja gruesa (BAG) (European Guidelines, Perry N et al 2006).. Incluimos en este grupo a: Cicatriz radial o lesión esclerosante compleja, lesiones papilares, lesiones columnares, tumor phyllodes, proliferaciones epiteliales atípicas y neoplasia lobulillar.

En nuestro servicio, la actitud ante un resultado de la categoría B3 en una BAG es recomendar la extirpación de la lesión, en primer lugar para confirmar el diagnóstico, ante la que suponemos alta incidencia de infradiagnóstico de la BAG en estos casos y en segundo lugar para evitar la progresión de estas lesiones hacia la malignidad, ya que muchas de ellas son consideradas como precursores necesarios en el desarrollo del carcinoma de mama o marcadores de un aumento en las posibilidades de padecer un cáncer en esa mama o en la contralateral.

Revisamos nuestros casos para confirmar si nuestras recomendaciones son correctas.

Hallazgos radiológicos:

Papiloma

Es un tumor fibroepitelial benigno, en el que se distinguen 4 tipos, papiloma intraductal retroareolar, papilomas periféricos intraductales múltiples, adenoma papilar del pezón y papilomatosis juvenil.

El signo clínico más característico es la telorrea, que puede ser acuosa, amarillenta, parduzca o sanguinolenta, unilateral y espontánea, y afecta a un solo conducto. La secreción mamaria es menos frecuente en los papilomas periféricos.

- **Mamografía:**

La mayoría de los papilomas retroareolares no se detectan en la mamografía, ya que son nódulos pequeños que quedan ocultos en el parénquima glandular. Si está delimitado por grasa, se aprecian como nódulos bien delimitados, de morfología redondeada y ovalada. Ocasionalmente presentar calcificaciones de aspecto grosero.

- **Galactografía:**

Permite detectar papilomas que provocan secreción. Se detectan como defectos de repleción, amputación de la luz, conductos irregulares, dilatados o distorsionados. Estos signos son indistinguibles de los producidos por un carcinoma intraductal.

- **Ecografía:**

Se pueden identificar como nódulos hipoeoicos redondeados u ovalados, habitualmente bien delimitados o como lesiones intraductales únicas o múltiples.

- **RM**

En secuencias T2, ocasionalmente se identifican como defectos de repleción en la luz de un conducto dilatado. Los papilomas esclerosos apenas captan contraste, mientras que los de predominio celular realzan marcadamente.

Recomendaciones:

Si el diagnóstico tras la BAG o la biopsia por aspiración al vacío (BAV) es de lesión papilar benigna y se ha extirpado toda la lesión tras la BAV, entonces la BAV y el seguimiento posterior serían una alternativa a la exéresis quirúrgica y si estamos ante una lesión papilar con atipia se recomienda la exéresis quirúrgica.

Cicatriz radial

Lesión compleja benigna que puede simular cáncer, tanto en las técnicas de imagen como en el estudio histológico. Se puede asociar con hiperplasia ductal típica o atípica, adenosis, neoplasia lobular e incluso carcinoma ductal in situ o infiltrante.

Habitualmente es un hallazgo casual en el estudio de biopsias realizadas por otros motivos, rara vez son lesiones palpables o que retraen la piel.

- **Mamografía:**

La presentación típica es la de una distorsión arquitectural, con o sin microcalcificaciones asociadas. Sugieren el diagnóstico la presencia de un centro radioluscente, espículas largas y disociación de la imagen entre las dos proyecciones convencionales.

- **Ecografía:**

La mayoría no son visibles por esta técnica. El hallazgo más frecuente es una masa irregular hipocóica. Asimismo, se puede apreciar una zona de sombra acústica posterior sin masa asociada.

- **RM:**

Las secuencias potenciadas en T1 o T2 pueden poner de manifiesto una imagen de distorsión arquitectural. Habitualmente no realzan, pero en ocasiones se pueden comportar como lesiones malignas, por lo que esta técnica no está indicada en el diagnóstico diferencial de cicatriz radial y carcinoma.

Recomendaciones:

Si el diagnóstico tras la BAG o la BAV es de cicatriz radial y son lesiones menores de 1 cm y se logra extraer toda la lesión por BAV, la exéresis por BAV y el seguimiento sería una alternativa a la exéresis quirúrgica; pero, si estamos ante una lesión con atipia la exéresis quirúrgica sería la recomendación.

Lesiones Columnares

Las lesiones de células columnares (LCC) constituyen un espectro de alteraciones histológicas que afectan a las unidades ducto-lobulillares terminales. Constituyen un espectro morfológico que va desde los cambios columnares, la hiperplasia columnar y los cambios columnares e hiperplasia columnar con atipia.

Frecuentemente coexiste con distintos tipos de carcinoma intraductal de bajo grado y hay una evidencia creciente que muestra alteraciones moleculares y genéticas similares, sugiriendo que la AEP podría ser el precursor temprano del carcinoma ductal de bajo grado.

- **Mamografía:**

Microcalcificaciones, generalmente amorfas, a veces heterogéneas o pleomórficas.

- **Ecografía:**

Es raro que tenga representación ecográfica, está descrito en algunos casos pequeño nódulo.

Recomendaciones:

No hay consenso absoluto, la mayoría de trabajos recomiendan exéresis quirúrgica. Puede considerarse “una zona de penumbra” y recomendar el **seguimiento** si se ha realizado BAV con aguja de gran calibre, se ha extraído toda la lesión, existe una buena correlación ante lesiones de pequeño tamaño y no asociadas otras lesiones de riesgo asociadas.

Hiperplasia ductal

Proliferación de las células epiteliales que tapizan las paredes de los conductos. La hiperplasia ductal atípica resulta difícil de distinguir del carcinoma ductal in situ de bajo grado.

La mayoría son lesiones pequeñas, que no suelen ser palpables. Cuando se asocian a otras lesiones pueden existir síntomas relacionados con ellas, como dolor, secreción mamaria o nódulo palpable. La hiperplasia ductal atípica incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama RR 1,5, e incrementa ese riesgo entre cuatro y diez veces, en función de si existen antecedentes familiares de cáncer de mama.

- **Mamografía:**

Se pueden apreciar microcalcificaciones redondeadas, amorfas o pleomórficas, nódulos o distorsiones.

- **Ecografía:**

No suelen ser identificables, salvo que se asocien a otra lesión con traducción ecográfica.

- **RM:**

Las áreas de hiperplasia ductal atípica pueden experimentar captación de contraste paramagnético.

Recomendaciones:

Tras un resultado de hiperplasia ductal atípica en una BAG o BAV se debe realizar una biopsia quirúrgica, porque pueden infraestimar un carcinoma.

Neoplasia lobular

Comprende todo el espectro de proliferaciones atípicas que se originan en la unidad ductolobulillar terminal (hiperplasia lobulillar atípica y carcinoma lobulillar in situ). La unidad ductolobulillar está completamente ocupada por células pequeñas y poco cohesivas que la expanden. No existe presentación clínica característica, suele ser un diagnóstico casual.

- **Mamografía:**

Habitualmente se asocian a otra lesión que es la que produce la imagen mamográfica. Generalmente se asocia a microcalcificaciones, pero también a nódulos o distorsiones.

- **Ecografía:**

No se asocia a una imagen ecográfica reconocible. Pueden asociarse a lesión hipocóica o distorsión de la arquitectura.

- **RM:**

Áreas de realce regional parcheado.

Recomendaciones:

Es indicada la escisión quirúrgica, por la probabilidad de asociación con carcinoma infiltrante c intraductal.

Tumor filodes

Tumor fibroepitelial que muestra un rango variable de comportamiento biológico. Son poco frecuentes (0.3 – 1% de los tumores mamarios). La presentación clínica suele ser como nódulo palpable, bien

delimitado, redondeado o polilobulado, de crecimiento rápido. La recidiva tras la tumoración puede llegar hasta un 21% de los casos, aunque el riesgo disminuye si se realiza la exéresis con amplios márgenes de resección (superior a 10 mm).

- **Mamografía:**

Nódulos ovalados o redondeados, de márgenes circunscritos. Pueden existir calcificaciones de gran tamaño en su interior. Las lesiones de más de 30 mm tienen más riesgo de ser malignas.

- **Ecografía:**

Nódulos redondeados u ovalados, de margen circunscrito, con refuerzo acústico posterior, Pueden tener quistes o alteraciones de la estructura interna, hallazgos que indican la biopsia percutánea.

- **RM:**

En Las secuencias T2, son lesiones hiperintensas y en secuencias con contraste, suele existir una captación rápida. El papel de la RM es determinar la extensión local del tumor cuando se plantea mastectomía o tratamiento conservados, así como evaluar la posible afectación de la pared torácica.

Recomendaciones:

Si el diagnóstico de tumor filodes es por BAG, se recomienda la exéresis quirúrgica amplia con márgenes mayores de 1 cm; si el diagnóstico tras la BAG es de lesión indeterminada entre fibroadenoma y tumor filodes, se recomendaría la BAV y se ampliaría el margen quirúrgico en un segundo tiempo si el diagnóstico es de tumor filodes.

Nuestra experiencia

Obtuvimos un total de 63 (4%) LHAR por BAG, de los cuales, 11 (17%) correspondían con Hiperplasia ductal atípica (HDA), 12 (19%) a neoplasia lobular (NL), de los cuales 7 a Hiperplasia lobulillar atípica y 5 a Carcinoma lobulillar in situ (CLIS), 15 (24%) lesiones columnares (LCC) de los cuales, 5 fueron cambios columnares, 2 hiperplasias columnares y 8 Atipias de epitelio plano (AEP), 12 (19%) lesiones papilares, de las cuales, 10 eran papilomas benignos y 2 lesiones papilares atípicas, 4 (6%) cicatriz radial, 6 (9%) tumores phyllodes benignos y 3 (5%) tumores phyllodes borderline.

El 17% restante de las lesiones papilares se manifestó con telorrea, por lo que no fueron incluidas en la tabla 1.

De las 63 LHAR, a 56 se extirparon y 7 no fueron extirpadas. De las 56 LHAR extirpadas, 10 presentaban un diagnóstico anatomo-patológico de malignidad, 6 carcinoma ductal in situ y 4 carcinomas infiltrantes, con una infraestimación en el diagnóstico por BAG del 18%.

En el seguimiento de las 46 LHAR confirmadas por biopsia quirúrgica, encontramos que 4 pacientes no presentaban controles posteriores; una paciente con hiperplasia lobulillar atípica, presentó 2 años después, un carcinoma intraductal de alto grado en la mama contralateral y en las pacientes con lesiones no extirpadas, no encontramos desarrollo de malignidad hasta el momento actual.

Imágenes en esta sección:

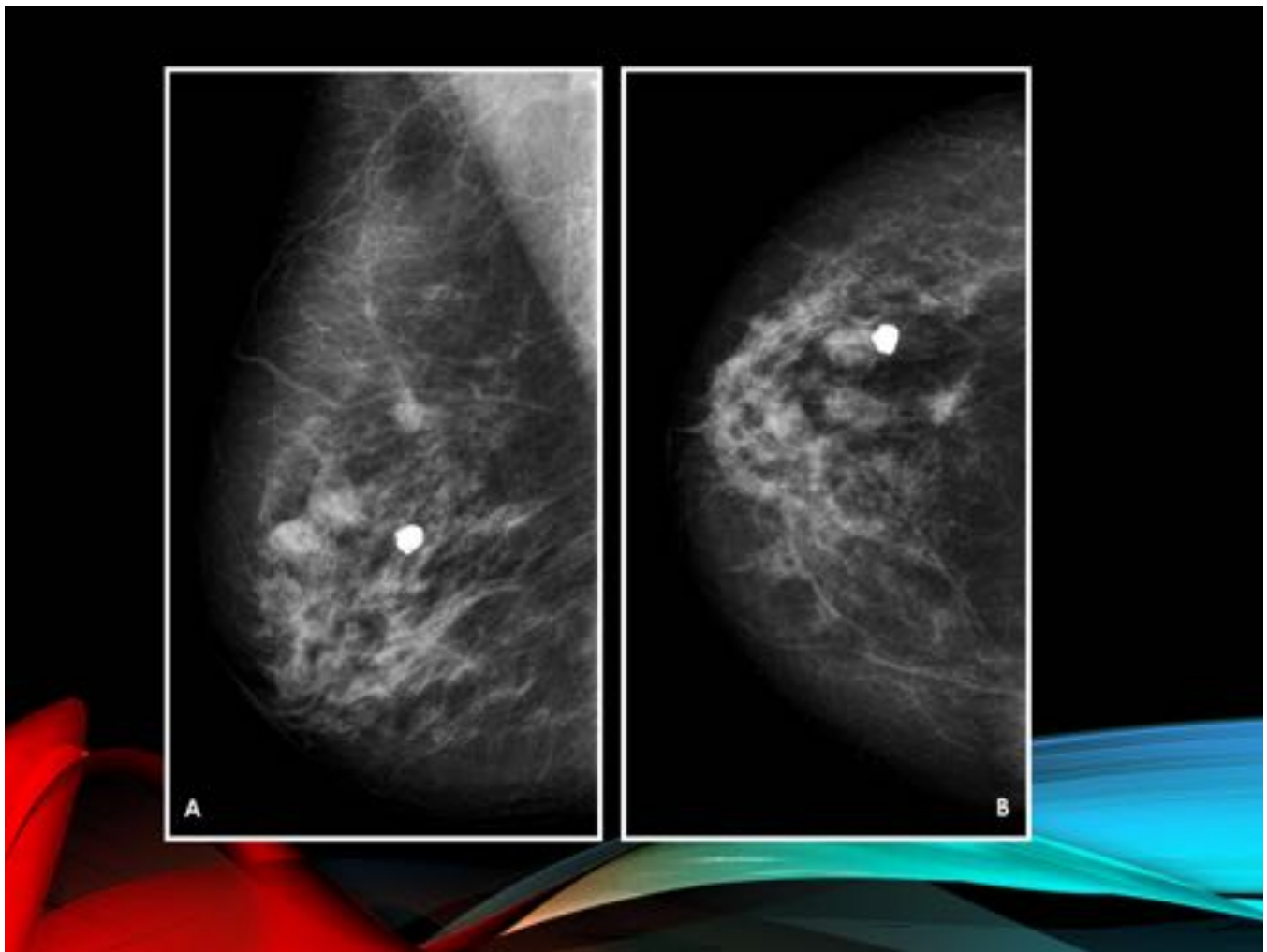


Fig. 4: A y B. Mamografía mediolateral oblicua (MLO) y craneocaudal (CC), opacidad, ovalada, de margen circunscrito, isodensa, en CSE de mama izquierda, con resultado anatomopatológico de papiloma benigno. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Cáceres.

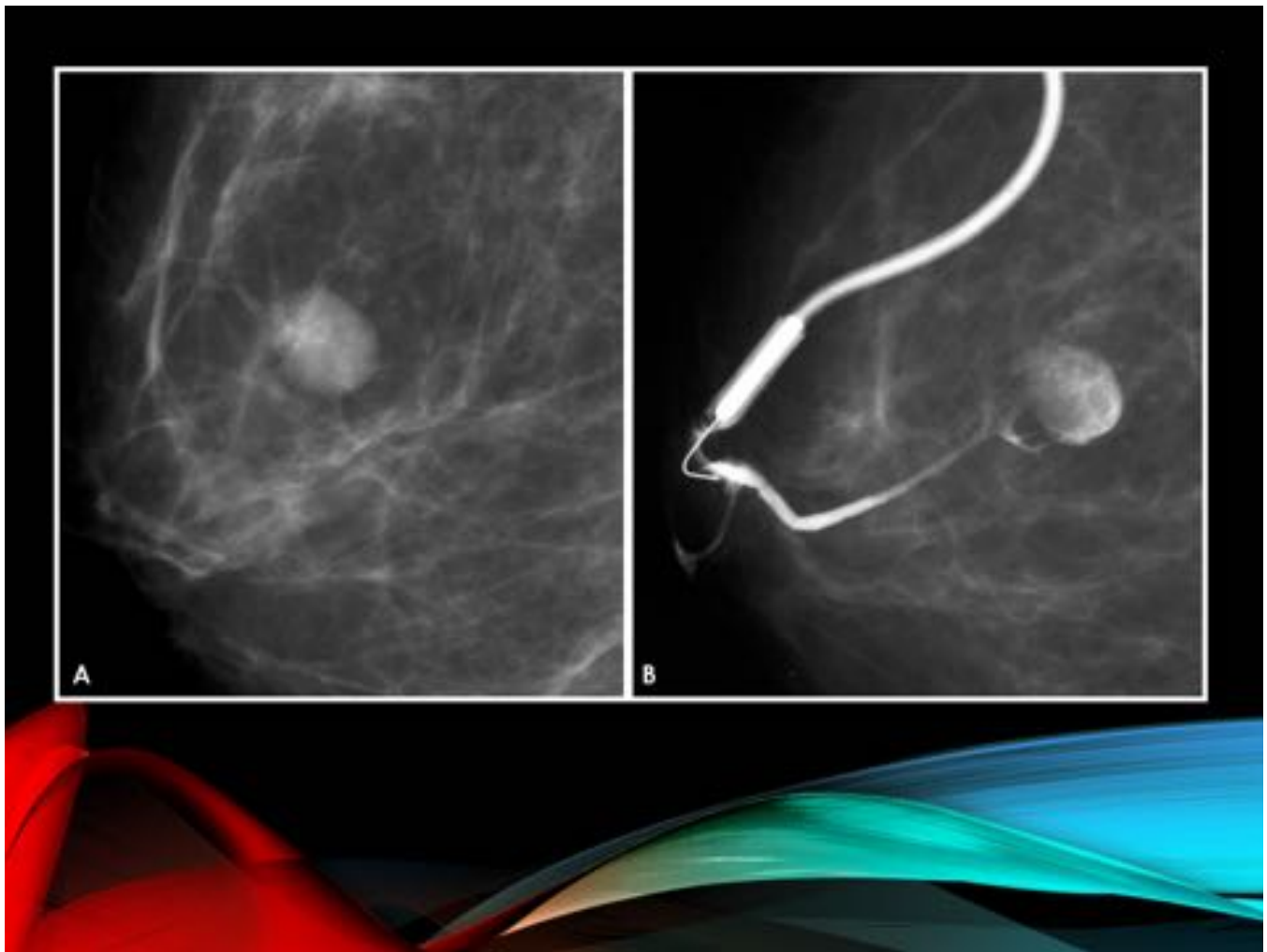


Fig. 5: A. Mamografía MLO. Masa ovalada, de margen circunscrito, isodensa, en CSE de mama izquierda. B. Mamografía MLO durante la galactografía de mama izquierda, opacidad retroareolar, con un ducto distendido que presenta un defecto endoluminal, con resultado AP de papiloma benigno.

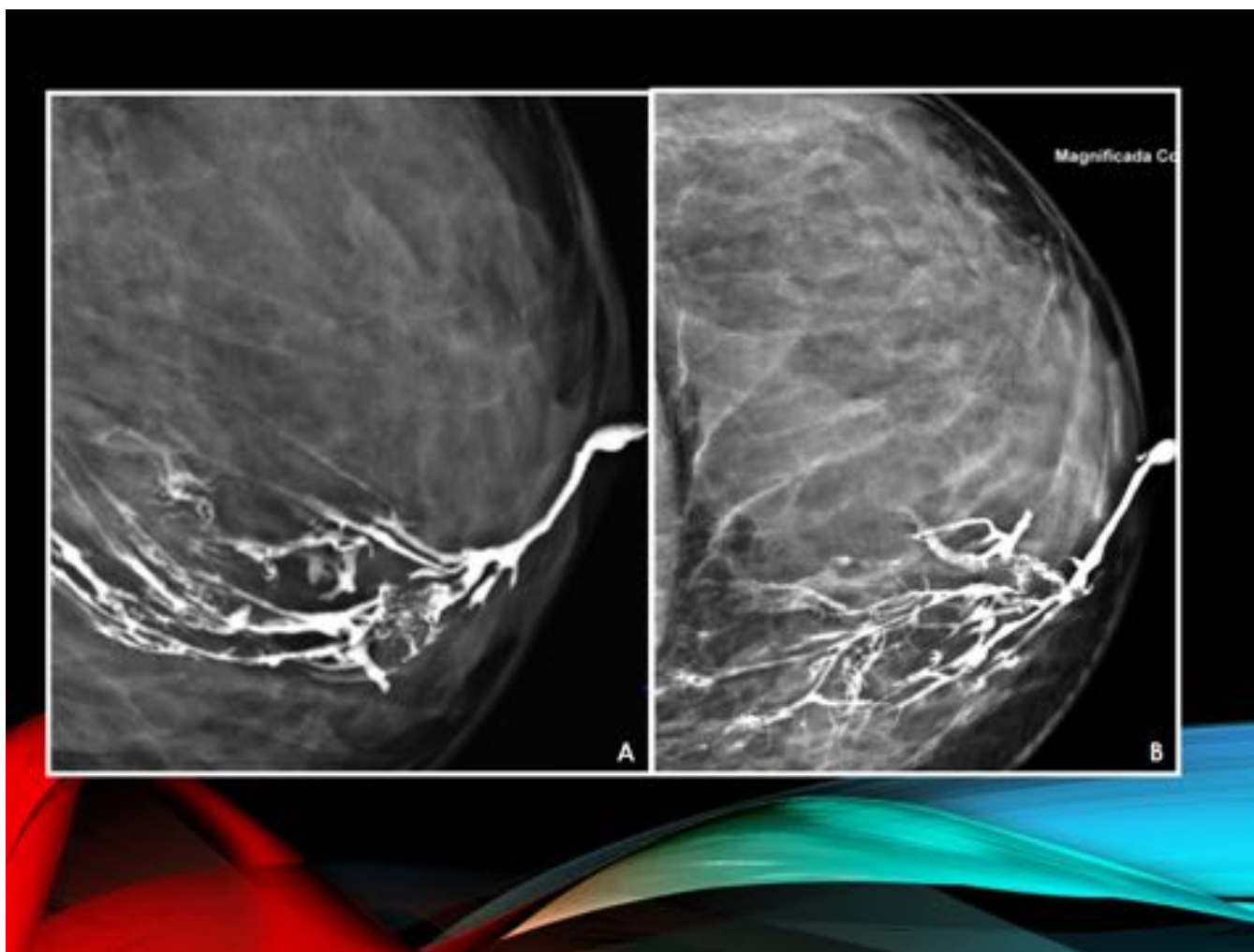


Fig. 6: A y B. Mamografía MLO y magnificada, durante la galactografía de mama derecha, ducto distendido con un defecto endoluminal, con resultado AP de papiloma intraductal benigno. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Cáceres.

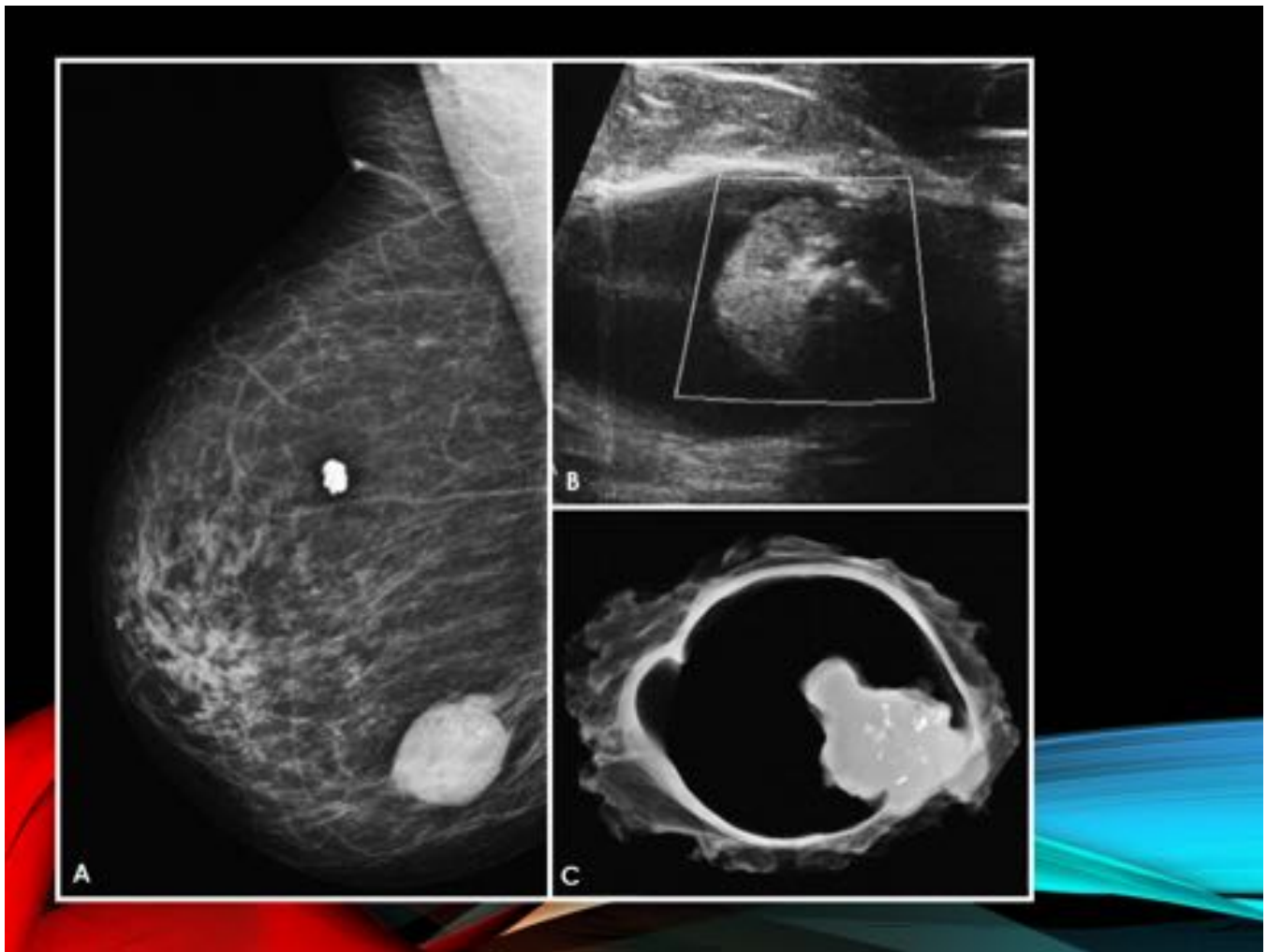


Fig. 7: A. Mamografía MLO. Aumento de densidad, ovalado de margen circunscrito, en CII de mama derecha. B. En ecografía se demostraba una lesión papilar intraquística. C. La radiografía del espécimen, demostró que se trataba de una lesión intraquística con calcificaciones en el nódulo sólido mural.

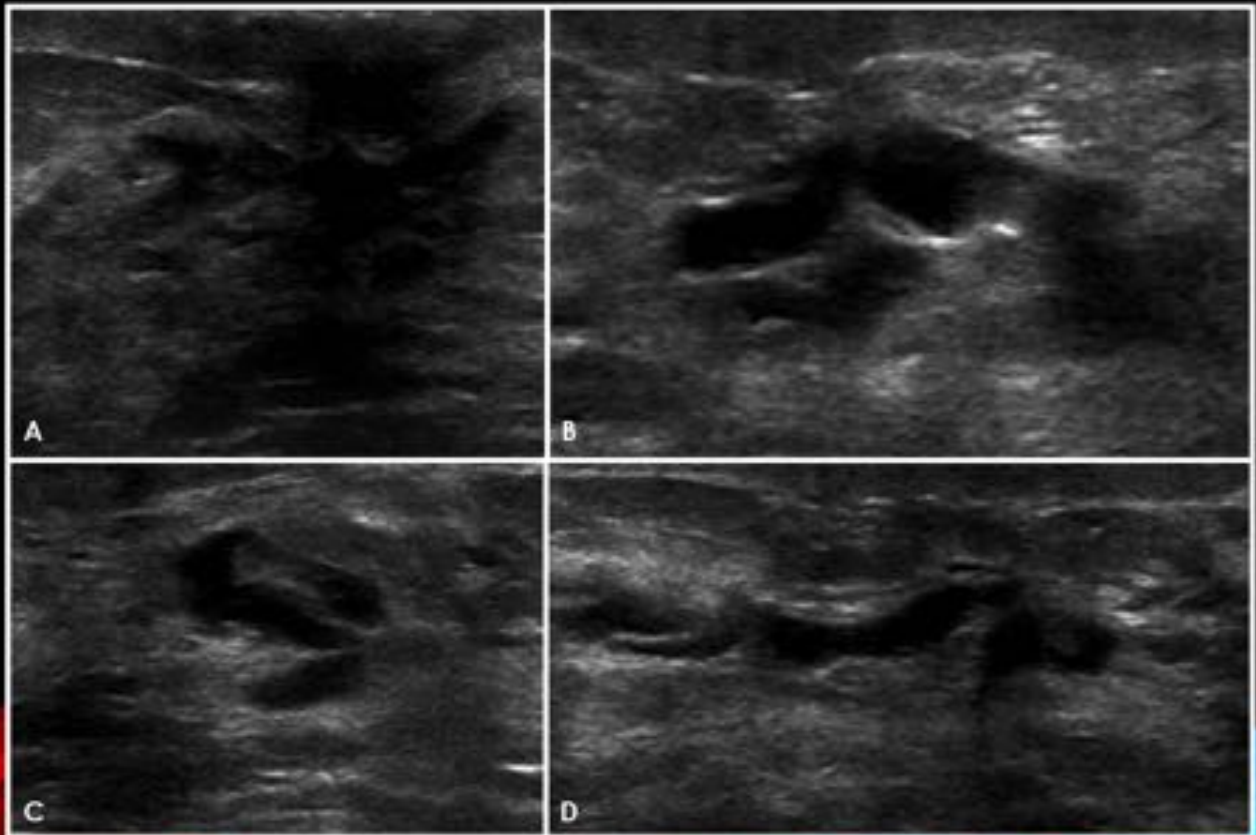


Fig. 8: A-D. Ecografía mamaria. Dilatación de ductos retroareolares de mama izquierda, con lesiones nodulares hipocogénicas, redondeadas en su interior, en relación con papilomas múltiples. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Cáceres.

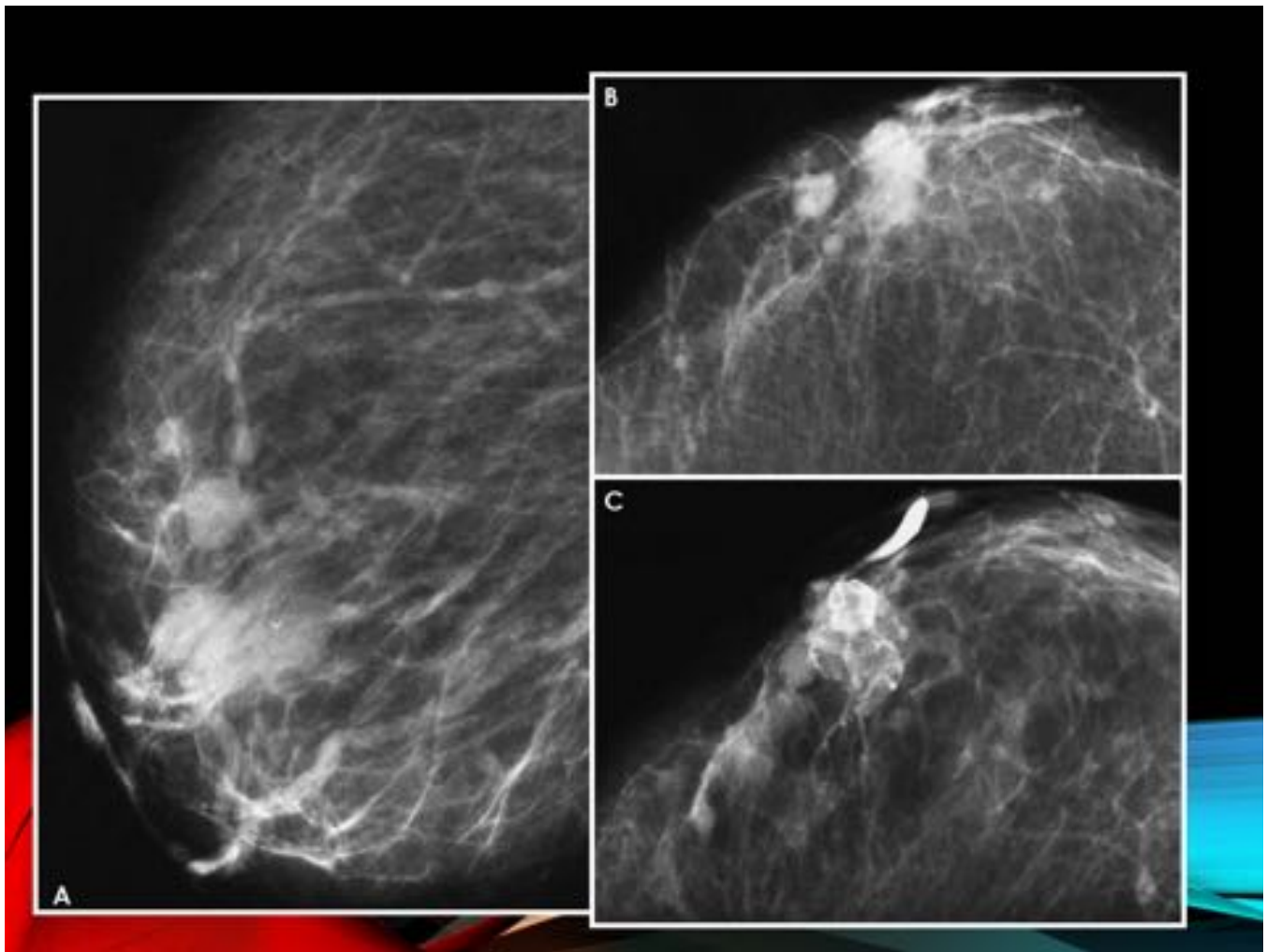


Fig. 9: A y B. Mamografía proyecciones MLO y CC. Varias lesiones retroareolares, redondeadas, isodensas, con algunas calcificaciones benignas. C. Proyección CC durante la galactografía. Dilatación de un ducto con múltiples defectos de repleción, con un resultado AP de papilomas múltiples.

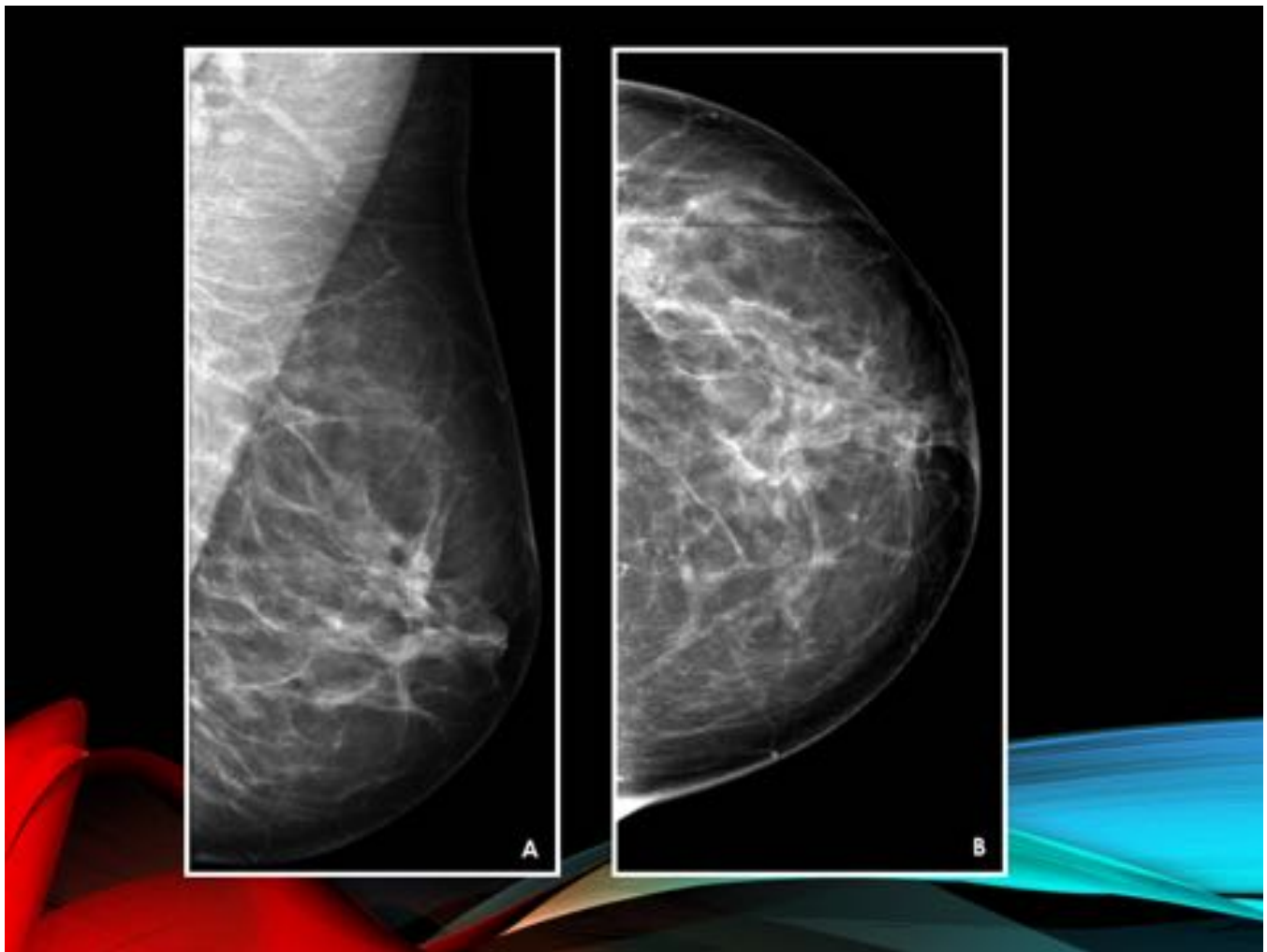


Fig. 10: A y B. Mamografía con proyecciones MLO y CC de mama derecha. Distorsión parenquimatosa Intercuadrantica superior, con centro radiolúcido y diagnóstico AP de cicatriz Radial. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Cáceres.

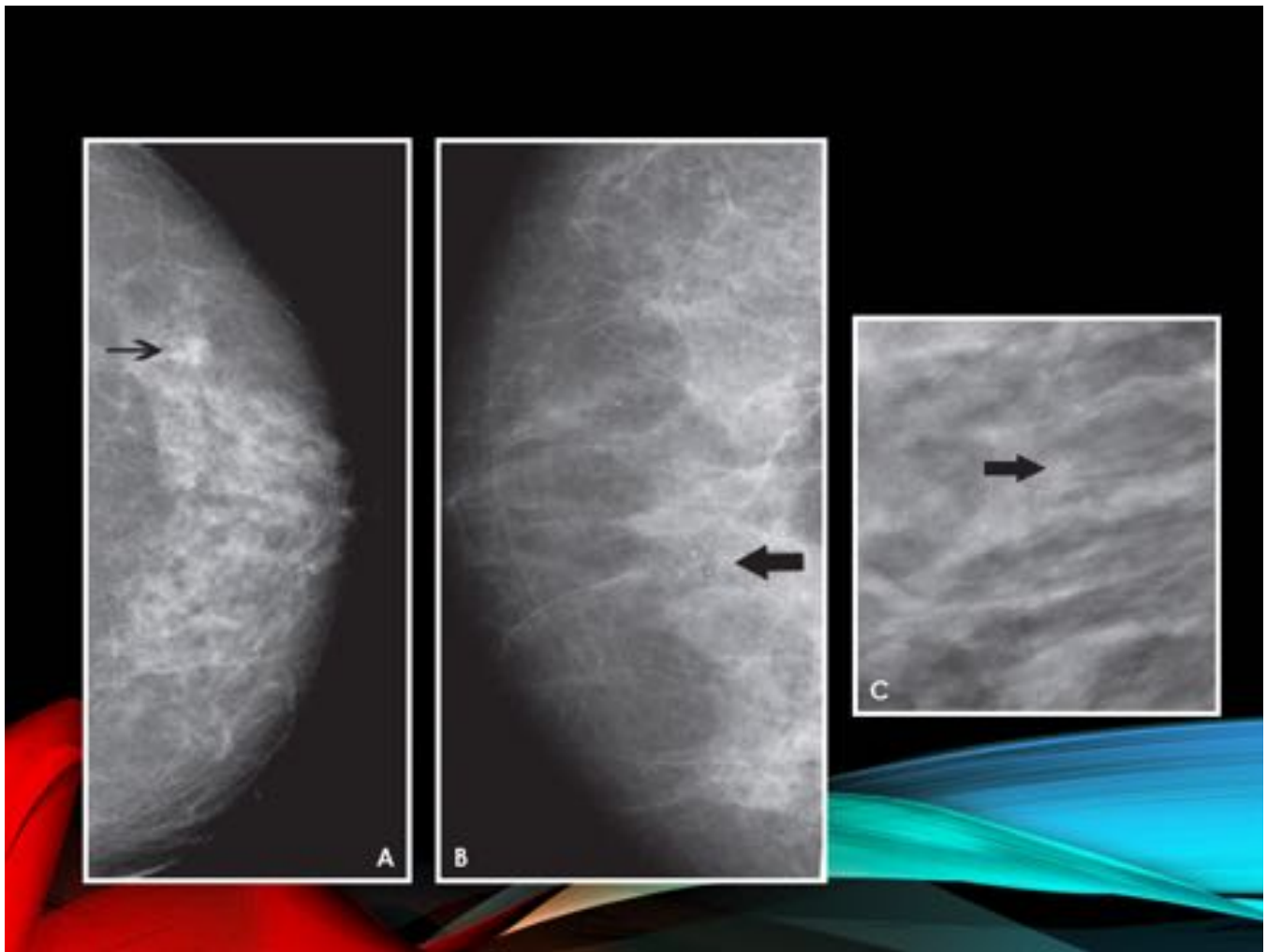


Fig. 11: A. Mamografía proyección CC de mama derecha. Distorsión parenquimatosa en CSE, con calcificaciones amorfas y diagnóstico AP de Cambios de Células columnares. B. Mamografía proyección MLO. Densidad focal parenquimatosa, con microcalcificaciones pleomórficas centrales, con diagnóstico AP de Hiperplasia de Células columnares. C. Mamografía donde se aprecian calcificaciones pleomórficas finas con diagnóstico AP de cambios de células columnares.

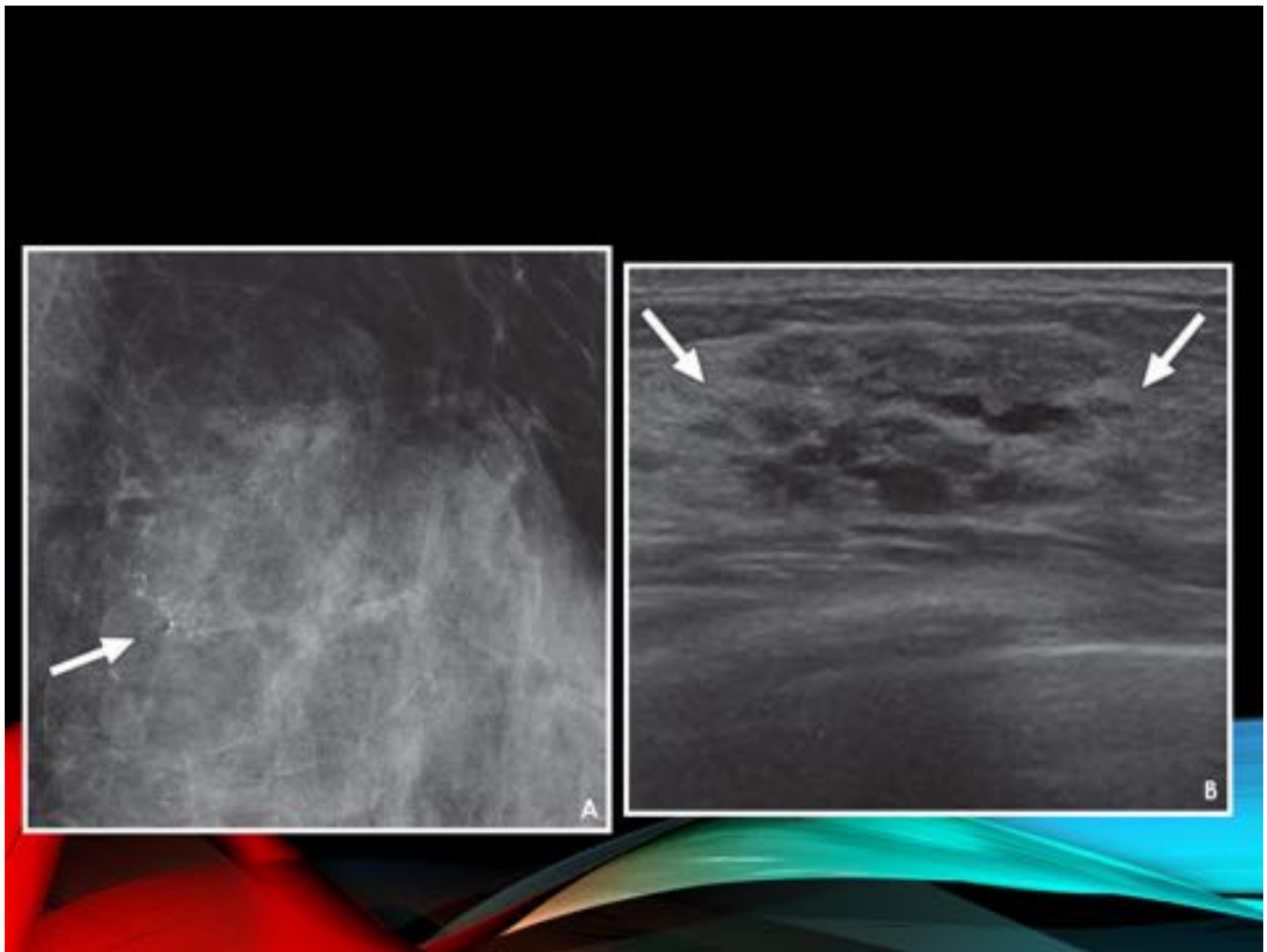


Fig. 12: A. Mamografía donde se aprecian microcalcificaciones amorfas, agrupadas, en CSE de mama derecha. B. Ecografía mamaria. Masa hipoecogenica, compleja, irregular, de margen indistinguible y orientación paralela, con diagnóstico AP de Cambios por células columnares que se confirma tras la exeresis quirúrgica.

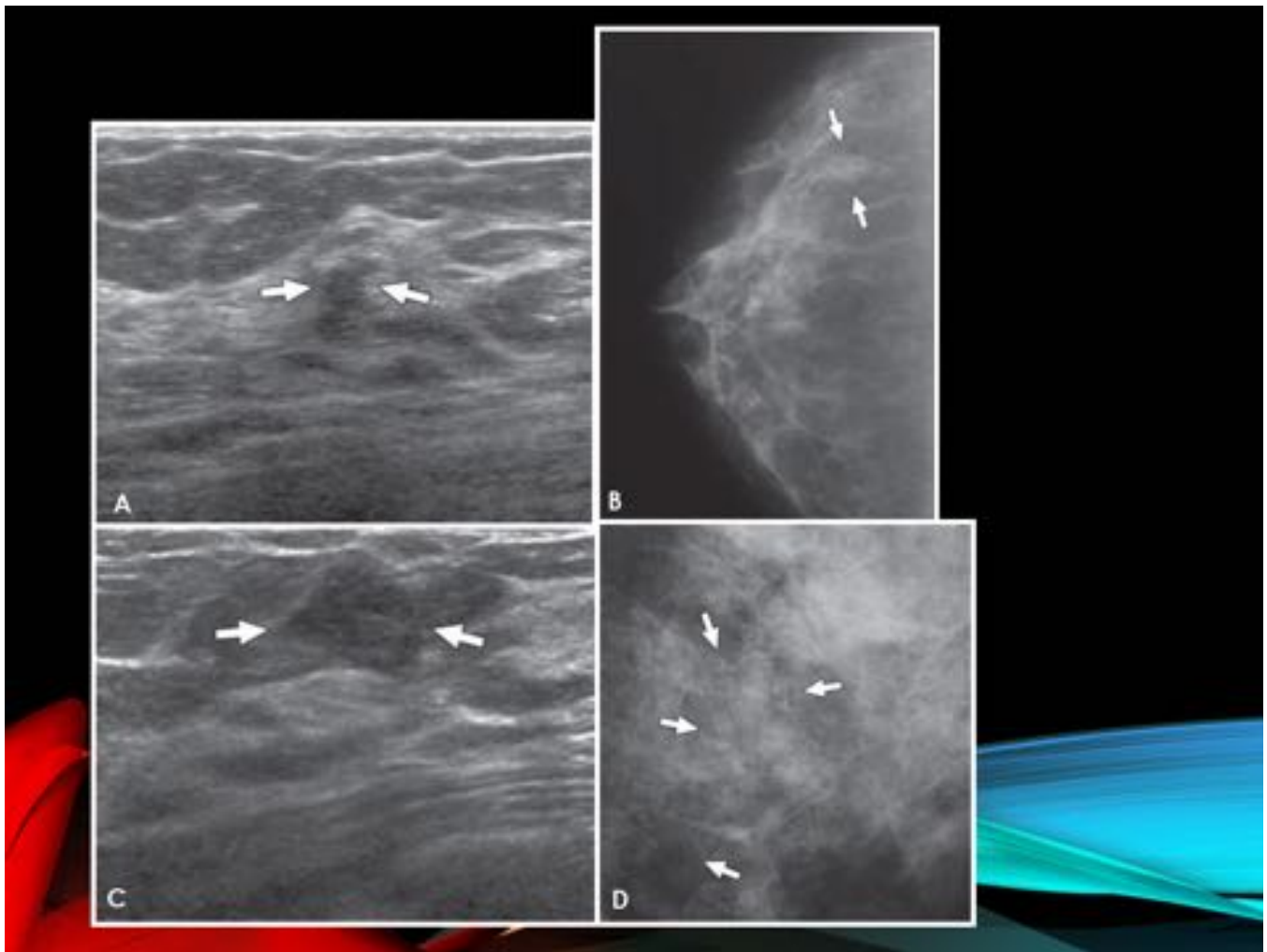


Fig. 13: A y B. Ecografía mamaria y mamografía proyección CC mama derecha. Se aprecia una lesión hipocogénica, de margen irregular y orientación antiparalela, que en la mamografía se corresponde con una densidad focal asimétrica en CSE, con diagnóstico AP de Hiperplasia ductal atípica. C y D. Ecografía mama izquierda. Masa ovalada, hipocogénica, de margen angulado, que en mamografía asociaba microcalcificaciones pleomórficas, con diagnóstico AP de Hiperplasia ductal atípica.



Fig. 14: A. Mamografía proyección MLO de mama izquierda. Densidad focal asimétrica en CSE, con diagnóstico AP de carcinoma lobular in situ. B. Mamografía proyección MLO de mama derecha. Densidad focal asimétrica con microcalcificaciones amorfas en CII, con diagnóstico AP de carcinoma lobular in situ.

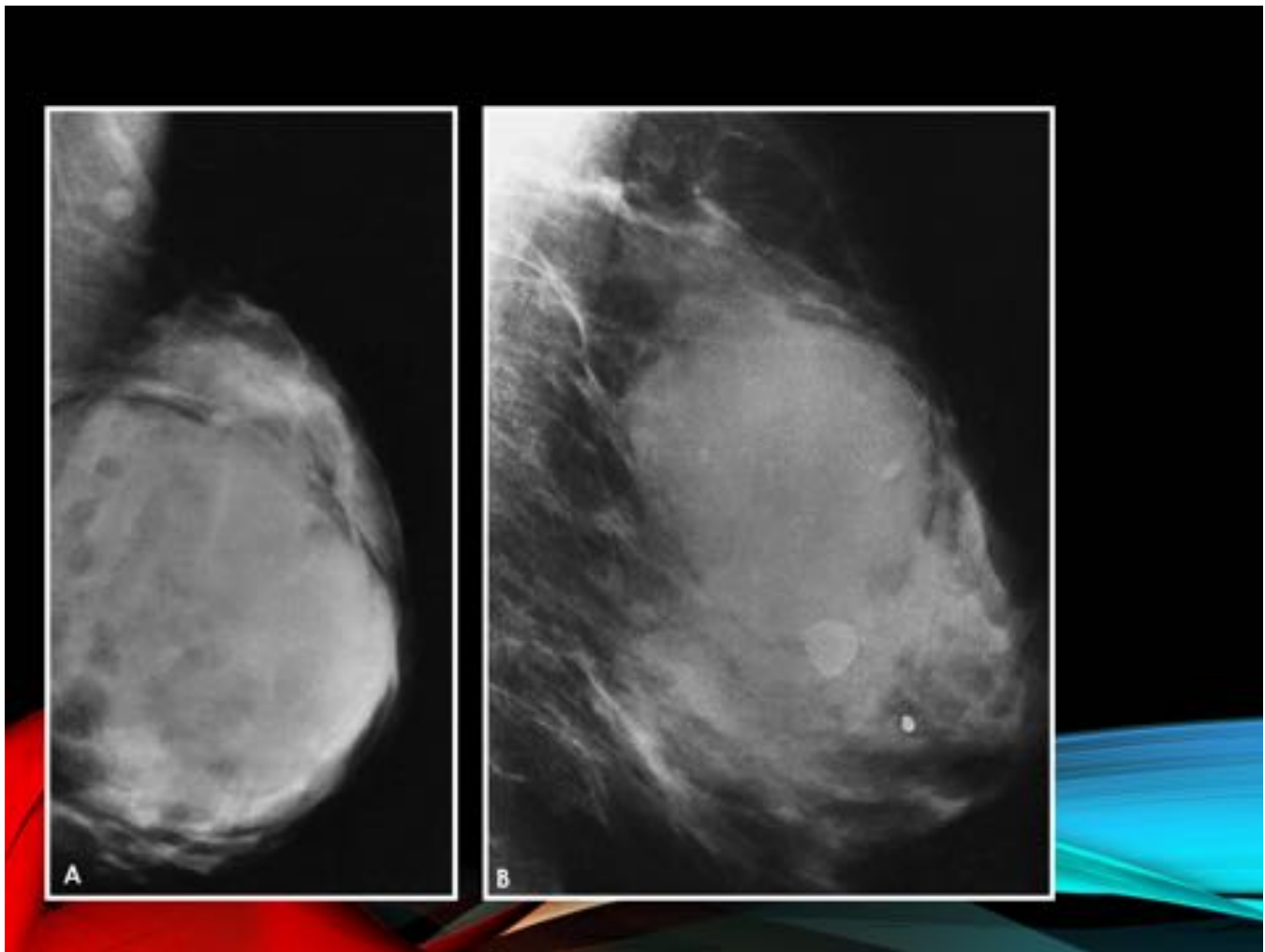


Fig. 15: A. Mamografía proyección MLO de mama izquierda. Masa isodensa, ovalada, de margen circunscrito, con halo radiolucido, expansiva, en relación con fibroadenoma gigante. B. Mamografía proyección MLO de mama izquierda. Gran masa isodensa, con calcificaciones groseras, en CSE de mama izquierda., en relación con Tumor Filodes Benigno.

Conclusiones

La prevalencia de LHAR diagnosticadas en nuestro servicio entre los años 2008 y 2014 fue de 0.04.

La infraestimación de la Biopsia con aguja gruesa (BAG) en la lesiones B3, según nuestra experiencia es del 18%. Lo que, a nuestro juicio, justifica la recomendación de extirpación de estas lesiones.

No hemos encontrado desarrollo de malignidad en las pacientes con LHAR, confirmado por extirpación de la lesión, ni en las pacientes en las cuales no se realizó la extirpación. Sólo se ha presentado un caso de carcinoma ductal in situ en paciente con antecedente de Hiperplasia lobulillar atípica en la mama contralateral, probablemente en relación con la naturaleza de marcador de malignidad de la HLA. Consideramos que la muestra es demasiado pequeña para obtener conclusiones fiables.

En los hallazgos mamográficos es usual que tanto las HDA como las LC se manifiestan como microcalcificaciones amorfas y pleomórficas de distribución agrupada, el tumor Filodes y las lesiones papilares como nódulos bien definidos, éstas últimas con o sin calcificaciones asociadas.

Bibliografía / Referencias

1. M. Castro Barba, M.P. Cbos bombardiere, A. Wernice, N. Lonergo, C. Cravero, F. Sarquisa. Manejo de las lesiones mamarias de alto riesgo diagnosticadas mediante biopsia percutánea. *Rev. Arg. Rad* 2013; 77(4): 84-290.
2. Mirinae Seo, Jung Min Chang, Won Hwa Kim, In-Ae Park. Columnar Cell Lesions Without Atypia Initially Diagnosed on Breast Needle Biopsies: Is Imaging Follow-Up Enough?. *AJR* 2013; 201:928–934. •Dianne Georgian-Smith, Thomas J. Lawton. Variations in Physician Recommendations for Surgery After Diagnosis of a High-Risk Lesion on Breast Core Needle Biopsy. *AJR* 2012; 198:256–263.
3. Riham Eiada, Jennifer Chong, Supriya Kulkarni, Frank Goldberg, Derek Muradali. Papillary Lesions of the Breast: MRI, Ultrasound, and Mammographic Appearances. *AJR* 2012; 198:264-271.
4. D. Karen A. Lee, Margarita L. Zuley, Mamatha Chivukula, Neha Desai Choksi, Marie A. Ganott, Jules H. Sumkin. Risk of Malignancy When Microscopic Radial Scars and Microscopic Papillomas Are Found at Percutaneous Biopsy. *AJR* 2012; 198:W141–W145.
5. Tabár, L., Dean, P., Teaching atlas of mammography, (2012), New York, 4th edition. Thieme Stuttgart .
6. C. Anna Linda, Chiara Zuiani, Alessandro Furlan, Viviana Londero. Radial Scars Without Atypia Diagnosed at Imaging-Guided Needle Biopsy: How Often Is Associated Malignancy Found at Subsequent Surgical Excision, and Do Mammography and Sonography Predict Which Lesions Are Malignant?. *AJR* 2010; 194:1146–1151.
7. Ji Hyun Youk, Eun-Kyung Kim, Min Jung Kim. Atypical Ductal Hyperplasia Diagnosed at Sonographically Guided 14-Gauge Core Needle Biopsy of Breast Mass. *AJR* 2009; 192:1135-1144.
8. Shilpa Pandey, MD., Michael J., Kornstein, MD., Whitney Shank, Ellen Shaw de Paredes, MD. Columnar Cell Lesions of the Breast: Mammographic Findings with Histopathologic Correlation. *RadioGraphics* 2007; 27:S79–S89.
9. Laura Liberman, Carmen Tornos, Renata Huzjan, Lia Bartella, Elizabeth, A. Morris, D. David Dershow, Is Surgical Excision Warranted After Benign, Concordant Diagnosis of Papilloma at Percutaneous Breast Biopsy? *AJR* 2006; 186:1328–1334.
10. Bernard J. Beute, Lester Kalisher, Robert V. P. Hutteri. Lobular Carcinoma In Situ of the Breast: Clinical, Pathologic, and Mammographic Features. *AJR* 157:257-265, August 1991.
11. S. Alonso Roca, M. Torres Tabanera. Lesiones mamarias histológicas de alto riesgo, un dilema aristotélico: actualización respecto a su manejo - controversias. *SERAM* 2014.