



Carcinoma lobulillar infiltrante: el gran temido.

Natalia Bernal Garnés, Rocío Pérez-Milá
Montalbán, Ignacio Baltasar Giménez de Haro,
Jose Ángel Azuara.

Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena, Murcia.



Objetivo docente:

1. Conocer las características histológicas del carcinoma lobulillar invasivo, que lo diferenciarán por imagen del resto de carcinomas.
2. Aprender cuáles son las manifestaciones clínico-radiológicas más frecuentes de este tipo de cáncer.
3. Resaltar la frecuente disociación entre pruebas de imagen convencionales y RM que producen este tipo de tumores.



Revisión del tema:

El carcinoma lobulillar es el segundo tipo de cáncer de mama más frecuente.

Es un tumor que tiende con más frecuencia que el resto a la multifocalidad, la multicentricidad así como a la bilateralidad, pero a pesar de ello, presenta un mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante.

Supone hasta un 19% de los falsos negativos en los estudios mamográficos y suele existir frecuentemente una disociación entre las pruebas de imagen convencionales y la RM, debido en gran parte a sus características histológicas particulares.

Enseñaremos a través de casos clínicos, dichas características y cómo la tomosíntesis puede mejorar su diagnóstico.



Revisión del tema:

EPIDEMIOLOGÍA:

El carcinoma lobulillar invasivo es el segundo tipo histológico más frecuente, después del carcinoma ductal, y supone entre un 10-15 % de todas las neoplasias mamarias.

Por sus características histológicas, tiende a la multifocalidad y a la multicentralidad, siendo bilateral hasta en el 10-20% de los casos.

Sin embargo, tiene un mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante.

Su incidencia está aumentando debido al ambiente estrogénico, favorecido por las terapias hormonales sustitutivas así como por el aumento del consumo de alcohol entre las mujeres.



Revisión del tema:

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histológicamente corresponde con una proliferación de células pequeñas, no cohesivas, dispuestas en fila india alrededor de los ductos preexistentes (Figura 1).

El citoplasma presenta luces de material mucoide, lo que hace que se tenga que diferenciar de las células en anillo de sello.

Debido a que las células no son cohesivas, es decir, la falta de celularidad agrupada (Figura 2), el patrón de diseminación es especial, ya que hay una escasa reacción desmoplásica y eso se traduce en los estudios radiológicos a que las lesiones no se ven hiperdensas sino con una densidad similar al tejido fibroglandular.

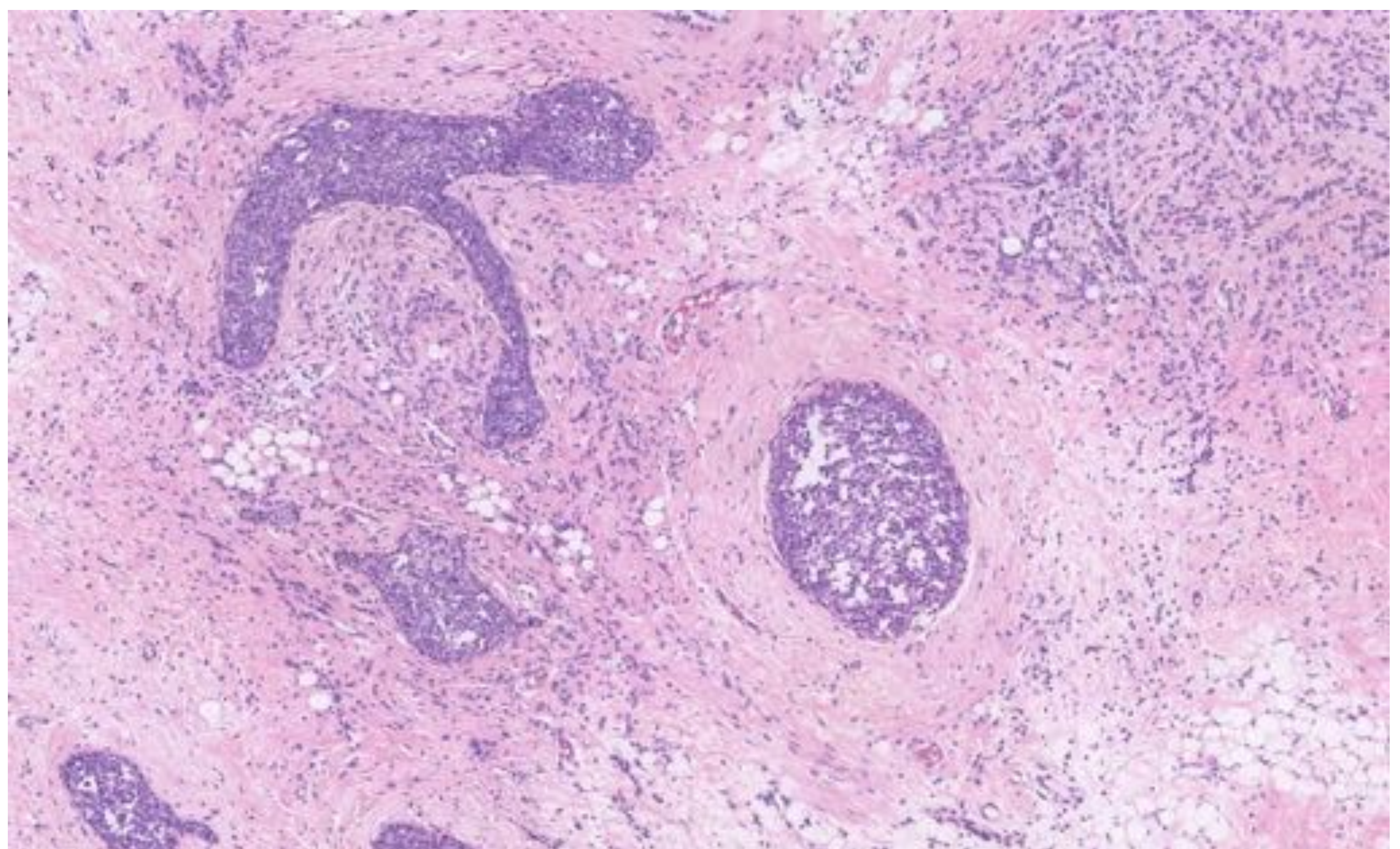
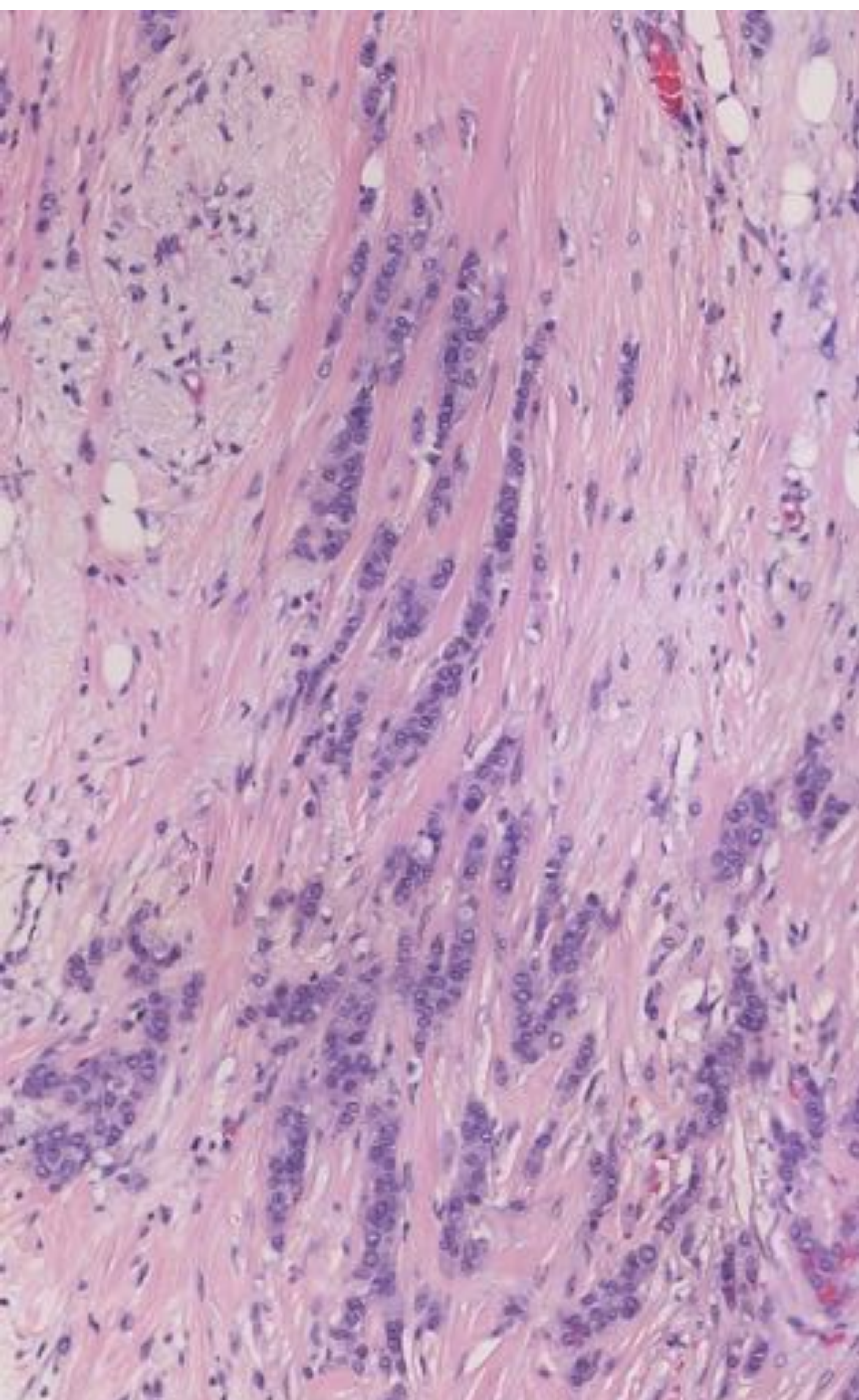


Figura 1. Disposición de las células en fila india

Figura 2. Patrón discohesivo, lo que llevará a una escasa reacción desmoplásica.



Revisión del tema:

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

A consecuencia de la discohesividad, apenas hay necrosis, hemorragia o microcalcificaciones asociadas.

Presenta mayor probabilidad de metástasis a distancia ya que es más silente que el cáncer ductal infiltrante.

El estudio de inmunohistoquímica es fundamental para el diagnóstico de las neoplasias mamarias, ya que determinará el pronóstico y el tratamiento ulterior.

Generalmente presentan receptores hormonales positivos, tanto de estrógenos (80-95%) como de progesterona (60-70% de los casos), y raramente son Her2 positivos.

A diferencia de los carcinomas ductales, la e-cadherina, que es una molécula de adherencia de transmembrana, se pierde/inactiva en estas neoplasias, de ahí, su discohesividad.

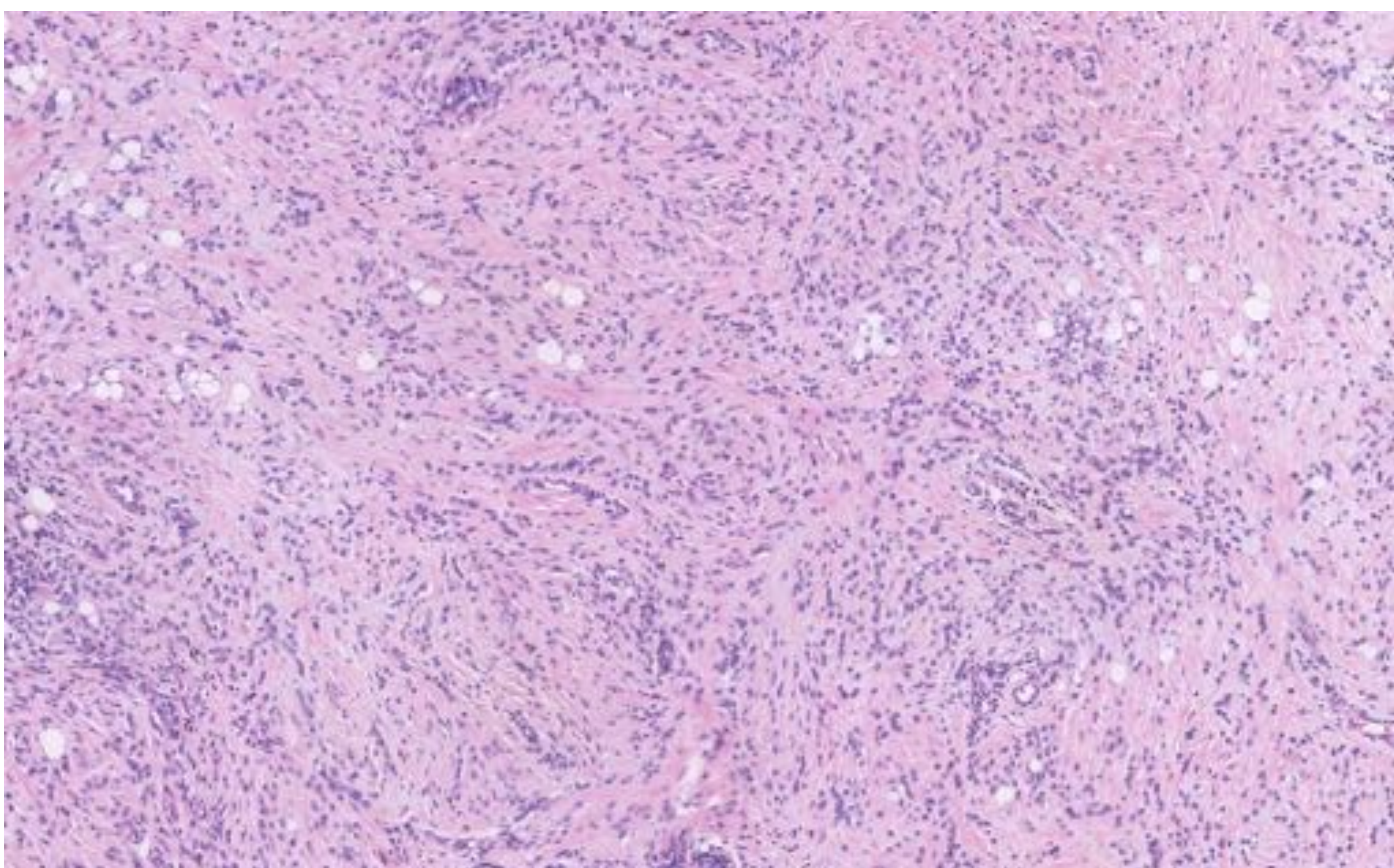


Figura 3. Crecimiento celular difuso, que no producirá reacción desmoplásica, traduciéndose en mamografía como densidad similar al tejido fibroglandular.



Revisión del tema:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

¿Por qué es el gran temido? Porque si la paciente es asintomática, al ser la densidad del tumor similar al tejido fibroglandular puede pasar desapercibido y no ser diagnosticado.

Si la paciente presenta una lesión palpable, aunque mamográficamente sólo identifiquemos tejido fibroglandular, hay que hacer caso a la clínica y completar el estudio por imagen (Figura 4).

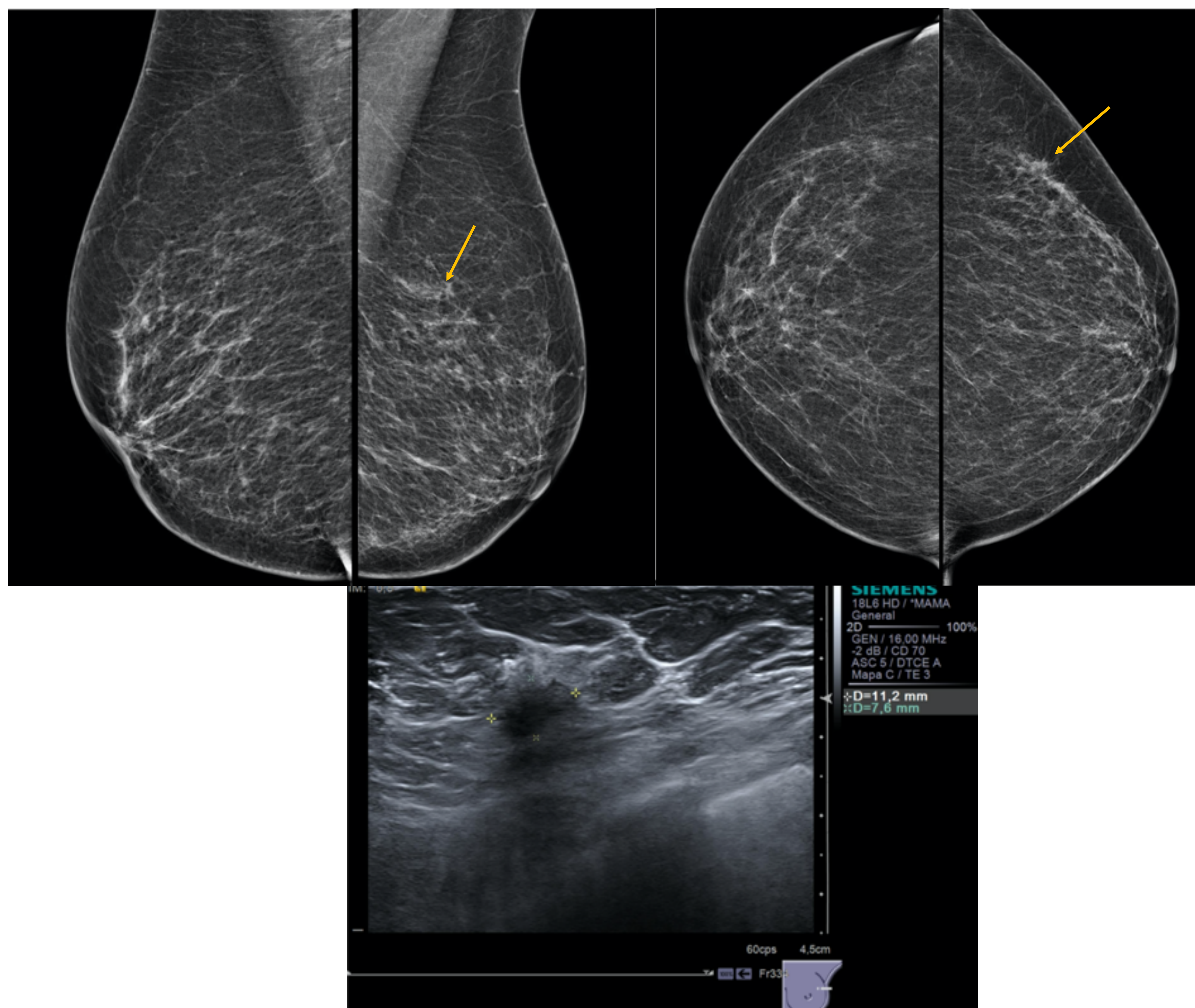


Figura 4. Mamografía digital en proyección mediolateral oblicua (MLO) y cráneocaudal (CC) en mujer de 66 años con lesión palpable en cuadrante superoexterno (CSE) de mama izquierda. Sutil asimetría de densidad focal, más visible en la proyección CC en el CSE de mama izquierda, que en el estudio ecográfico corresponde con lesión palpable y un nódulo irregular, hipoecogénico, sospechoso de malignidad. Categoría BIRADS 5. BAG: Ca lobulillar infiltrante.

Revisión del tema:

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

1. Mamografía:

La mayoría de los casos se presenta como nódulo irregular, mal delimitado (44-65%). Otra forma de presentación es la distorsión arquitectural (10-34%), siendo menos frecuente el hallazgo de asimetría de densidad (1-14%).

Debido a la falta de cohesión celular, la neoplasia puede presentar una densidad similar al tejido fibroglandular, por lo que los falsos negativos de la mamografía alcanzan cifras de hasta un 19%.

Igualmente, pueden verse asimetrías en una sola proyección.

En los estudios de tomosíntesis pueden verse alteraciones sutiles, no identificables en mamografía digital (Figura 5a y 5b).

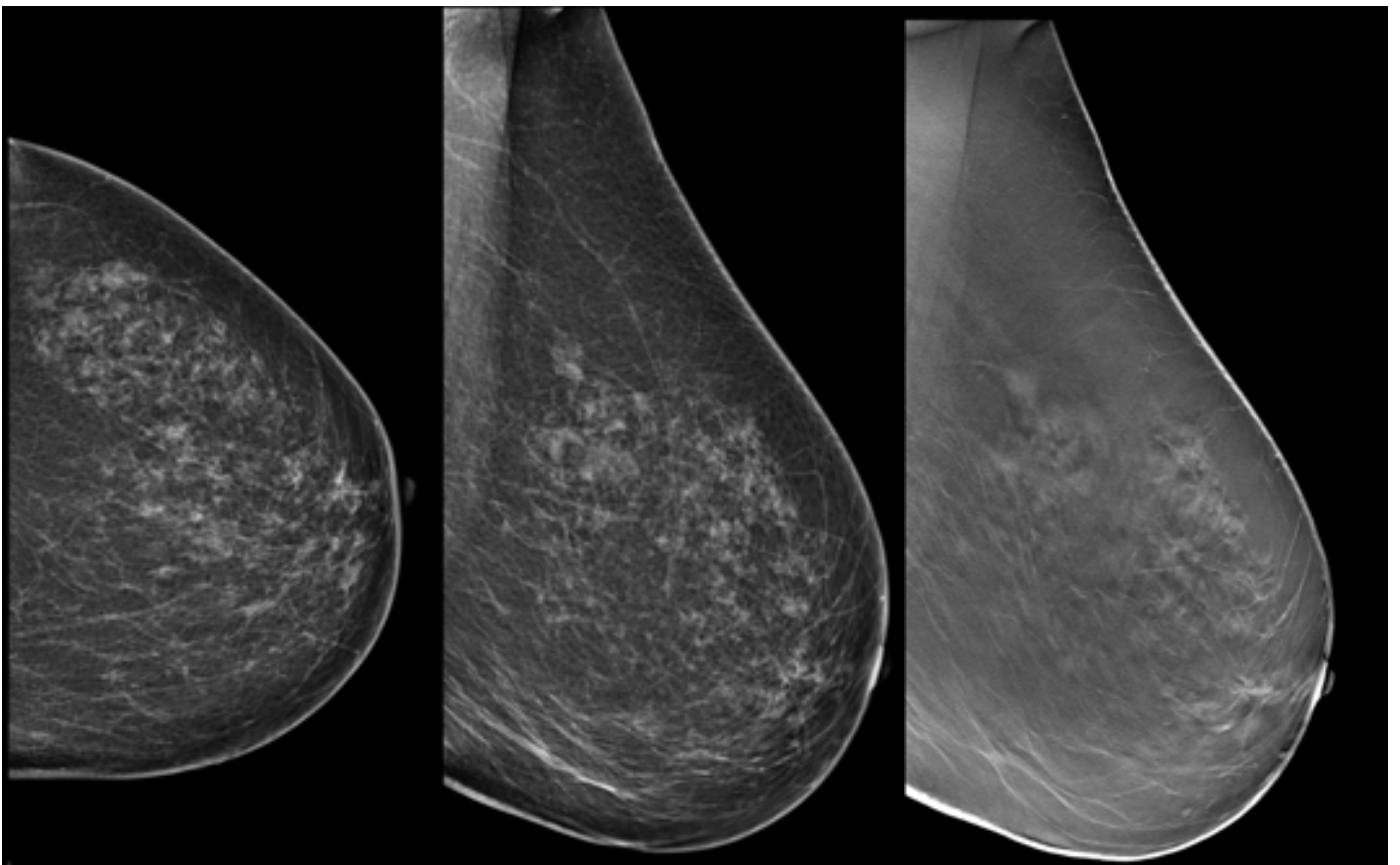


Figura 5a. Mujer de 77 años. Mastalgia derecha. Mamografía digital sin alteraciones valorables. Estudio de tomosíntesis con distorsión retroareolar derecha.



Revisión del tema:

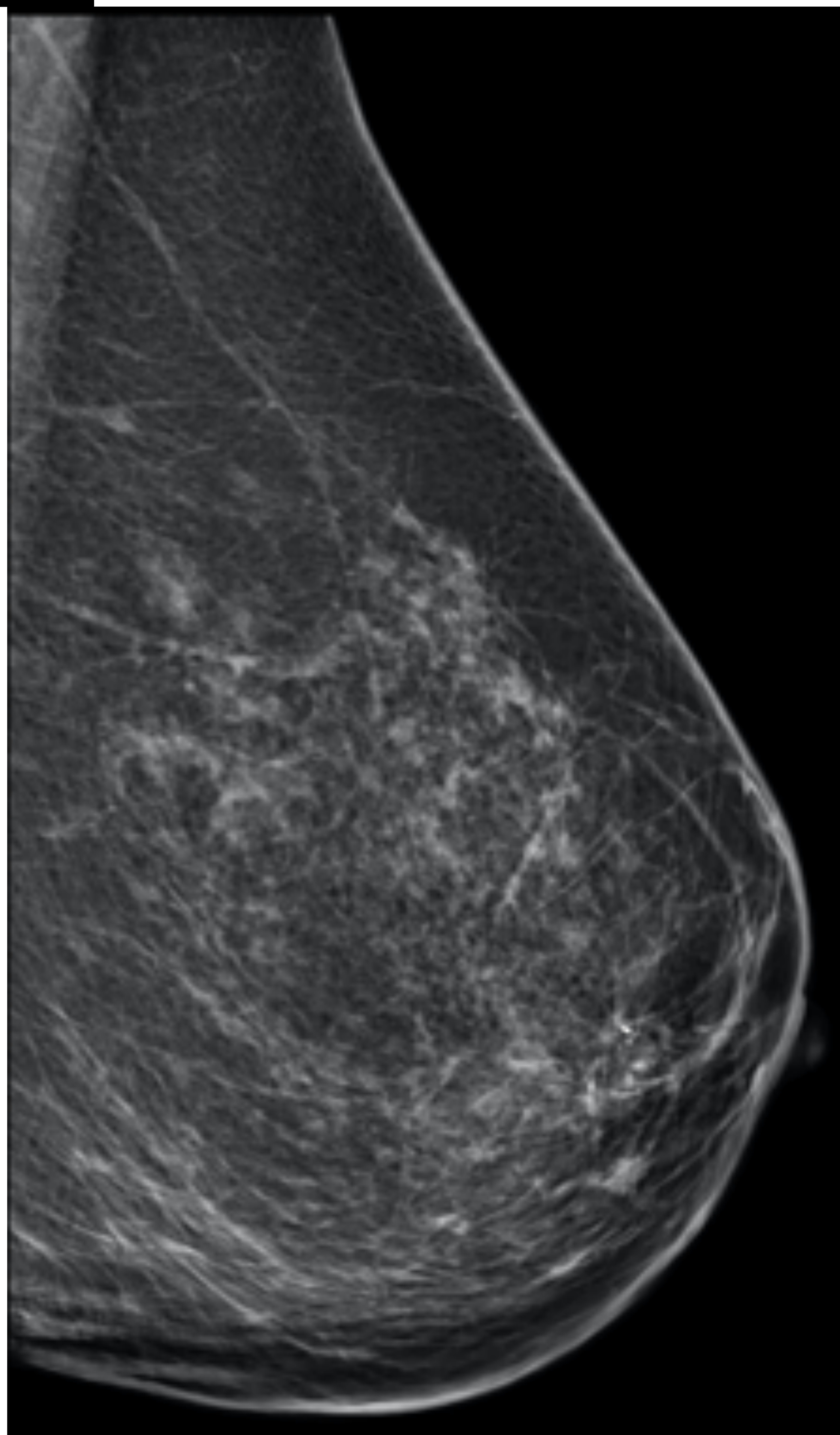
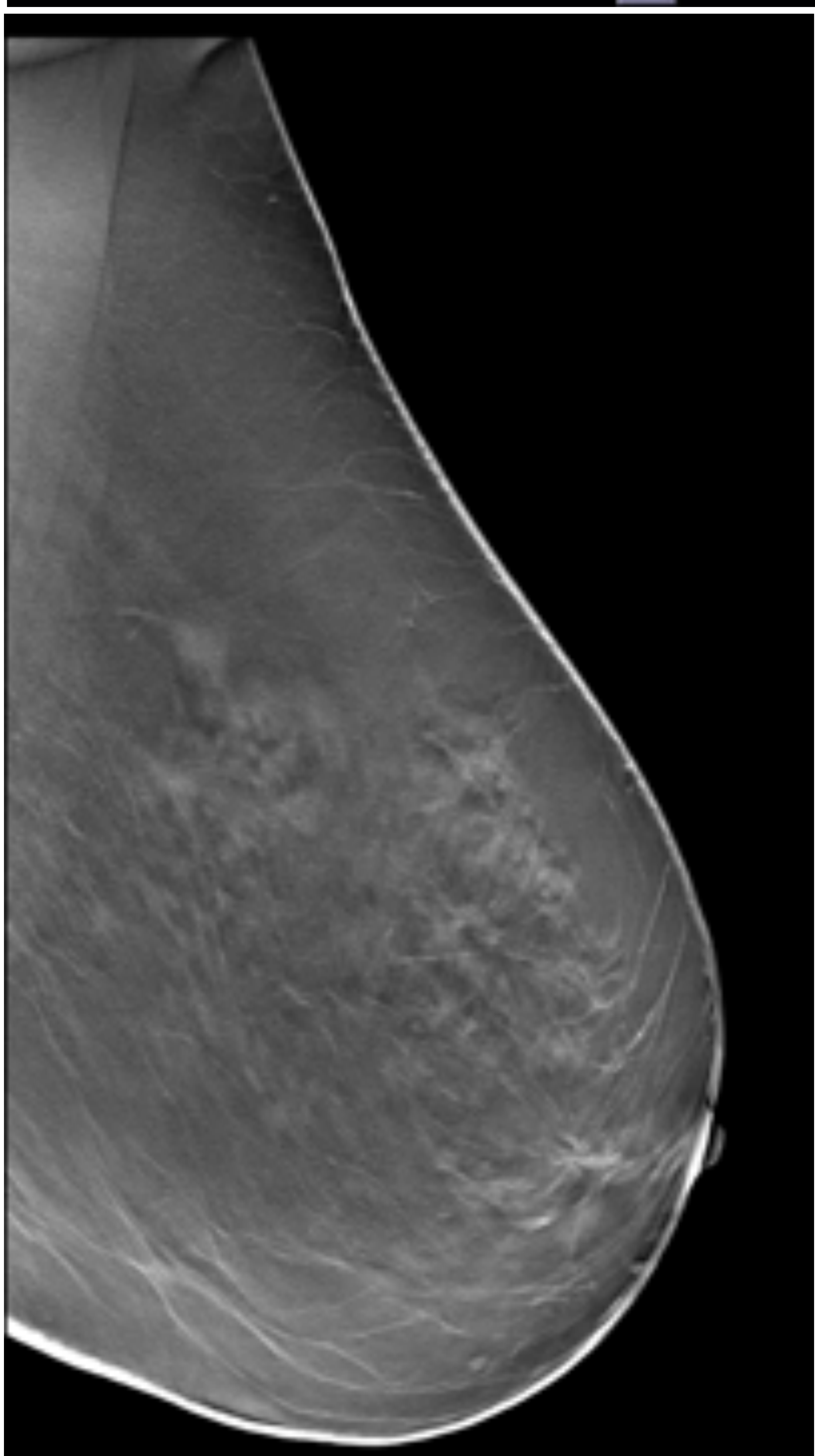


Figura 5b. Arriba estudio ecográfico visualizando nódulo irregular, espiculado inferior a 5mm compatible con la distorsión visualizada en tomosíntesis. Se realiza BAG y dado su pequeño tamaño se coloca marcador ecovisible, demostrando la correlación.



Revisión del tema:

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

2. Ecografía:

Lo más probable es visualizar un nódulo hipoecogénico, mal delimitado e irregular, aunque no podemos despreciar la visualización de alteraciones de la ecoestructura o la sombra acústica posterior sin lesión (Figura 6).

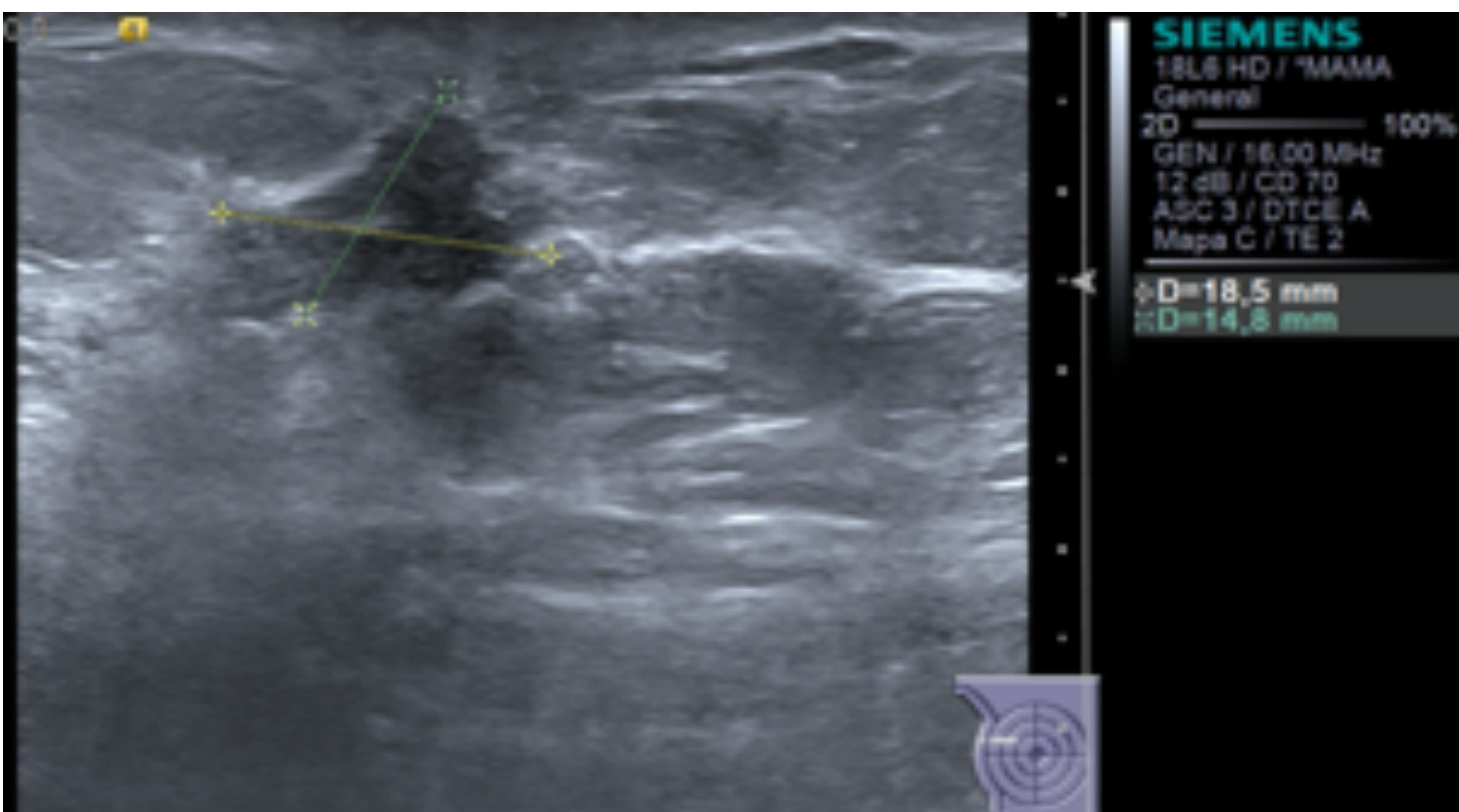


Figura 6. Nódulo mal delimitado, irregular e hipoecogénico en CSE de mama derecha, sospechoso de malignidad.



Revisión del tema:

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

3. Resonancia Magnética:

Valoraremos fundamentalmente las secuencias precontraste y postcontraste tras la sustracción.

La presentación más frecuente es el realce tipo masa aunque hay que saber que por su diseminación difusa, el realce no nodular es más frecuente que en los cánceres ductales (Figura 7).

Debido igualmente a su baja capacidad angiogénica, la captación puede ser similar al tejido fibroglandular de alrededor y las curvas dinámicas pueden simular benignidad (Figura 7).

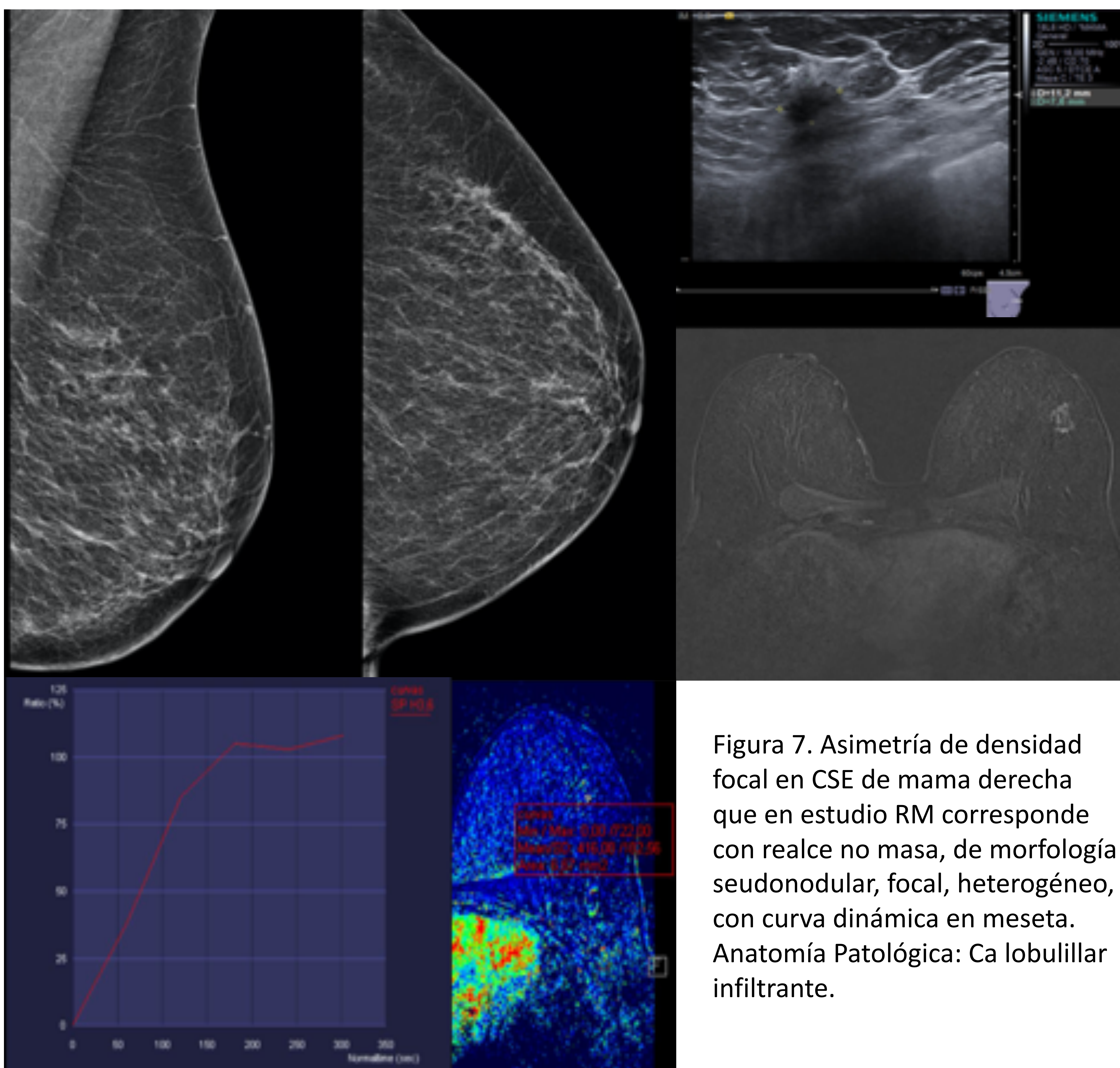


Figura 7. Asimetría de densidad focal en CSE de mama derecha que en estudio RM corresponde con realce no masa, de morfología seudonodular, focal, heterogéneo, con curva dinámica en meseta. Anatomía Patológica: Ca lobulillar infiltrante.



Revisión del tema:

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

3. Resonancia Magnética:

Hay que tener en cuenta que la detección y la estimación de la extensión tumoral (tamaño) puede ser problemática por la infraestimación en los estudios convencionales (mamografía y ecografía).

La sensibilidad de la prueba es alta, por encima del 95% y es la prueba que mejor determina el tamaño tumoral.

En el 25% de los casos, existe una disociación radiopatológica en el tamaño debido al comportamiento biológico de la lesión (Figura 8).



Revisión del tema:

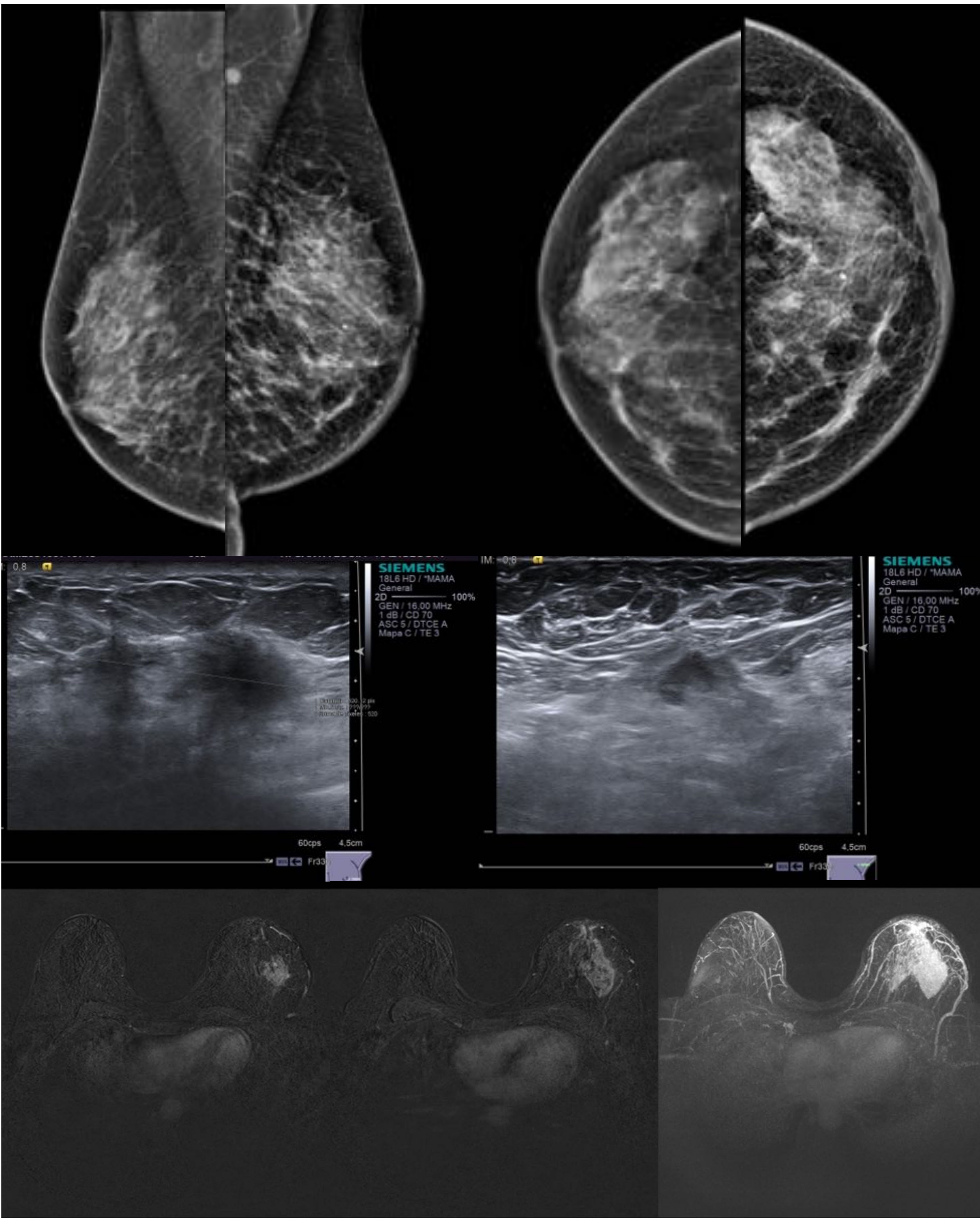


Figura 8. En mamografía digital se observa asimetría de densidad regional en CSE de mama izquierda asociado a patrón de edema mamario. Adenopatía hiperdensa vista en la proyección mediolateral oblicua de mama izquierda.

En el estudio ecográfico se observa en la primera imagen nódulo hipoecogénico, irregular y espiculado con lesión adicional, que nos indica que la lesión es muy extensa, difícil de medir, puesto que existen más áreas hipoecogénicas por todo el cuadrante. La segunda imagen es una adenopatía axilar patológica.

En secuencias RM de sustracción postcontraste y en 3D, se confirma y se aprecia mejor la extensión tumoral que en las exploraciones convencionales, viendo una lesión muy extensa, que se dirige al complejo areola-pezones.



Revisión del tema:

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

3. Resonancia Magnética:

Saber que la multifocalidad se da hasta en el 80% de los casos, y que por tanto, el estadiaje prequirúrgico es necesario porque puede modificar el abordaje quirúrgico o terapéutico hasta en el 20-30% de los casos (Figura 10 a y Figura 10b)

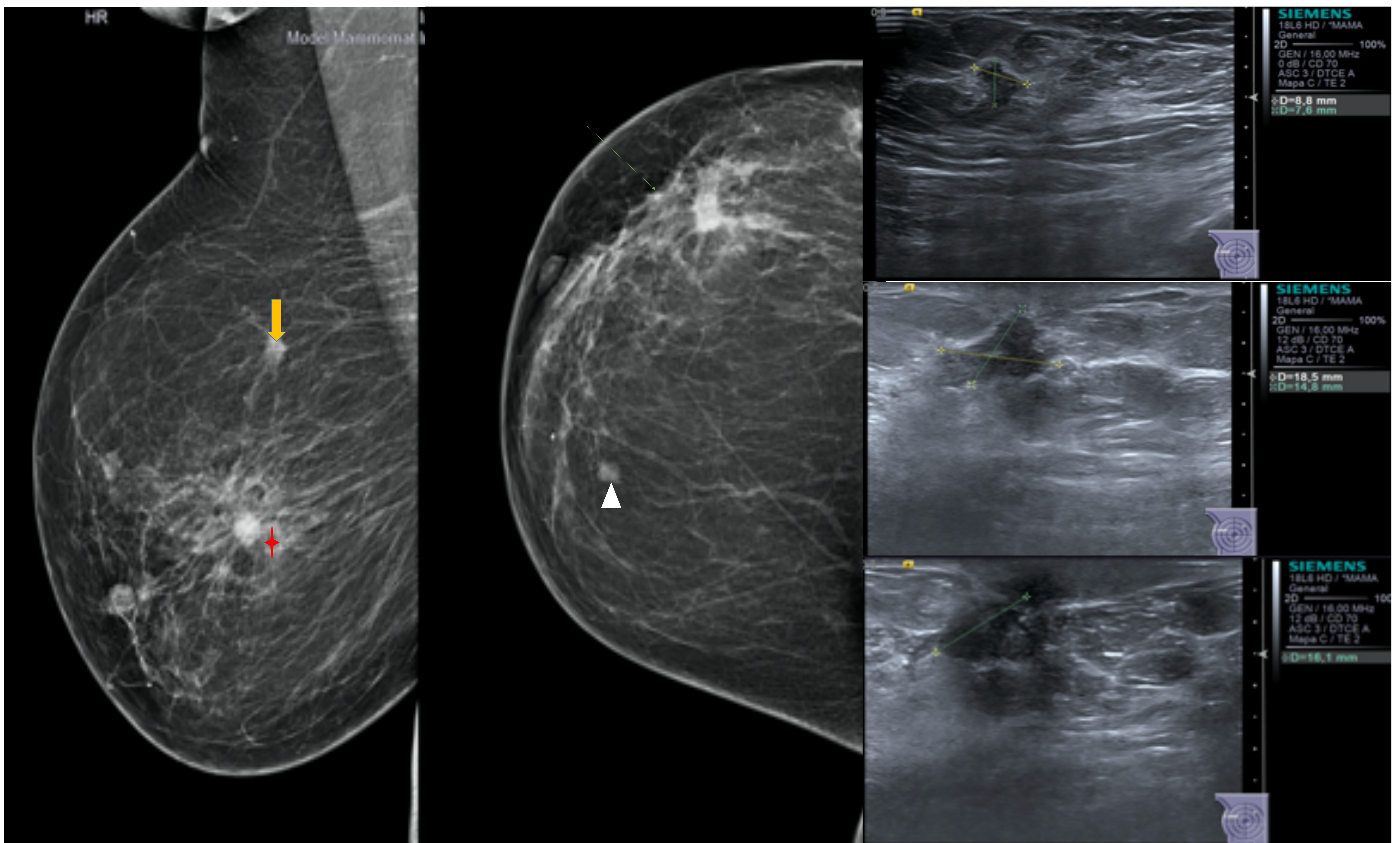


Figura 10a. Mujer de 80 años con lesión palpable en unión de cuadrantes externos (UCCExt) de mama derecha. Estudio mamográfico con nódulo irregular, espiculado e hiperdenso en UCCext de mama derecha (rojo). Nódulo irregular y espiculado, hiperdenso en CSE de mama derecha (amarillo). Asimetría de densidad regional en cuadrantes externos de mama derecha (verde). Retracción de pezón. Nódulo bien delimitado, ovalado, de densidad media en CSI, probablemente benigno (blanco). En ecografía se ven varios nódulos irregulares, mal delimitados, hipoecogénicos en UCCexternos y CSE de mama derecha, todos ellos sospechosos de malignidad.



Revisión del tema:

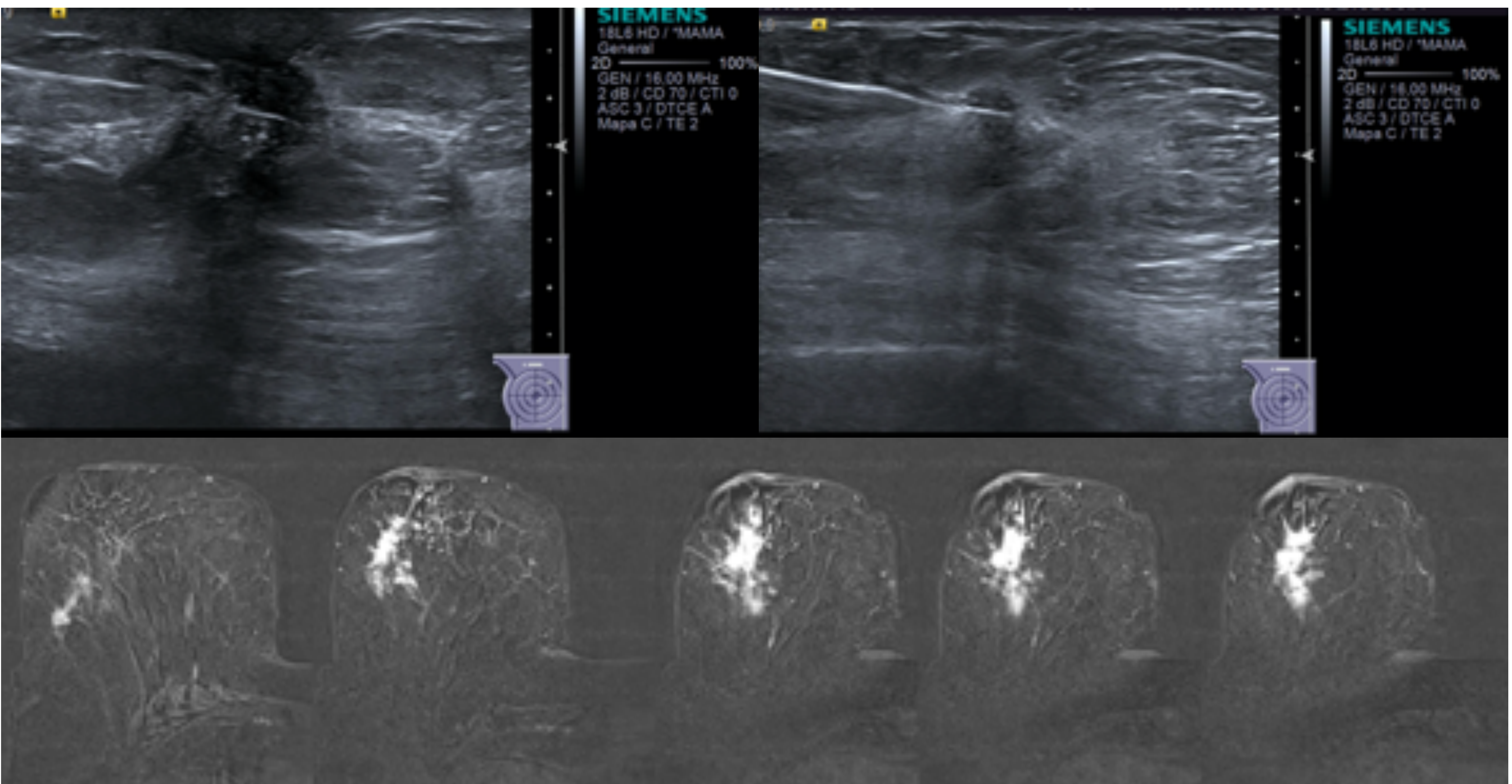


Figura 10b. Arriba, BAG de dos de las lesiones, una en UCCexternos-CIE y otra en CSE de mama derecha, a distancia, para confirmar multifocalidad. Secuencias postsustracción en RM de mama derecha. Realce nodular, irregular, en CSE. En UCCexternos/CIE se objetiva otro realce nodular de mayor tamaño, así como un realce no nodular perilesional, que se correlacionaría con la asimetría de densidad regional descrita en mamografía.



Conclusiones:

1. El carcinoma lobulillar infiltrante tiene unas características por imagen especiales debido a su histología.
2. Suelen ser multifocales, multicéntricos y bilaterales.
3. La tomosíntesis mejora el diagnóstico precoz.
4. Debido a que es frecuente la disociación entre pruebas de imagen, la RM es fundamental para el estudio locorregional.