

# Carcinoma lobulillar invasivo: Un reto diagnóstico

Vargas Díaz Ana M<sup>1</sup>, Gonzalez matos Juan C<sup>1</sup>, Dos Santos Poleo Yoselin V<sup>1</sup>, Gutierrez Vasquez Julia<sup>1</sup>, Perez Sanchez Lorenzo I<sup>1</sup>, Gonzalez Llorente Javier<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Segovia



# Objetivos:

- Describir los principales hallazgos del carcinoma lobulillar invasivo en mamografía, ecografía y RM.
- Describir las características histológicas del carcinoma lobulillar invasivo y su correlación radiológica.



# Introducción

- El CLI es el segundo tipo de cáncer invasivo más frecuente después del CDI, representando el 10- 15% de las neoplasias invasivas de la mama.
- Pacientes mayores entre los 57 y 64 años con aumento de la incidencia debido al uso de terapia hormonal sustitutiva.
- Dadas sus características histológicas, en fases tempranas no suele presentarse como lesiones palpables por lo que al momento del diagnóstico las pacientes suelen tener tumores de mayor tamaño y una enfermedad localmente más avanzada en comparación con el CDI.

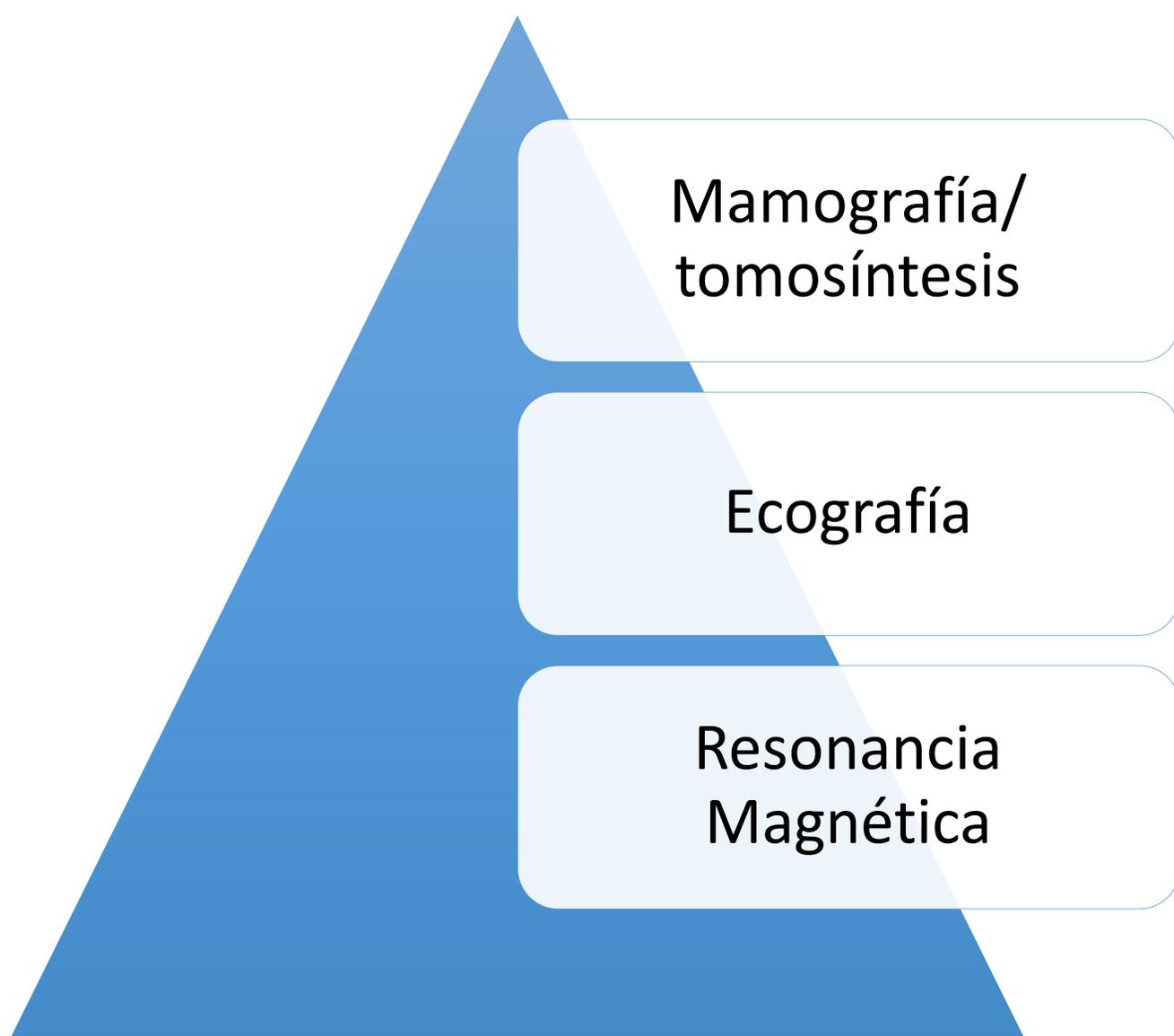


- Los hallazgos radiológicos son atípicos e incluso pueden ser mamográficamente ocultos, lo que aumenta la tasa de falsos negativos.
- La multicentralidad y la bilateralidad suelen ser comunes. Las tasas de reintervención por bordes afectados son superiores que para el CDI.
- Debido a su naturaleza infiltrante, es más frecuente encontrar metástasis a distancia; peritoneo y retroperitoneo, TGI, TGU, leptomeninges y miocardio, las metástasis a hígado, hueso y pleura tienen la misma incidencia que en el CDI. El 40% presentan metástasis ganglionares en el diagnóstico.
- Usualmente requieren mastectomía, radioterapia y/o terapia neoadyuvante sistémica. Las tasas de supervivencia son mejores comparados con el CDI.



# Estudio por imagen

Las técnicas de imagen utilizadas para el diagnóstico incluyen:

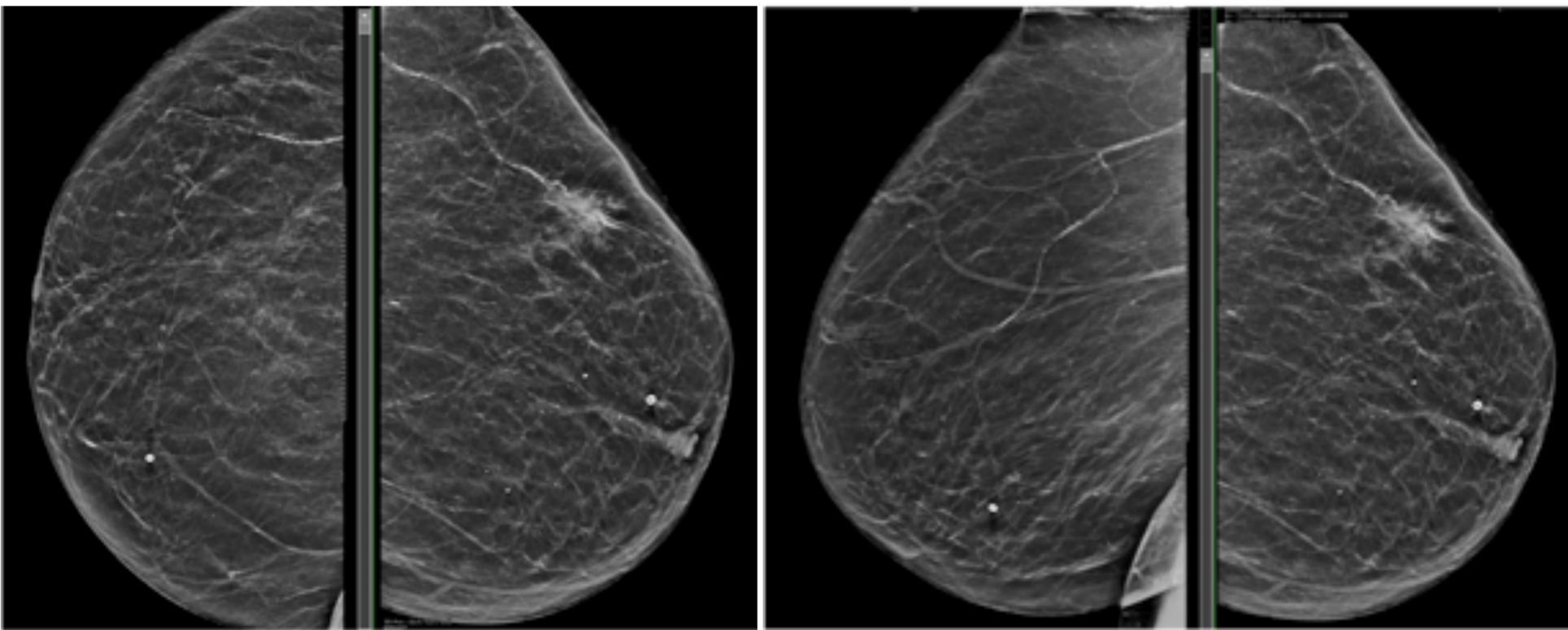


- Son masas palpables mal definidas que se manifiestan como distorsión de la arquitectura o masa espiculada.
- La mamografía tiene menos sensibilidad que para el carcinoma ductal y la ecografía puede subestimar el tamaño.
- Macroscopicamente es irregular y mal definido, difícil de ver y medir.



# Mamografía

- En el 8-16% de los casos, los hallazgos mamográficos son normales.
- La forma de presentación más común es una masa espiculada de márgenes mal definidos con una densidad igual o menor a la del parénquima adyacente. Las masas redondeadas y bien definidas son menos comunes.



## Tomosíntesis CC y MLO bilateral:

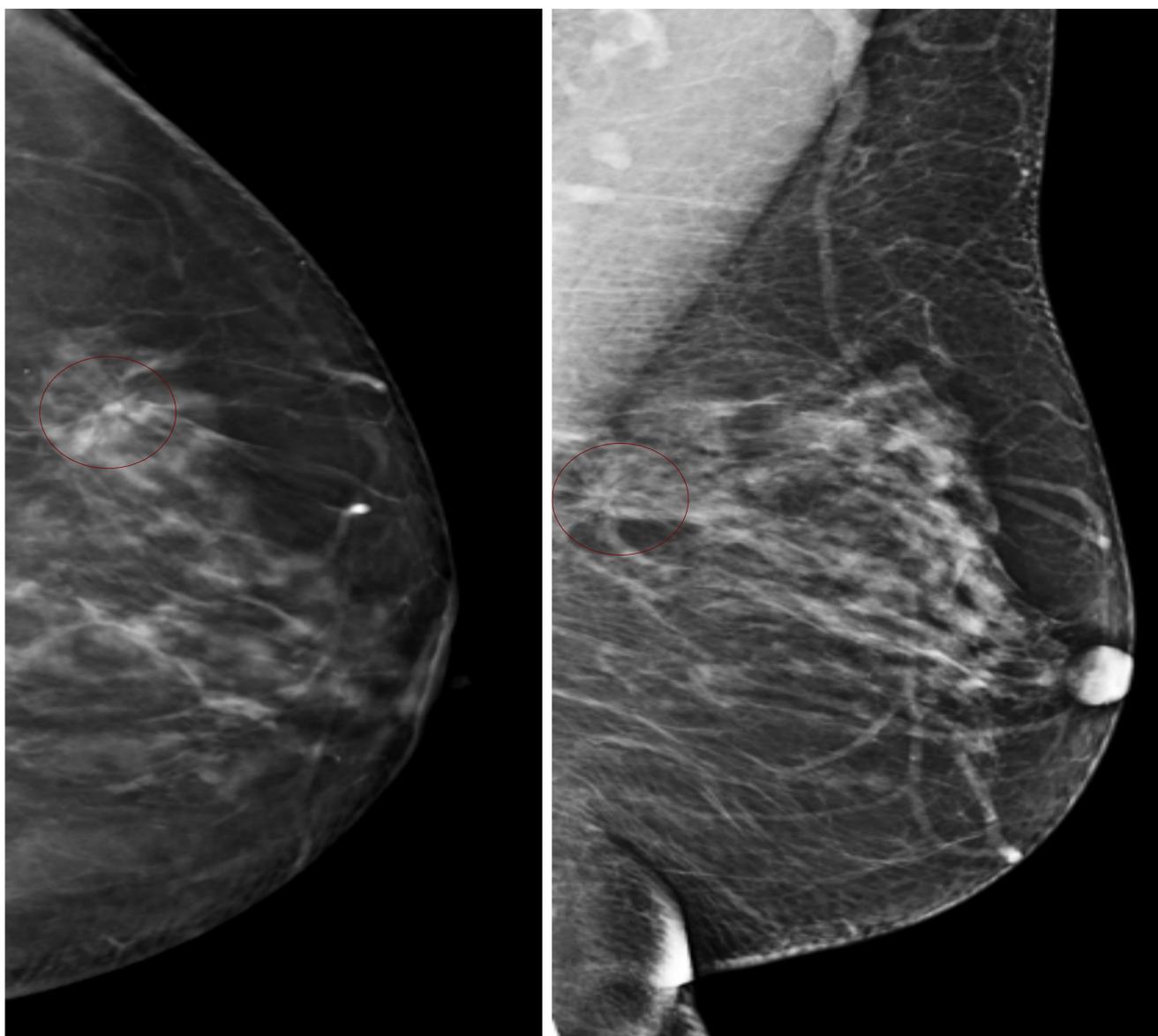
Mamas grasas con escasos restos fibroglandulares dispersos.

Densidad espiculada con microcalcificaciones y retracción cutánea de unos 3 cm en CSE-MI.

- Las microcalcificaciones son muy poco frecuentes, aunque es probable que con la introducción de la mamografía digital y la tomosíntesis su incidencia aumente.

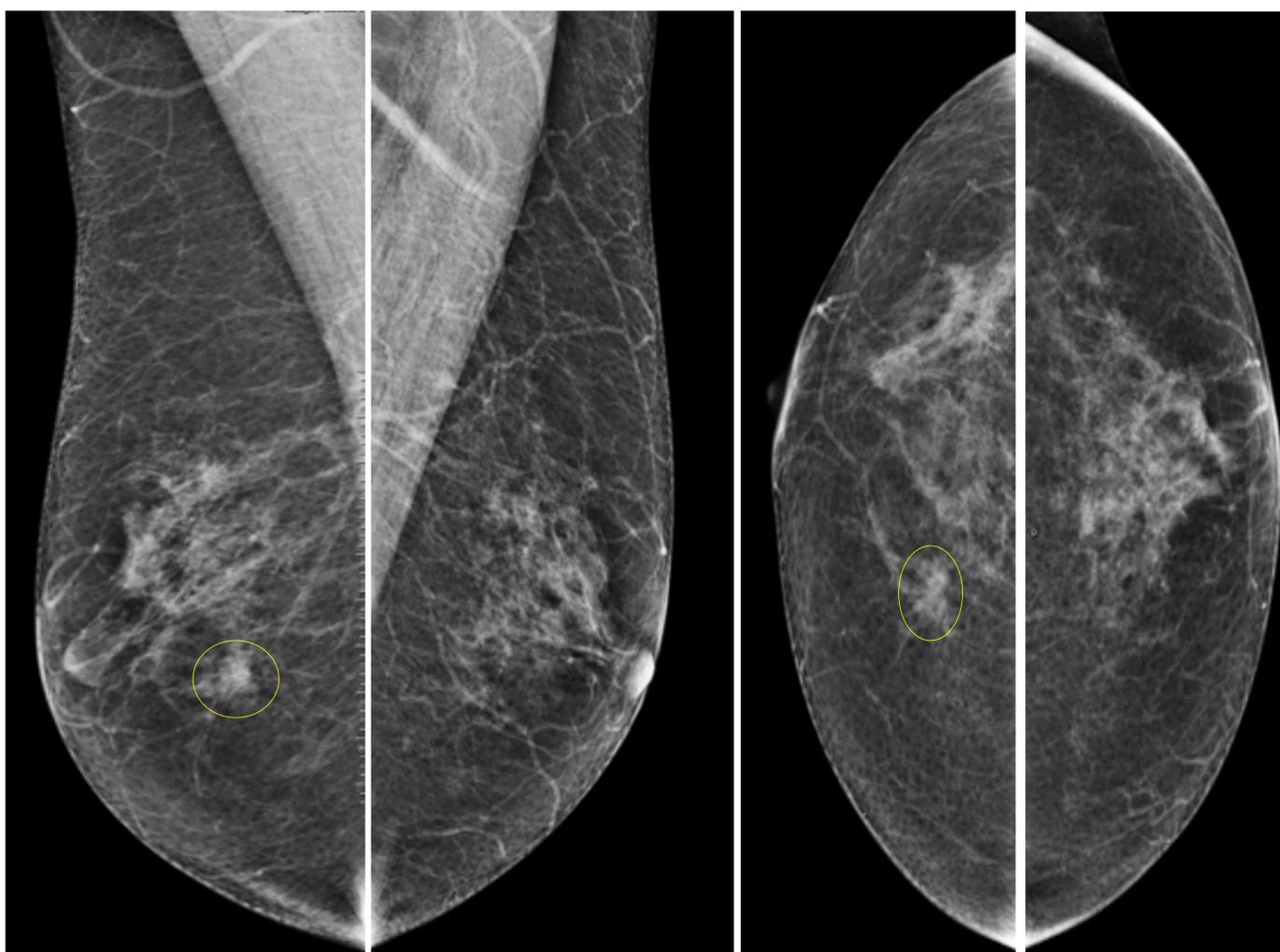


- La distorsión de la arquitectura es la segunda forma de presentación más frecuente.



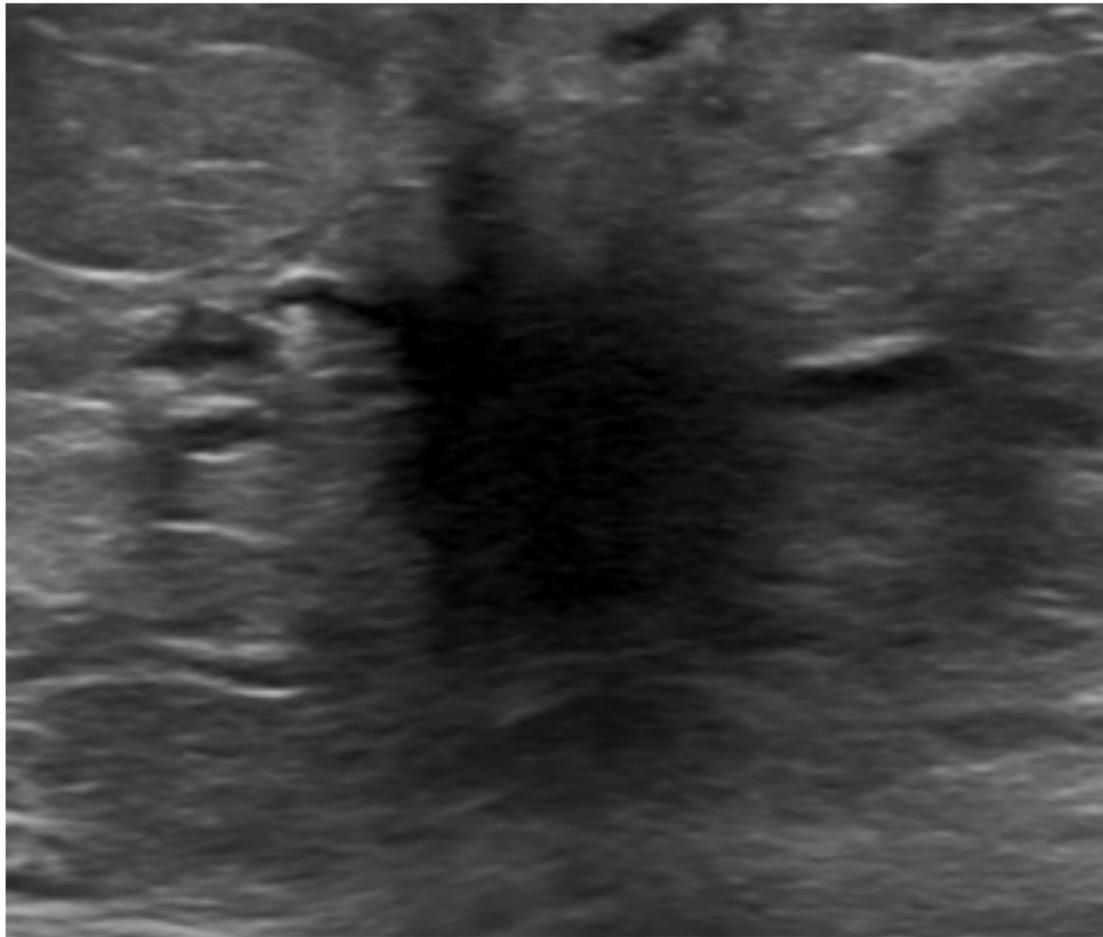
**Mamografía CC y MLO de MI: Distorsión glandular espiculada en ICE- MI**

- La tercera es la asimetría.

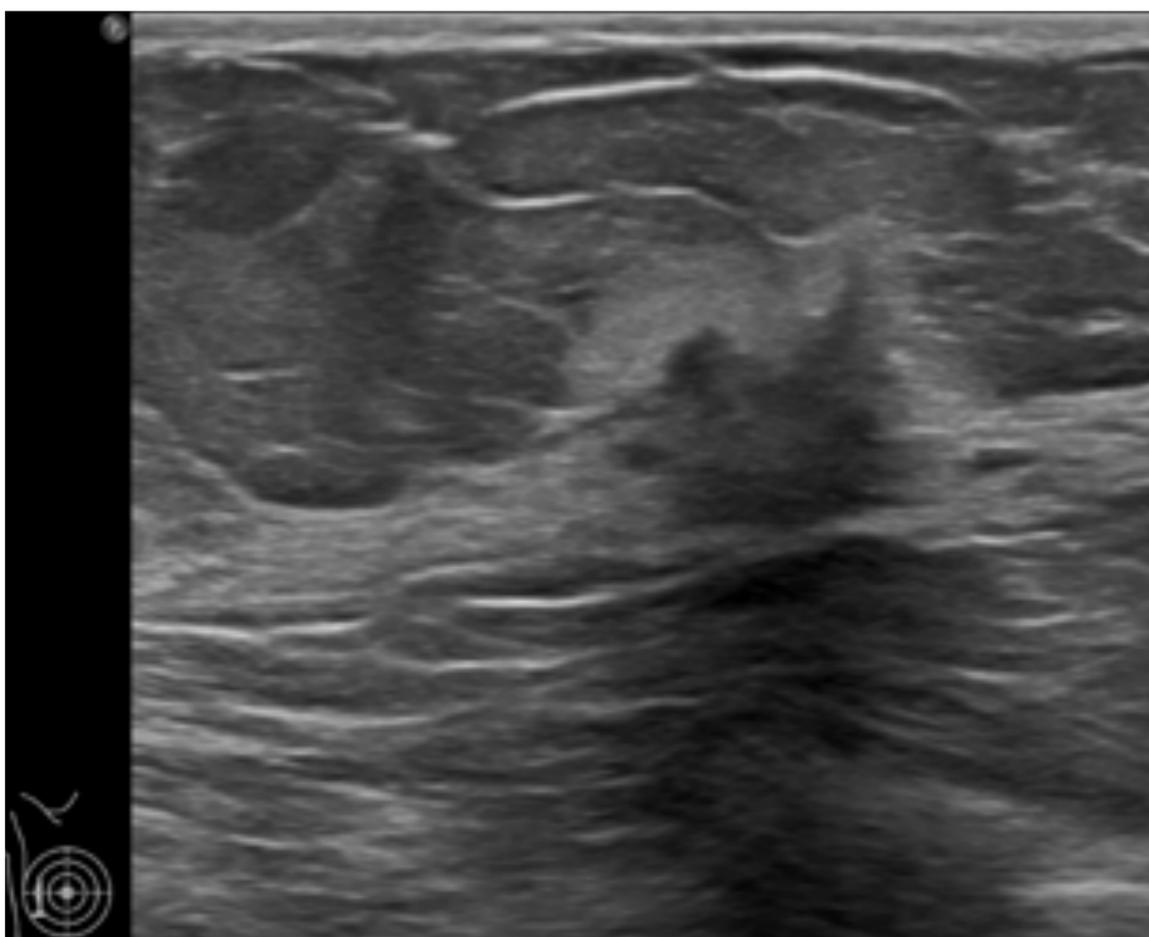


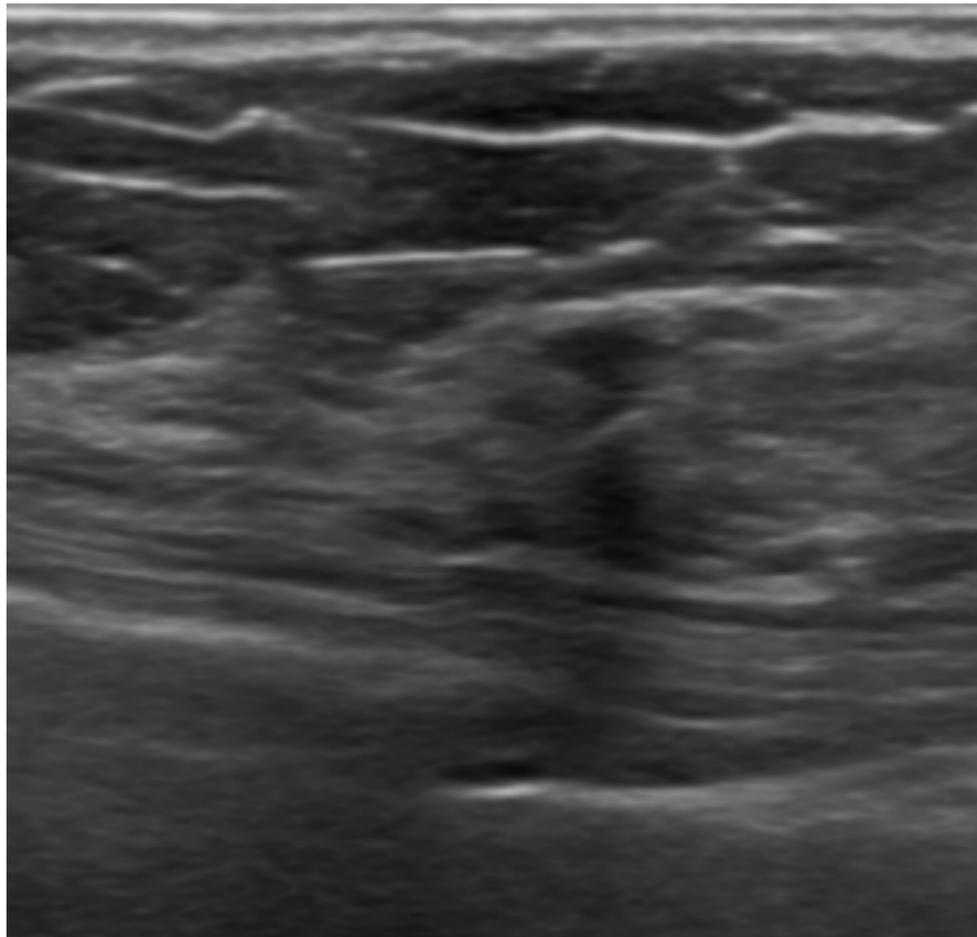
**Mamografía CC y MLO bilateral: Densidad asimétrica hiperdensa respecto al parénquima mamario en CII MD.**

# Ecografía

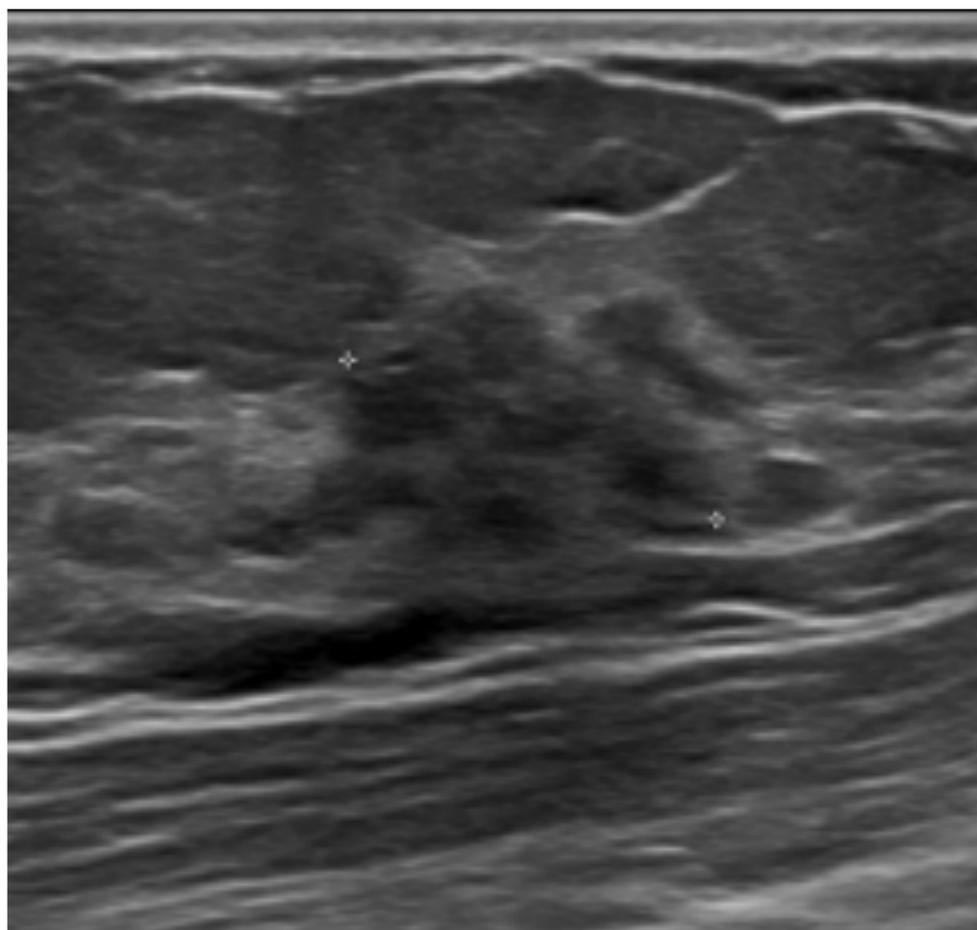


- La forma de presentación más frecuente es como una masa irregular, angulada, hipoecogénica con ecos internos heterogéneos, márgenes mal definidos y espiculados y sombra acústica posterior.





- **Otras formas formas de presentación:** Masas circunscritas, focos de sombra acústica posterior sin masa o lesiones no visibles.

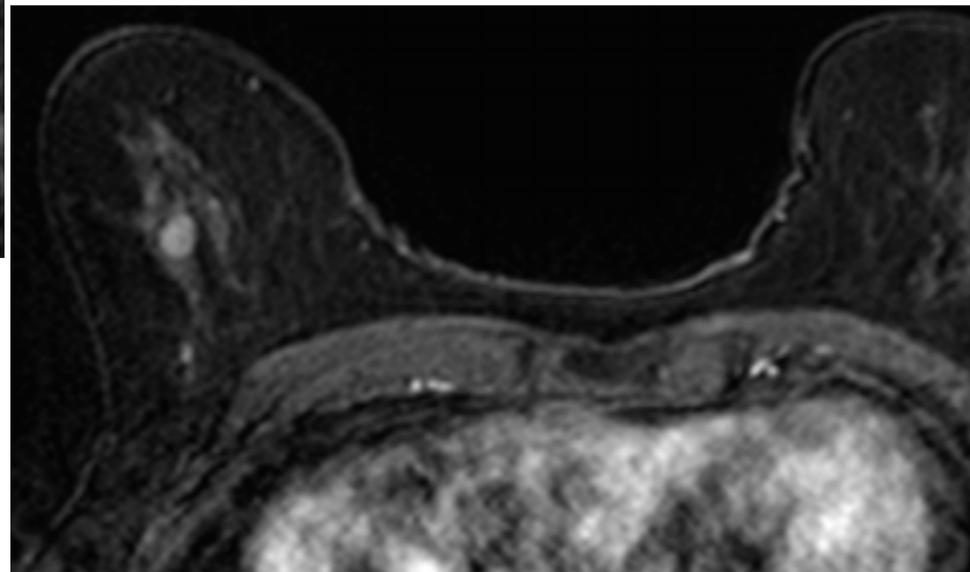
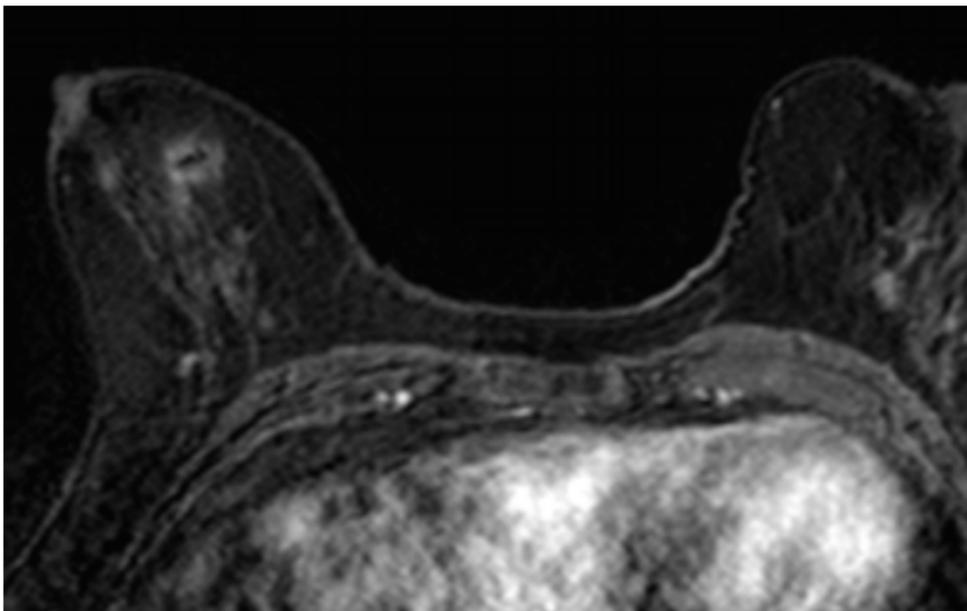


- Papel importante en la detección de ganglios axilares sospechoso así como en la guía para la biopsia.



# RM:

- Es superior a la mamografía y a la ecografía en detectar la multifocalidad, multicentralidad y bilateralidad, así como para valorar el tamaño.

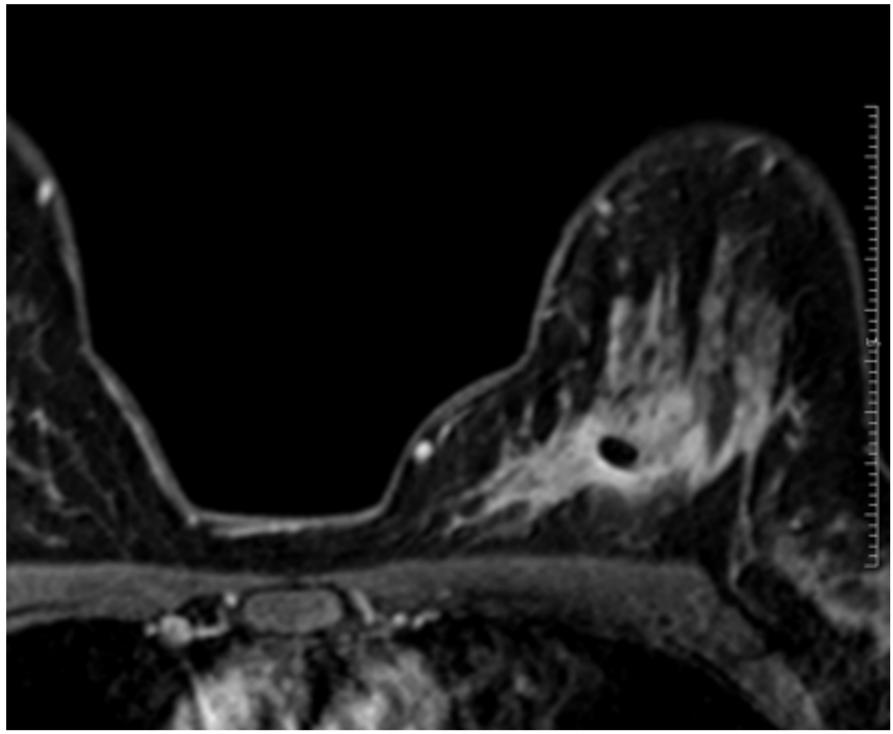
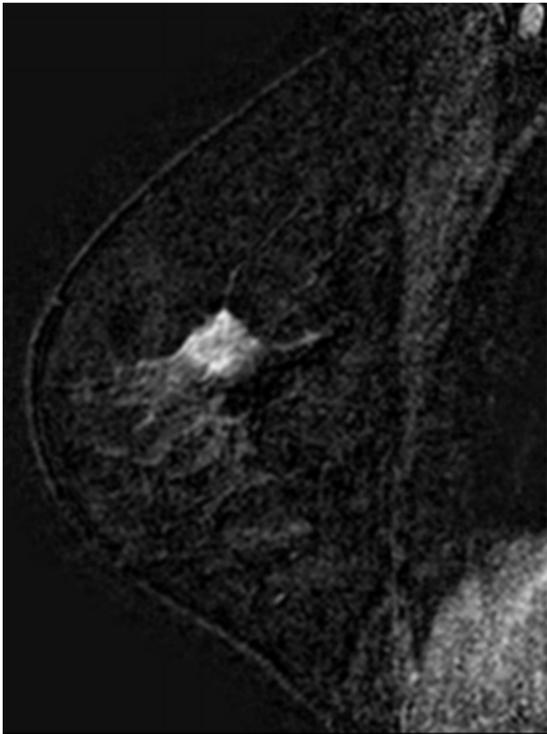


**CLI multifocal:** En ICINT de MD, artefacto por marcador metálico tras biopsia (AP: CLI). En ICS, nódulo hipercaptante no visualizado previamente, se localizó y biopsió con AP de CLI.

- La estadificación con RM modifica la actitud quirúrgica y en aproximadamente 1/3 de los casos.

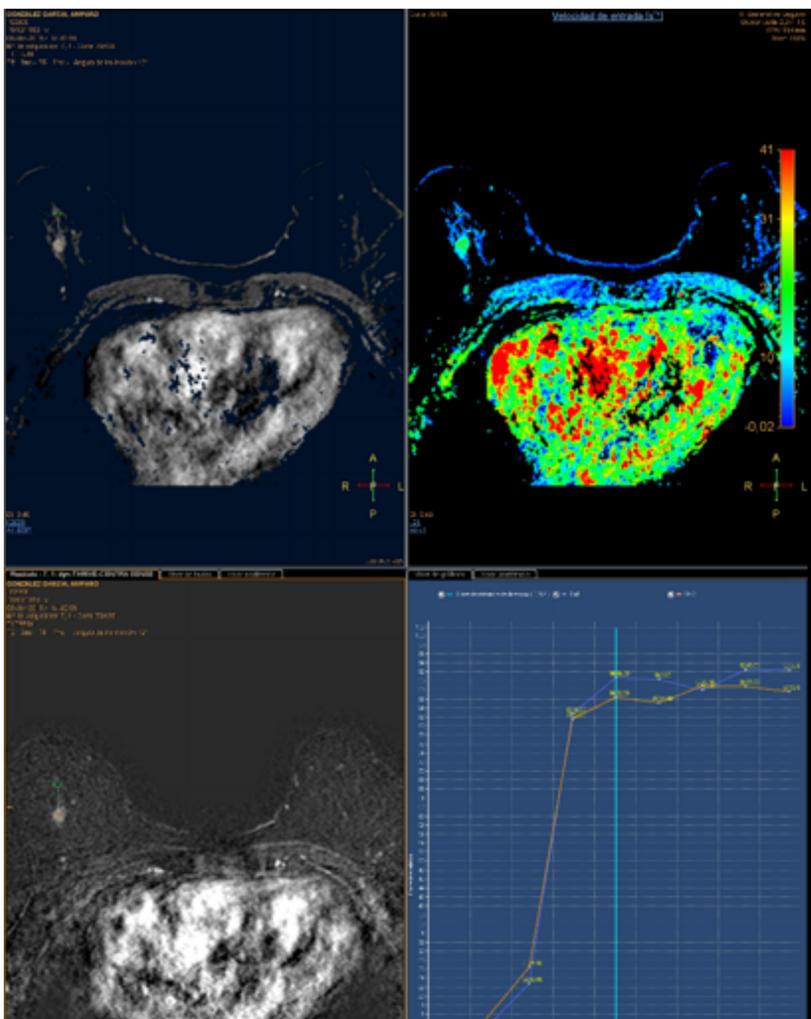


- Se presenta como una masa de morfología irregular y espiculada.
- También se puede presentar como una zona de realce sin masa que puede ser ductal, segmentario, regional o difuso.



➤ **Otras presentaciones:**

- Lesión dominante con múltiples focos hipercaptantes.
- Focos de realce con bandas interconectadas hipercaptantes.
- Áreas focales o regionales de realce heterogéneo.
- Realce de septos.
- Distorsión de la arquitectura.



En cuanto al comportamiento dinámico, son tumores que presentan el pico de realce en una fase tardía o muestran una curva ascendente continua, con presencia de lavado en la minoría.



# Anatomía patológica

- El CLI se asocia con un crecimiento difuso, con tendencia a invadir de manera dispersa el estroma.
- Se compone de células redondeadas con escaso citoplasma, que infiltran el estroma en fila india con crecimiento circunferencial al rededor del tejido mamario (patrón en ojo de buey).
- Produce escasa reacción desmoplásica debido a que no destruye las estructuras anatómicas ni inicia respuesta sustancial del tejido conectivo.
- Frecuentemente se identifican características histológicas lobulillares y ductales.
- Existen dos subtipos histológicos: clásico y no clásico. El no clásico incluye: alveolar, sólido, en anillo de sello, tubulolobular y pleomórfico, este último es especialmente agresivo.
- La pérdida de la E-caderina es útil para diferenciar entre carcinoma lobulillar y ductal en casos indeterminados.
- La mayoría expresan receptores hormonales positivos y HER 2 negativo

# Conclusión:

El carcinoma lobulillar infiltrante debido a sus características histológicas tiene una presentación clínica y radiológica variable, lo que hace que su diagnóstico sea complejo. A pesar de esto, el estudio por imagen es imprescindible para su diagnóstico y manejo.

Es esencial estar familiarizados con las diferentes formas de presentación en las distintas técnicas de imagen (mamografía, ecografía y RM); la ecografía es útil para la planificación de la biopsia mientras que la RM juega un papel importante en la detección de la multicentralidad, multifocalidad y bilateralidad así como en la valoración de la extensión de la enfermedad.