

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

**PAMPLONA 24 MAYO
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

UTILIDAD DE LA RM DE MAMA EN EL DIAGNÓSTICO DE EXTENSIÓN DEL CARCINOMA DUCTAL IN SITU

***N.ALEGRE BORGE, C.GARCÍA BARRIO,
E.DOMINGUEZ FRANJO***

**SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
HOSPITAL INFANTA SOFÍA (MADRID)**

INTRODUCCIÓN

1 GENERALIDADES

- Definición

El carcinoma ductal in situ (CDIS) es un carcinoma no invasivo caracterizado por la proliferación de células epiteliales malignas originadas en la unidad ductolobulillar terminal, sin evidencia histológica de invasión de la membrana basal.

- Presentación

La fisiopatología típica del CDIS condiciona la calcificación de los ductos afectados, es por ello que las microcalcificaciones son la manifestación del CDIS hasta en un 90% de los casos, lo que permite su detección en mamografía.

Lo más frecuente es que se presenten con una distribución agrupada, lineal o segmentaria, pudiendo ser multicéntrico. Entre un 10-20% de los CDIS se presentarán como una masa u otras lesiones parenquimatosas tales como distrorsión arquitectural asociada o no a microcalcificaciones (1).

Típicamente es asintomático.

- Epidemiología

Representa el 20% del total de los cánceres de mama detectados en mamografía (2) y se estima que entre un 14-75% de ellos evolucionará a formas invasivas. (3)

- Pronóstico

Factores de mal pronóstico: aparición temprana inferior a 40 años, casos sintomáticos y los CDIS de tipo sólido y cribiforme

- Diagnóstico

La sensibilidad diagnóstica de la mamografía es de un 70-80%, debido a que las áreas implicadas pueden no estar calcificadas. Así mismo todas las áreas afectadas pueden no estar calcificadas de manera uniforme, por este motivo a menudo se infraestima la extensión del área afectada en mamografía.

Bajo porcentaje de estas lesiones serán visibles por ecografía en forma de masa hipoecoica de contornos irregulares. En sólo la mitad de los casos se identificarán calcificaciones.

La sensibilidad de la RM en el CDIS es menor que en la detección de carcinomas de tipo infiltrante. Pese a sus limitaciones presenta ventajas en la detección de las áreas de CDIS no calcificadas y mamográficamente ocultas basadas en la vascularización tumoral, densidad y permeabilidad de los vasos que pueden ser vistas como alteraciones en la captación de contraste.

- Tratamiento

La primera etapa del tratamiento está basada en exéresis quirúrgica con márgenes libres. La radioterapia se usa en los tratamientos conservadores porque reduce a la mitad las recidivas locales; cuando se trata sin radioterapia la tasa de recurrencia es del 22%.

La mitad de las recurrencias serán invasivas (20% de las recurrencias tendrán metástasis a distancia a los 10 años). En tratamientos conservadores la radioterapia asociada reduce la tasa de recurrencia un 50%.

El diagnóstico precoz y el conocimiento de la extensión del área afectada son dos factores claves en el pronóstico de la enfermedad.

2 PROBLEMÁTICA

- La evaluación del tamaño de CDIS en mamografía puede ser errónea. (4)
Impacto de la densidad mamaria y el grado lesional.
- La mamografía detecta únicamente el área calcificada de la lesión por lo que tiende a infraestimar el tamaño de la lesión.
- Indicación de tratamientos quirúrgicos conservadores exponiendo a las pacientes a un riesgo de resección insuficiente más elevado. (5)

3 CONSECUENCIAS

- Aumento de la tasa de reintervenciones debido a márgenes afectados.
- Tasa de recidiva más elevada (9% si asocia radioterapia 22% si únicamente tumorectomía, 2% si mastectomía).
- Es importante tener en cuenta que la mitad de las recurrencias aparecerán bajo formas invasivas.

REVISIÓN DEL TEMA

En la actualidad la RM no está indicada en el manejo del CDIS aunque en la literatura se ha demostrado su utilidad en múltiples casos.

En la cirugía se busca obtener dentro de lo posible márgenes amplios de exéresis alrededor de las microcalcificaciones reduciendo así el riesgo histológico de márgenes afectados.

El estudio de Cheng et al. (6) mostró un 15% de enfermedad residual después de la tumorectomía en los CDIS de menos de 1cm y de hasta un 69% en los pacientes con un CDIS de más de 25mm. En 2017 Dillon et al. (7) encontraron resultados similares con un riesgo de afectación de márgenes más importante en los CDIS de más de 30mm en mamografía.

Esto demuestra que el desconocimiento de la extensión real de la lesión y la infraestimación por mamografía conlleva una tasa importante de afectación de márgenes. Es en estos casos en los que las microcalcificaciones se extienden más de 30mm cuando la RM tendría un papel importante.

Ciertas situaciones particulares son también buenas indicaciones de RM como cuando se evidencia un CDIS con afectación ganglionar, la RM podría evidenciar un carcinoma infiltrante desconocido, así mismo en una enfermedad de Paget la RM puede demostrar un CDIS desconocido

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

**PAMPLONA 24 MAYO
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

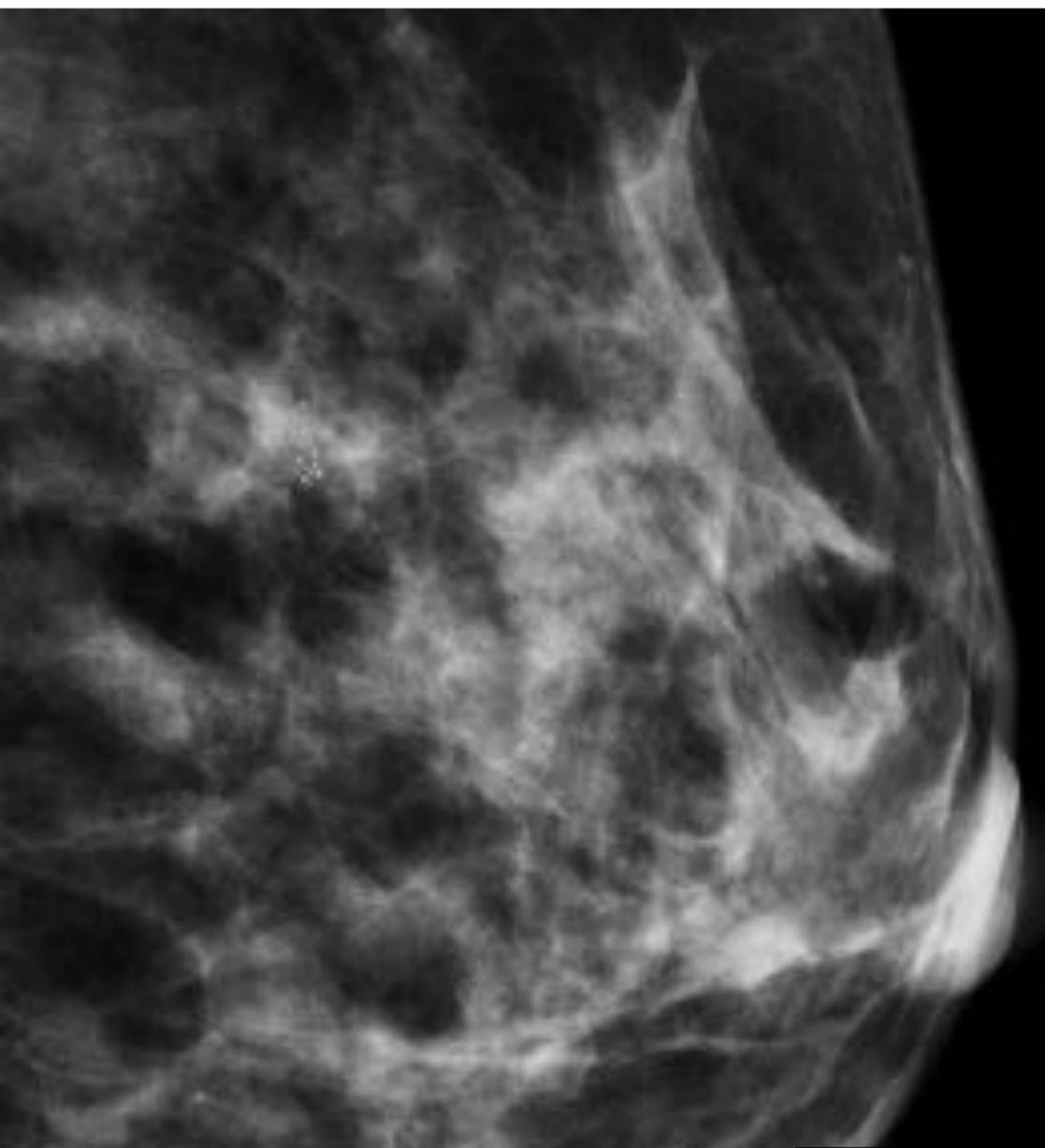
Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

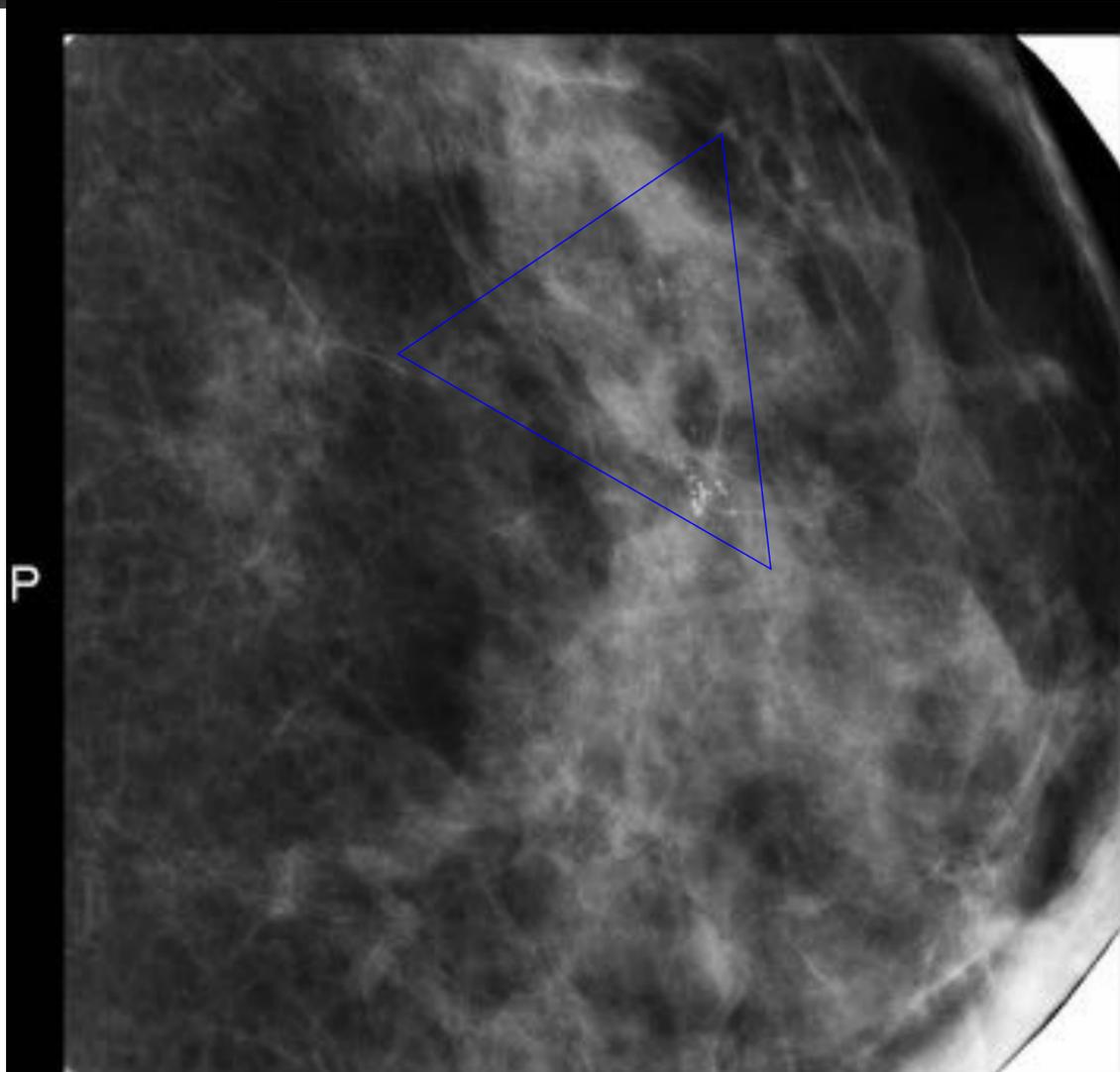
23 mayo Cursos Precongreso

CASOS CLÍNICOS

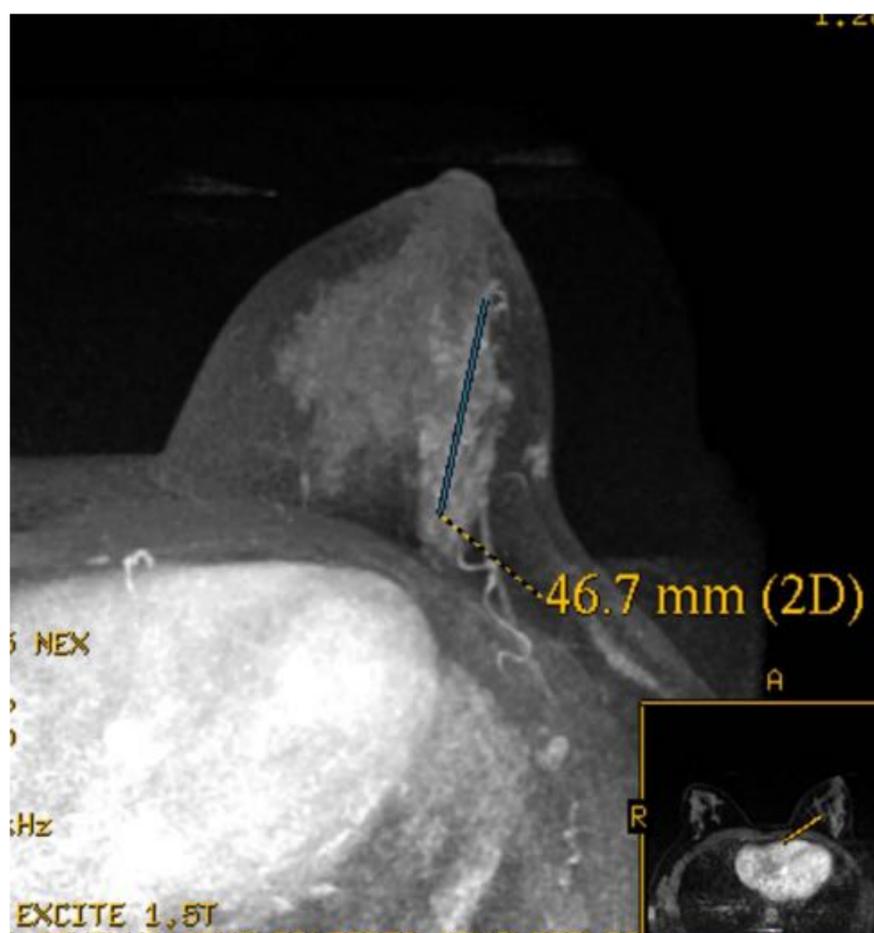
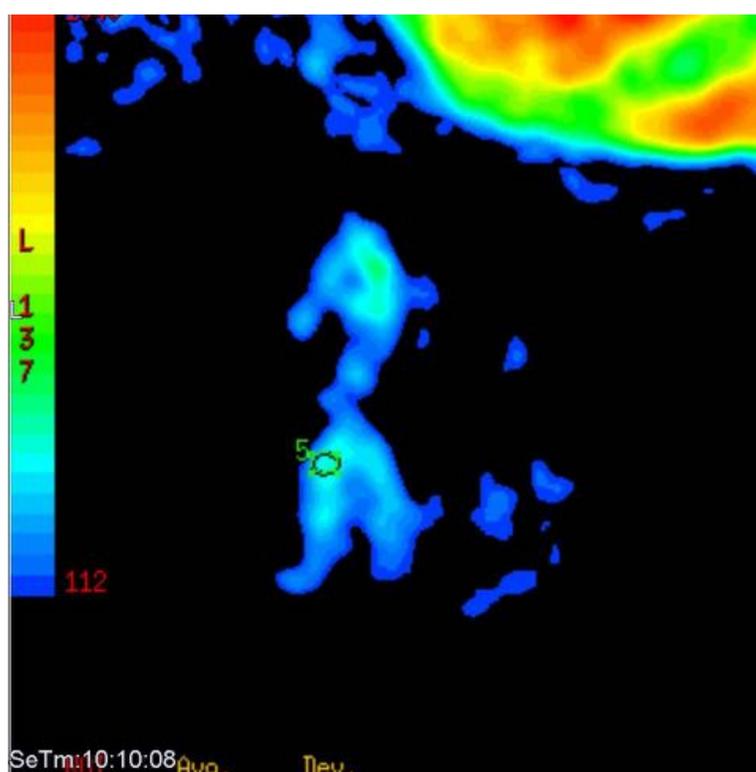
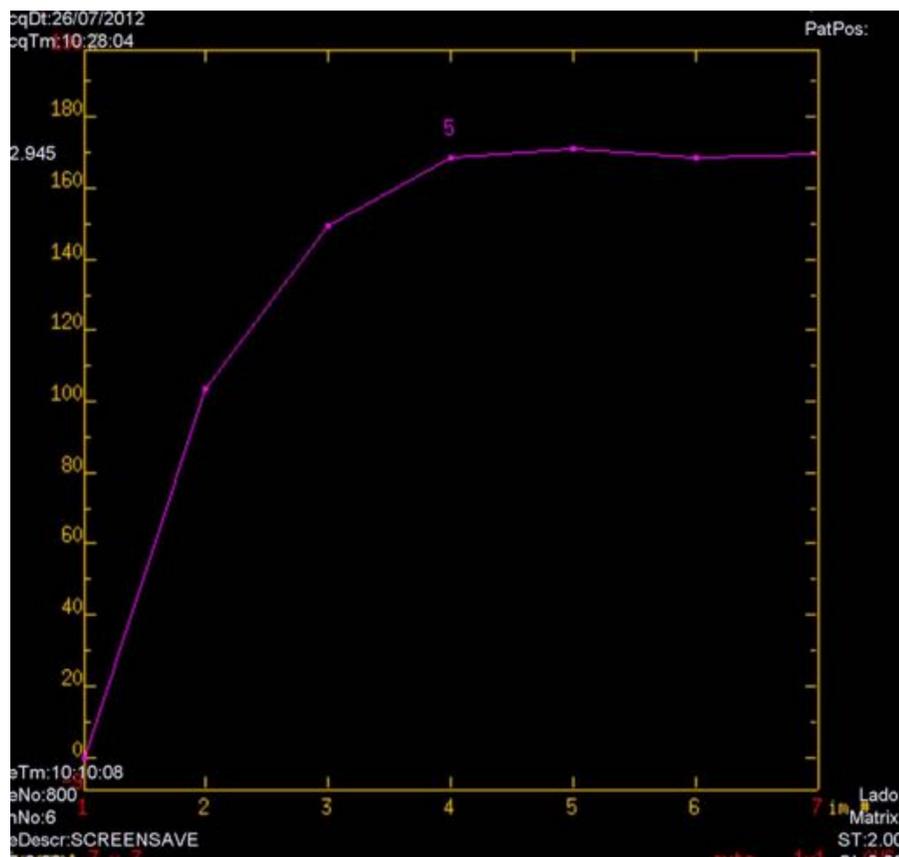
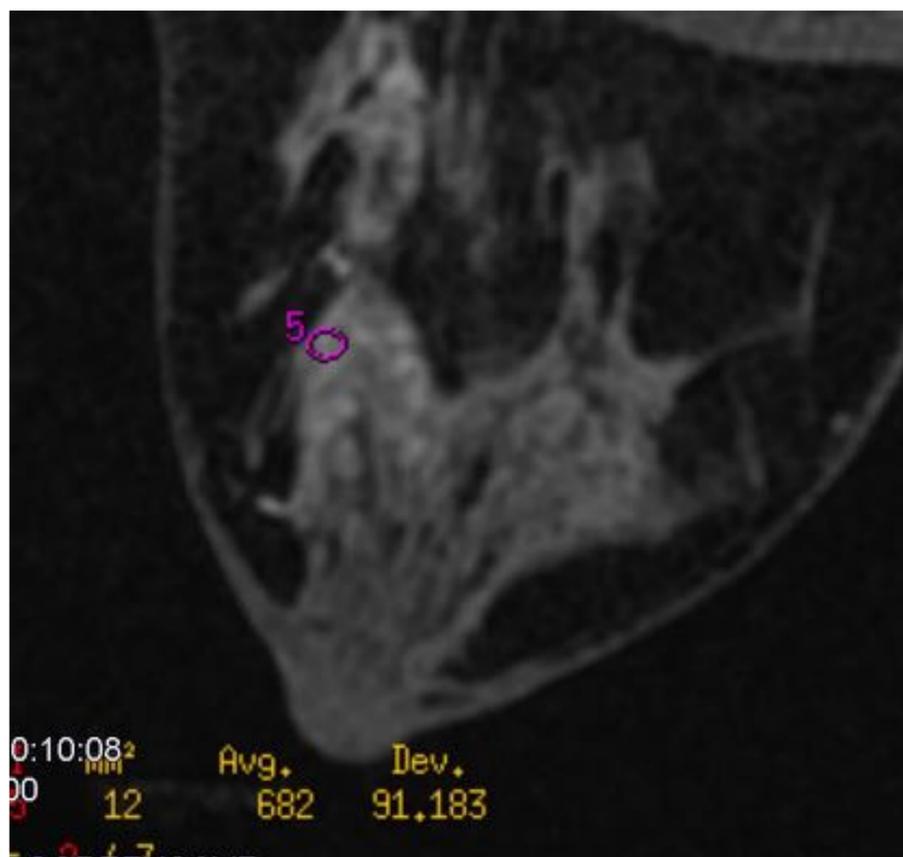


Paciente de 47 años. Asintomática
Antecedentes familiares: madre Ca de
mama 57 años.

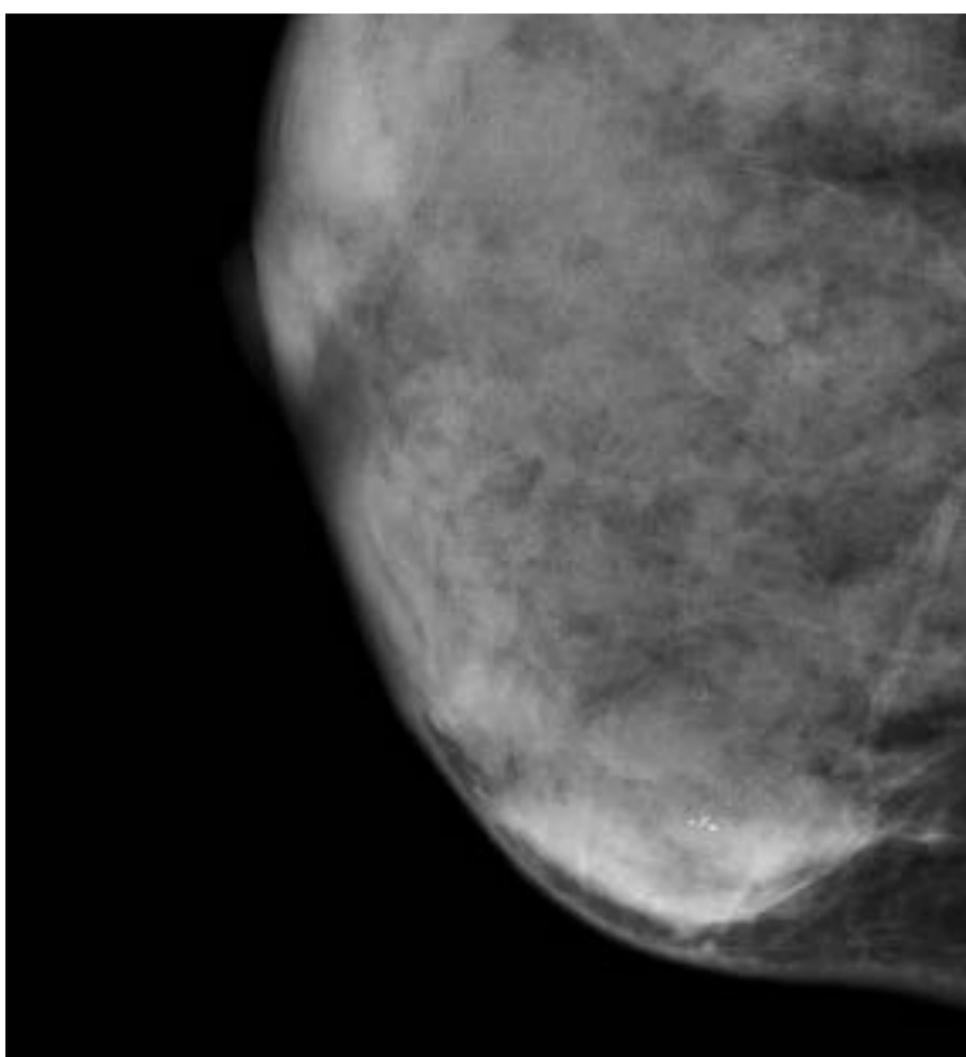
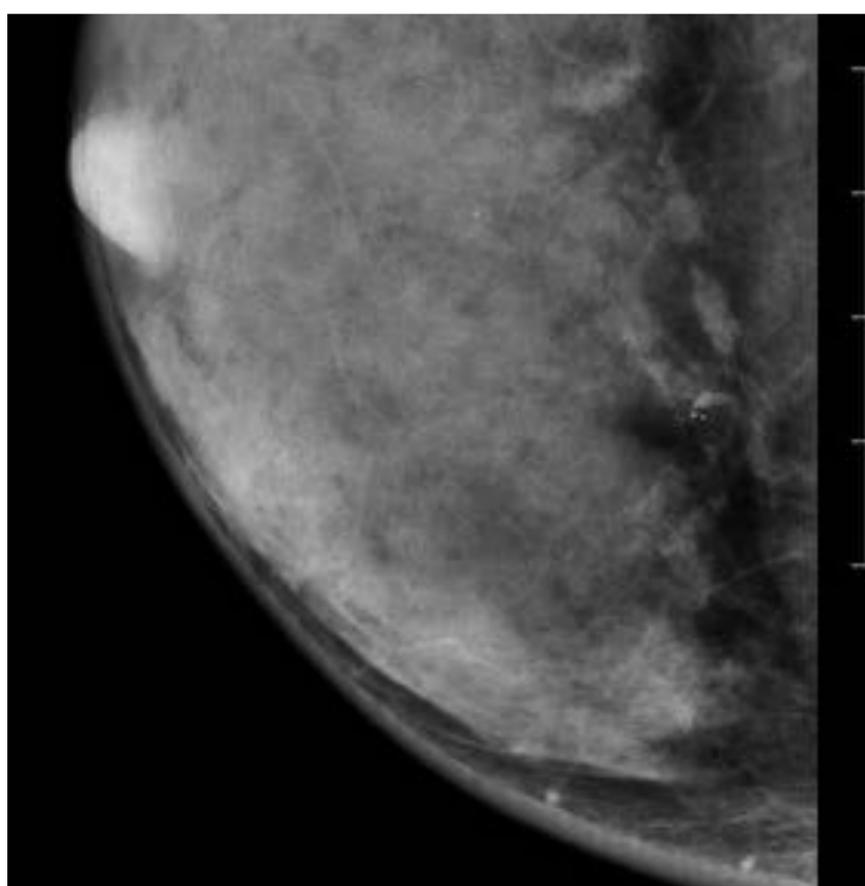
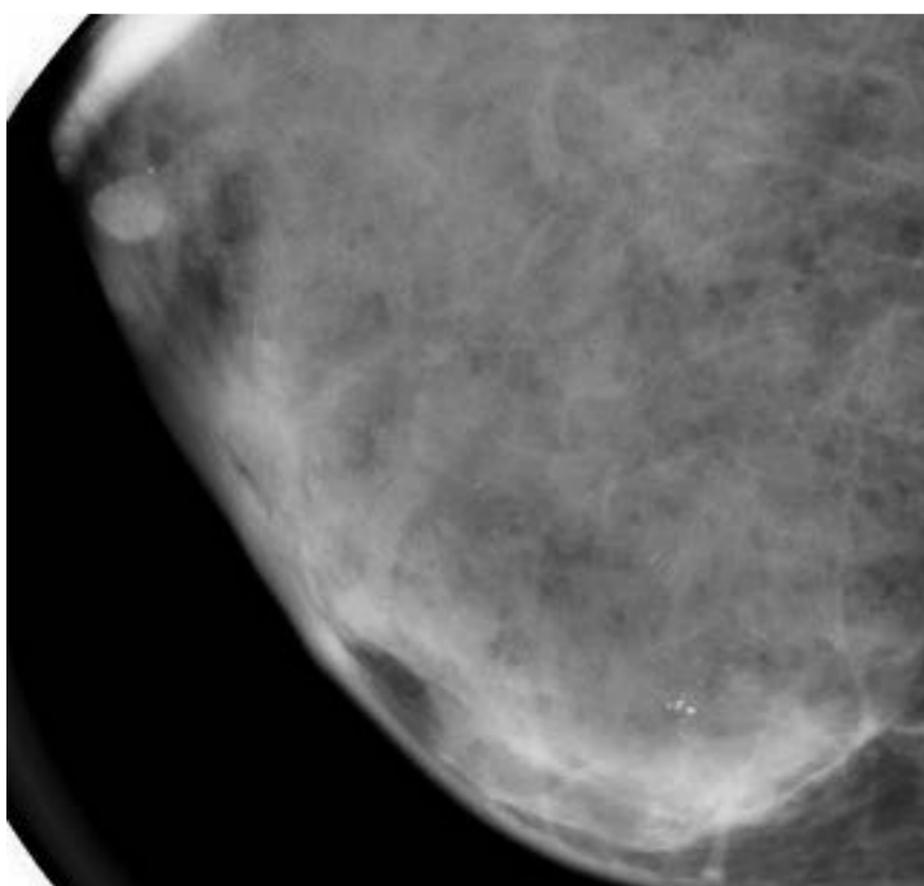
Se identifican microcalcificaciones
amorfas de distribución segmentaria con
una extensión máxima de 20 mm



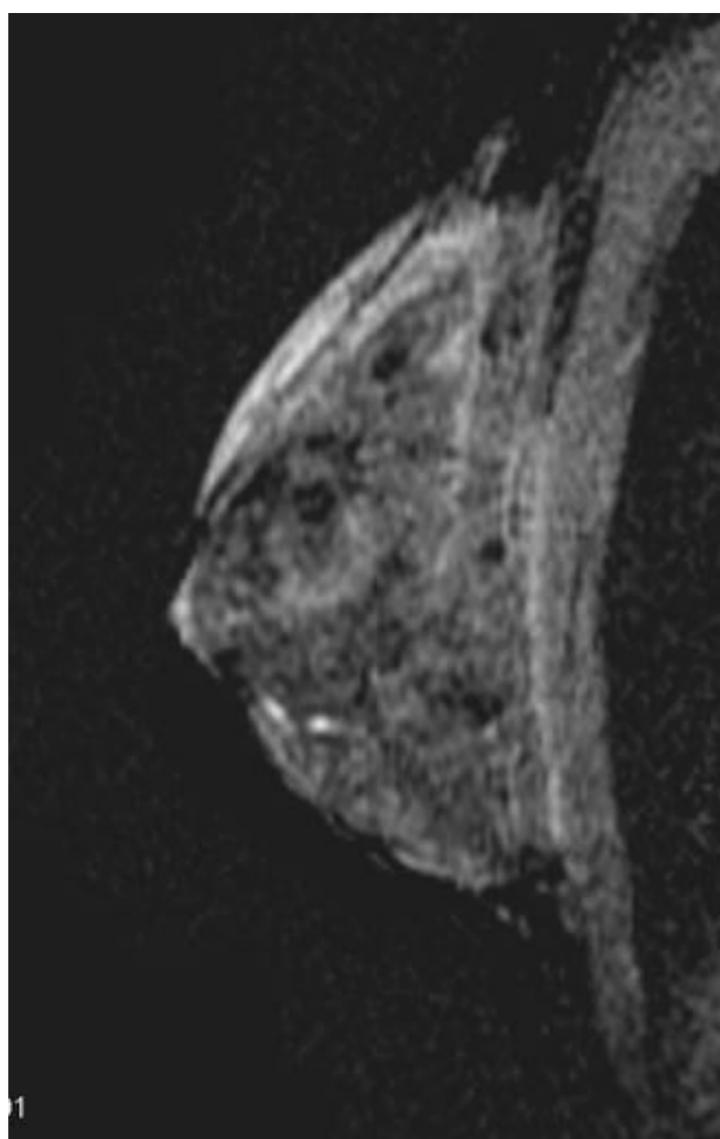
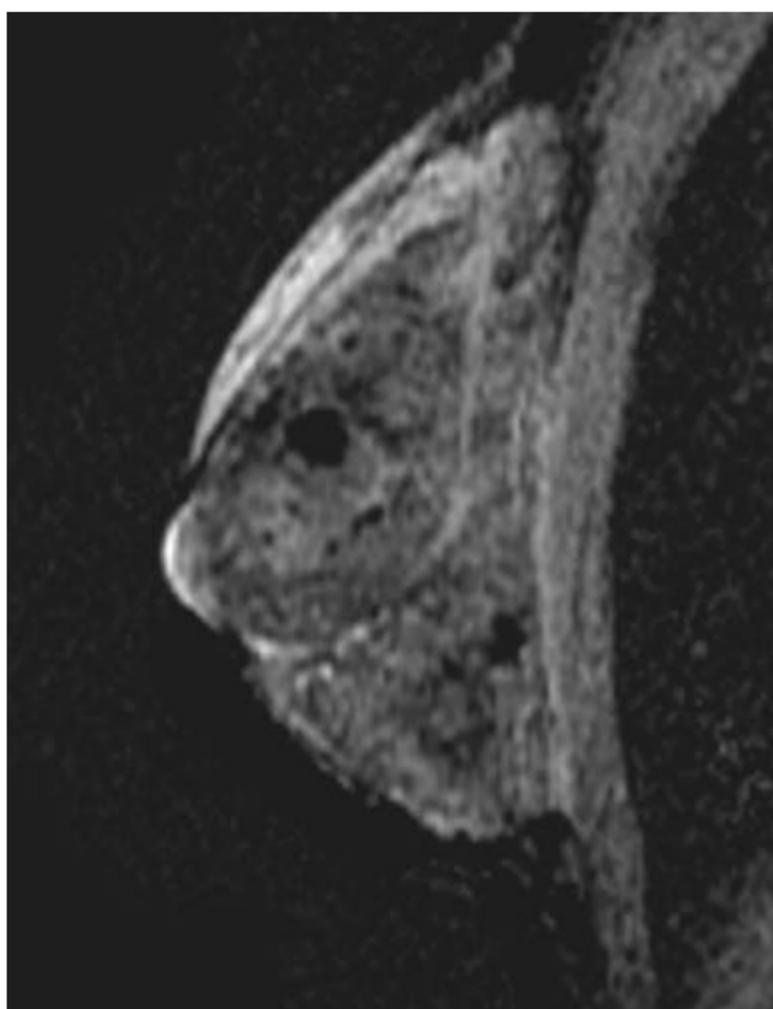
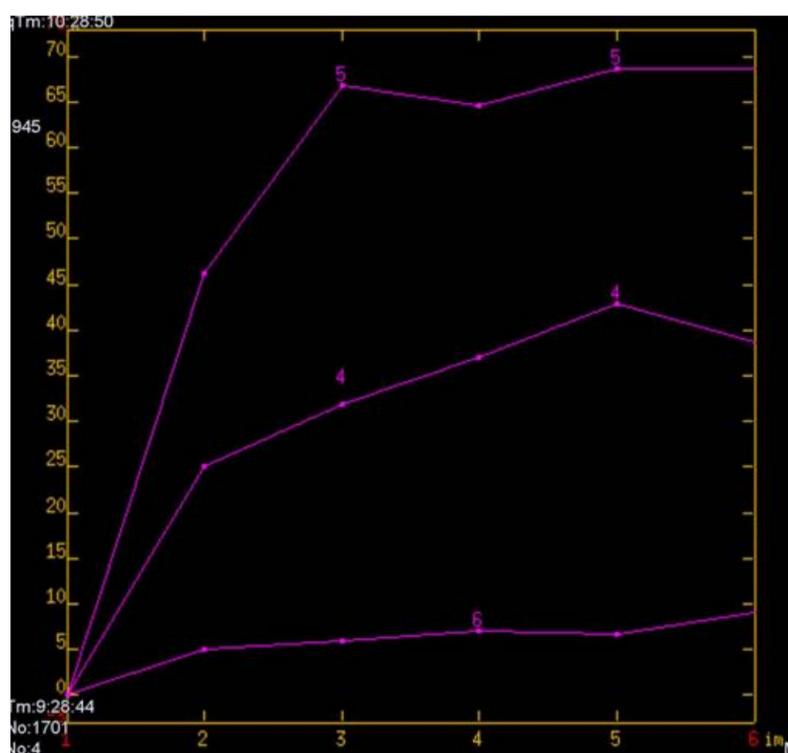
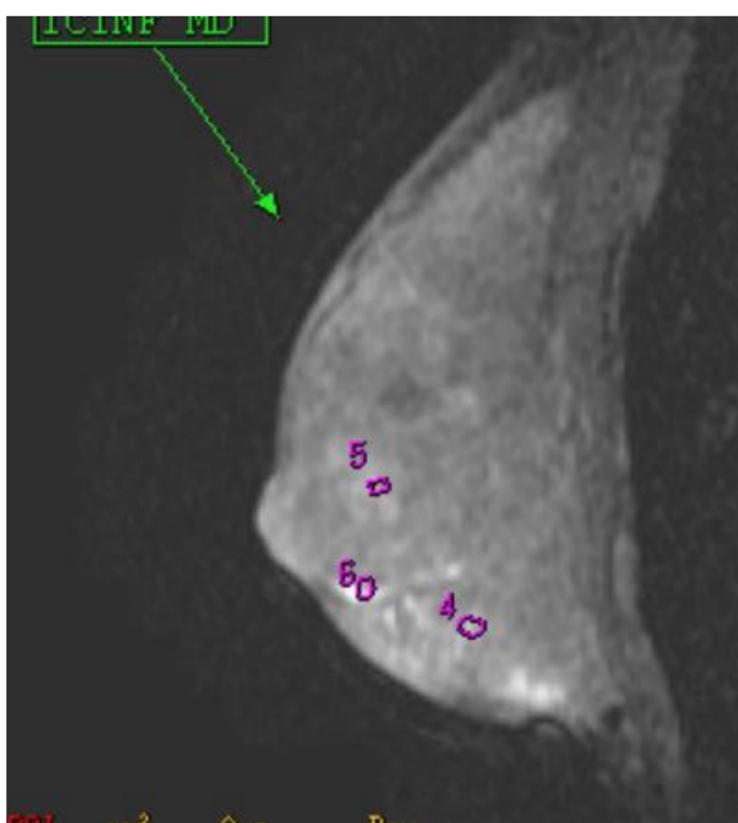
Rm se identifica un área de captación en empedrado, segmentaria que se dirige hacia pezón con un área máxima de 46mm, con curva cinética de realce inicial rápido y tardío persistente. Diagnóstico de CDIS . Infraestimación de la talla lesional mediante mamografía.



Paciente de 46 años. Antecedentes familiares. Asintomática.
Cúmulo de microcalcificaciones pleomórficas en CII

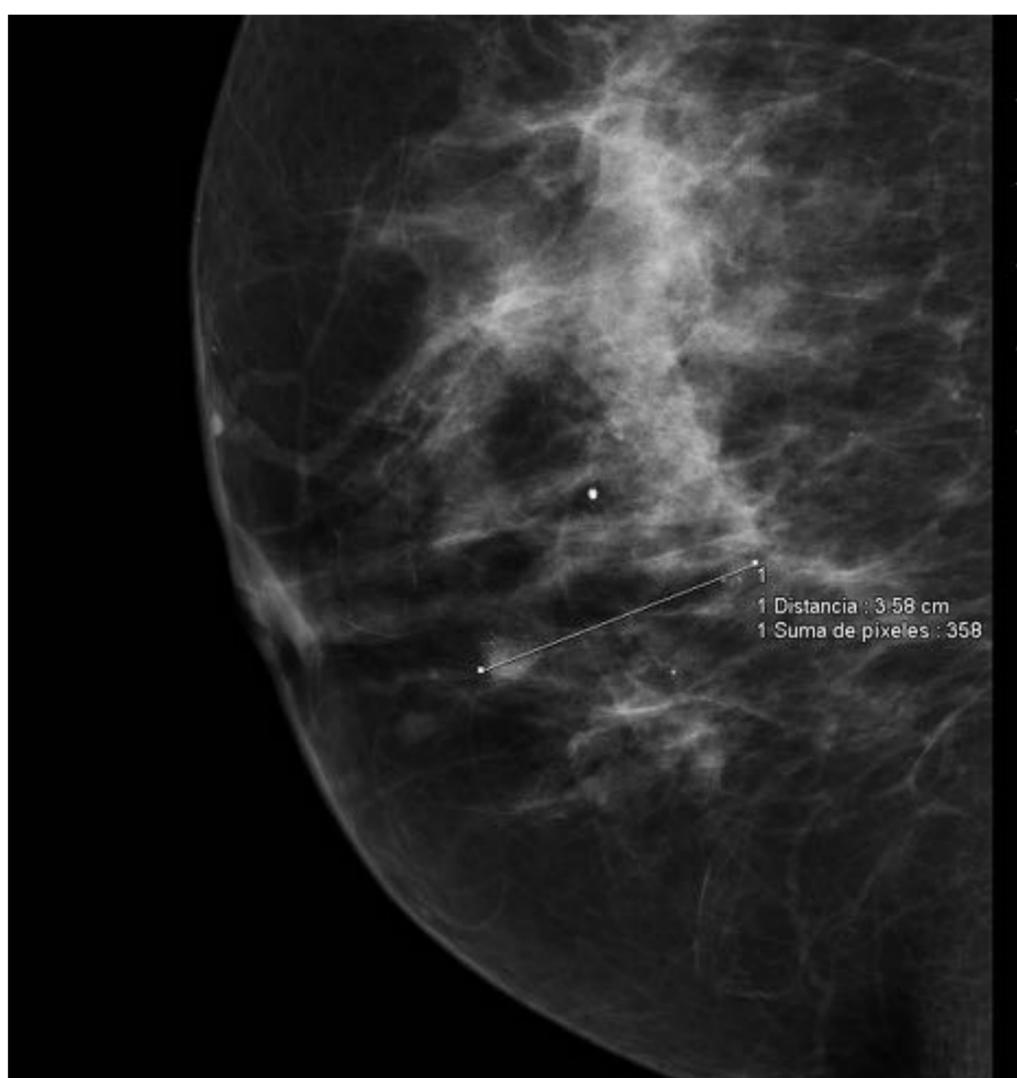
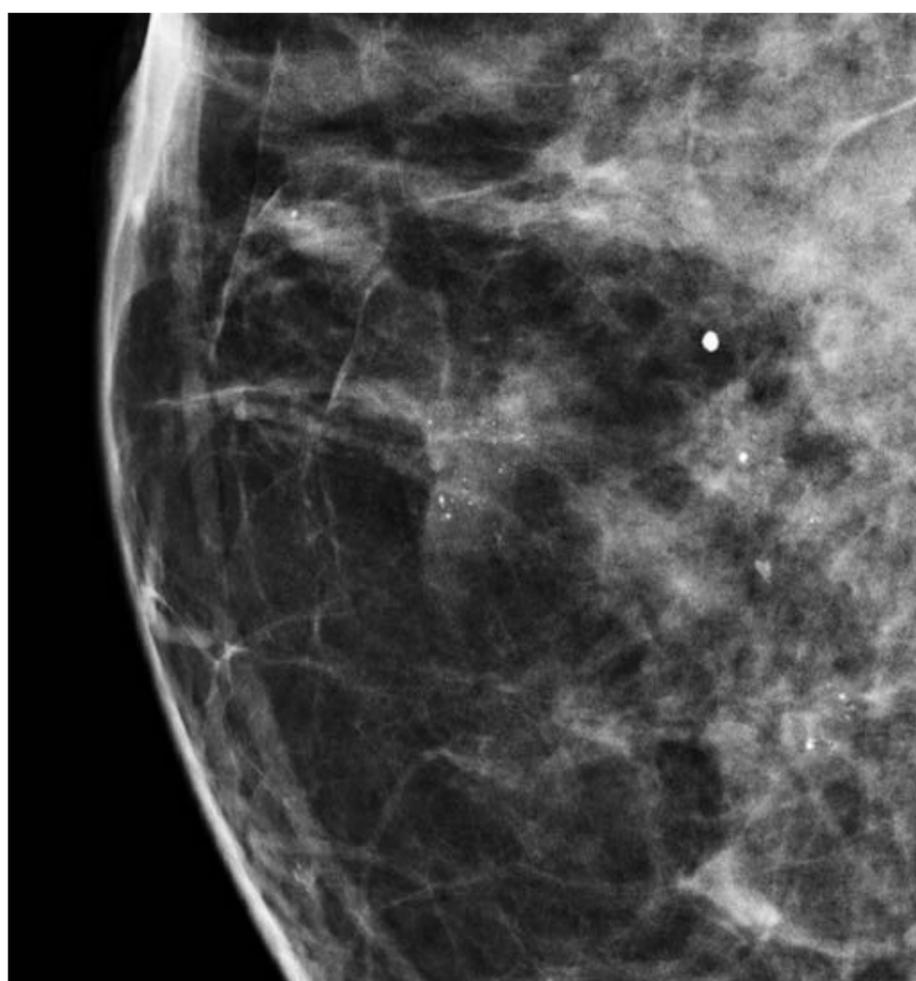


En CII se observan realces ductales que aunque presentan curvas tipo I son compatibles con hallazgos de alta sospecha. Confirmación posterior de CDIS



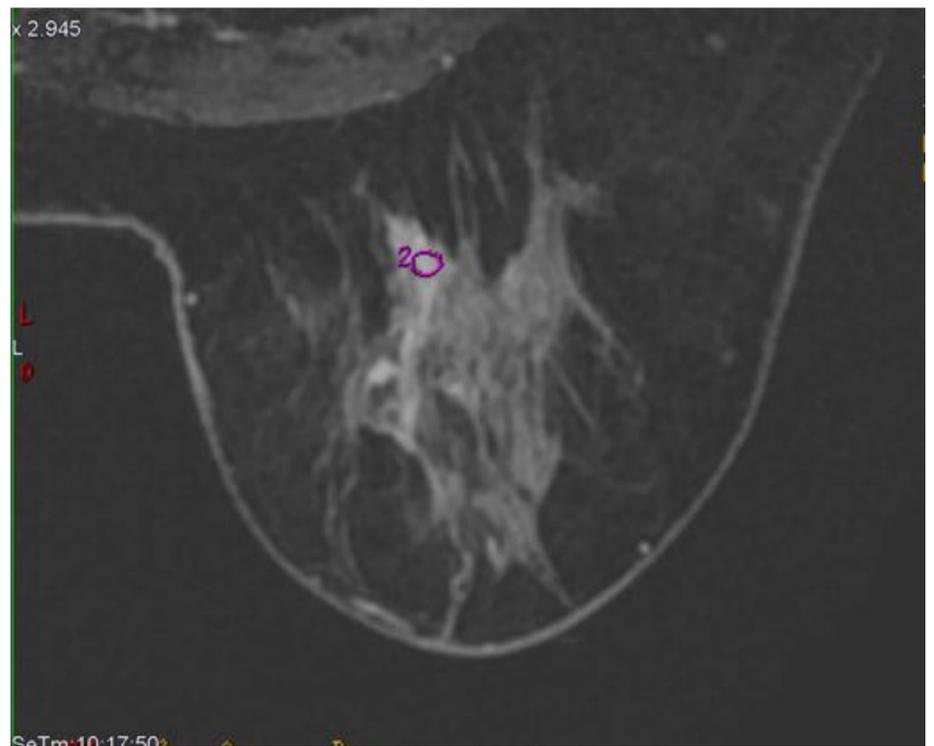
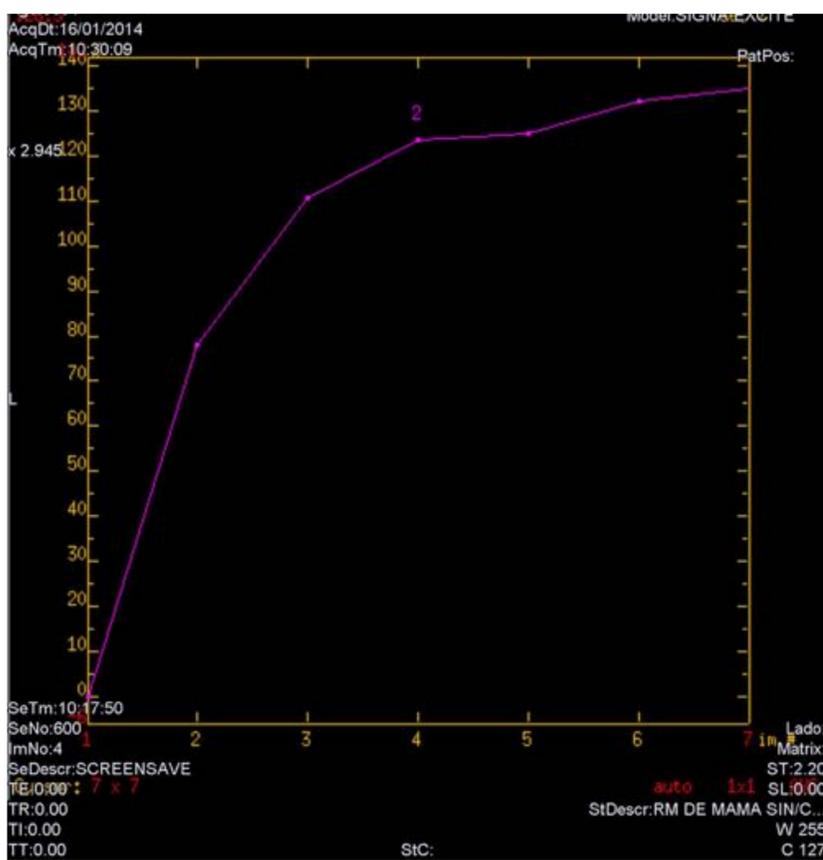
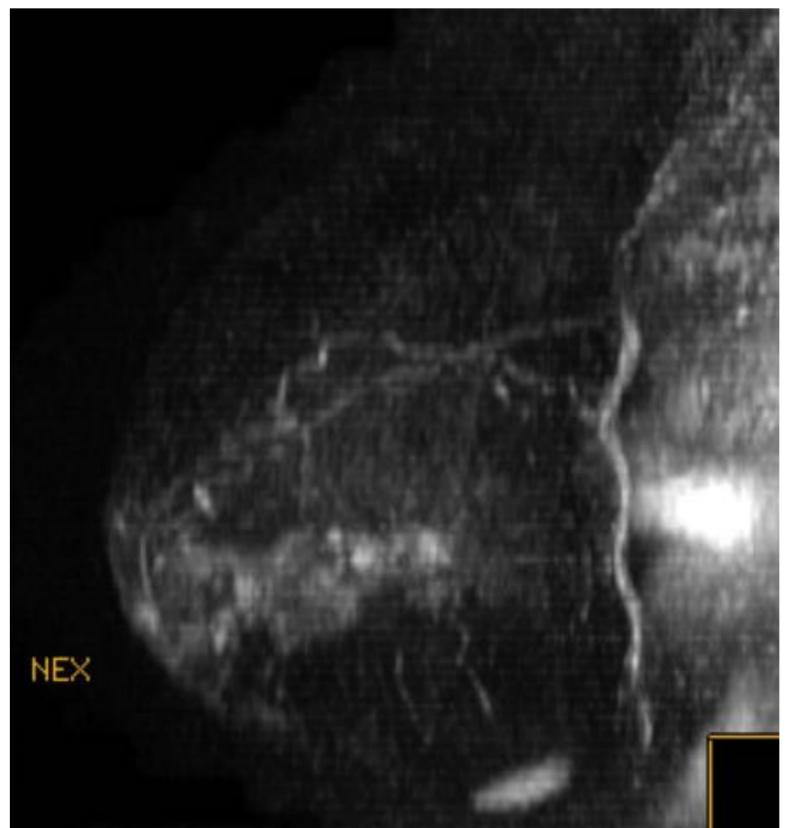
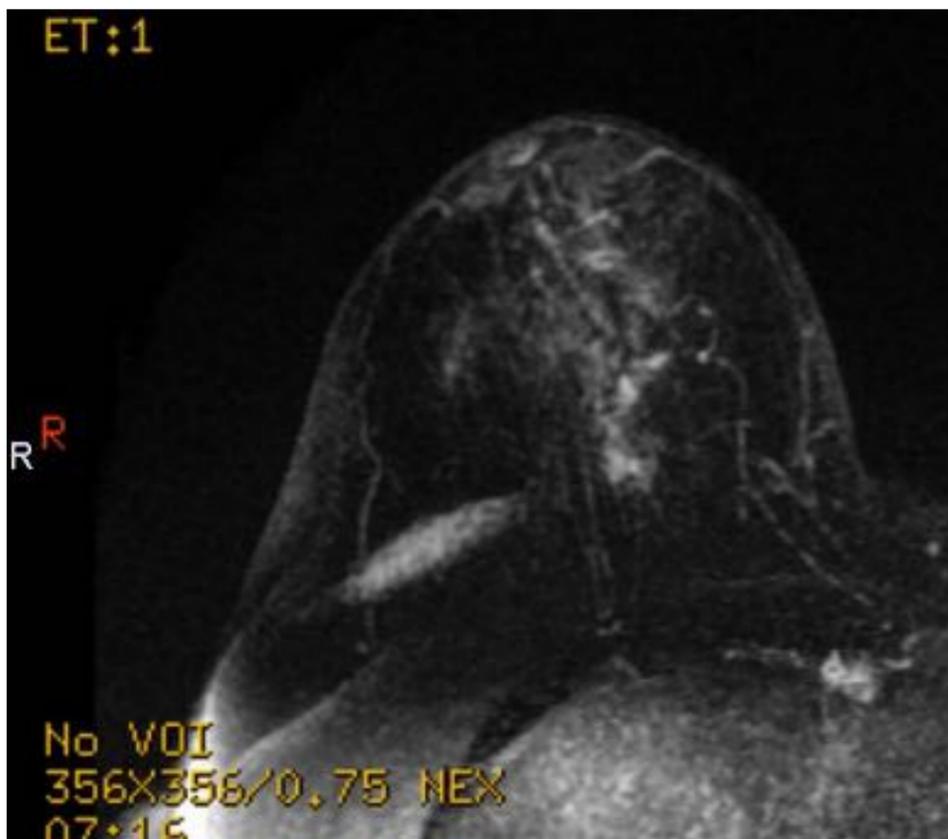
Paciente de 60 años. Asintomática. Antecedentes familiares.

Microcalcificaciones pleomórfas en CII derecho con un diámetro máximo de 4 cm

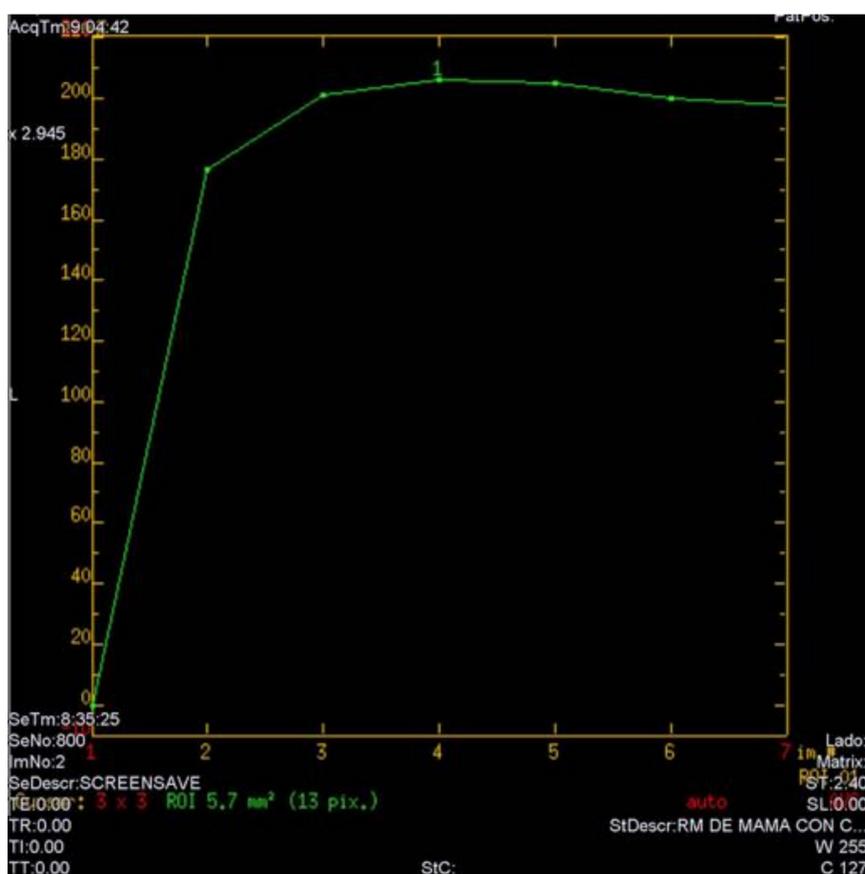
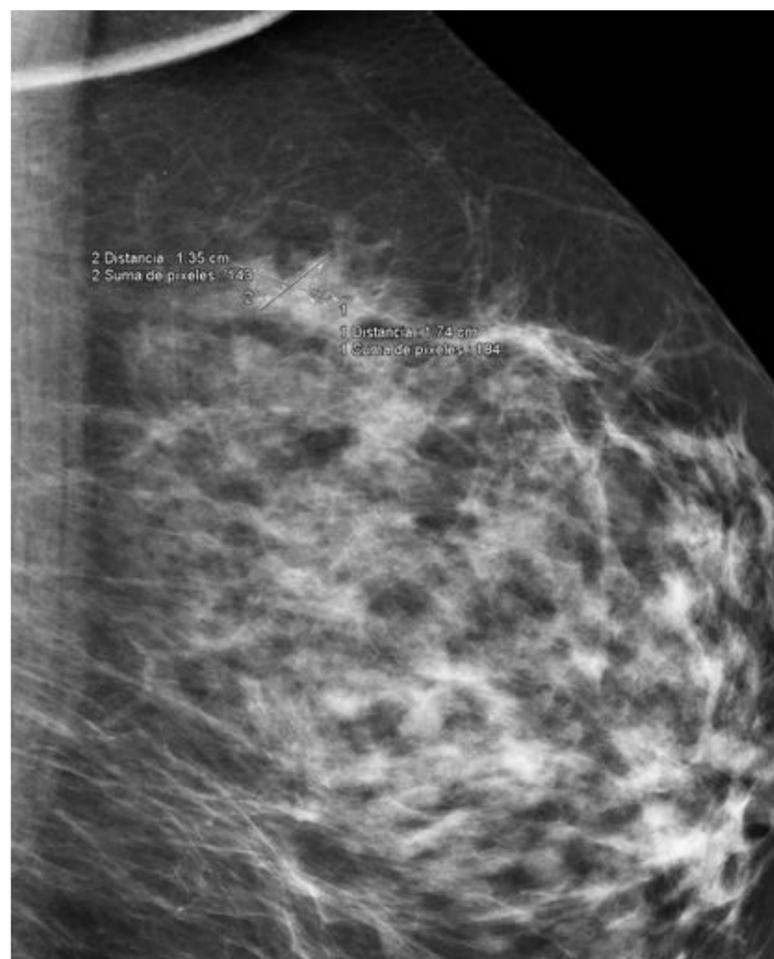
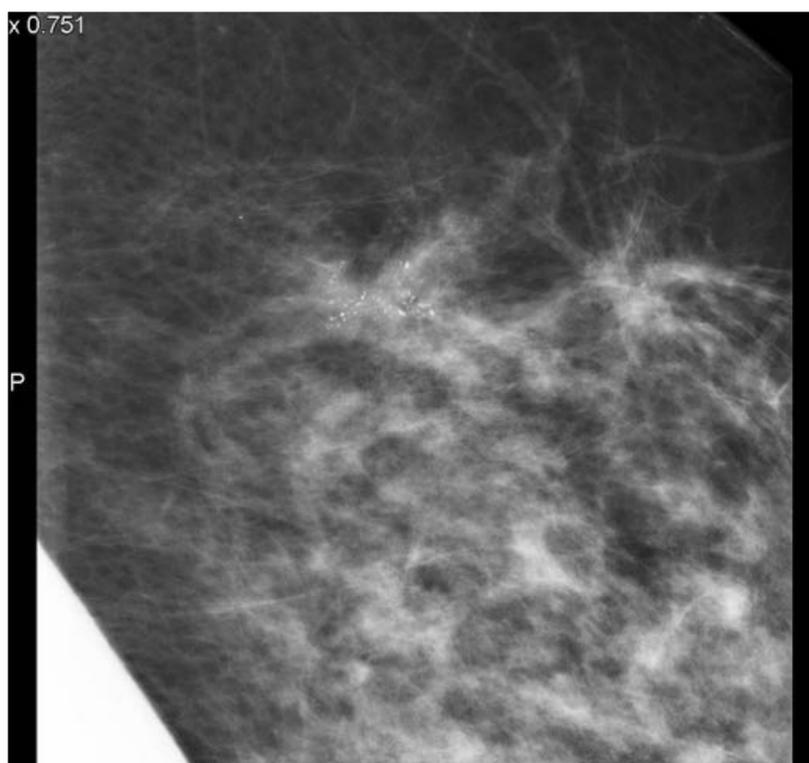


Captación sospechosa que se extiende hasta región retroareolar con diámetro máximo de 6cm.

Infraestimación de la lesión en mamografía



CDIS con buena correlación del tamaño entre mamografía y rm



CONCLUSIÓN

- La Rm de mama puede considerarse un estudio complementario a la mamografía en la detección del CDIS debido a que puede evidenciar realce tanto en las áreas calcificadas como en las no calcificadas del carcinoma intraductal, permitiendo la detección de áreas afectadas no evidenciables en mamografía. Logra una evaluación más precisa de la extensión de la lesión, aspecto fundamental para una correcta planificación del tratamiento lo que condiciona un mejor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Farshid G, Downey P, Gill PG. Atypical presentations of screen-detected DCIS: implications for pre-operative assessment and surgical intervention. *Breast* 2007; 16:161–171
- 2) Allegra CJ, Aberle DR, Ganschow P, et al. Diagnosis and management of ductal carcinoma in situ (DCIS). NIH Consens State Sci Statements 2009; 26(2):1–27.
- 3) Leonard GD, Swain SM. Ductal carcinoma in situ: complexities and challenges. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96:906–920
- 4) Holland R, Hendriks J, Verbeek A, Mravunac M, Schuurmans Stekhoven J. Extent, distribution and mammographic / histopathologic correlations of breast ductal carcinoma in situ. *Lancet* 1990;335:519-22.
- 5) Cutuli B et al; Federation of French Cancer Centres et le groupe de travail SOR. Standards, options and recommendations for the management of ductal carcinoma in situ of the breast: update 2004. *Bull Cancer* 2005;92:155-68.
- 6) Cheng L, Al-Kaisi N, Gordon N, Liu A, Gebrail F, Shenk R. Relationship between the size and margin status of ductal carcinoma in situ of the breast and residual disease. *J Natl Cancer Inst* 1997;89(18):1356-60.
- 7) Dillon MF, Mc Dermott EW, O'Doherty A, Quinn CM, Hill AD, O'Higgins N. Factors affecting successful breast conservation for ductal carcinoma in situ. *Ann Surg Oncol* 2007;14(5):1618-28.
- 8) Jansen SA, Newstead GM, Abe H, Shimauchi A, Schmidt RA, Karczmar GS. Pure ductal carcinoma in situ: kinetic and morphologic MR characteristics compared with mammographic appearance and nuclear grade. *Radiology* 2007; 245: 684–691
- 9) Kvistad KA, Rydland J, Vainio J, et al. Breast lesions: evaluation with dynamic contrast-enhanced T1-weighted MR imaging and with T2*-weighted first-pass perfusion MR imaging. *Radiology* 2000; 216:545–553
- 10) Kuhl C. MR imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. In: Kuhl C, ed. *Magnetic resonance imaging clinics: breast MR imaging*. Philadelphia, PA: Saunders, 2006: 391–402