

CASO CLÍNICO 1

1



El médico valora la historia clínica de la paciente



Nombre	Mariela
Edad	53 años
Antecedentes	<p>Ansiedad y depresión en tto con lorazepam. Fumadora de 10 cigarrillos al día desde los 20 años.</p> <p>Antecedentes quirúrgicos: Amigdalectomía en la infancia. Apendicectomía a los 14 años. Fibroadenoma derecho e izquierdo extirpados en 1991.</p> <p>H.OBS/GINE: G3A1V2, no lactancia materna. Menarquia a los 13 años, menopausia a los 48 años. No ACOS, no THS.</p>
Motivos de consulta	<p>La paciente seguía revisiones periódicas hasta que en Abril de 2018 en la mamografía rutinaria le detectan microcalcificaciones con tendencia a la agrupación en UCE de MD (BIRADS4A) de las que se recomienda estudio histológico, siendo de baja sospecha.</p> <p>En ecografía se evidencian dos formaciones nodulares de aspecto sólido con características de benignidad en UCE de MD de 15 mm y periareolar hacia CSI de 9 mm, a valorar evolutivamente (BIRADS 3).</p>
Impresión diagnóstica	<p>BIRADS 4A. Se recomienda biopsia de las microcalcificaciones descritas en MD. De las formaciones nodulares descritas se recomienda control ecográfico evolutivo en 6 meses.</p>

PREGUNTA DE REFLEXIÓN:

¿Cuál crees que es la mejor forma de diagnóstico en esta paciente?

¿Añadirías alguna prueba de imagen más?



SOLUCIÓN:

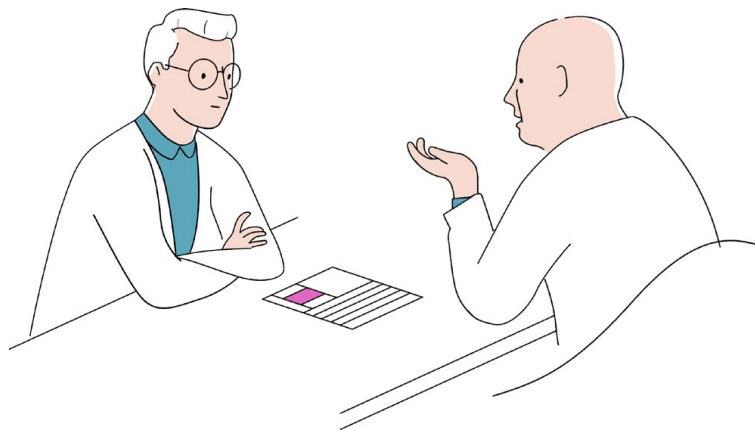
La BAG o la BAV con estereotaxia es el método de elección. Si es posible se realizará RM para descartar afectación contralateral y valorar la extensión en la mama ipsilateral.

JUSTIFICACIÓN:

La RM no está indicada de rutina en el estudio de un CDIS pero es de utilidad para determinar la extensión de la enfermedad así como para identificar la multicentralidad y/o la enfermedad sincrónica contralateral.

Una lesión sospechosa detectada por mamografía puede ser biopsiada por biopsia con aguja gruesa (BAG) o por biopsia excisional dependiendo de las limitaciones del procedimiento estereotáxico. La punción aspiración por aguja fina (PAAF) es inadecuada para distinguir entre enfermedad in situ e invasiva, así que no está recomendada.

2



El patólogo informa al oncólogo

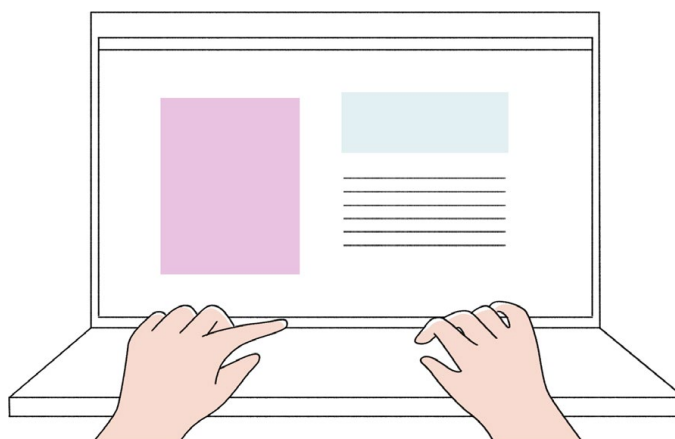
Se realiza BAV guiada por estereotaxia de microcalcificaciones en UCE de la mama derecha.

Diagnóstico anatomopatológico:

“MAMA DERECHA (CILINDROS/UCE MD)”: CARCINOMA DUCTAL “IN SITU” (GRADO III CON NECROSIS) IHQ: - RECEPTORES HORMONALES:

Estrógenos	Positivos (8/8)
Progesterona	Positivos (5/8)
Índice de proliferación (Ki67)	Aproximadamente 20%
e-CADHERINA	Positiva

3



El médico oncólogo consulta el informe

RM DE MAMA SIN/CON CONTRASTE: Se realiza estudio en planos y secuencias habituales sin y tras administración CIV en microcalcificaciones BIRADS 6 en unión de cuadrantes externos de mama derecha. Informe: Se observa captación precoz de contraste segmentaria, no masa, en unión de cuadrantes externos de mama derecha, en relación a microcalcificaciones BIRADS6 biopsiadas, con una extensión antero posterior de aproximadamente 5,3 cm, coincidiendo con la distribución de las microcalcificaciones en la mamografía. Se visualiza una imagen nodular de aproximadamente 20 mm, en unión de cuadrantes externos de mama derecha, en relación a lesión de características probablemente benignas visualizada en ecografía. No se observan ganglios patológicos axilares. En unión de cuadrantes externos de mama izquierda imagen sugestiva de ganglio intramamario de 4 mm.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN:

Teniendo en cuenta las características del paciente y del tumor, ¿Cuál considera el mejor abordaje terapéutico en este momento?



SOLUCIÓN:

El mejor abordaje terapéutico en este momento sería la cirugía conservadora.

JUSTIFICACIÓN:

Aunque la mastectomía es una opción de tratamiento quirúrgico, en general se prefiere realizar cirugía conservadora siempre que se pueda y que la paciente esté de acuerdo y sea su preferencia.

4



El médico recibe el informe anatomopatológico de la cirugía

AJCC/UICC, TNM 8ª edición/Revisión CAP junio 2017:

Procedimiento quirúrgico	Tumorectomía
Lateralidad del espécimen	Derecha
Tamaño tumoral	Estimado en 15 x 12 mm
Tipo histológico	Carcinoma intraductal
Patrón arquitectural	Comedocarcinoma
Grado nuclear	Alto grado (grado III)
Necrosis	Presente (necrosis de tipo “comedo”)
Márgenes quirúrgicos	Libres de carcinoma intraductal. A 1 mm del margen más próximo (margen inferior).
Estadio (AJCC 8ª edición, 2017)	pTis (DCIS)
Diagnóstico	Tumorectomía mama derecha: Carcinoma mamario intraductal de alto grado histológico (G3) con comedonecrosis. Márgenes quirúrgicos libres.
IHQ : Receptores hormonales	Estrogénicos + (8/8)
Indice de proliferación (Ki 67)	20%
e-CADHERINA	+
CK 19	+

PREGUNTA DE REFLEXIÓN:

Teniendo en cuenta este resultado, ¿Cuál considera el mejor abordaje terapéutico en este momento?



SOLUCIÓN:

RT y HT. La RT tras la CC reduce el riesgo de recidiva local tanto en forma de CDIS como en forma de carcinoma invasivo, por lo que indicaríamos RT adyuvante.

JUSTIFICACIÓN:

Dado que el margen inferior está a 1 mm, se considera margen próximo y estaría indicado un boost tras la RT de toda la mama sobre el lecho quirúrgico.

La terapia endocrina se ofrece a las pacientes con CDIS con receptores hormonales positivos por una duración de 5 años. El papel del tratamiento sistémico en el CDIS es para reducir el riesgo de recidiva en la mama ipsilateral y contralateral. Dado el bajo riesgo de esta enfermedad de dar metástasis a distancia, la quimioterapia no está indicada. No hay indicación de terapia anti-Her 2 en el CDIS. Valoraría junto con la paciente el tratamiento con TAM o IA (mujer postmenopáusica) en función del perfil de toxicidad y el estado y preferencia de la paciente.