

PRESENTACIONES ATÍPICAS O INUSUALES DEL CANCER DE MAMA

HOSPITAL BRITANICO



Fausti Carla³. Vidales Valeria². Curros Maricela.⁴. Pona Norma.⁴ Vigovich Félix⁵.
García Adriana¹

1 Jefe de servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires.

2. Coordinadora Médica del área de Mama del servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico.

3 Médico residente del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires.

4. Medico del staff del Servicio de Diagnostico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires.

5. Médico del staff del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Británico de Buenos Aires.



OBJETIVOS

- ❖ Describir hallazgos imagenológicos atípicos del cáncer de mama.
- ❖ Ejemplificar estos hallazgos con casos clínicos categorizados acorde a BIRADS 5 EDICION y confirmados histológicamente.
- ❖ Resaltar dificultades diagnósticas.

REVISIÓN DEL TEMA

- ❖ El 80% aproximadamente de los CDI de mama se presentan imagenológicamente, como nódulos de márgenes no circunscriptos con o sin microcalcificaciones asociadas.
- ❖ El 90 % de los CDIS se presentan como microcalcificaciones de sospecha en las imágenes mamográficas.
- ❖ Las presentaciones atípicas o inusuales del cáncer de mama como las distorsiones y asimetrías representan el resto de los casos. Para su categorización final es necesario realizar técnicas de compresión localizada y ecografía.
- ❖ Otros tipos de presentaciones atípicas son: la enfermedad de Paget, el carcinoma inflamatorio y el ducto único dilatado.

❖ **DESESTRUCTURACIÓN TISULAR**

❖ **ASIMETRÍAS:**

A. GLOBAL

A. FOCAL

A. EN DESARROLLO

❖ **ENFERMEDAD DE PAGET**

❖ **CARCINOMA INFLAMATORIO**

❖ **DUCTO ÚNICO DILATADO**

DISTORSIÓN ARQUITECTURAL

Son líneas rectas o espículas que se irradian desde un punto y producen retracción focal o alteración en los contornos tisulares, esta última se detecta en la interfase entre el parénquima y el tejido graso. Es un signo de alta sospecha.

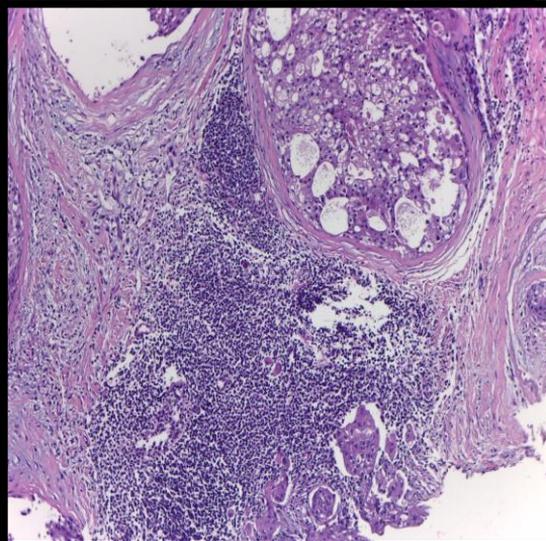


Figura 1.

Diagnóstico de Carcinoma ductal in situ de alto grado.

Distorsión tisular en CSE de mama izquierda.

Se visualiza en H1 de mama izquierda nódulo isoecoico, de márgenes no circunscritos, doppler positivo, categorizado **BIRADS 4B**.

(flecha roja)

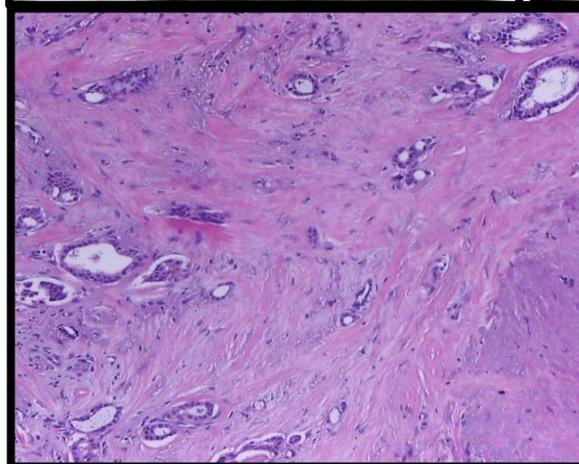
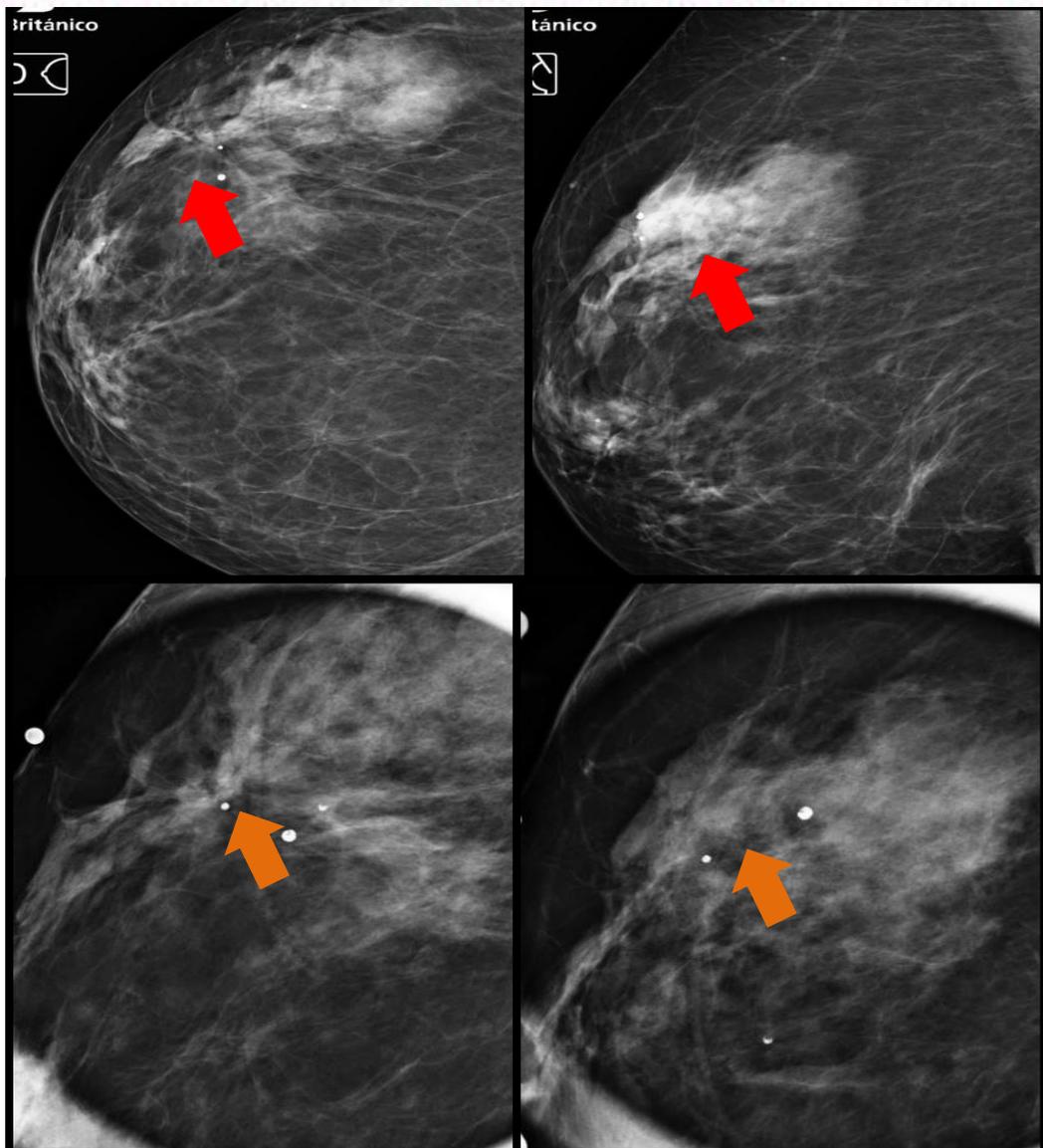


Figura 2.
79 años con **diagnostico histológico de carcinoma tubular.** (flecha roja) Se registra distorsión tisular en CSE de mama derecha, con alteración del contorno mamario, mas evidente en las incidencias Localizadas y Magnificadas (flechas naranjas). Categorización final. **BIRADS 4C**

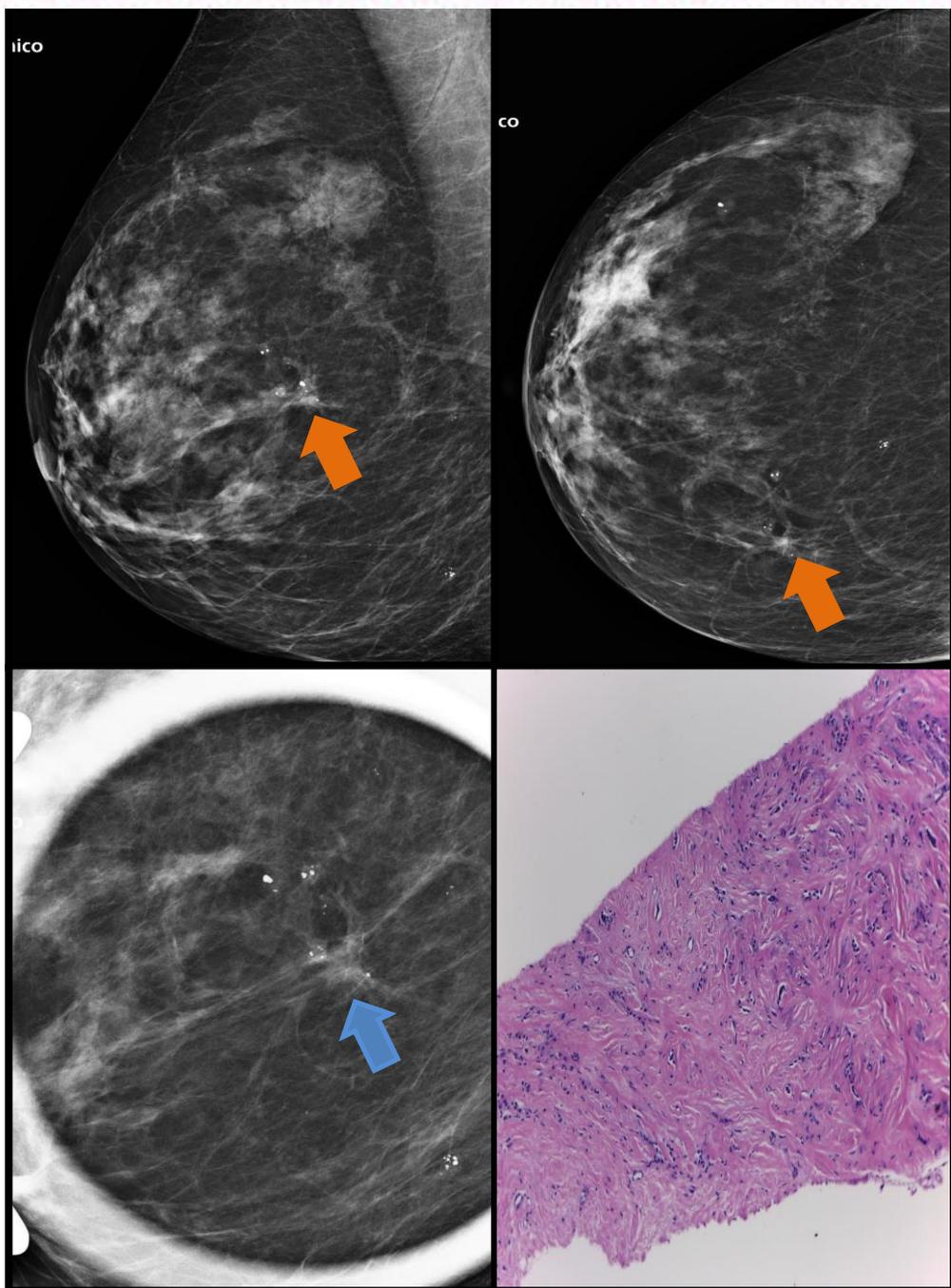


Figura 3.

70 años con diagnóstico histológico de **Carcinoma infiltrante lobulillar**. (flecha naranja). Se observa sutil desestructuración tisular rodeada de calcificaciones a nivel retroareolar interno de MD, mejor evidenciadas en incidencia localizada y magnificada (flecha azul). **BIRADS 4B**

ASIMETRÍAS

- ❖ Son depósitos unilaterales de tejido fibroglandular que no pueden considerarse un nódulo radio denso.
- ❖ Presentan borde cóncavo y tienen grasa intercalada en su interior. Para su detección es fundamental comparar las imágenes de las mamas derecha e izquierda y reвер studies previos.
- ❖ Existen 4 subtipos: **asimetría en una sola proyección, asimetría global, asimetría focal y asimetría en desarrollo.**

Asimetría global

Se evidencia tejido asimétrico en mas de un cuadrante de la mama y se visualiza en dos proyecciones. Habitualmente representa una variante normal. Debe llamar la atención cuando es palpable, produce retracción mamaria, aumento de la densidad o se asocia a edema o eritema cutáneo.

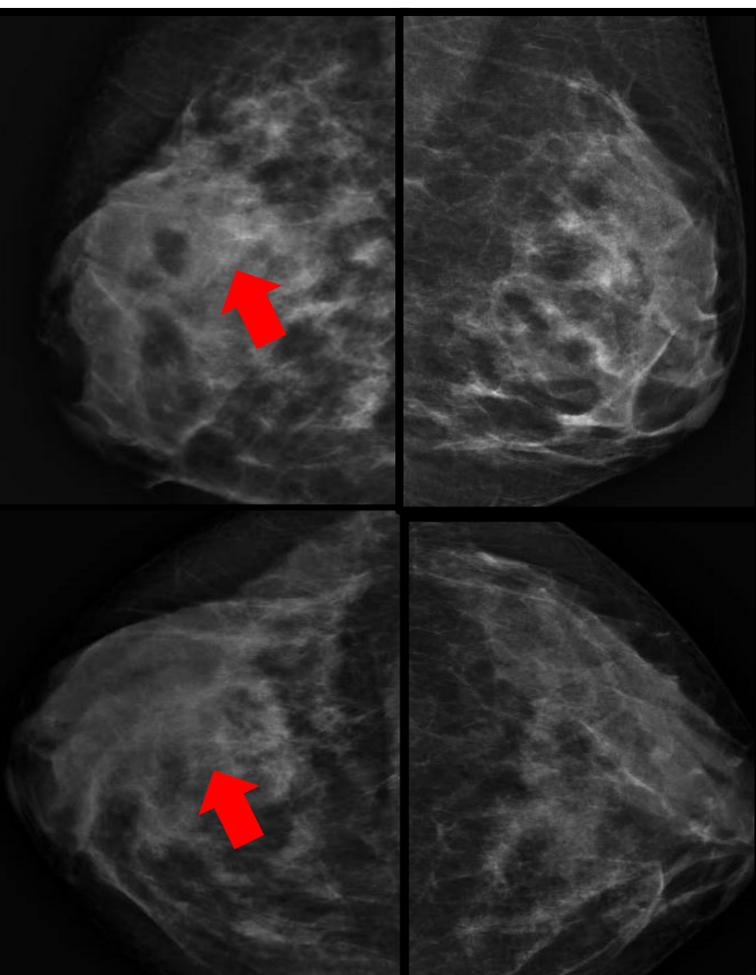
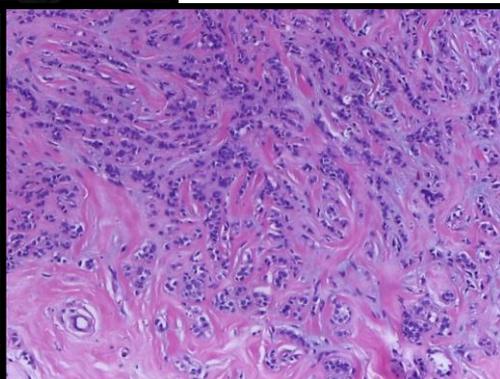


Figura 4.

31 años, **Diagnóstico histológico de Carcinoma lobulillar infiltrante.**

Se evidencia asimetría global, con distorsión y retracción del parénquima. Existen líneas rectas que confluyen en CSE (**flechas rojas**) Ecografía (**flecha naranja**) área de alteración difusa de la ecoestructura de márgenes no circunscritos. Categorización final: **BIRADS 4C**



Asimetría focal

Deposito de tejido glandular que se localiza en dos proyecciones mamográficas y ocupa menos de un cuadrante. Debe estudiarse con técnicas de magnificación, compresión localizada y ecografía, para comprobar la existencia de un nódulo.

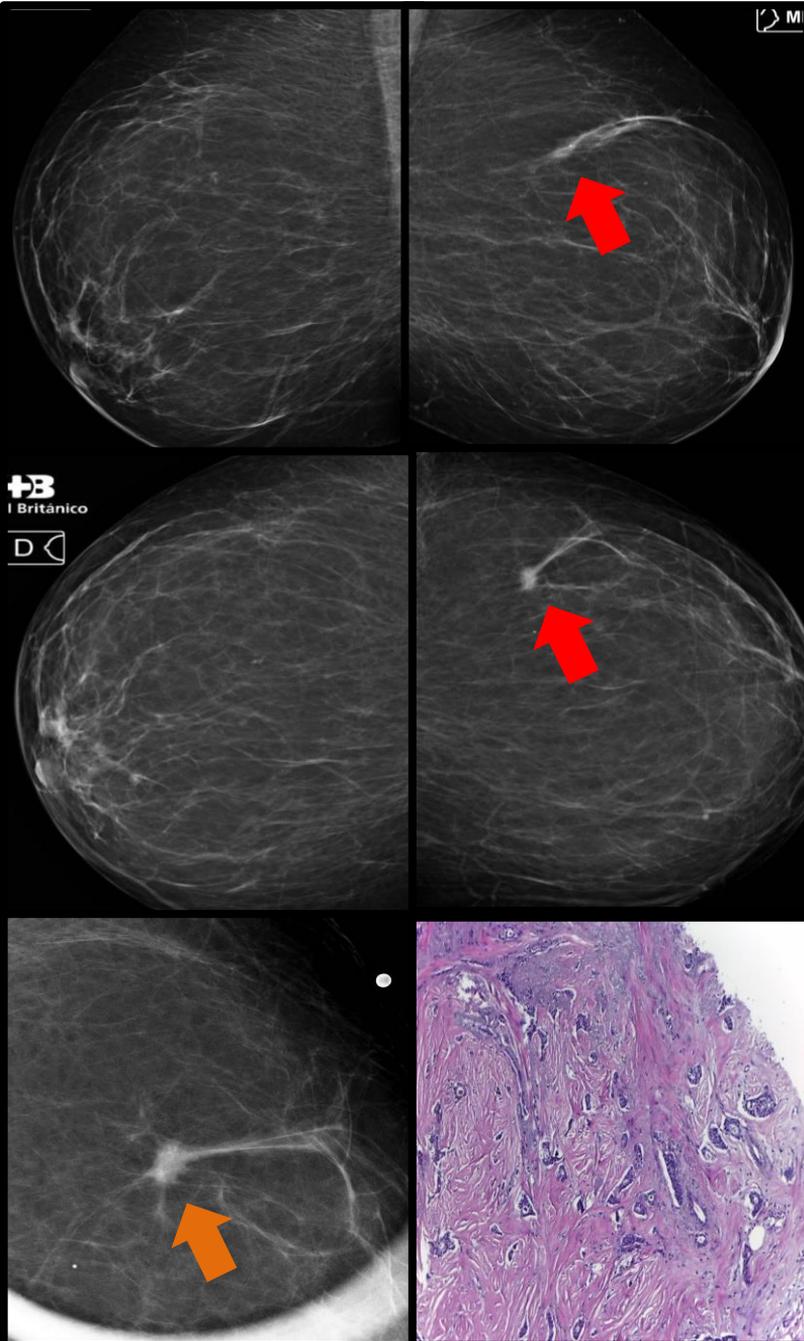


Figura 5.

62 años con **Diagnóstico de Carcinoma infiltrante**. Se observa asimetría focal en CSE de mama izquierda (**flechas rojas**) donde se realizan técnicas de magnificación (**flecha naranja**) constatando un nódulo irregular de márgenes espiculados. **BIRADS 4C**

Asimetría en desarrollo

Es un depósito de tejido glandular visualizado en dos proyecciones, que en comparación con estudios previos presenta mayor densidad o tamaño. El 13% de las detectadas en estudios de screening son malignas y el 27% de las detectadas en estudios diagnósticos son malignas.

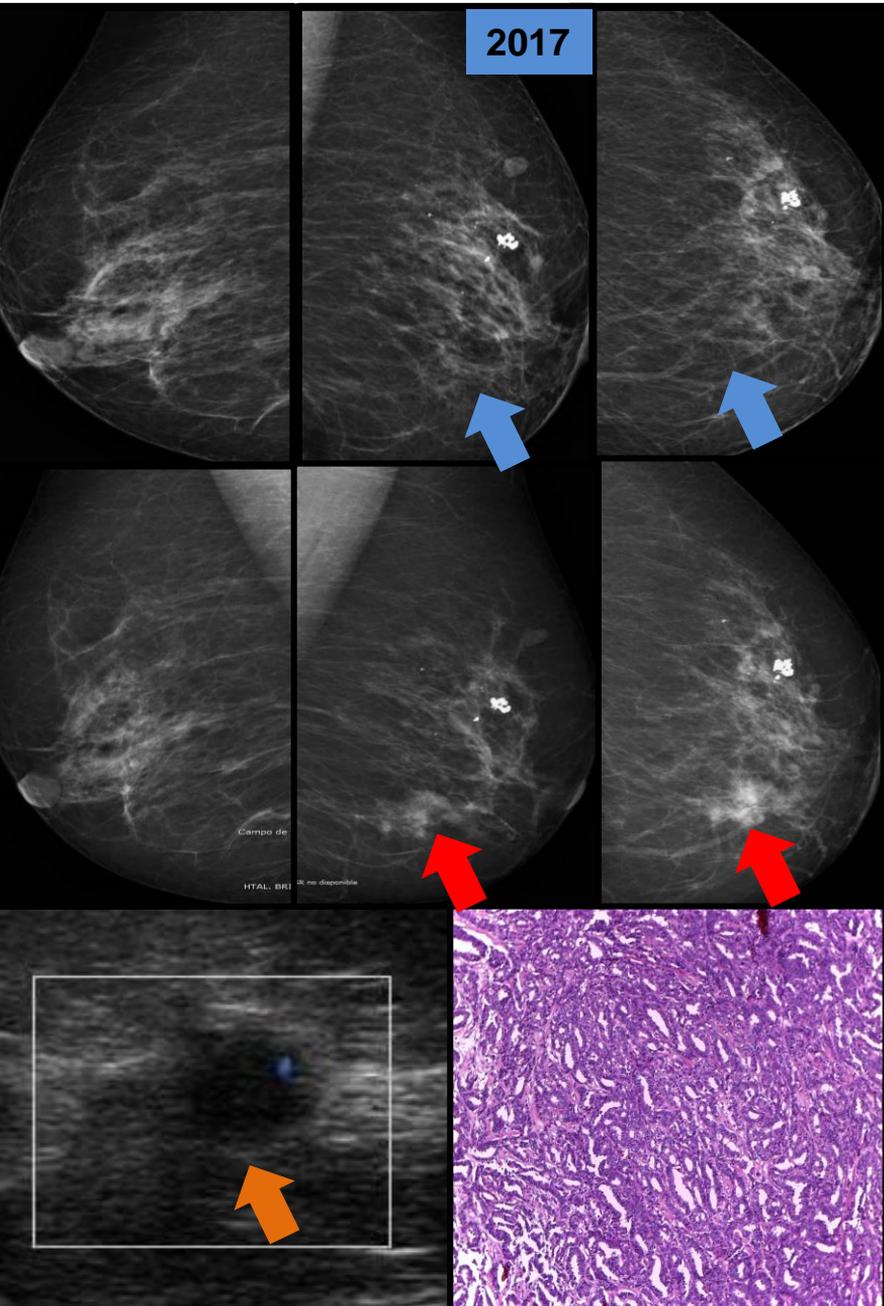


Figura 6.

70 años con Diagnóstico histológico de Carcinoma infiltrante con focos de Carcinoma ductal in situ.

Se identifica asimetría en CIIi MI (flecha roja), no visible en estudio previo del 2017 (flecha azul).

En ecografía (flecha naranja) H7 se registra nódulo oval, márgenes espiculados (doppler positivo),

Categorizado BIRADS 4C

ENFERMEDAD DE PAGET

Es una enfermedad poco frecuente, representa el 1 al 3 % de todos los casos de carcinoma de mama.

La célula de Paget es redonda y ovoide con citoplasma pálido, claro y núcleo pleomorfo agrandado que invade la epidermis.

Clínica: picazón, eczema, retracción, ulceración o eritema del pezón. Puede haber secreción sanguinolenta. Se asocia en un 90 % de los casos a un carcinoma subyacente.

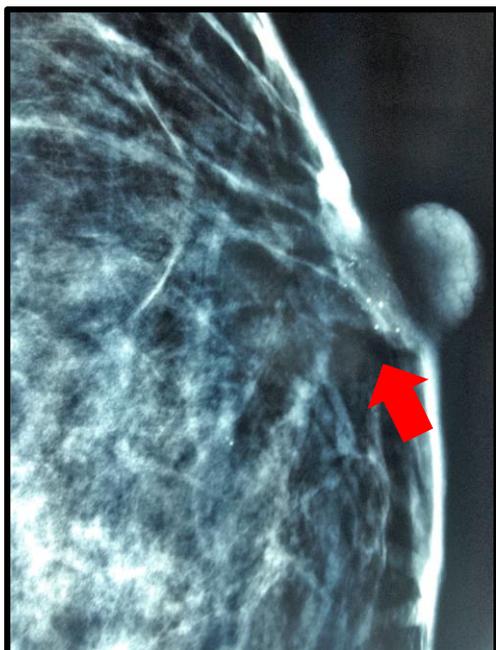


Figura 7.

Diagnóstico de Carcinoma ductal in situ de Grado intermedio.

Grupo de microcalcificaciones finas pleomórficas retroareolares asociadas a Enfermedad de Paget (**flecha roja**). **BIRADS 4B**



CARCINOMA INFLAMATORIO

Corresponde a 2-5 % de todos los casos de cáncer de mama. Tiene una mortalidad mayor al 50% a los 5 años.

Clínicamente se presenta con eritema, edema y piel de naranja.

Hallazgos mamográficos: aumento difuso del tamaño y densidad de la mama, con un nódulo, microcalcificaciones o distorsión asociadas.

Hallazgos ecográficos: engrosamiento dérmico con una masa palpable de márgenes no circunscriptos.

Generalmente se asocia a ganglios axilares con alteración de la ecoestructura.

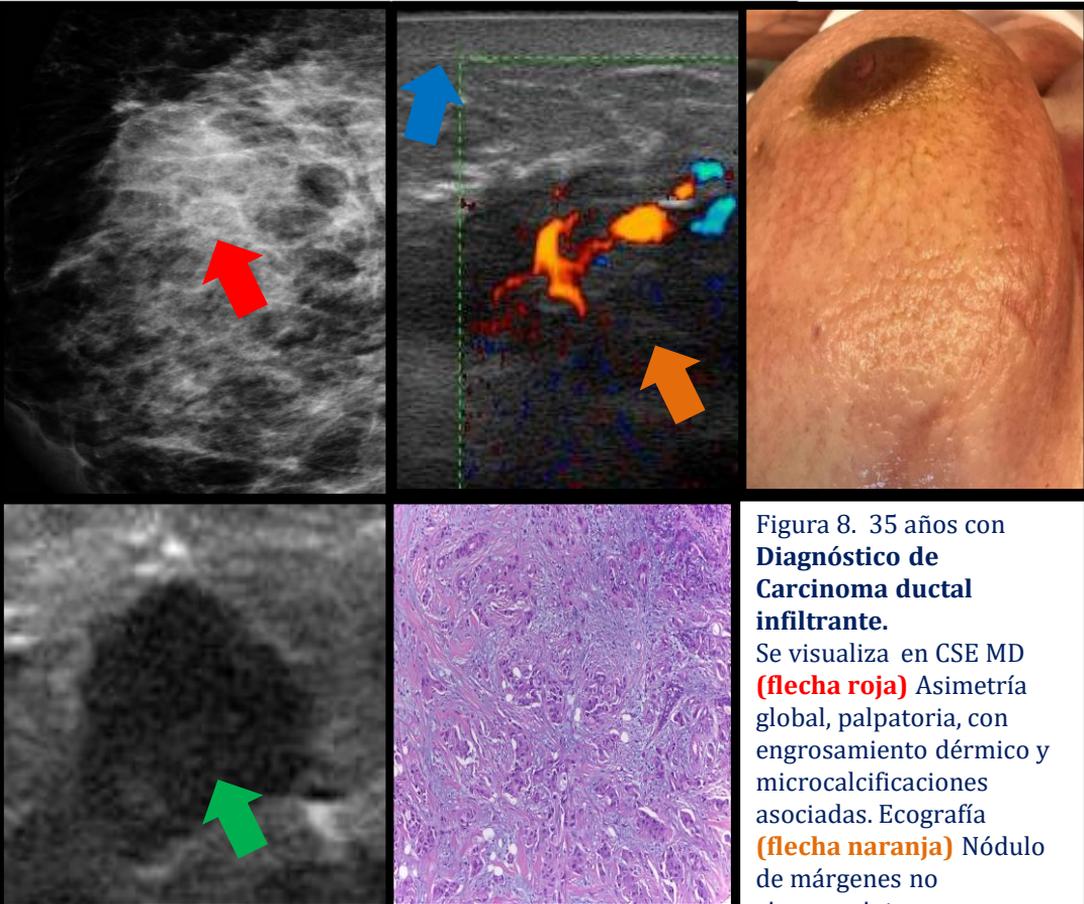


Figura 8. 35 años con **Diagnóstico de Carcinoma ductal infiltrante.**

Se visualiza en CSE MD (**flecha roja**) Asimetría global, palpatoria, con engrosamiento dérmico y microcalcificaciones asociadas. Ecografía (**flecha naranja**) Nódulo de márgenes no circunscriptos con engrosamiento cutáneo (**flecha azul**). Ganglio axilar con pérdida de la morfología y relación cortico-hiliar (**flecha verde**). BIRADS 5

DUCTO ÚNICO DILATADO MAMOGRÁFICO

Es un hallazgo raro.

Tiene un VPP de malignidad del 9.5% BIRADS 4A

Siempre debe estudiarse con magnificación para buscar microcalcificaciones y masas asociadas.

La ecografía busca masas intraluminales o irregularidades de la pared para ser target de biopsias. Es de utilidad el uso del doppler color.



Figura 9.

Diagnóstico de **Carcinoma ductal in situ Grado intermedio.**

Mamografía Localizada y Magnificada que muestra ducto único dilatado con microcalcificaciones Groseras, heterogéneas, de distribución lineal (**flecha roja**). **BIRADS 4C**



CONCLUSIÓN

Conocer las formas de presentación atípicas del cáncer de mama, nos permite aumentar la tasa de detección, disminuir los falsos negativos del screening y bajar la mortalidad por cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- American College of Radiology, ACR BIRADS: Mammography, In ACR Breast Imaging Reporting and Data System. Breast Imaging Atlas 5 ed.
- American College of Radiology 2013.
- Chang CB, Lvoff NM, Leung JW, et al. Solitary Dilated Duct Identified at Mammography: Outcomes Analysis AJR 2010; 194 (2):378-82
- Eren D. Yeh, Heather A. Jacene, Jennifer R Bellon. What Radiologists Need to Know about Diagnosis and Treatment of Inflammatory Breast Cancer: A Multidisciplinary Approach. RadioGraphics 2013; 33:2003-2017
- Grazia Arpino, Valerie J Bardou, Gary M Clark and Richard M Elledge. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome Breast Cancer Res 2004, 6:R149-R156
- Hyo Soon lim, Su Jin Jeong, Ji Shin Lee. Paget Disease of the Breast: Mammographic, Us, and MR Imaging finding with Pathologic Correlation. RadioGraphics 2011; 31:1973-1987
- Leung JWT, Sickles EA. Developing Asymmetry Identified on Mammography: Correlation with Imaging Outcomes and Pathologic Findings. AJR 2007; 188 (3): 667-75
- Liberman L, Abramson AF, Squires FB, Glasman JR, Morris EA, Dersahw DD. The Breast Imaging Reporting and Data System: Positive Predictive Value of Mammographic Features and Final Assessment Categories AJR 1998; 171 (1): 35-40
- Sickles EA. Mammographic features of 300 consecutive nonpalpable breast cancer. AJR 1986; 146: 661-3
- Sickles EA. Findings at Mammographic Screening on Only One Standard Projection: Outcomes Analysis Radiology 1998;208 (2): 471-5
- Sickles EA. The spectrum of breast asymmetries: Imaging features, work-up, management. Radiol Clin North Am 2001; 45:765-71
- Youk JH, Kim Ek. Asymmetric mammographic findings based on the fourth edition of BIRADS: Types, evaluation and management. RadioGraphics 2008; 10:11