

**CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE CON
COMPONENTE INTRADUCTAL
ASOCIADO:
ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 206
CASOS CON CORRELACION
MAMOGRÁFICA Y ECOGRÁFICA.**

Autores:
Jorge Hernández
Carmelo García Fernández
Ana Bassi
Sunny Cambarieri
Alfredo Buzzi

INTRODUCCIÓN:

El Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) es el tipo de cáncer de mama más frecuente. La presencia de un componente intraductal asociado, es un importante factor de riesgo para la recurrencia local en el tratamiento quirúrgico de esta entidad, ya que los tumores con un componente intraductal pueden dejar células residuales aisladas⁽¹⁾.

PROPÓSITO:

Demostrar la correlación radiológica-patológica del carcinoma ductal infiltrante (CDI) con componente intraductal asociado.

MATERIALES Y MÉTODOS:

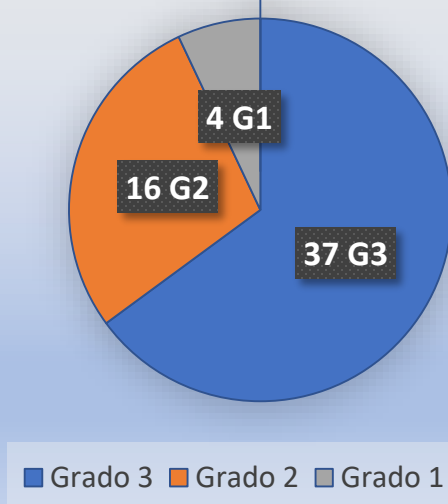
Se realizó un estudio retrospectivo de 206 pacientes diagnosticadas con CDI durante el periodo septiembre de 2015 y marzo de 2019. Las edades comprendidas fueron de 33 a 93 años de edad. Se tomaron en cuenta los hallazgos realizados por mamografía y ecografía, categorizados BR 4 y 5 descriptos según el léxico propuesto por el BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System por sus siglas en inglés) del American College of Radiology (ACR). De los informes de las biopsias se hallaron 57 casos (N=57) con componente intraductal asociado, de interés para el presente estudio. Además, se tuvo en cuenta la clasificación del score histológico de Nottingham que incluye: el grado de diferenciación (G), grado nuclear (GN) e índice mitótico (GM)⁽²⁾.

Para la toma de las muestras de tejido se utilizó el sistema de biopsia asistida por vacío Mammotome Legacy, doble lumen y de biopsia Core, Pro-Mag ultra con excursión de 25 y 14 mm para las lesiones radiológicas y ecográficas según el caso correspondiente.

Para el análisis estadístico, las variables se asociaron utilizando el software EPI INFO™.

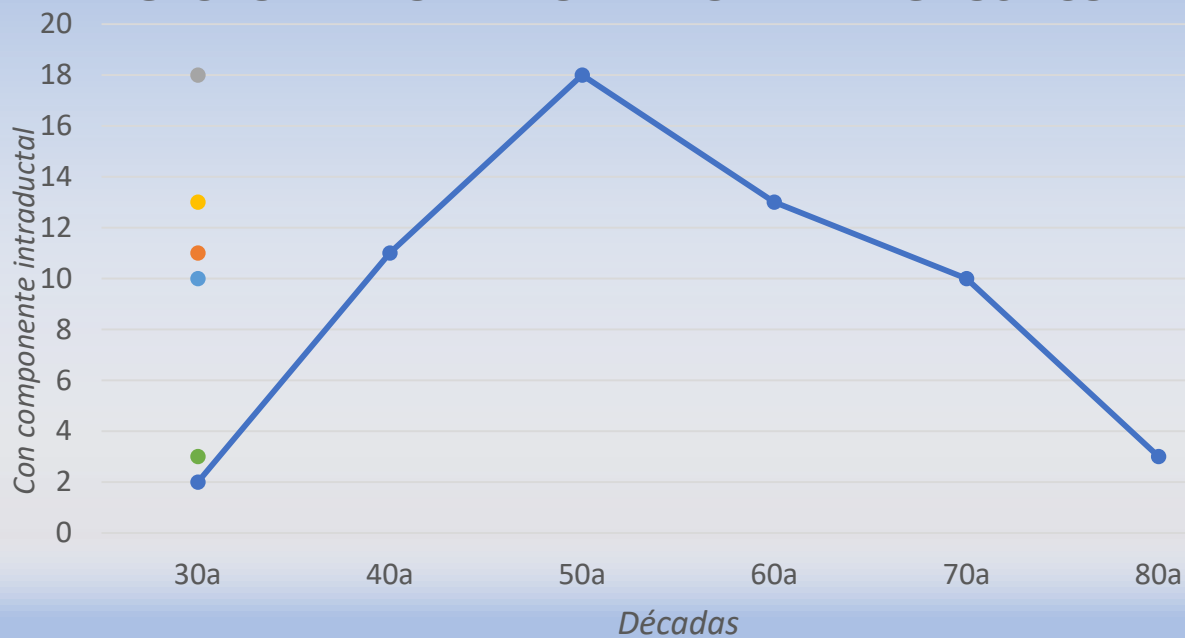
RESULTADOS

GRADOS HISTOLÓGICOS



Se encontró una mayor asociación entre el grupo G3 y la presencia de microcalcificaciones en la mamografía (11 casos) y BIRADS ecográfico 4 y 5 (20 y 7 casos respectivamente).

GRUPO ETARIO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO



RESULTADOS

	G3		
MICROCALCIFICACIONES	SI	NO	TOTAL
SI	11 (29,73%)	3 (15%)	14 (24,56%), OR: 2,4 (0,6-9,9)- p: 0,3
NO	26 (70,27%)	17 (85%)	43 (75,44%)
TOTAL	37	20	57

GRADO HISTOLÓGICO	NÓDULO	DISTORSIÓN	ASIMETRIA	MICROCALCIFICACIONES	BIRADS 4	BIRADS 5
G1	1 (OR: 1,9 (0,2-20,4) IC: 95% p: 0,8)	0	0	0	1 (OR: 0,4 (0,03-3,8) IC:95% p:0,7)	2 (OR: 3,4 (0,4-26,9) IC: 95% p:0,5)
G2	3 (OR: 1,35 (0,3-6,2) IC: 95% p: 0,9)	2 (OR: 2,8 (0,4-21,7) IC:95% p:0,7)	3 (OR: 2,1 (0,4-10,8) IC: 95% p:0,6)	3 (OR: 0,6 (0,1-2,6) IC: 95% p:0,8)	5 (OR: 0,4 (0,1-1,5) p:0,2)	5 (OR: 1,6 (0,4-5,9) IC:95% p:0,6)
G3	5 (OR: 0,6 (0,2-2,7) IC: 95% p 0,7)	2 (OR: 0,51 (0,07-3,9) IC: 95% p:0,9)	4 (OR: 0,68 (0,1-3,4) IC: 94% p:0,9)	11 (OR: 2,4 (0,6-9.9) IC: 95% p:0,3)	20 (OR: 2,7 (0,9-8,7) IC: 95% p:0,14)	7 (OR: 0,4 (0,1-1,5) IC: 95% p:0,3)

DISCUSIÓN:

El cáncer de mama infiltrante se presenta en un amplio rango etario, con una mayor incidencia en edades comprendidas entre los 50 a 70 años⁽³⁾, en coincidencia con los hallazgos evidenciados en nuestro estudio.

Las microcalcificaciones son uno de los hallazgos más importantes en el diagnóstico mamográfico del carcinoma ductal infiltrante con componente intraductal asociado⁽⁴⁾. Nuestro estudio reveló que aquellas pacientes con microcalcificaciones (n=37) tienen 2,4 veces más probabilidad de tener un alto grado de diferenciación anatomopatológico (G3=11). Mientras que las pacientes con BIRADS 4 ecográfico, presentaron 2.7 más probabilidad de presentar un alto grado histológico (G3=20).

Estos hallazgos presentan un intervalo de confianza aceptable pero no se puede decir que la relación de variables sea estadísticamente significativa (p mayor a 0,05).

CONCLUSIONES:

Existe una correlación entre los hallazgos imagenológicos y la anatomía patológica. Si bien las variables estudiadas muestran algunas discrepancias al evaluarse en forma conjunta, la realización de nuevos estudios con diferentes asociaciones (por ejemplo microcalcificaciones + BIRADS ecográfico vs grado histológico) e incremento en el tamaño de la muestra, revelarían resultados con mayor significancia estadística.

El conocimiento de la mencionada asociación, imágenes/anatomía patológica, tiene gran importancia para el tratamiento, ya que con la demostración del componente intraductal del carcinoma invasor, sería posible una resección quirúrgica más amplia con márgenes libres de tumor, consiguiendo de esta forma una terapia altamente efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Doo Kyoung Kang, MD. et al. Diagnosis of the Intraductal Component of Invasive Breast Cancer Assessment With Mammography and Sonography. J Ultrasound Med 2007; 26:1587-1600.*
2. *Manual operativo de anatomía patológica del cáncer de mama. Instituto Nacional del Cáncer. 2014. ISBN 978-987-45494-4-0.*
3. *American Cancer Society. Cancer Facts / Figures 2017. Atlanta: American Cancer Society; 2017.*
4. *Wu, S. G., Zhang, W. W., Sun, J. Y., & He, Z. Y. Prognostic value of ductal carcinoma in situ component in invasive ductal carcinoma of the breast: a Surveillance, Epidemiology, and End Results database analysis. Cancer management and research, 2018. 10, 527-534.*
5. *Kole, A.J. et al. Breast Cancer Survival is Improved When DCIS Accompanies Invasive Ductal Carcinoma. International Journal of Radiation Oncology · Biology · Physics, 2017; Volume 99, Issue 2, E25.*