

CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU

INTRODUCCIÓN

El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) es más frecuente en la premenopausia (40-50 años).

No tiene expresión clínica ni mamográfica. Raramente se presenta con microcalcificaciones.

Habitualmente constituye un hallazgo en la investigación de otra patología.

Debido a esto es muy difícil calcular la verdadera incidencia del CLIS. El hallazgo de esta patología en las biopsias de mama es entre el 0.5% y 3.8%.

En un alto porcentaje (50%) son multifocales y bilaterales (30%).

Entre un 60% y 90% presentan positividad para los receptores hormonales.

El CLIS es considerado un indicador de riesgo.

En la octava edición de la AJCC del TNM desaparece el carcinoma lobulillar in situ de la clasificación de cáncer de mama. Es considerada una entidad benigna.

El riesgo de desarrollar un carcinoma invasor es de 1 a 2% por año. Este puede ser lobulillar o ductal y puede aparecer en la mama con CLIS o en la contralateral.

A las pacientes de alto riesgo ante la presencia de un CLIS se les sugiere realizar consejo genético debido a que pueden beneficiarse con alguna estrategia de prevención (quimioprevención, mastectomía de reducción de riesgo). (ver capítulo de mastectomía de reducción de riesgo).

En la actualidad se reconoce la variedad pleomórfica del CLIS. Tiene índices de proliferación altos como el Ki 67 y la sobreexpresión del Her2Neu. La evolución del pleomórfico es más agresiva con mayores posibilidades de desarrollar un carcinoma invasor por lo que algunos autores sugieren que este tipo de CLIS debe ser tratado como un carcinoma ductal in situ. Sin embargo, en la nueva edición del TNM, no se incluye el CLIS pleomórfico dado que no hay suficiente evidencia para incluirlo en el grupo de carcinoma ductal in situ.

TRATAMIENTO

Existe controversia sobre la necesidad de exéresis en el caso que el CLIS haya sido diagnosticado en una *core biopsy* con una mamografía sin anomalías estructurales o microcalcificaciones. Sin embargo, pequeños estudios retrospectivos, han demostrado que entre el 17 y 27% de los CLIS diagnosticados en una *core biopsy* se acompañan de un carcinoma ductal in situ o infiltrante. Si la pieza presenta más de 4 focos de CLIS las posibilidades son mayores.

Las guías del NCCN 2017 recomiendan que si un CLIS variedad clásica es diagnosticado en una *core* por microcalcificaciones y no existe discordancia imagenológica puede ser manejado con seguimiento imagenológico sin necesidad de cirugía. (NCCN)

En la variedad pleomórfica se aconseja la exéresis con márgenes negativos. Sin embargo, ante la ausencia de estudios suficientes sobre este tipo de CLIS el tratamiento óptimo del mismo es incierto.

CONDUCTA

1-Si en una *core biopsy* se diagnostica un CLIS con otra lesión de alto grado, con un nódulo mamario o existe una discordancia entre la patología y la mamografía, se debe realizar exéresis de la lesión.

2-Si es un hallazgo en una biopsia escisional, no es necesario realizar la reexéresis.

3-Si en un carcinoma infiltrante correctamente extirpado (márgenes negativos para carcinoma infiltrante o carcinoma intraductal) se encuentra CLIS en los márgenes no es necesario efectuar una reexéresis.

4-No realizamos radioterapia en los CLIS.

5-Se recomienda el uso de tamoxifeno 20mg/día durante 5 años.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Foschini MP y col. Pre-operative management of Pleomorphic and florid lobular carcinoma in situ of the breast: Report of a large multi-institutional series and review of the literature. Eur J Surg Oncol. 2019 ;45(12): 2279-2286. doi: 10.1016/j.ejso.2019.07.011. Epub 2019 Jul 5. PMID: 31301938.

- 2- Fisher y col. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) Protocol B17. Five years observations concerning lobular carcinoma in situ. Cancer 1996; 78 (7): 1403-16.
- 3- Hwang y col. Atypical lobular hyperplasia and classic lobular carcinoma in situ in core biopsy specimens: routine excision is not necessary. Mol Pathol 2008; 21: 1208-1216.
- 4- Hwang y col. Atypical lobular hyperplasia and classic lobular carcinoma in situ in core biopsy specimens: routine excision is not necessary. Mod Pathol 2008; 21: 1208-1216.
- 5- NCCN Guidelines Version 2017
- 6- Page y col. Lobular neoplasia of the breast: higher risk for subsequent invasive cancer predicted by more extensive disease. Hum Pathol 1991; 22 (12): 1232-9.
- 7- Renshaw y col. Lobular neoplasia in breast core needle biopsy specimens is associated with a low risk of ductal carcinoma in situ or invasive carcinoma on subsequent excision. Am J Clin Pathol 2006; 126: 310-313.
- 8- Renshaw y col. Lobular neoplasia in breast core needle biopsy specimens is associated with a low risk of ductal carcinoma in situ or invasive carcinoma on subsequent excision. Am J Clin Pathol 2006; 126: 310-313.
- 9- Sunil Lakhani y col. The management of lobular carcinoma in situ (LCIS). Is LCIS the same as ductal carcinoma in situ (DCIS)? Eur J of Cancer 2006; 42: 2205-2211.