

❖ **CARCINOMA DUCTAL IN SITU. CDIS**

ÍNDICE

1-Introducción

2-Diagnóstico

3-Estudio Histológico y Factores Pronósticos

4-Tratamiento Quirúrgico

5-Radioterapia

6-Tratamiento Sistémico Adyuvante

7-Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal in situ (CDIS), también denominado carcinoma intraductal, neoplasia intraepitelial ductal o carcinoma ductal no invasor, comprende un grupo heterogéneo de lesiones neoplásicas que difieren en su presentación clínica, aspectos histológicos y potencial biológico

Consiste en la proliferación de células epiteliales neoplásicas confinadas a los conductos y lobulillos mamarios, sin evidencias, con microscopía óptica, de invasión a través de la membrana basal en su estroma circundante.

El diagnóstico del CDIS ha aumentado considerablemente a través del tiempo siendo en la actualidad de hasta el 40% de todos los cánceres de mama en algunos centros especializados. Esto es debido, en gran parte, a los métodos de diagnóstico por imágenes que permiten la detección temprana, y reducen la subsecuente incidencia del carcinoma ductal invasor.

El uso rutinario de la mamografía y los adelantos tecnológicos permiten el reconocimiento de hasta el 95% de los CDIS que son clínicamente inaparentes.

Es poco frecuente en menores de 30 años. (1)

El 90% de los casos se detectan por microcalcificaciones. Aproximadamente un 6% de los cánceres mamarios sintomáticos son CDIS. Algunos se presentan con enfermedad de Paget del pezón, derrame hemático por el pezón o tumor palpable. Los CDIS con signos clínicos son en general más extensos y tienen un componente infiltrante.

Los hombres también pueden tener un CDIS y habitualmente se manifiesta por derrame hemático por pezón o tumor retroareolar.

Poco se sabe de historia natural del CDIS, sin embargo, podemos afirmar que:

-Las pacientes con CDIS tienen un excelente pronóstico independientemente del tratamiento quirúrgico que se les realice.

-El 50 % de las recidivas locales serán infiltrantes.

-Casi todas las pacientes con recidivas locales y la mayoría de las que recurre en forma de carcinoma infiltrante sobreviven luego del tratamiento adecuado.(2)

DIAGNÓSTICO

En el 90% de las mujeres a las que se les diagnostica un CDIS tienen microcalcificaciones agrupadas, generalmente solas o en menor medida, asociadas a densidades. Las microcalcificaciones en general son agrupadas y pleomórficas o presentan una disposición ductal lineal o segmentaria.

La mamografía puede subestimar la extensión real de la lesión y el número de focos en el caso de la enfermedad multifocal, resulta importante destacar que las lesiones de alto grado tiende a ser continuas mientras que aproximadamente la mitad de las de bajo o mediano grado son multifocales con espacios entre los focos mayores a 1 cm.

La biopsia percutánea bajo guía estereotáxica es la técnica de elección para evaluar micro calcificaciones. La certeza diagnóstica se ve incrementada con el uso del Mammotome que utiliza agujas de 11 gauge. En casos particulares como lesiones muy superficiales justo por debajo de la piel o muy profundas la marcación pre quirúrgica con carbón para realizar una biopsia radioquirúrgica será la táctica adecuada.

Otras formas de presentación son la densidad mamográfica pura (6%), derrame por pezón (10%) y nódulos palpables (4%).

La RNM tiene alta sensibilidad pero baja especificidad para el diagnóstico de cáncer de mama sin embargo es capaz de detectar muchas de las lesiones provocadas por CDIS.

En caso de sospecha de multicentricidad esta debe ser confirmada histológicamente antes de decidir la conducta terapéutica ya que muchas veces la RNM sobrediagnostica la extensión de los CDIS llevando a realizar mastectomías innecesarias (3).

En las pacientes que presentan signos clínicos los métodos diagnósticos variarán de acuerdo a la forma de presentación : core biopsy para los palpables, biopsia del pezón para la enfermedad de Paget y citología en los casos de derrame por el pezón.

ESTUDIO HISTOLÓGICO Y FACTORES PRONÓSTICOS

El informe anatómo-patológico de las biopsias quirúrgicas con CDIS debe incluir los siguientes parámetros morfológicos (Consenso de CDIS):

- Grado (Bajo , intermedio, alto).
- Márgenes: Consignar la distancia del foco más cercano de CDIS al margen quirúrgico, expresada en milímetros o centímetros. Esta información, considerada en

correlación con los datos imagenológicos y quirúrgicos, define conducta. En caso de que el margen estuviera comprometido, mencionar si lo está en forma focal o difusa.

- Micro calcificaciones
- Tamaño
- Distribución:

Es conveniente mencionar el patrón histoarquitectural (sólido, cribiforme, papilar, micro papilar (no comedo) y tipo comedociano o cualquier otra variante de tipo especial, debido a que hay patrones cuyo diagnóstico puede tener implicancias terapéuticas (por ejemplo la extensión del tipo micro papilar) .

Se debe realizar la determinación de receptores hormonales (estrógeno y progesterona) por método de inmunohistoquímica, para planificar el tratamiento sistémico.

Por el momento, no está indicada la determinación del HER2

Después de la mastectomía el riesgo de recurrencia es bajo : 1% .El 50% recurren como infiltrante y el tratamiento es la exéresis + radioterapia.

El riesgo de recurrencia en la tumorectomía sin radioterapia sin márgenes suficientes es alto (25%)(4)

- **TRATAMIENTO**
- **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

El tratamiento quirúrgico consiste en la exéresis de la lesión con márgenes (2mm como mínimo) o la mastectomía simple con o sin reconstrucción inmediata o en casos seleccionados mastectomía con conservación del complejo areola y pezón con reconstrucción inmediata.(ver capítulo de oncoplastica)

Indicaciones de mastectomía :

- Multicentricidad.
- Tamaño tumoral que impide mantener la relación volumen tumoral/volumen mamario adecuada.
- Imposibilidad de conseguir márgenes negativos .
- Contraindicaciones de la radioterapia.
- Imposibilidad de control mamográfico adecuado.
- Recurrencia local luego de tratamiento conservador inicial.
- Preferencia de la paciente.

Indicaciones de excisión local con radioterapia :

- Buena relación entre extensión de la lesión y volumen de la mama.
- Márgenes negativos (en la primera cirugía o en una ampliación)
- Ausencia de multicentricidad
- Mamas favorables para el seguimiento clínico y mamográfico.
- No contraindicación a la radioterapia.

Se sugiere realizar mamografía postoperatoria para evaluar si existen microcalcificaciones residuales.

El vaciamiento axilar no está indicado en el carcinoma intraductal.

La biopsia del ganglio centinela se realiza en los casos que existe sospecha de microinvasión como en áreas mamográficas mayores a 3 cm , en los palpables y cuando se realiza una mastectomía por CDIS extenso o multicéntrico ya que en el 10 a 20% de estos casos se puede encontrar un carcinoma infiltrante .

- **RADIOTERAPIA**

La radioterapia está indicada en las pacientes a las que se les realiza cirugía conservadora.

Para pacientes de bajo riesgo la tumorectomía podría ser un tratamiento suficiente (tumores menores de 2 cm, diagnóstico mamográfico, bajo grado, márgenes libres, no comedonecrosis ,post menopáusicas).(7) . Antes de decidir no irradiar se debe explicar a la paciente los pro y los contra de esta táctica terapéutica.

TRATAMIENTO SISTÉMICO ADYUVANTE

El rol principal del tratamiento sistémico es disminuir el riesgo de carcinoma infiltrante ya sea en la mama homo lateral o en la contra lateral. La quimioterapia no tiene ningún rol en el CDIS.

Aproximadamente entre el 50 al 75 % de las lesiones expresan receptores de estrógenos y / o progesterona.

El tratamiento adyuvante hormonal utilizado en la actualidad es: Tamoxifeno 20 mg /día durante 5 años en las pacientes pre y postmenopáusicas o un inhibidor de aromatasas durante 5 años en pacientes postmenopáusicas .

El tratamiento hormonal debe ser considerado como estrategia para reducir el riesgo de una recurrencia del cáncer de mama ipsilateral en mujeres con CDIS tratadas con cirugía conservadora, especialmente en aquellas con RH(+) y para reducir el riesgo de cáncer de

mama contralateral.(NCCN 2017 (5,6) . No está indicado en las pacientes tratadas con mastectomía. De considerarse su utilización,se lo debe hacer en el contexto de la quimioprevención del carcinoma contralateral. (7)

BIBLIOGRAFÍA

1-Barnes N y col.Ductal Carcinoma in situ of the breast.Clinical Review.BM(3)March 2012,Volume 344, 38-43

2- Beth A Virning, et al.Ductal Carcinoma In Situ,and the influence of the Mode of Detection,Population Characteristics, and other Risk Factors.American Society of Clinical Oncology-2012 Educational Book.45-47.

3--Lehman et al.Magnetic resonance imaging in the evaluation of ductal carcinoma in situ.J Natl Cancer Monogr 2010; 150-1.

4-Fisher et al.Pathologic findings from the NSABP eight year update of protocol B17.Cancer 1999; 86: 429-38.

5-Wapnir et al.Long term outcomes of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP-B17 and B-24 randomized clinical trials for DCIS. J Nat Cancer Inst 2011;103:478-88-

6-NCCN Guideliness Version 2017

7-Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre cáncer de mama:Pautas para el manejo del Carcinoma ductal in situ de la mama.