

PAUTAS SERVICIOS HOSPITALARIOS ONCOLÓGICOS DEL IVSS PARA EL CARCINOMA INTRADUCTAL *IN SITU*

ALVARO GÓMEZ R, JUAN C RODRÍGUEZ A, YAZMIN VELÁSQUEZ, JOSÉ MUÑOZ E, LEIDER CAMPOS, JOSEPMILLY PEÑA, DILMERYS CASTRO, ANTONIETA RENNOLA, CARMEN LÓPEZ, CARMEN SALAS, CARMEN SILVA, FÁTIMA PRADA, RAFAEL OCHOA G, SARA OTT, RICARDO RAVELO P.

SERVICIO PATOLOGÍA MAMARIA, ANATOMÍA PATOLÓGICA, RADIOLOGÍA Y ONCOLOGÍA MÉDICA DEL IVSS (HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO) CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El carcinoma de la glándula mamaria representa la primera causa de muerte oncológica en la mujer venezolana, representando aproximadamente el 12 % de la mortalidad por cáncer de la población femenina en nuestro país. Hemos observado que el diagnóstico del carcinoma *in situ*, específicamente el carcinoma intraductal (*in situ*) de la glándula mamaria, ha ido en aumento su diagnóstico, gracias sobre todo a las campañas de pesquisa, donde la mamografía es la herramienta fundamental para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Por ello en nuestro servicio patología mamaria del SOHIVSS (antiguo Hospital Oncológico Padre Machado) por tratarse de un centro de referencia nacional hemos establecido unas pautas de diagnóstico y de tratamiento del carcinoma intraductal con la finalidad de unificar los criterios.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, clasificación, diagnóstico, intraductal, *in situ*.

SUMMARY

The breast carcinoma represents the first cause of death in our Venezuelan women. It's represent about the 12 % of mortality by cancer in the female population in our country. We were observed that the diagnostic of *in situ* carcinoma type, specified the intraductal (*in situ*) carcinoma of the breast gland, is increased his diagnostic in our consult, thanks for the screening campaign, in which the mammographic studies is the fundamental tools for the early diagnostic of these breast disease. For these reason in our pathology breast service of SOHIVSS (before Oncologic Hospital Father Machado) a national reference center we were establish the guide lines of treatment for the diagnostic and the treatment of intraductal carcinoma with the finality of unified criteria's.

KEY WORDS: Cancer, breast, classification, diagnostic, intraductal, *in situ*.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la glándula mamaria representa la primera causa de muerte oncológica en la mujer venezolana, representando aproximadamente el 12 % de la mortalidad por cáncer de la población femenina en nuestro país. Hemos observado que el diagnóstico del carcinoma *in situ*, específicamente el carcinoma intraductal (*in situ*) de la glándula mamaria, ha ido en

Recibido: 28/01/2013 Revisado: 02/02/2014

Aceptado para publicación: 15/02/2014

Correspondencia: Dr. Álvaro Gómez R. Servicios Hospitalarios Oncológicos del IVSS. Urb. El Cementerio, calle Alejandro Calvo Laird. Tel: +584122729529. E-mail: gomezalvaro57@gmail.com.

aumento su diagnóstico, gracias sobre todo a las campañas de pesquisa, donde la mamografía es la herramienta fundamental para el diagnóstico temprano de la enfermedad.

Porello en nuestro servicio patología mamaria del SOHIVSS (antiguo Padre Machado) por tratarse de un centro de referencia nacional hemos establecido unas pautas de diagnóstico y de tratamiento del carcinoma intraductal con la finalidad de unificar los criterios.

CLASIFICACIÓN

Estadio O. Tis No Mo AJCC ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO

1. Importante tener estudio de imágenes previos
2. Mamografía bilateral pesquisa a partir de los 40 años.
3. Mamografía estudio de base a partir de los 35 años.
4. Ultrasonido mamario es un estudio complementario, no de base, para el diagnóstico.
5. Resonancia magnética de ambas mamas opcional en el diagnóstico.

Lesiones palpables

1. Pacientes con lesiones palpables en el diagnóstico debe tener mamografía bilateral de calidad, proyecciones complementarias y ecografía mamaria y de axilas complementarias.
2. Clasificar en base a BIRADS con informe descriptivo de las lesiones (obligatorio)
3. No es necesario la galactografía.

Lesiones no palpables

1. Pacientes con lesiones no palpables el diagnóstico debe realizarse en forma percutánea con aguja gruesa y utilizando el estudio por imágenes acorde a la lesión que

presenta la paciente.

2. Microcalcificaciones, distorsiones y asimetrías: con estereotaxia.
3. Radiología a los cilindros de la biopsia mamaria percutánea por estereotaxia.
4. Nódulos con ecografía mamaria.
5. Ganglios axilares ecografía axilar ⁽²⁻⁷⁾.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Definición: proliferación de células malignas dentro del ducto mamario, membrana basal íntegra, y ausencia de células mioepiteliales.

1. No recomendable el diagnóstico con punción de aguja fina.
2. Citología por aposición de las secreciones del pezón, método auxiliar pero no concluyente para diagnóstico.
3. El estudio histológico se recomienda en el diagnóstico preoperatorio, para lo cual se sugiere biopsia mamaria percutánea con aguja gruesa número mínimo 8 cilindros.
4. Obtener material con agujas gruesas a partir de 11 Gauge es la recomendación.
5. Se solicitarán estudios de inmunohistoquímica (receptores hormonales) Her2 neu (opcional)

Clasificación

1. El informe debe contener patrón arquitectural si es del tipo: cribiforme, sólido, papilar, micropapilar y *clinging*.
2. Tipo comedo y no comedocarcinoma
3. Describir si es de alto grado, grado intermedio y bajo grado.

1. Establecer tamaño de la lesión (importante evaluar las imágenes)
2. Márgenes: se sugiere margen superior de 10

mm, se consideran negativos entre 2 mm a 10 mm, en margen de 1 mm se sugiere ampliación, considerando otros factores histológicos.

3. Biopsias extemporáneas, corte congelado solo para establecer márgenes, que estos sean negativos, tanto para el caso de microcalcificaciones como lesiones nodulares.
4. Biopsias extemporáneas, corte congelado no se recomienda en lesiones no palpables tipo microcalcificaciones, en lesiones nodulares será decisión del patólogo.
5. Se solicitara inmunohistoquímica en la biopsia definitiva cuando no se disponga preoperatoriamente, con finalidad de tratamiento adyuvante / quimio prevención y establecer en casos de duda de infiltración de membrana basal (receptores hormonales, erb 2 neu, Ki67b % y p53) ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

TRATAMIENTO

CIRUGÍA

1. Lesiones no palpables de la mama (LNP) la localización se sugiere con arpón o aguja de Kopans, en el caso de las microcalcificaciones con estereotaxia, proyectadas en la gradilla, se deben realizar dos proyecciones para observar colocación del arpón o arpones según sea el caso (sobre todo lesiones de gran tamaño).
2. En el caso de LNP tipo nódulo utilizar la ecografía mamaria para localizar las lesiones y colocación de arpones de Kopans.
3. Previo a la extirpación el cirujano debe orientar y referir la pieza quirúrgica antes de enviarla al servicio de anatomía patológica, es muy importante en el caso de piezas quirúrgicas por microcalcificaciones debe hacerse radiología del espécimen quirúrgico para constatar su presencia y la necesidad o no de ampliar márgenes por hallazgos radiológicos.
4. Se procederá a mastectomía parcial oncológica con márgenes en los casos en los cuales la relación del tamaño del tumor y de la mama lo permiten.
5. Contraindicándose en forma absoluta conservar la glándula mamaria, en los casos que exista multifocalidad, y multicentricidad.
6. Será contraindicación relativa en los pacientes que pudiéndose realizar cirugía conservadora, la paciente tenga antecedente de radioterapia previa al tórax, o antecedente de enfermedades del colágeno activas.
7. En estos casos en los cuales se conserva la mama no hay indicación de evaluar la axila homolateral (no está indicada la disección axilar ni la técnica del ganglio centinela).
8. Opcional técnica de ganglio centinela en las pacientes que se conserva la glándula mamaria y el diagnóstico es un carcinoma intraductal de alto grado, tipo comedocarcinoma o lesión palpable. Se sugiere conversar con la paciente y esperar resultado definitivo de la anatomía patológica.
9. Todo procedimiento conservador debemos colocar *clip* metálico en el lecho tumoral para futuro tratamiento de radioterapia.
10. Será indicación de mastectomía total aquellos casos que no cumplan los criterios anteriores de conservación de la glándula mamaria.
11. Opcional mastectomía total en aquellas pacientes que aun teniendo una buena relación tamaño tumor y mama, que permite conservar la glándula mamaria, si el tamaño del tumor mide más de 4 cm.
12. En los casos que se realice la mastectomía total siempre debe realizarse la linfadenectomía selectiva del ganglio centinela, de ser posible con las dos técnicas con colorante y radio-trazador.
13. Las pacientes a las que se les realiza mastectomía total y ganglio centinela debe ofrecérseles reconstrucción inmediata, en nuestro hospital el procedimiento lo realizará el servicio de cirugía plástica y reconstructiva

y simetrizarían con la mama contralateral.

14. Las opciones de cirugía de reducción riesgo mama contralateral se discutirán con la paciente previa evolución genética, psicológica entre otras ⁽¹¹⁻¹³⁾.

RADIOTERAPIA

1. Las pacientes a las que se les realizó tratamiento preservador (mastectomía parcial oncológica) tienen todas indicaciones de radioterapia a la glándula mamaria.
2. Debe aplicarse *boost* o sobreimpresión al área donde se localizaba la lesión tumoral.
3. No está indicada en los actuales momentos radioterapia intraoperatoria.
4. En los casos en los cuales se realizó mastectomía total no tienen indicación de radioterapia posterior a mastectomía.
5. Pacientes mayores de 70 años, con márgenes negativos, carcinoma intraductal tipo no comedocarcinoma, de bajo grado pudiera omitirse la radioterapia a la glándula mamaria ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

1. Indispensable tener resultados de la inmunohistoquímica, receptores de estrógeno y de progesterona considerándose resultados positivos si el porcentaje es mayor 10 %.
2. Solicitar erb 2 neu (controversial).

3. Tienen indicación de SERMS (*Selective Estrogen Receptor Modulators*) únicamente los pacientes con RH+ (positivos), tamoxifeno 20 mg diarios por 5 años.

4. Pacientes con receptores hormonales negativos es incierto el beneficio de los SERMS, motivo por el cual no estaría indicado.

Pacientes en los cuales este contraindicado los SERMS indicar letrozol 2,5 mg (inhibidor de aromatasas), y exemestane 25 mg diarios por 5 años ⁽¹⁷⁻²¹⁾.

SEGUIMIENTO

1. En el seguimiento paciente con antecedente de tratamiento preservador a los 6 meses de culminada la radioterapia tendría indicada mamografía y ecografía mamaria.
2. Después mamografía bilateral y ecografía mamaria anual
3. Control clínico cada 4/6 meses
4. Pacientes posmenopáusicas que tienen indicación de SERMS (tamoxifeno) previo al tratamiento realizar ultrasonido vaginal.
5. Pacientes posmenopáusicas que tienen indicación de inhibidores de aromatasas realizar densitometría ósea.
6. Radiología tórax pósterior anterior y lateral, laboratorio incluyendo perfil lipídico en forma anual.

Resonancia magnética de ambas mamas no estaría indicada en el seguimiento de pacientes tratadas por carcinoma intraductal ^(5,7,15).

REFERENCIAS

1. Enge S, Byrd D, Compton C, Greene F, Trotti A. AJCC Cancer Staging Manual 7ª edición. Nueva York, NY: Springer-Verlag; 2010.p.649.
2. Bijer N, Donken M, Wesseling J, den Heeten G, Rutgen

E. Is Dcis breast cancer, and how we do treat it? Curr Treat Options Oncol. 2013;14(1):75-87.

3. Bleicher R. Ductal carcinoma in situ. Surg Clin North Am. 2013;93(2):393-410.

4. Test V, Kolanic C, Znaor A, Kuna S, Brkljacic B. Mammographic density and estimation of breast cancer risk in intermediate risk population. *Breast J*. 2013;19(1):71-78.
5. NCCN Guidelines version 2.2013. Ductal carcinoma in situ. Disponible en: URL: http://infoonco.es/wp-content/uploads/2011/10/breast_cancer_2.2013.pdf
6. Rauch G, Kuerer HM, Scoggins M, Fox P, Bemeniste A, Park Y, et al. Clinic-pathologic, mammographic and sonographic features in 1 187 patients with pure ductal carcinoma in situ of the breast by estrogen receptor. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;139(3):639-647.
7. Pilewskie M, Kennedy C, Sharper C, Helewonski I, Sholtens D, Hansen W, et al. Effect of the MRI of the management of ductal carcinoma in situ of the breast. *Ann Surg Oncol*. 2013;20 (5):1522-1529.
8. Provenzano E, Brown JP, Pinder SE. Pathological controversies in breast cancer: Classification of ductal carcinoma in situ, sentinel lymph nodes and low volume metastatic disease and reporting of neoadjuvant chemotherapy specimens. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2013;25(2):80-92.
9. Galimberti V, Mastropasqua M, Monti S. Dcis and Lcis are confusing and outdated terms they should be abandoned in favor of ductal intraepithelial neoplasia (DIN) and lobular intraepithelial neoplasia (LIN). *Breast*. 2013;22 (4):431-435.
10. Chin-Lenn L, Craighead P, Bryant H, Mack L, Temple W, Ghali W, et al. Quality indicators for ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast: Development using a multidisciplinary Delphi process and its use in monitoring population-based treatment. *J Surg Oncol*. 2013;108 (6):348-351.
11. Boxer M, Delaney GP, Chua BA. A review of the management of ductal carcinoma in situ following breast conserving surgery. *Breast*. 2013;22 (6):1019-1025.
12. Vandervelden A, Peeters P, Hennipman A, Koot V. Clinical presentation and surgical quality in treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *Acta Oncol*. 2006;45(5):544-549.
13. Whenner P, Lagios M, Silverstein M. Dcis treated with excision alone using the national comprehensive cancer network (NCCN guidelines). *Ann Surg Oncol*. 2013;20(10):3175-3179.
14. Yang T, Ho AY. Radiation therapy in the management of breast cancer. *Surg Clin North Am*. 2013;93(2):455-471.
15. Lambert K, Patani N, Mokbel K. Ductal carcinoma in situ: Resents advances and future prospects. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:347385.
16. Fischer B, Lander E, Mammounas J, Dignam E, Fischer E, Wolmark N. Prevention of invasive breast cancer in women with ductal carcinoma in situ: An update of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project experience. *Semin Oncol*. 2001;28(4):400-418.
17. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Redmond CK, Kavanah M, Cronin WM, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: Report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *J Natl Cancer Inst*. 1998;90(18):1371-1388.
18. Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, et al. Overview of the main outcomes in breast cancer prevention trials. *Lancet*. 2003;361(9354):296-300.
19. Davidson NE, Kensler TW. "MAping" the course of chemoprevention in breast cancer. *N Engl J Med*. 2011;364 (25):2463-2464.
20. Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, et al. Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2013;31(23):2942-2962.
21. Goss PE, Ingle JN, Ales-Martinez JE, Cheung AM, Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, et al. Exemestane for breast-cancer prevention in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2011;364(25):2381-2391.