

Carcinoma lobulillar: El escondido

Mercedes Refé, José María Royo, Marina Pardina, Adrià Esplugues, Renato Silva, Mario Negrini.
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos

El carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) constituye en nuestro hospital aproximadamente el 15% de los diagnósticos de cáncer de mama, en acorde con la casuística publicada¹.

La morfología microscópica de los CLI les otorga unas características de imagen macroscópica diferentes a los carcinomas ductales, adoptando formas sutiles y ocultas tanto en la mamografía como en la ecografía.

A pesar de ser el 'eterno escondido' vamos a intentar desvelar su invisibilidad a través de una detallada descripción de su semiología en distintas técnicas de imagen.

Material y métodos

Se muestran varias imágenes de mamografía, tomosíntesis, ecografía y RM con análisis descriptivo detallado de sus hallazgos y categorización BIRADS, en casos seleccionados de CLI recopilados en nuestro centro durante los últimos 2 años.

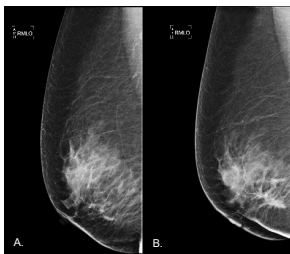


Fig 1. CLI: fuente de carcinomas de intervalo (falsos negativos o signos mínimos) en los programas de cribado Carcinoma de intervalo. Falso negativo.
Mujer de 57 años. A.-Mx screening: Mínima densidad focal asimétrica en CIE MD. B.- Mx 4 años más tarde: Densidad distorsionante que retrae piel y pezón. BIRADS 5. BAG. AP. CLI.

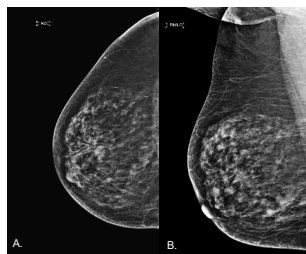


Fig 2. CLI identificado únicamente en la proyección CC
Mujer de 76 años. Asintomática. Mx control. Proyecciones CC y MLO MD: Densidad focal asimétrica mínimamente distorsionante en CCEE MD en adquisición 2D y 3D en proyección CC. BIRADS 4b. Nótese la ausencia de lesiones en la proyección MLO. Ecografía negativa. BAV-ETX. AP: CLI.



Fig 3. CLI: signos mínimos mamográficos y ecografía negativa
Mujer de 83 años. Asintomática. Mx control (CC y MLO MI): Sutil asimetría de densidad alargada en UCE MI. BIRADS 4a. Ecografía negativa. BAV-ETX. AP: CLI.

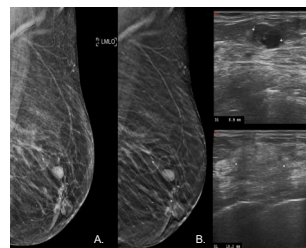


Fig 4. Utilidad de la Tomosíntesis en el Dx del CLI
Mujer de 92 años. Acude por pequeño nódulo palpable en UCE MI. A.- Mx (proyección MLO MI): nódulo bien definido (palpable) en UCE MI. B.- Tomosíntesis MLO MI: Posterior al nódulo palpable, asimetría de densidad extensa y de márgenes imprecisos, de aspecto distorsionante únicamente al estudio por tomosíntesis. C.D.- Ecografía: quiste simple + lesión de 18 mm isohiperecoica. BAG. AP: CLI.

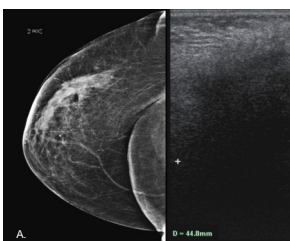


Fig 6. CLI: infravaloración de tamaño en la Mx
Mujer de 91 años. Gran tumoración palpable en CSE-UCE-CIE MD. A.- Mx: proyección CC: asimetría de densidad distorsionante en UCE MD <2cm. B.- Ecografía: gran lesión hipocóica de más de 4 cm, de márgenes irregulares y fuerte atenuación posterior de los ultrasonidos. BAG. AP: CLI.

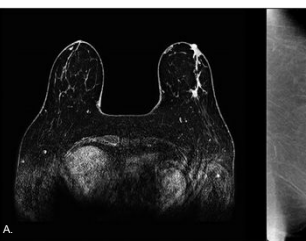


Fig 7. RM mama: nuestra gran aliada frente al CLI
Mujer de 63 años. RM de control en portadora de BCR2. A.- RM con c.e.v. y sustracción grasa: nódulo con patrón de captación sospechoso en QIE MI asociado a un extenso realce patológico hasta pezón. BIRADS 4c. Ecografía 'second look' negativa. B.- Mx: proyección CC: densidad asimétrica prácticamente inapreciable en CIE MI. AP: CLI.

Resultados

La morfología peculiar del CLI le permite permanecer oculto en diversos estudios de imagen, aumentando así la indeseada estadística de falsos negativos, tanto en nuestra práctica habitual en las unidades de diagnóstico por imagen de la mama como en los programas de cribado de cáncer de mama (Fig. 1)

La tasa de incidencia del carcinoma ductal infiltrante se mantiene relativamente estable en el tiempo desde el año 1987, con un incremento no superior al 2,5% anual, mientras que el CLI experimenta un incremento de hasta el 14% anual²; incremento que se ha relacionado con la instauración de la Terapia Hormonal Sustitutiva en mujeres post-menopáusicas³. Este escenario constituye un reto importante tanto para el clínico como para el radiólogo, porque el CLI es más difícil de detectar en la exploración física y en las distintas pruebas de imagen de la mama^{4,5} que el carcinoma ductal. Así pues en ocasiones, solo lo identificaremos en una de las dos proyecciones mamográficas estándar (Fig. 2) o bien dudaremos sobre el significado patológico de algún 'SIGNO MÍNIMO' mostrado en las mamografías (Fig. 3). En estos casos, la tomosíntesis o Mx 3D nos será de gran ayuda (Fig. 4).

Está ampliamente aceptado por los facultativos especialistas en diagnóstico por la imagen que la combinación de la mamografía (2D y 3D) con la ecografía (Fig. 5 (a, b, c)) aumenta las tasas de detección del CLI⁶ así como una aproximación más precisa a su tamaño (Fig. 6). Sobre todo cuando estas técnicas se combinan con la RM de mama, la cual no es solo más sensible para la detección del CLI, sino que también nos ofrece un mejor mapa quirúrgico del mismo⁷, puesto que en un reciente trabajo publicado⁸ se ha concluido que los ultrasonidos infraestiman tanto el tamaño como el volumen de los CLI, infraestimación mayor cuanto mayor es el CLI (Fig. 7).

No olvidemos también que el CLI puede simular un gran espectro de entidades no neoplásicas, como por ejemplo una esteatonecrosis grasa (Fig. 8).

La introducción de nuevas técnicas de imagen en nuestra práctica diaria, más ágiles y menos costosas que la RM de mama, como la mamografía con contraste⁹ agiliza sin duda la detección de este tipo de cáncer.

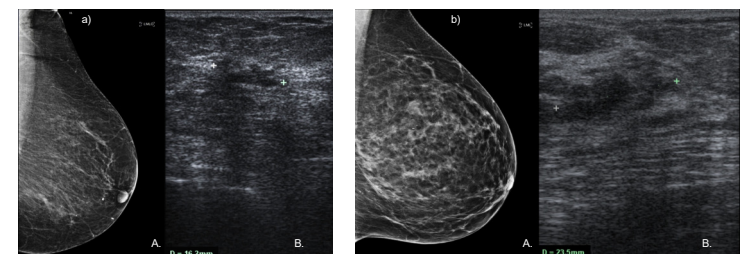


Fig 5. Utilidad de la ecografía en el Dx del CLI: a, b y c
a) Mujer de 67 años. Asintomática. Mx control: A.- Proyección MLO MI: densidad focal asimétrica lineal con calcificaciones en CIE MI. B.- Ecografía: Lesión hipocóica alargada de 16 mm. BIRADS 4c. BAG. AP: CLI.
b) Mujer 60 años. A.- Proyección MLO MI: Asimetría de densidad alargada en UCE MI. B.- Ecografía: Lesión sólida hipocóica y de márgenes irregulares de 23 mm. BAG. AP: CLI.
c) Mujer de 47 años. Nódulo palpable en QSI MD. A.- Mx proyección MLO: Mínima densidad focal asimétrica en QSI MD. B.- Ecografía: lesión hipocóica de márgenes irregulares de 13 mm. BIRADS 4c. BAG. AP: CLI.



Fig 8. CLI: el gran simulador
Mujer de 74 años. Tumoración palpable en CC Inferiores de MI con dudoso traumatismo 10 días antes. Mx proyección MLO: Densidad focal asimétrica con grasa en su interior, simulando una esteatonecrosis grasa. BIRADS 4a. BAG AP: CLI.

Conclusión

El diagnóstico por imagen del carcinoma lobulillar de mama es uno de los retos a los cuales se enfrenta el radiólogo, al tratarse de una neoplasia en ocasiones de aparición sutil en las diferentes técnicas por imagen de la mama.

El conocimiento de su naturaleza, de su comportamiento expansivo tisular, la combinación de varias técnicas de imagen y la excelencia en la interpretación de las mismas, permite su detección de forma más precisa.

1. Carcinoma lobulillar infiltrante. Aspecto clínico y diagnóstico. *Revista Española de Oncología* 2010; 15(15): 11-16.
2. Incidence of lobular carcinoma in situ and ductal carcinoma in situ in the Breast International Group (BIG) 1-8 study. *Journal of Clinical Oncology* 2010; 28(15): 2500-2506.
3. Hormone replacement therapy and breast cancer risk: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
4. Lobular carcinoma in situ: a review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
5. Lobular carcinoma in situ: a review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
6. Ultrasonography evaluation of lobular carcinoma. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
7. Lobular carcinoma in situ: a review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
8. Lobular carcinoma in situ: a review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.
9. Lobular carcinoma in situ: a review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287(12): 1626-1634.