

Carcinoma infiltrante de mama

Oscar Blejman, Mariana Castro Barba y Héctor Guixá

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino, sin antecedentes de enfermedad, que se efectúa una mamografía de control en nuestro Servicio. Presenta un examen clínico negativo y refiere que su último control mamográfico fue realizado 18 meses atrás.

IMÁGENES

La mamografía muestra un patrón de tejido predominantemente adiposo, hallándose una pequeña densidad asimétrica en el CSE (cuadrante superoexterno) de la mama izquierda, que es evidente en la incidencia cráneo-caudal (fig. 1) y muy tenue en la incidencia oblicua (fig. 2).

Se pidió un estudio magnificado que mostró una pequeña imagen nodulillar de bordes espiculados (fig. 3). Por su aspecto radiológico (nódulo en parte espiculado) es categorizado como BIRADS 4c. Esta categorización requiere de un estudio histopatológico, ya que la imagen tiene un alto valor predictivo positivo.

La paciente refiere haber efectuado una mamografía en otro centro 18 meses antes, que trae a la consulta. Al revisar los estudios previos se identifica la imagen mencionada, que se mantuvo estable en el tiempo y no modificó sus características radiológicas (fig. 4).

Se efectuó cirugía conservadora, cuyo resultado fue un carcinoma infiltrante tubulo-lobulillar de 6 mm.

DISCUSIÓN

Debido al aspecto radiológico de la imagen (nódulo espiculado de lento crecimiento) sospechamos un carcinoma tubular, que es un tumor muy diferenciado y suele presentarse con estas características radiológicas. Sin embargo, el resultado fue un tumor mixto túbulo-lobulillar.

Por la alta sospecha de malignidad, se sugirió efectuar una biopsia radio-quirúrgica, previa marcación con carbón y biopsia de ganglio centinela. La paciente pidió tener un diagnóstico de punción antes de una cirugía, por lo que se efectuó entonces una punción percutánea con guía estereotáxica y aguja Mammotome® (fig. 5) dejando un clip marcador de referencia al finalizar la punción (fig. 6). Luego de la punción se logró la remoción casi total de la lesión radiológica.

El resultado fue el de un carcinoma infiltrante de 6 mm (T1b). Se marcó con carbón el clip metálico y se efectuó la cirugía conservadora que confirmó el diagnóstico. La exploración del ganglio centinela fue negativa.

CONCLUSIÓN

Si bien la imagen hallada fue altamente sugestiva de un carcinoma tubular, el resultado fue un tumor mixto túbulo-lobulillar.

La estabilidad en el tiempo de una lesión que tiene características de sospecha no indica benignidad del proceso y

Figura 1. Mamografía craneo-caudal, año 2004.

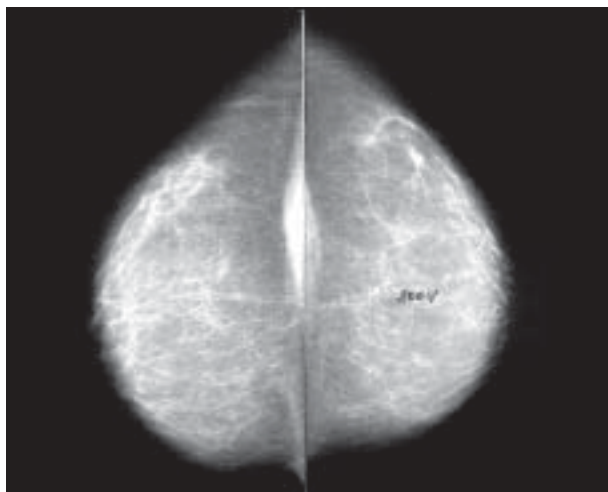
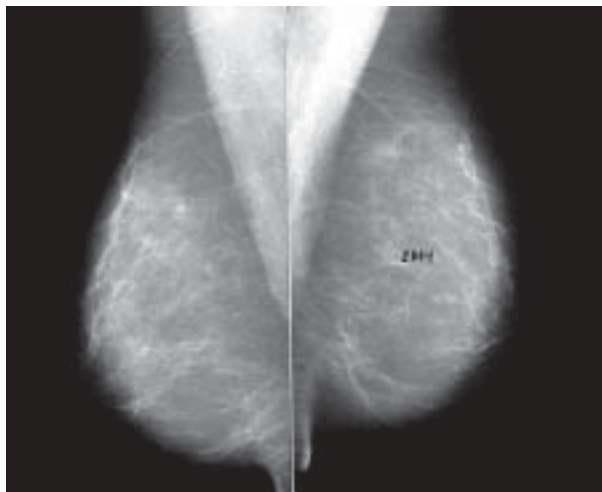


Figura 2. Mamografía oblicua, año 2004.



debe sugerirse el estudio histológico.

Por el tamaño de la lesión (menor de 1 cm) y axila clínicamente negativa se realizó la biopsia de ganglio centinela en lugar de un vaciamiento axilar.

Figura 3. Magnificación, año 2004.

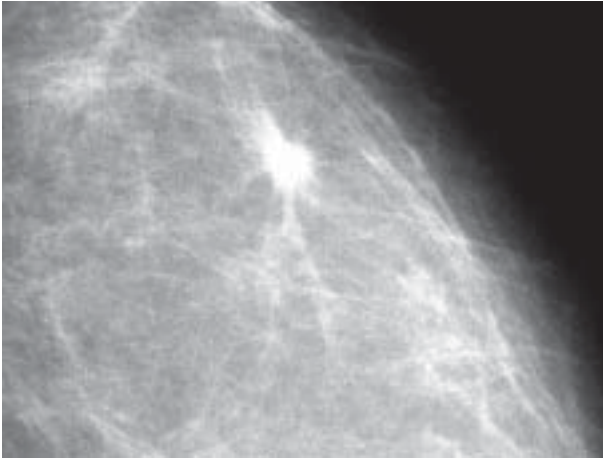


Figura 5. Punción estereotáxica con Mammotome®.

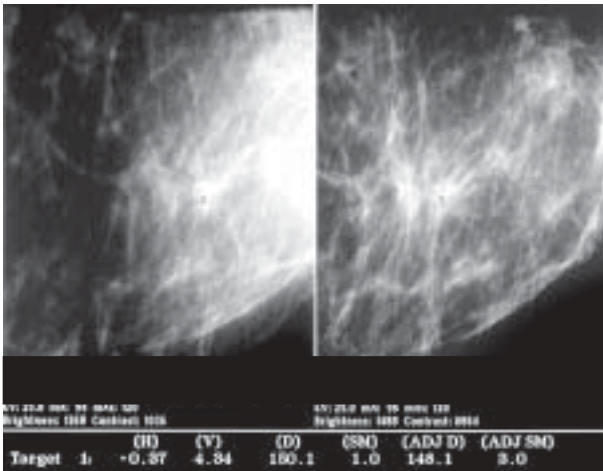


Figura 4. Mamografía, año 2002.

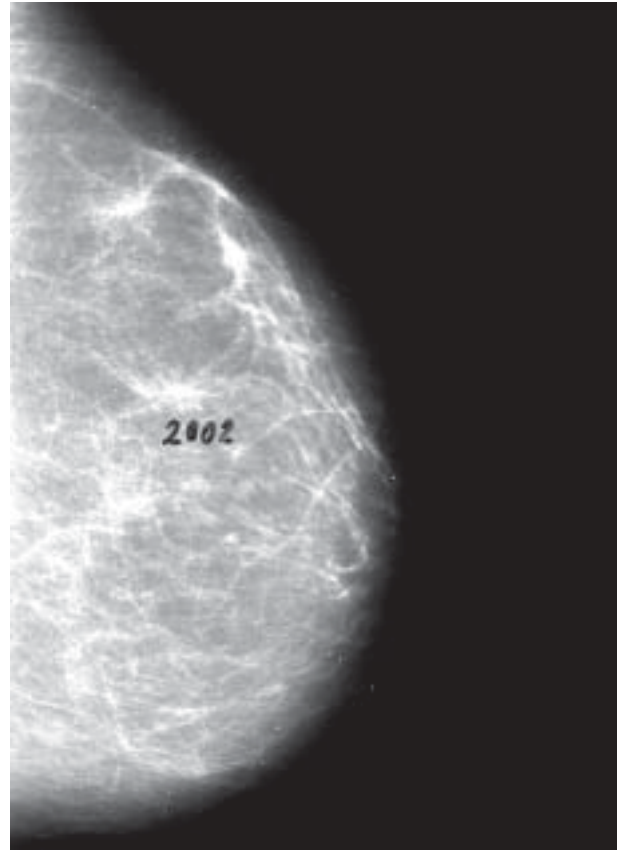
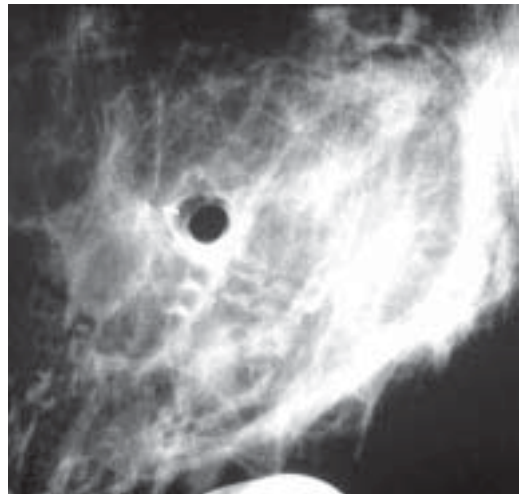


Figura 6. Colocación de clip.



BIBLIOGRAFÍA

- Heywang S, Dershaw D, Scheer I. Diagnostic Breast Imaging. 2 ed. New York: Thieme; 2001.
- Sickles EA. Nonpalpable, circumscribed, non-calcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patients. Radiology 1994; 192: 439-442
- Liberman L, Dershaw DD, Rosen PP y col. Stereotaxic core biopsy of impalpable spiculated breast masses. AJR 1995; 165: 551-554.