

CARCINOMA LOBULAR INVASIVO BILATERAL DE MAMA EN MUJER JOVEN: PRESENTACIÓN DE CASO

BILATERAL INVASIVE LOBULAR BREAST CARCINOMA IN A YOUNG WOMAN: CASE REPORT

José Abella Calle¹
Marcela Valenzuela Gallego²

RESUMEN

Las características histopatológicas y clínicas del carcinoma lobular invasivo (CLI) hacen que la apariencia imagenológica de las lesiones sea variable. Por lo tanto, la correlación entre las diferentes modalidades de imagen ayuda a determinar la extensión y el número de lesiones. En esta revisión se presenta el caso de una mujer joven a quien se le diagnosticó un CLI múltiple y bilateral con afectación metastásico.

PALABRAS CLAVE (DeCS)

Neoplasias de la mama
Ultrasonografía mamaria
Carcinoma lobular

SUMMARY

The histopathological and clinical features of invasive lobular carcinoma (ILCs) are responsible for its varying imaging appearance. Therefore, an adequate correlation between the different imaging modalities available aids in determining tumor extension and in identifying the number of lesions. This article presents the case of a young woman diagnosed with multiple and bilateral ILC with metastatic disease.

KEY WORDS (MeSH)

Carcinoma, lobular
Breast neoplasms
Ultrasonography, mammary

Caso

El caso presentado corresponde a una mujer de 19 años previamente asintomática y sin antecedentes personales ni familiares con un cuadro clínico de ocho meses de sensación de masa en la mama derecha que aumentó progresivamente. Consulta en varias ocasiones al centro de salud de su localidad, donde le atribuyen sus síntomas a los efectos del implante subdérmico anticonceptivo. Finalmente ante las consultas repetidas de la paciente, es remitida a consulta especializada. En el examen físico se palpaba un engrosamiento dérmico en el área areolar y subareolar bilateral de predominio derecho. En principio se le ordenó una ultrasonografía de mama, con la cual se reconocieron tres lesiones en la mama derecha en el cuadrante superior externo (CSE) y dos en la izquierda (CIE), de aspecto nodular sólido de márgenes mal definidas, con sombra acústica posterior y realce interno al Doppler color. Además, se identificaron adenomegalias axilares derechas (figuras 1a, 1b, 2 y 3). En la mamografía se hallaron lesiones densas, espiculadas, retroareolares, bilaterales y adenomegalias en la cola axilar derecha (figuras 4a y 4b).

La resonancia magnética con medio de contraste, en las secuencias ponderadas con información en T1 y en T2, fase dinámica, secuencias de sustracción, curvas espectrales de captación y reconstrucciones multiplanares, mostró múltiples imágenes nodulares bilaterales, irregulares, de contornos espiculados, de baja intensidad en las secuencias con información en T1 y de alta intensidad con información en T2, con realce intenso con el contraste (figuras 5, 6a y 6b) y curvas de captación con morfología y cinética sugestivas de un proceso neoproliferativo (figuras 7a y 7b). Adicionalmente, se visualizaron adenomegalias axilares y en la cadena mamaria interna derecha.

La biopsia por *tru-cut* (aguja 14G) reportó proliferación de células pequeñas que rodean los acinos mamarios con inmunohistoquímica compatible con carcinoma lobular infiltrante de mama (CLI). Como parte de los estudios de extensión, la ecografía de hígado y de vías biliares mostró tres lesiones ecogénicas en el lóbulo hepático derecho (figura 8).

¹Medico radiólogo, Clínica Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

²Médica residente de II año de Radiología Clínica, Fundación Valle del Lili-Universidad CES, Cali, Colombia.

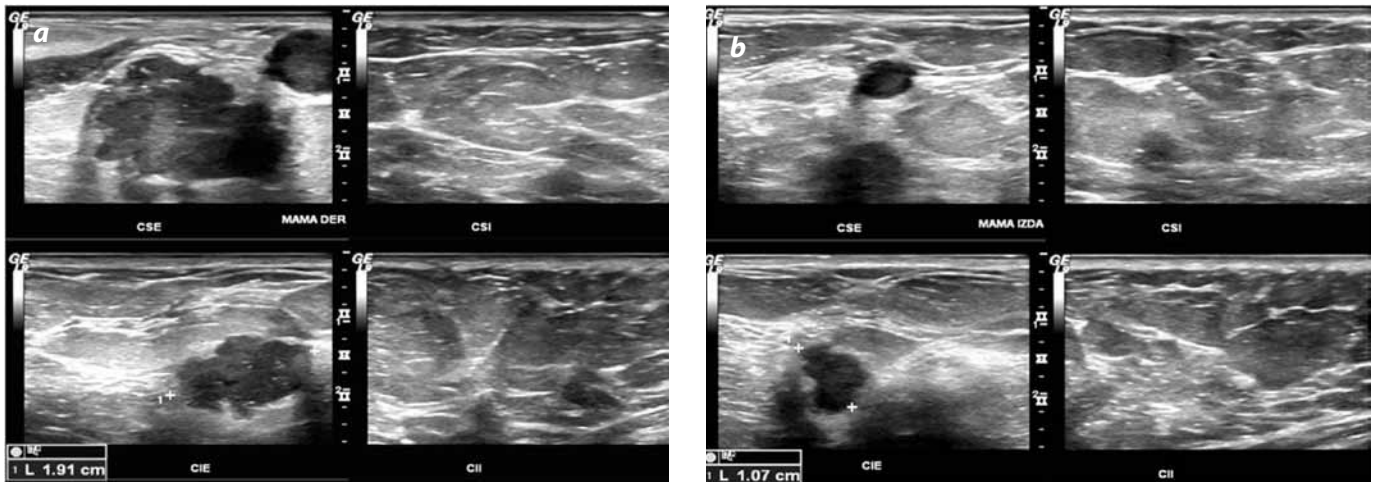


Figura 1. Ecografía de mama. a) mama derecha: lesiones en el cuadrante superior externo (CSE) y en el cuadrante inferior externo (CIE), sólidas de márgenes mal delimitadas, heterogéneas, con escasas microcalcificaciones y refuerzo acústico posterior, que distorsionan la arquitectura normal del parénquima mamario. b) mama izquierda: lesiones de similares características en los cuadrantes externos.

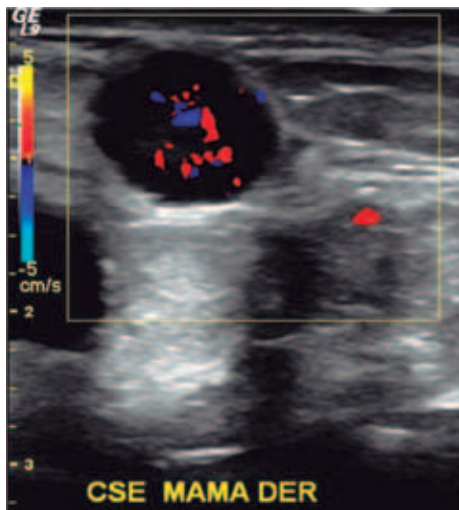
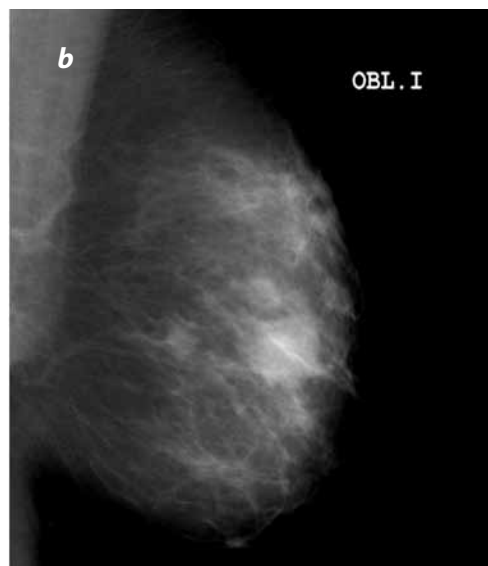


Figura 2. Aumento de la señal al Doppler color en el interior de una de las lesiones localizadas en el cuadrante superior externo (CSE) de la mama derecha.



Figura 3. Adenomegalia en la axila derecha con disminución del hilio graso.



Figuras 4a y 4b. Mamografía bilateral. Proyecciones oblicuas: lesiones densas bilaterales de contornos irregulares y algunos espiculados. Adenomegalias en la cola axilar derecha.

Discusión

El CLI es el segundo en frecuencia después del carcinoma ductal invasivo (CDI), y constituye del 5% al 14% de todos los carcinomas de la mama (1). La edad de distribución es similar al CDI: entre los 45 y los 56 años en la mayoría de las series. Solo en un 2% de los casos ocurre en mujeres menores de 35 años (2).

La bilateralidad y multifocalidad es considerada una característica del CLI hasta en una tercera parte de las pacientes (3). La mayoría de los tumores contralaterales tendrán un origen lobular; sin embargo, se han descrito algunos casos de origen ductal (3). El CLI se origina en los ductos terminales del lóbulo mamario, y se compone de pequeñas células redondeadas con escaso citoplasma que infiltran en un patrón lineal simple y que se ubican alrededor de los ductos, vasos y lóbulos, en lo que se ha denominado *crecimiento en diana*, que se disemina entre las fibras de colágeno del estroma mamario. Comparado con el CDI, el CLI está asociado a una mayor expresión de receptores estrogénicos.

A menudo es difícil su detección temprana, ya que su patrón infiltrativo difuso con escasa reacción desmoplásica hace que la presentación clínica como masa palpable no sea lo usual; en su lugar, suele manifestarse con engrosamiento y retracción de la piel.

El CLI tiene una mayor tendencia a tener apariencias atípicas en los estudios por imágenes, lo que resulta en una alta incidencia de falsos negativos (19%) (1); en consecuencia, cada modalidad de imagen, con sus ventajas y limitaciones, hará que su uso complementario aumente la sensibilidad en la detección y proporcione información para el manejo y la planeación quirúrgica.

La mamografía muestra una sensibilidad alrededor del 57% al 81% (4). El hallazgo más común es una masa con margen espiculado y mal definido; sin embargo, la densidad de las lesiones tempranas pueden ser similares al tejido fibroglandular adyacente, lo cual, sumado a las escasas microcalcificaciones (0-24%), contribuye a la tasa de falsos negativos. El segundo signo más común es la distorsión de la arquitectura (10-34%), seguido de las áreas de asimetría (1-14%).

El ultrasonido tiene una sensibilidad del 68 al 98% (4). El signo más común es una masa irregular, hipoecóica, heterogénea, con ecos internos y sombra acústica posterior. También es frecuente que se manifieste como un área de sombra acústica focal sin masa claramente visible. Su papel es superior a la mamografía en detectar multifocalidad y bilateralidad, tiene una mayor precisión en determinar el tamaño de la lesión y un rol reconocido en la biopsia guiada.

La resonancia magnética es superior a la mamografía y al ultrasonido, con una sensibilidad del 95% (4), pues detecta signos no evidentes por otras modalidades hasta en el 32% de los casos (1,4). Es una herramienta fundamental en la toma de decisiones para el manejo clínico y quirúrgico.

Suele manifestarse como una masa irregular, espiculada y mal definida, con pequeños focos de realce que rodean la(s) lesión(es) dominante(s); igualmente, hay realce de los tabiques, lo que se correlaciona con el patrón de diseminación de las células tumorales en el estroma mamario. Característicamente, tiende a mostrar un ligero retraso en el máximo realce con la administración del contraste, y un lavado de este en la minoría de las lesiones, que se confunde con el realce normal del tejido mamario, a diferencia del patrón clásico de rápido realce y lavado que exhiben la mayoría de las lesiones malignas de la mama. Esto se debe a que crece sin mayor angiogénesis.

El CLI tiene una inusual localización de metástasis a través de la vía linfática o hematogénea, que alcanza el peritoneo, los ovarios, el endometrio, la mucosa gástrica, el hueso y las meninges (5).

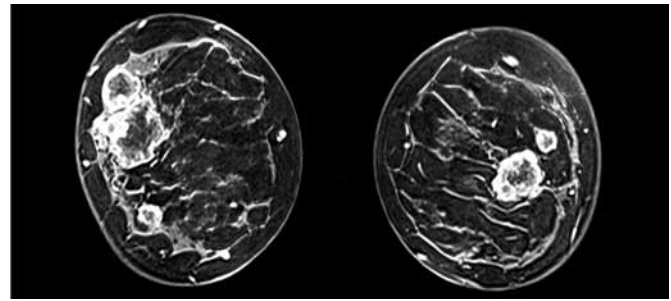
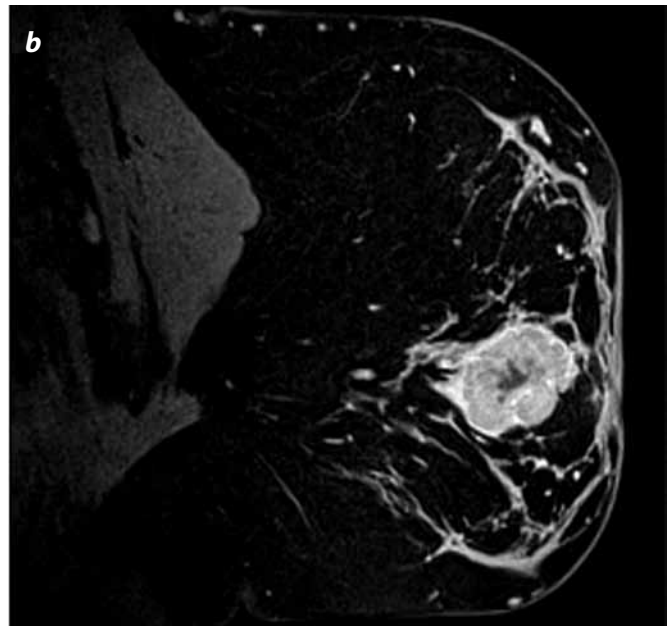
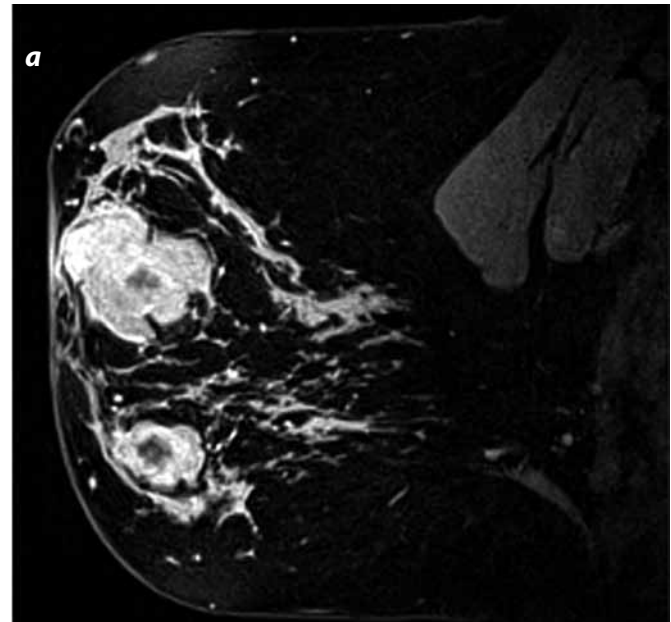
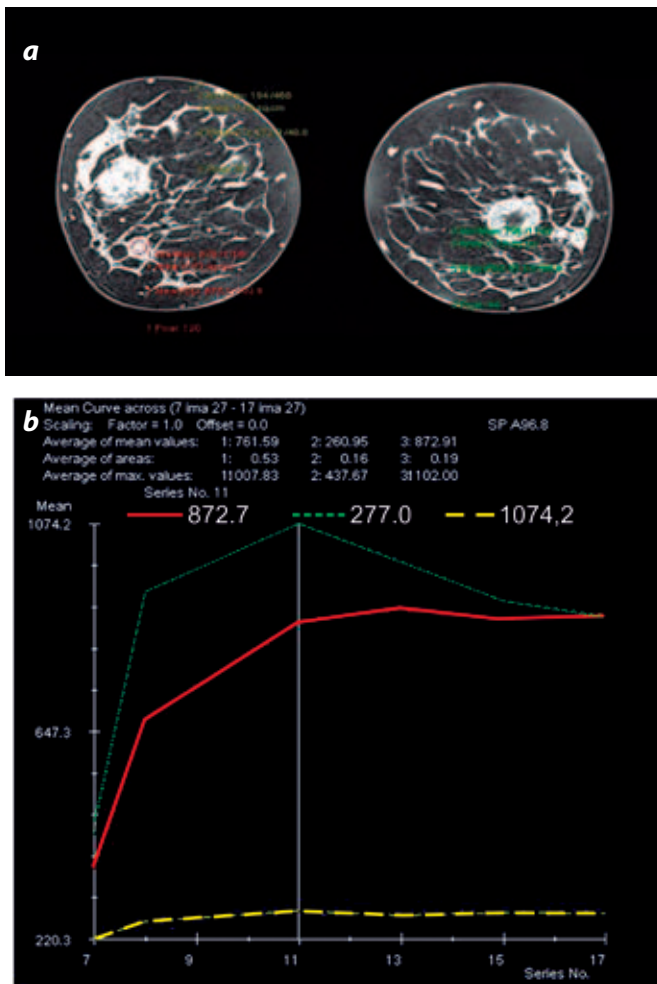


Figura 5. Resonancia magnética de mama. Imágenes coronales potenciadas con información en T1 con supresión grasa y medio de contraste: lesiones nodulares multifocales y bilaterales de contornos irregulares, con captación intensa del contraste.



Figuras 6a y 6b. RMN de mama. Cortes sagitales potenciados con información en T1, con técnicas de supresión grasa y contraste. Se observa irregularidad y espiculación de los bordes de algunas lesiones y la captación heterogénea del contraste.



Figuras 7a y 7b. Análisis cinético (curva espectral de captación del contraste) de una lesión en la mama derecha y otra en la izquierda (curvas roja y verde, respectivamente). Se evidencia un realce temprano seguido de una fase temporal de meseta, que representa un retraso en el lavado del medio de contraste en las lesiones, lo cual es frecuente en el carcinoma lobular invasivo. La curva amarilla representa el tejido normal.

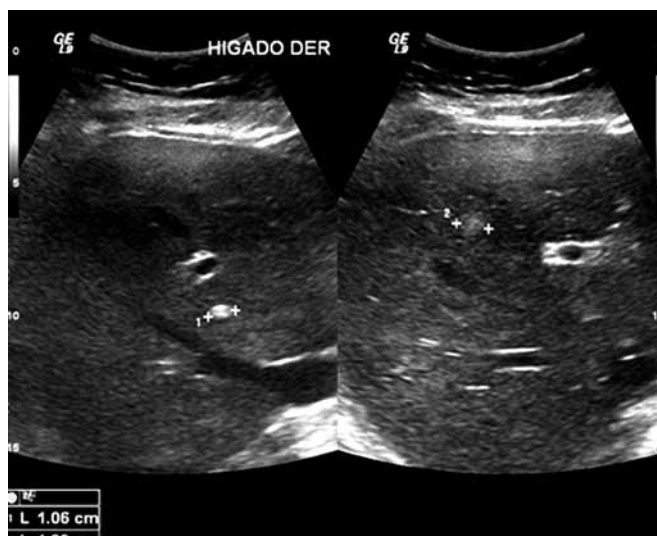


Figura 8. Lesiones ecogénicas en el lóbulo derecho del hígado.

Se ha sugerido que la habilidad en su diseminación, tanto local como a distancia, se debe a la baja expresión de moléculas de adhesión celular Cadherina-E, con lo cual se disminuye la adherencia entre las células tumorales (5). Los determinantes más importantes en el pronóstico son el tamaño del tumor primario y el estadio de los ganglios linfáticos regionales (1,6).

Conclusión

El carcinoma lobular invasivo de mama es el segundo en frecuencia luego del CDI. Hasta en un 2% de los casos puede presentarse en mujeres menores de 35 años de edad, y puede ser multifocal y bilateral en una tercera parte de las pacientes afectadas. Su patrón de diseminación difuso con escasa reacción desmoplásica y poca angiogénesis hacen que su naturaleza clínica tenga una apariencia variable y que los estudios por imágenes subestimen la extensión. La resonancia magnética es una herramienta de alto valor, ya que combina el análisis de la arquitectura y la vascularidad tumoral. No obstante, es particularmente útil en demostrar la extensión y la afectación multifocal y bilateral.

Referencias

1. Lopez FK, Bassett LW. Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. Radiographics. 2009;29:165-76.
2. Rosen PP. Infiltrating carcinomas. En: Harris JR, Hellman S, Henderson JC, et al., editors. Breast disease. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1991. pp. 272-6.
3. Hilleren DJ, Andersson IT, Lindholm K, et al. Invasive lobular carcinoma: mammographic findings in a 10-year experience. Radiology. 1991;178:149-54.
4. Brem RF, Loffe M, Rapelyea JA, et al. Invasive lobular carcinoma: detection with mammography, sonography, mri and breast specific gamma imaging. AJR Am J Roentgenol. 2009;192:379-83.
5. Winston CB, Hadar O, Tetcher JB, et al. Metastatic lobular carcinoma of the breast: patterns of spread in the chest, abdomen and pelvis on CT. AJR Am J Roentgenol. 2000;175:795-800.
6. Harvey JA. Unusual breast cancer: useful clues for expanding the differential diagnosis. Radiology. 2007;242:683-94.

Correspondencia

José Abella Calle
 Fundación Valle del Lili
 Avenida Simón Bolívar, carrera 98 No. 18-49
 Cali, Colombia
 abellajose@hotmail.com

Recibido para evaluación: 6 de julio del 2011
 Aceptado para publicación: 10 de octubre del 2011