

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Historias clínicas

Editor: Dr. Cristián García Bruce
 Profesor Auxiliar de Radiología
 Departamento de Radiología

Dr. Iván Vial Pérez-Cotapos
 Becario, Departamento de Radiología

Dra. Verónica Lepe Elorza
 Instructor de Radiología
 Departamento de Radiología

Caso N° 1

Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, que consulta por un nódulo en la mama izquierda, que ha aumentado de tamaño en los dos últimos meses. Su examen físico demuestra un nódulo firme y adherente en el cuadrante superointerno de la mama izquierda y otro de menor tamaño en el cuadrante inferoexterno de esta mama, sin alteraciones de la piel.

Como antecedentes, ha tenido dos embarazos y partos normales. Su menarquia fue a los 16 años y su última menstruación a los 49 años. No ha recibido terapia hormonal.

Se obtuvo mamografía bilateral. Se ilustran imágenes obtenidas de la mama izquierda en proyecciones cráneo-caudal (Figura 1a) y lateral oblicua (Figura 1b).



Fig. 1a

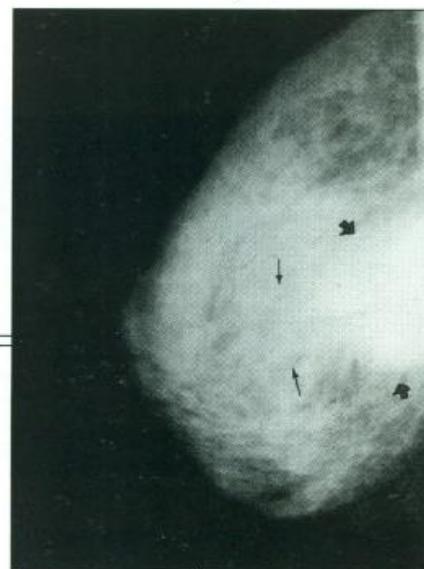


Fig. 1b

Caso N° 2

Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, que consulta por nódulo mamario izquierdo. El examen físico revela retracción cutánea de la mama izquierda, con enrojecimiento e induración de la piel y palpación de un nódulo duro, sensible y adherente en el cuadrante superoexterno de esta mama y presencia de adenopatías axilares. Mama derecha normal.

Como antecedentes, ha tenido nueve embarazos, siete partos normales y dos abortos. Su menarquia fue a los 14 años y su última menstruación a los 45 años. No ha recibido terapia hormonal.

Se obtuvo mamografía bilateral. Se ilustran imágenes de la mama izquierda en proyecciones cráneo-caudal (Figura 2a) y lateral oblicua (Figura 2b).

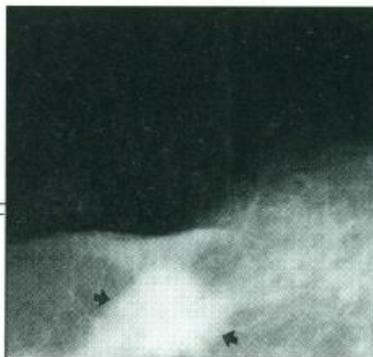


Fig. 2a

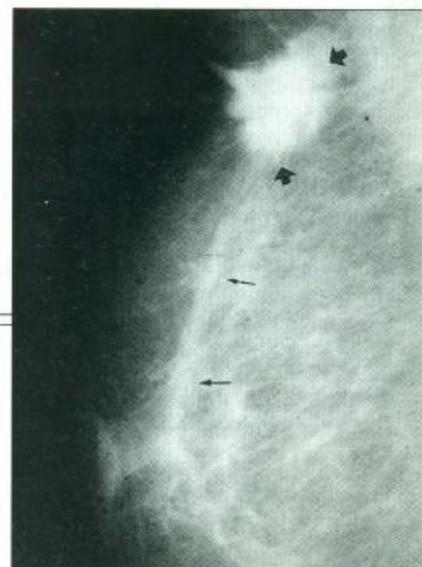


Fig. 2b

RESPUESTAS

Ambos casos corresponden a adenocarcinoma mamario.

Caso N° 1: Carcinoma ductal infiltrante grado 2 de diferenciación histológica en ambos nódulos.

Caso N° 2: Carcinoma ductal infiltrante grado 2 de diferenciación histológica con metástasis ganglionares linfáticas en los niveles 1 y 2 proximales a la mama.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Caso N° 1

Las Figuras 1a y 1b muestran un nódulo denso en el cuadrante superointerno de la mama izquierda de aproximadamente 3 x 3,5 cm, de contorno posterior neto y contorno anterior de aspecto dentado, con múltiples microcalcificaciones en su interior (flechas gruesas). Existe una segunda lesión, menos densa, localizada en el cuadrante inferoexterno, de aspecto estrellado y que también presenta microcalcificaciones (flechas delgadas). Esta mama presenta además aspecto mastopático, con focos de adenosis.

Caso N° 2

Las Figuras 2a y 2b muestran un nódulo en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, de aproximadamente 2,5 x 2 cm, de contornos mal definidos, espiculados (flechas gruesas), que se acompaña de aumento de densidad y retracción de los planos cutáneo y graso adyacentes y presencia de un trayecto denso, con microcalcificaciones hacia la región axial retroareolar (flechas delgadas).

DISCUSION

El carcinoma ductal de la mama corresponde a alrededor del 90% de los carcinomas que afectan a este órgano. Su etiología es desconocida, pero se han demostrado factores hereditarios y asociación con otros factores, como nuliparidad, embarazos tardíos y uso prolongado de estrógenos. El cáncer mamario es la primera causa de muerte en mujeres en Estados Unidos y algunos países de Europa Occidental. En Chile ocupa el tercer lugar de frecuencia de cáncer en mujeres, a continuación del cáncer de vesícula y vías biliares y el de estómago. Es la causa del 8,8% de los egresos hospitalarios y del 5,6% de las defunciones por cáncer en la mujer. Se manifiesta más comúnmente entre los 35 y 65 años de vida, con una media de 54 años.

Clínicamente, el carcinoma mamario puede ser asintomático o manifestarse por la presencia de uno o más nódulos de consistencia firme, adheridos, por lo general indoloros y que pueden acompañarse de cambios en la piel de la mama, la

areola o el pezón, presencia de secreción por el pezón y adenopatías axilares. En general, los carcinomas más sintomáticos se asocian a mayor grado de infiltración local o metastásica.

El diagnóstico de carcinoma mamario debe sospecharse con los hallazgos clínicos, epidemiológicos y radiológicos y se confirma mediante el estudio histopatológico.

La mamografía es el método de diagnóstico de elección para pesquisar, evaluar y controlar evolutivamente el cáncer de mama, y presenta una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica. En pacientes con sospecha clínica y mamográfica de carcinoma mamario, el estudio puede complementarse con ecotomografía y eventual punción biopsia de las lesiones demostradas, dependiendo del caso individual. Es necesario enfatizar que la ecotomografía mamaria puede ser útil, pero sólo como complemento de la mamografía, especialmente en lesiones nodulares aparentemente benignas, ya que permite determinar su naturaleza sólida o quística. Otro estudio complementario es la galactografía, examen cada vez menos realizado por su gran dificultad técnica y bajo rendimiento, que está indicado sólo en pacientes con secreción hemática por el pezón.

Los hallazgos mamográficos característicos de carcinoma ductal son:

- La presencia de un nódulo mamario único o múltiple, uni o bilateral, de contornos irregulares, mal definidos, difusos o finamente dentados.
- Presencia de microcalcificaciones irregulares o ramificadas de densidad variable.
- Densidad asimétrica.
- Vena de drenaje dilatada.
- Adenopatías axilares.

En el diagnóstico diferencial de carcinoma mamario observado en mamografía, deben considerarse las lesiones benignas como la mastopatía fibroquística, quistes, fibroadenomas, así como también otros tumores malignos primarios o secundarios que con menor frecuencia pueden afectar a la mama.

Todo nódulo mamario que presente características sospechosas en la mamografía debiera ser extirpado y sometido a estudio histopatológico. Una vez establecido el diagnóstico de carcinoma mamario, debe determinarse el estadio clínico en que se encuentra la paciente, a fin de elaborar el plan terapéutico más adecuado.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Homer M. Localizing signs of breast cancer. En: Homer M. Mammographic interpretation and practical approach. Primera edición, Mc Graw-Hill, 1991; 30-58.
2. Hoeffken W. Enfermedades malignas de la mama. En: Hoeffken W: Mamografía. Primera edición, Editorial Labor, 1978; 156-214.
3. Harris J, Hellman S, Canellos G y Fisher B: Cáncer de mama. En: De Vita VT Jr. Cáncer. Principios y práctica de oncología. Segunda edición, Salvat, 1988; 1041-1095.
4. Medina E. Epidemiología del cáncer de mama y factores de riesgo en patología mamaria. En: Arraztoa J. Patología mamaria. Primera edición, Editorial Mediterráneo, 1993; 20-26.