

Señor director:

Recientemente se ha celebrado en Barcelona, la XX Reunión Nacional de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. En ella fui invitado para coordinar y moderar una mesa de discusión sobre "carcinoma ductal *in situ*" (CDIS) en la que actuaron como expertos los Dres. P.L. Fernández; Patólogo del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, A. Gómez; Radiólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, R. Fábregas; Ginecólogo del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona y la Dra. S. Salicrú; Ginecóloga del Hospital del Valle Hebrón de Barcelona y he ido tomando nota de las distintas ponencias sobre el tema, para elaborar unas conclusiones, y entonces me he dado cuenta que pueden ser de interés para compañeros que no hayan asistido a dicha reunión, por ello me tomo la licencia de proponer su publicación en la Revista que Ud. dirige.

El CDIS, también denominado carcinoma mamario intraductal, intracanalicular o no invasor, es el Tis o estadio 0 de la clasificación TNM de la UICC.

Las conclusiones expuestas al terminar la mesa de discusión han sido las siguientes:

En los últimos tiempos se está encontrando una mayor frecuencia de CDIS, seguramente debido al auge del *screening* mamográfico poblacional en los últimos tiempos y a los mejores medios técnicos, que fundamentalmente permiten una mejor visualización de las microcalcificaciones y de zonas desestructuradas no palpables.

Es paradójico que un CDIS pueda precisar de una mastectomía, cuando muchos carcinomas invasores hoy en día se tratan con técnica conservadora, y ello es debido a que se trata de una entidad anatomoclínica muy particular, de difícil estudio.

Existen índices para determinar el tipo de tratamiento que debe realizarse en cada caso, pero ninguna seguridad de que con el tratamiento conservador no quede algún foco carcinomatoso en la mama conservada. La única seguridad en tal sentido (99,9 %) es la práctica de una mastectomía, pero de ella queremos huir por no tratarse de un cáncer invasor.

Los márgenes del CDIS son difíciles de valorar, por lo que las piezas quirúrgicas deben entregarse enteras al patólogo y sin cauterización de los bordes, y éste debe tener en cuenta la posibilidad de crecimiento discontinuo e incluso de multifocalidad, para no errar en la medida y en la valoración de los márgenes.

Se producen recidivas parenquimatosas en un 1-2 % anual, y de ellas el 50 % serán de tipo invasor, algo que debe advertirse siempre a las mujeres a las que se le propone un tratamiento conservador por CDIS.

En estudios exhaustivos de los ganglios axilares se han encontrado casos de afectación metastásica, lo cual indicaría que el diagnóstico de CDIS, no había sido exacto, ello nos lleva una vez más a considerar lo difícil que es esta entidad para realizar un correcto diagnóstico en todos sus detalles.

Debe prestarse buena atención a los casos de CDIS tipo comedocarcinoma y al tipo micropapilar, pues tienen peor pronóstico que otros tipos histológicos, y quizá obliguen a una cirugía más amplia.

El tratamiento conservador por CDIS debe tomarse siempre como una acción "provisional", hasta que se disponga del informe anatomopatológico definitivo, que siempre será diferido.

Cuando está presente el CDIS en casos de carcinoma invasor, el patólogo debe especificar si se trata o no de un componente intraductal extenso, puesto que en caso afirmativo podría llevar a una mastectomía. (Recordemos que CIE positivo necesita que más del 25 % de la masa tumoral sea CDIS y también debe estar presente en los tejidos vecinos, por fuera de la masa tumoral.)

Para la decisión del tratamiento quirúrgico debe valorarse la extensión de la presencia de microcalcificaciones en las mamografías; si el área de microcalcificaciones es muy extensa debe procederse a practicar una mastectomía; si las microcalcificaciones se extienden desde el foco principal hacia el pezón, debe extirparse toda la zona en que estén presentes.

Debemos tener muy presente que es difícil medir un CDIS (discontinuidad, tendencia a la multifocalidad, etc.). Es difícil para el cirujano saber si lo ha extirpado en su totalidad. Es difícil el control en el seguimiento, tanto por la exploración clínica, como por la mamografía. Es difícil tomar la decisión de cómo actuar, y en definitiva es difícil que la paciente pueda entender todos estos complejos matices. No obstante es imprescindible que la paciente bien informada colabore en la decisión de si tratamiento conservador o si mastectomía.

Finalmente tan sólo me queda apuntar en esta narración de conclusiones que debe valorarse la posibilidad de establecer una quimioprevención para la mama afectada, si se practica tratamiento conservador, y en cualquier caso para la mama contralateral, sabiendo que en EE.UU. está aceptada y que en Europa aún no han concluido los estudios al respecto.

Esperando que estas líneas puedan resultar de utilidad para algún lector, queda de Ud. suyo affmo.

A. Fernández-Cid Fenollera

Director del Comité de Mastología del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona