

CARTA AL DIRECTOR

Carcinoma ductal infiltrante de mama, totalmente calcificado

Completely calcified invasive ductal carcinoma of the breast

Sr. Director:

El carcinoma ductal infiltrante de mama se manifiesta con múltiples y variadas formas, y muchas veces tiene calcificaciones. Casi siempre la estructura, configuración y morfología de la imagen son bien conocidas, pero en nada se parecen a las del tumor que exponemos: una lesión maligna circunscrita y completamente calcificada.

Se trata de una mujer de 85 años, sin antecedentes de interés, que acudió al ginecólogo por molestias pelvianas. No había tenido embarazos, ni seguido tratamientos hormonales. En la exploración de la mama derecha se palpaba un nódulo de 1 cm aproximadamente, rodadero, de superficie regular, bien delimitado y situado en la intersección de cuadrantes, retroareolar profundo. En el estudio de imagen solicitado se efectuaron mamografías en proyecciones craneocaudal y oblicua-mediolateral de ambas mamas. En la intersección de cuadrantes de la mama derecha se identificaba un nódulo de 1 cm, de morfología redondeada, perfectamente delimitado y totalmente calcificado en la periferia (fig. 1). En el resto del estudio radiológico de las mamas no se visualizaban más alteraciones. En la ecografía, el nódulo se presentaba como una sombra acústica intensa. No se encontraron adenopatías en las regiones axilares.

Como la configuración de las calcificaciones no la reconocíamos entre las conocidas, realizamos una punción-aspiración del nódulo con aguja fina (21 G), como prueba que se ajustaba a la calcificación de la lesión. El procedimiento se efectuó con dificultades y el resultado fue positivo para células tumorales malignas. No se extrajeron calcificaciones.

Posteriormente, se efectuó una tumorectomía de la lesión para su estudio histológico. No se realizó el estudio del ganglio centinela, ni se efectuó linfadenectomía axilar. El diagnóstico histológico fue de carcinoma ductal infiltrante, moderadamente diferenciado y de bajo grado (Scarff-Bloom I), con calcificaciones concéntricas birrefringentes en prácticamente toda la tumoración.

La lesión nodular identificada en las mamografías: circunscrita, de morfología redondeada, perfectamente



Figura 1 Proyección oblicua-mediolateral de la mama derecha. En la intersección de cuadrantes hay un nódulo redondeado de un 1 cm, perfectamente delimitado y completamente calcificado.

delimitada y totalmente calcificada, sugiere inicialmente que la tumoración tiene características benignas. Como diagnósticos diferenciales podemos mencionar los fibroadenomas calcificados, en una de las distintas fases evolutivas finales hacia su involución, aunque en estos las calcificaciones suelen ser más compactas, groseras y fragmentadas, diferentes a las imágenes presentadas, donde las calcificaciones, además de envolver totalmente al tumor, tienen una morfología diferente y peculiar. También podríamos considerar la necrosis grasa o liponecrosis, donde pueden presentarse calcificaciones típicas «en cáscara de huevo,

en anillo o concéntricas». Más raramente, hay algunos quistes que pueden presentar sus paredes calcificadas parcialmente¹.

Tiene especial interés, además de la forma redondeada y bien definida de la tumoración, la morfología de las calcificaciones, que simulan a las «concoides o en concha», que no figuran en la bibliografía revisada, entre las múltiples, variadas y diferentes formas conocidas de presentación del cáncer de mama con calcificaciones y que habitualmente reconocemos¹⁻⁶. Mostramos, por tanto, una neoplasia maligna de mama que se manifiesta de una forma muy original, con 2 características específicas. Por una parte, su morfología redondeada con calcificación periférica completa, peculiar y armónica, que le da una apariencia benigna, que en nada tiene que ver con las variadas imágenes morfológicas de manifestación habitual de estos tumores malignos, en sus diferentes formas de desarrollo evolutivo, bastante bien conocidas. Por otra, su especial comportamiento evolutivo espontáneo, hacia la calcificación periférica completa, muy diferente del tradicional con predilección por la extensión local, regional y a distancia, que es lo que continuamente observamos en la evolución de estos tumores.

Bibliografía

1. Kopans DB. Apariencia mamográfica del cáncer de mama. La mama en imagen. 2.^a ed. Madrid: Marbán; 1999. p. 351-407.
2. Holland R, Hendriks JH. Microcalcifications associated with ductal carcinoma in situ: Mammographic-pathologic correlation. *Semin Diagn Pathol*. 1994;11:181-92.
3. Feder JM, de Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999;19(Spec No):S11-26.
4. Harvey JA. Unusual breast cancers: Useful clues to expanding the differential diagnosis. *Radiology*. 2007;242:683-94.
5. Irshad A, Ackerman SJ, Pope TL, Moses CK, Rumboldt T, Panzegrav B. Rare breast lesions: Correlation of imaging and histologic features with WHO classification. *Radiographics*. 2008;28:1399-414.
6. Burnside ES, Trentham-Dietz A, Kelcz F, Collins J. An example of breast cancer regression on imaging. *Radiology Case Reports [Online]*. 2006;1:27-37.

Martín Nieto Maestre^{a,*}, Ángel Velasco Osés^b
y Juan Aragón Martínez^c

^a *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España*

^c *Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manija@telefonica.net
(M. Nieto Maestre).