CONFERENCIA

Nuevas nomenclaturas en cáncer de mama

Màxim Izquierdo Sanz

Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España

La clasificación del cáncer de mama ha debido incorporar los nuevos avances, incorporando nuevos conceptos que han dado lugar a unas nuevas nomenclaturas.

En 1998 el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas Americanas (AFIP) clasifica el CDIS en 3 grados, basándose en la presencia o ausencia de la atipia nuclear y en la necrosis.

Para clasificar el CDIS según su riesgo y poder establecer un tratamiento se utiliza el índice de Van Nuys.

El índice de Van Nuys 2003¹ añade al tamaño, margen libre e histología, la edad. Si es 4-5-6 se puede realizar solamente tumorectomía, cuando es 7-8-9 se debe añadir radioterapia y cuando es 10-11-12 se debe realizar una mastectomía.

Las firmas genéticas han supuesto un avance en el estudio del riesgo permitiendo hacer un tratamiento personalizado.

El concepto de neoplasia ductal intraepitelial (DIN)² ha supuesto un gran cambio en la clasificación de las lesiones preinvasivas.

La hiperplasia intraductal atípica (AIDH) se divide en hiperplasia intraductal atípica aplanada y monomorfa, que corresponde al DIN1b, y en hiperplasia intraductal atípica no aplanada no monomorfa, que se incluye con el CDIS de bajo grado (G1) en el DIN1c. Esto tiene implicaciones terapéuticas, dado que en el DIN1c, cuando se realiza una cirugía, hay que obtener márgenes no afectados.

Posteriormente Tavasoli introduce el término neoplasia mamaria intraepitelial (MIN), que incluye el DIN, el LIN (*lobular intraepitelial neoplasia*) y el PIN (*papilar intraepitelial neoplasia*).

El gran cambio ha sido la clasificación de los tumores según su composición genética, realizada por Perou en el año 2000: luminal A, luminal B, HER2, basal y *normal like*. Posteriormente se publicó la clasificación de cada subtipo tumoral basándose en sus receptores.

La capacidad metastásica de un tumor se debe a sus características genéticas, el potencial metastásico no se adquiere, si la capacidad metastásica viene determinada desde el inicio del tumor se pueden realizar pruebas pronósticas que comporten un beneficio.

Los perfiles de expresión genética permiten realizar un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento personalizado,

porque clasifican los cánceres de mama, predicen el curso clínico individualmente e identifican pacientes con diferentes respuestas clínicas.

Los 2 perfiles genéticos más utilizados son el Oncotype[®] y el MammaPrint[®].

Las pacientes de bajo riesgo por MammaPrint[®] tienen una mayor probabilidad de supervivencia libre de metástasis, y las pacientes de alto riesgo tienen una mayor tasa de metástasis que los criterios de Sant Gallen y NIH.

Oncotype[®], desarrollado en Estados Unidos, estudia 21 genes, correlaciona el riesgo de metástasis a distancia a 10 años en pacientes con ganglios negativos tratadas con tamoxifeno.

La firma genética PAM50[®] mide la actividad de 50 genes y estratifica el cáncer de mama en los 5 subtipos. La firma genética OncotypeDX DCIS predice el riesgo a 10 años de recidiva local (DCIS o invasiva).

Las firmas genéticas pueden cambiar el tratamiento en un 30% de las pacientes³.

Según estudios genéticos se ha visto que el cáncer de mama no es una única enfermedad, sino 10, y se puede clasificar en 10 subtipos o *InteClust*.

Bibliografía

1. Silverstein MJ. The University of Southern California/Van Nuys prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. *Am J Surg.* 2003;186:337-43.
2. Tavasoli FA. Ductal intraepithelial neoplasia of the breast. *Virchows Arch.* 2001;438:221-7.
3. Goldhirsch A, Ingle JN, Gelber RD, et al. Thresholds for therapies: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009. *Ann Oncol.* 2009;20:1319-29.