EXTENSIÓN DE MICROCALCIFICACIONES Y RECEPTOR DE ESTRÓGENOS CONDICIONAN LA ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO EN EL CARCINOMA INSITU

Vernet Tomas MM, Gamero García R, Nicolau Batalla P, Jimeno Fraile J, Alcantara Da Silva R, Serrano Munné L, Carreras Collado R, Sabadell Mercadal MD.
Unidad Funcional de Patología Mamaria, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona.

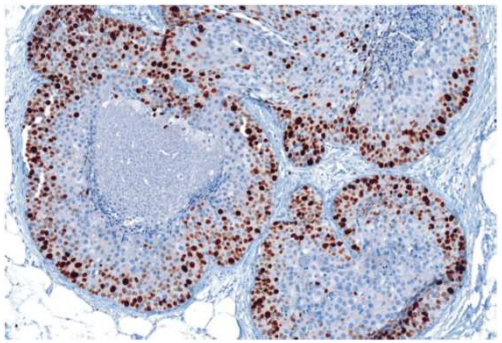
Objetivo: El objetivo del presente estudio fue establecer qué factores conocidos antes de la intervención condicionan la estimación del tamaño del carcinoma ductal in situ (CDIS) a través de la medición de la extensión mamográfica de microcalcificaciones (EMM)

TABLA 1	LSE N=14	LCE N=57	LIE N=13	P Kruskall-Wallis
Edad	61,0(11,2) 14-39	58,46(9,3) 30-82	59,0(9,7) 49-78	0,783
Menopausia	48,5(4,4) 38-53	49,5(3,7) 39-58	48,6(3,1) 45-53	00,785
Tamaño Mx (mm)	43(19,9) 15-80	16,30(9,8) 5-60	20,31(13,9)	0,005
Receptor de estrógenos(%)	74,5(37,6) 0-98	58,27(43,0) 0-98	33,2(40,2) 0-98	0,006
Receptor de progesterona(%)	40(39,2) 0-98	37,5(42.2) 0-98	30,2(36,8) 0-98	0,838
P53(%)	34,4(42,0) 0-98	14,52(29,0) 0-98	33,6(46,2) 0-98	0,299
Ki 67 (%)	31,1(21,9) 5-80	16,19(14,6) 1-60	36,0(26,0) 20-80	0,018

LSE: lesiones sobrestimadas LCE: lesiones correctamente estimadas LIE: lesiones infraestimadas
[2] Las diferencias entre Ki67 no fueron significativas entre LSE y LIE, no permitían por tanto discriminar pacientes de ambos grupos.

Material y método: Del Registro de Tumores de Mama de nuestro hospital, se recuperaron los datos de las pacientes tratadas por CDIS entre 2005 y 2011. De ellas, se seleccionaron aquellas diagnosticadas en nuestro centro, en las que las microcalcificaciones fueron el signo de sospecha y con datos de la medición de la EMM: se comparó esta medición con el tamaño del CDIS reportado en el informe de anatomía patológica (AP). Se consideró que el CDIS estaba correctamente estimado si la diferencia entre el tamaño de AP y la medición de la EMM estaba dentro de los 10 mm. Se estudió qué factores clínicos, de AP e inmunohistoquímicos (IH) influyeron significativamente en esta estimación

Resultados: Se incluyeron en el estudio 82 pacientes (2 con CDIS bilateral, 84 lesiones): 57 lesiones correctamente estimadas (LCE, 68.7%), 14 lesiones sobreestimadas (LSE, 16.9%) y 13 lesiones infraestimadas (LIE, 14.4%). Aplicando una Rho de Spearman, las únicas dos variables continuas que correlacionaban con la diferencia entre la EMM y el tamaño AP eran la propia medida de la EMM (mayor sobrestimación cuanto mayor EMM) y el receptor de estrógenos (RE, mayor sobrestimación cuanto mayor porcentaje en la expresión de RE). En un análisis univariado, la media de RE era significativamente superior en LSE e inferior en LIE (Kruskall Wallis-KW-, p=0.002) y la EMM era significativamente superior en las LSE (KW p=0.000). La expresión de Ki67 era significativamente más alta en LSE y LIE que en LCE (KW p= 0.018) pero no había diferencias entre LSE y LIE (U de Mann-Whitney p=0.567) No hubo diferencias significativas en los otros factores clínicos, de AP o IH (tabla 1).



Conclusión: En nuestro centro, la medida de la EMM y el valor de RE se relacionan con el riesgo de infraestimar y sobrestimar el tamaño del CDIS: a mayor medida de la EMM y a mayor expresión de RE, mayor riesgo de sobreestimación, mientras que a menor expresión de RE, mayor riesgo de infraestimación. Estos datos pueden ser útiles al planificar la cirugía del CDIS y al discutir con la paciente el riesgo de reintervención por márgenes afectos.

