



Medicina U.P.B.
ISSN: 0120-4874
ISSN: 2357-6308
revista.medicina@upb.edu.co
Universidad Pontificia Bolivariana
Colombia

Bonilla- Sepúlveda, Óscar Alejandro
Lesiones papilares de mama: estudio clínico-patológico
y sobre pronóstico en 144 casos de Medellín, Colombia
Medicina U.P.B., vol. 40, núm. 2, 2021, Julio-, pp. 2-12
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18566/medupb.v40n2.a02>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159069004002>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO ORIGINAL

Lesiones papilares de mama: estudio clínico-patológico y sobre pronóstico en 144 casos de Medellín, Colombia

Fecha de recibido:
20 de octubre de 2020.

Fecha de aprobación:
2 de febrero de 2021.

Breast papillary lesions: Clinical, pathological, and prognostic study in 144 cases in Medellin, Colombia / Lesões papilares mamárias: estudo clínico-patológico e prognóstico em 144 casos de Medellín, Colômbia

Óscar Alejandro Bonilla- Sepúlveda^{1,2}

RESUMEN

Objetivo: describir los datos sociodemográficos, las manifestaciones clínicas, los paraclínicos, el tratamiento y la recurrencia, en un grupo de pacientes con lesiones papilares.

Metodología: estudio analítico de cohorte retrospectiva con fuentes secundarias de información, historias clínicas. Se incluyeron pacientes evaluados entre el 1º enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2019. Se recopilieron datos demográficos, clínicos y paraclínicos, que fueron analizados con estadística descriptiva.

Resultados: la prevalencia en la muestra fue de 4.7%; todos los casos fueron en mujeres, la media de edad fue 55,5 años; el motivo de consulta más frecuente fue alteración en la imagen de mama (n=79, 54.9%), el tamaño medio de la lesión fue 1,9 cm (rango 0,1-20). Se encontró discordancia entre el diagnóstico por biopsia cortante y el espécimen de patología en 70 (48.6%) casos, en estos se encontró infraestimación de lesiones con mayor riesgo en el 36,1% (n=52). Según la clasificación histológica, el tipo más frecuente de lesión fue el papiloma intraductal 34.7% (n=50), seguido por el carcinoma papilar en 11,8% (n=17). El tipo de cirugía más efectuado fue la cuadrantectomía, con un 68.7% (n=99). La media de seguimiento fue de 28.5 meses y se encontró recaída en siete casos (4.9%).

Conclusión: las lesiones papilares comprenden un grupo heterogéneo, que incluye desde las benignas hasta aquellas con potencial maligno. Afectan a las mujeres en la quinta década de la vida, se presentan como una masa, pequeña, unilateral, sin predominio de lateralidad, de crecimiento lento. El tratamiento óptimo para las lesiones de riesgo y con atipias es la cirugía con márgenes negativos, el riesgo de recurrencia es clínicamente relevante.

Palabras clave: neoplasias de la mama; papiloma intraductal; cistoadenoma papilar; carcinoma papilar.

Forma de citar este artículo:

Bonilla-Sepúlveda OA.
Lesiones papilares de mama: estudio clínico-patológico y sobre pronóstico en 144 casos de Medellín, Colombia. Med UPB. 2021;40(2):2-12.
DOI:10.18566/medupb.v40n2.a02

¹ Grupo de investigación en cáncer IDC, Medellín, Colombia.

² Grupo de investigaciones Biomédicas, UniRemington, Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia:
mastologia.bonilla@gmail.com

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic data, the clinical and paraclinical manifestations, the treatment and the recurrence, in a group of patients diagnosed with papillary lesions.

Methodology: analytical study of a retrospective cohort with secondary sources of information from users' medical records in the period of January 1, 2016 to December 31, 2019. The demographic, clinical and paraclinical data collected were analyzed using descriptive statistics.

Results: the prevalence in the sample was 4.7%; all cases were women, the mean age was 55.5 years; the most frequent reason for consultation was abnormal breast imaging

examination (n=79, 54.9%), the mean size was 1.9 cm (range 0,1-20). Disagreement was found between the diagnosis by sharp biopsy and the pathology specimen in 48.6% of cases (n=70); lesion underestimation with higher risk was found in 36.1% of them (n=52). According to the histological classification, the most frequent was intraductal papilloma in 34.7% (n=50), followed by papillary carcinoma in 11.8% (n=17). The type of surgery most performed was quadrantectomy, 68.7% (n=99). The mean follow-up was 28.5 months and relapse was found in 4.9% (n=7).

Conclusion: papillary lesions comprise a heterogeneous group, with a spectrum that includes both benign lesions and those with malignant potential. The lesions affect women in their fifties. They become apparent as a small, unilateral mass, without a predominance of laterality, and of slow growth. The optimal treatment in risk lesions and with atypia is surgery with negative margins. The risk of recurrence is clinically important.

Keywords: breast neoplasms; intraductal papilloma; papillary cystadenoma; papillary carcinoma.

RESUMO

Objetivo: descrever os dados sociodemográficos, manifestações clínicas e paraclínicas, tratamento e recorrência, em um grupo de pacientes com lesões papilares.

Metodologia: estudo analítico de coorte retrospectivo com fontes secundárias de informação, prontuários. Foram incluídos os pacientes avaliados entre 1º de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2019. Foram coletados dados demográficos, clínicos e paraclínicos, os quais foram analisados com estatística descritiva.

Resultados: a prevalência na amostra foi de 4,7%; todos os casos eram em mulheres, a média de idade foi de 55,5 anos; o motivo de consulta mais frequente foi a alteração da imagem da mama (n = 79, 54,9%), o tamanho médio da lesão foi de 1,9 cm (variação de 0,1-20). Houve discordância entre o diagnóstico por biópsia cortante e o espécime anatomopatológico em 70 (48,6%) casos, nestes casos subestimação das lesões de maior risco em 36,1% (n = 52). De acordo com a classificação histológica, o tipo de lesão mais frequente foi o papiloma intraductal em 34,7% (n = 50), seguido do carcinoma papilífero em 11,8% (n = 17). O tipo de cirurgia mais realizada foi a quadrantectomia, com 68,7% (n = 99). O seguimento médio foi de 28,5 meses e recidiva foi encontrada em sete casos (4,9%).

Conclusão: as lesões papilares constituem um grupo heterogêneo, que inclui desde as benignas até as com potencial maligno. Atingem mulheres na quinta década de vida, aparecem como uma massa, pequena, unilateral, sem predomínio da lateralidade, de crescimento lento. O tratamento ideal para lesões de risco e com atipia é a cirurgia com margens negativas, o risco de recorrência é clinicamente relevante.

Palavras-chave: neoplasias mamárias; papiloma intraductal; cistadenoma papilar; carcinoma papilar

INTRODUCCIÓN

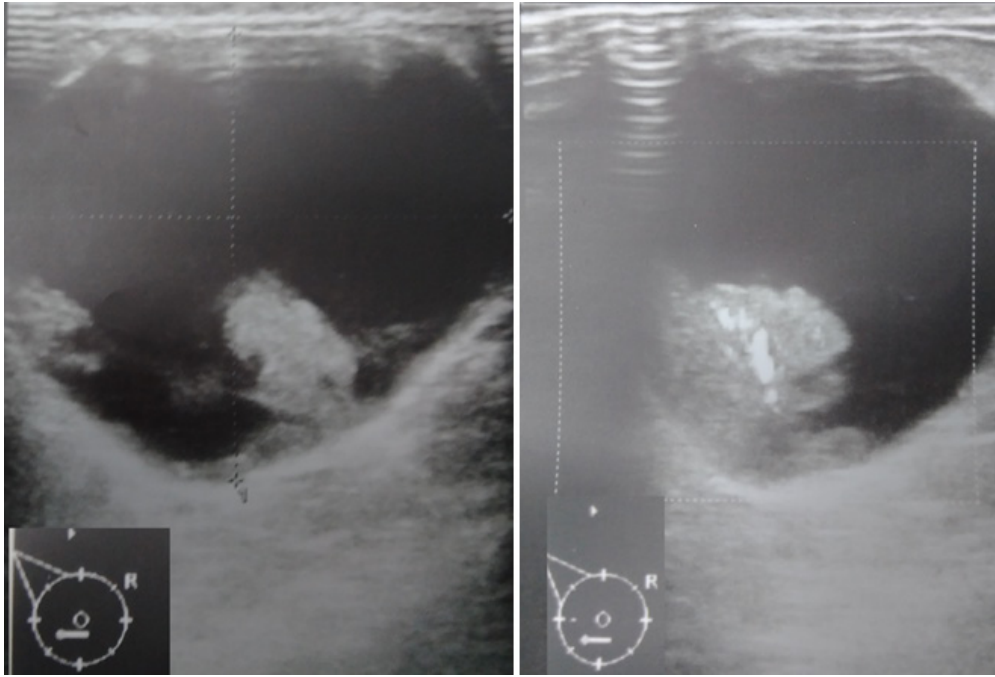
Las lesiones papilares son un grupo de entidades que se caracteriza por la proliferación epitelial sobre un eje fibrovascular. Son poco frecuentes y constituyen menos del 10% de las lesiones mamarias benignas, y menos de un 1% de las neoplasias malignas de la mama¹.

Afectan a un amplio rango de edades, aunque los carcinomas papilares son infrecuentes en menores de 30 años². Su

presentación clínica habitual es en forma de secreción serosanguinolenta unilateral por pezón, usualmente sin masa palpable. Los estudios imagenológicos muestran una lesión retroareolar, bien delimitada, aunque en ocasiones pueden ser múltiples (Figura 1)³.

El estudio histológico, mediante citología por punción y aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión, o de secreciones por el pezón, implica dificultad diagnóstica, porque no es representativo del tallo

Figura 1. Ecografía de mama modo B y *doppler* a color de lesión papilar intraquistica



fibrovascular⁴, por tanto, es necesaria la biopsia cortante con aguja gruesa (BAG), que permite reconocer la arquitectura papilar de la lesión. Sin embargo, la categorización definitiva de benignidad, atipia o malignidad requiere la escisión completa de la lesión⁴.

La última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye cuatro lesiones papilares intraductales⁵: 1) papiloma intraductal, 2) carcinoma papilar intraductal, 3) carcinoma encapsulado y 4) carcinoma papilar sólido.

1) Papiloma intraductal: es el tipo más frecuente de estas lesiones, afecta hasta el 5,3% de la población⁶. Se clasifican en papiloma central (retroareolar) o periférico, según su localización⁷, y de acuerdo con el número de lesiones, el solitario es el más común (papilomatosis juvenil mamaria), mientras que los papilomas periféricos/múltiples son el tipo menos frecuente⁸.

Los papilomas son lesiones arborescentes centradas por un eje fibrovascular y revestidas por una capa de células mioepiteliales, sobre las que se encuentra otra proliferación de células epiteliales⁹. La papilomatosis múltiple se caracteriza por la presencia de al menos cinco proliferaciones papilares benignas, localizadas en las unidades ductolobulares terminales.

Con respecto a las atipias en un papiloma, Page y col.¹⁰ denominan papiloma con carcinoma ductal *in situ* (CDIS) a las lesiones con áreas de 3mm o más,

de bajo grado de malignidad. Si la lesión es menor de 3 mm, de acuerdo con la OMS, es un papiloma con atipias. Sin embargo, Collins y col.¹¹ no dan tanta importancia a la extensión de la lesión, sino a la proporción de características histológicas de CDIS de bajo grado que haya.

2) Carcinoma papilar intraductal: proliferación neoplásica epitelial maligna no invasiva, también conocida como CDIS papilar. Presenta ejes fibrovasculares finos, revestidos por células tumorales que carecen de capa mioepitelial, aunque estas capas sí están presentes en la periferia de los ductos. Su pronóstico es similar a otros tipos de CDIS¹².

3) Carcinoma papilar encapsulado: caracterizado por ejes fibrovasculares finos, revestidos por una población monomorfa de células con escasa o moderada atipia. Una característica diferencial con respecto a la anterior categoría es la ausencia de células mioepiteliales en el seno y la periferia de las papilas. Esto plantea la duda de si se trata de una proliferación infiltrante o *in situ*. La OMS recomienda tratar esta lesión como no infiltrante, siempre que no haya invasión estromal¹².

4) Carcinoma papilar sólido: constituido por nidos sólidos, con finos ejes fibrovasculares en su interior, difíciles de apreciar. En este caso hay ausencia de capa mioepitelial periférica, sin embargo la OMS aconseja manejarlo como una lesión *in situ*¹².

Uno de los problemas pendientes de consenso es el tratamiento. Es clara la necesidad de realizar resección quirúrgica, en el caso del carcinoma papilar o de lesión papilar atípica, pero el dilema surge en el resto de los escenarios^{13,14}. El temor que subyace es que las lesiones pueden ser heterogéneas, por lo que puede haber áreas de lesiones atípicas o más graves no diagnosticadas. De hecho, la frecuencia de hiperplasia ductal atípica, carcinoma *in situ* o carcinoma infiltrante, tras un diagnóstico inicial de un papiloma intraductal, varía del 0% al 25%^{15,16}.

El objetivo de este estudio fue evaluar los aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de pronóstico de pacientes que asistieron a la consulta de mastología en la Clínica Medellín, Centro Oncológico de Antioquia, Clínica Profamilia y Clínica del Prado, con diagnóstico de lesión papilar, entre de 1º enero de 2016 al 31 diciembre de 2019. Es la cohorte retrospectiva multicéntrica más grande reportada en Latinoamérica y la primera con análisis bivariado de factores de riesgo y predictores de recurrencia, a través de curvas de Kaplan Meier.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio y tamaño de la muestra

Estudio analítico de una cohorte retrospectiva, con fuentes secundarias de información, de pacientes atendidas en la consulta de mastología en la Clínica Medellín, el Centro Oncológico de Antioquia, la Clínica Profamilia y la Clínica del Prado en la ciudad de Medellín, en el periodo entre el 1º enero de 2016 y el 31 diciembre de 2019.

Del total de 2863 pacientes que fueron atendidas, se hizo una búsqueda de historias clínicas con los códigos CIE 10 N609 (displasia mamaria benigna sin otra especificación) y N608 (otras displasias mamarias benignas). Posteriormente se realizó un segundo filtro por diagnóstico histológico de lesión papilar. Se identificaron 148 registros, se creó una base de datos, se excluyeron cinco pacientes que no cumplían criterios diagnósticos y se realizó el análisis de los 144 casos con diagnóstico de lesión papilar.

Procedimiento

Los datos demográficos, las variables clínicas y las características patológicas fueron tomados de las historias clínicas. Se incluyó información sobre la edad, el motivo de consulta, el examen físico, el lado afectado, la ecografía, la mamografía, el tipo de tratamiento (como cuadrantectomía o mastectomía), el seguimiento y la recurrencia.

El diagnóstico debía ser histopatológico, por biopsia con aguja cortante o mediante el estudio del espécimen quirúrgico de la lesión papilar de mama. Se excluyeron

los casos que no tenían la información indispensable para el estudio.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes o promedios y desviaciones estándar, según la naturaleza de las variables. Se validó la distribución normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Se realizó un análisis bivariado mediante chi-cuadrado, para establecer la asociación entre la recurrencia o recaída y las variables independientes, que pudieran actuar como un factor de riesgo clínico, patológico o terapéutico. Para las pruebas de hipótesis se fijó un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significación del 5,0%. Se realizó una curva de recurrencia según el tipo histológico de la lesión, mediante curvas de Kaplan Meier (las curvas fueron comparadas mediante la prueba log-rank). Se utilizó el software SPSS 23.

Aspectos éticos

Este es un estudio sin riesgo (Artículo 11 de la Resolución N.º 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia) que se ajusta a la normatividad internacional (Declaración de Helsinki y Pautas Éticas para la Investigación Biomédica del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]). Se contó con el aval de las instituciones participantes y del Comité de Ética de la Clínica Medellín.

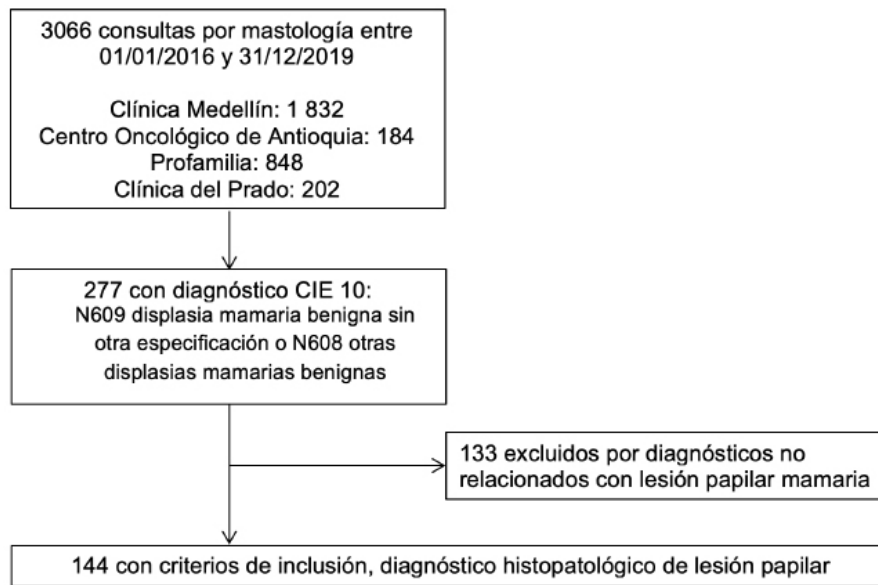
RESULTADOS

El flujo de pacientes en el estudio se presenta en la Figura 2.

Todos los casos incluidos (n=144) correspondieron a pacientes de sexo femenino. La edad media fue de 55.5 ± 13.8 años (rango 24-88), la mayoría sin trabajo remunerado (93 o 64.6%), 38 (26.4%) empleadas, nueve (6.3%) pensionadas y cuatro (2.8%) trabajadoras independientes. Casi todas residían en Medellín (53.5%, n=23), 37 (25.7%) y 26 (18.1%) en el resto del Área Metropolitana. El régimen contributivo fue el más común, en 27 (73.6%) pacientes, seguido por el subsidiado en 37 (25.7%); una paciente (0.7%) era particular.

Cuarenta y un pacientes (28.5%) tenían antecedente familiar de cáncer de mama, distribuido en primer grado de consanguinidad en 2,1% (n=3), segundo grado, 12.5% (n=18) y tercer grado, 13,2% (n=19). El motivo de consulta más frecuente fue la alteración del examen de imagen de mama en 80 (55.6%) casos, seguido de masa mamaria en 40 (27.8%), telorrea en 17 (11,8%), telorragia en seis

Figura 2. Flujograma de pacientes.



(4.2%) y dolor en un caso (0.7%). El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta la consulta fue de 5.1 ± 7.7 meses (rango 1-60).

La mayoría de las pacientes no tenía alteraciones al examen físico (84 o en 58.3%), el 36.8% (n=53) tenía una masa palpable. Otros hallazgos fueron telorrea 2.8% (n=4), telorragia 1.4% (n=2) y pezón invertido 0.7% (n=1). No hubo predominio de alguna lateralidad, el 50.7% (n=73) de las lesiones era derecha y el 49.3% (n=71) izquierda; no hubo casos bilaterales.

La lesión fue única en el 76.4% de los casos (n=110) y múltiple en el 23.6% (n=34). El tamaño medio de la lesión fue de 1.9 ± 2.4 cm (rango 0.1-20). La localización por cuadrante fue mayormente central (retroareolar) en el

33.3% (n=48), del cuadrante supero-externo en el 32.6% (n=47), del cuadrante supero-medial en el 18.8% (n=27), del cuadrante infero-externo en el 11.1% (n=16) y del infero-medial en el 4.2% (n=6).

Los estudios paraclínicos realizados incluyeron ecografía de mama en todos los casos (n=144). El hallazgo más común fue el nódulo, con un 72.2% (n=104), la categoría cuatro de la clasificación BIRADS (por *Breast Imaging Reporting and Data System*) fue la más frecuente en el 75.6% (n=108). En el estudio histológico hubo correlación entre la biopsia con aguja gruesa y el espécimen patológico en el 40.3% (n=58). Las características de los paraclínicos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Paraclínicos en 144 pacientes con lesiones papilares de mama

a. Hallazgos en la imagen	Frecuencia (%)
Ecografía	(n=144)
Normal	3 (2.1)
Nódulo	104 (72.2)
Nódulo / Quiste	14 (9.7)
Quiste simple / denso	18 (12.5)
Nódulo intraductal	5 (3.5)

a. Hallazgos en la imagen	Frecuencia (%)
BIRADS ecográfico	(n=144)
0	1 (0.7)
1	1 (0.7)
2	9 (6.3)
3	19 (13.2)
4	108 (75.6)
5	4 (2.8)
6	2 (1.4)
Mamografía	(n=93)
Masa	51 (35.4)
Microcalcificaciones	12 (8.3)
Distorsión	2 (1.4)
Asimetría	18 (12.5)
Normal	10 (6.9)
BIRADS mamográfico	(n=93)
0	35 (24.5)
1	2 (1.4)
2	16 (11.1)
3	6 (4.2)
4	31 (21.5)
5	3 (2.1)
6	0 (0)
b. Hallazgos en la patología	
Patología con aguja cortante	(n=144)
Papiloma	91 (63.2)
Lesión papilar atípicas	17 (11.8)
Carcinoma papilar intraquístico	7 (4.9)
Carcinoma papilar	21 (14.6)
Otra histología	
Carcinoma ductal infiltrante	3 (2.1)
Mastopatía fibroquística/ Adenosis/ fibroadenoma	3 (2.1) 2 (1.4)
Patología espécimen	(n=144)
Papiloma	50 (34.7)
Lesión papilar atípicas	2 (1.4)
Carcinoma papilar intraquístico	2 (1.4)
Carcinoma papilar	17 (11.8)
Otra histología	
Carcinoma ductal infiltrante	11 (7.6)
Hiperplasia sin atípicas	5 (3.5)
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	12 (8.3)
Carcinoma lobulillar infiltrante	11 (7.6)
Tumor Filodes	1 (0.7)
Hiperplasia ductal atípica y lobulillar <i>in situ</i> (carcinoma lobulillar <i>in situ</i>)	7 (4.9)
No quirúrgico	26 (18.1)
Correlación biopsia/especimen	(n=144)
Hay correlación	58 (40.3)
No hay correlación	60 (41.6)
infra estima	52 (36.1)
sobreestima	8 (5.5)
No quirúrgico	26 (18.1)

b. Hallazgos en la patología	Frecuencia (%)
Tumor	(n=43)
T0	8 (18.6)
T1	26 (60.5)
T2	6 (14)
T3	3 (7)
T4	0 (0)
Nodo	(n=43)
N0	40 (93)
N1	1 (2.3)
N2	1 (2.3)
N3	1(2.3)
Metástasis	
No	43 (100)
Sí	0 (0)
Receptores hormonales	(n=47)
Positivo	42 (89.3)
Negativo	5 (10.7)
HER2	(n=27)
Negativo	25 (77.4)
Indeterminado (2+)	2 (6.5)
Positivo	0 (0)
KI 67	(n=26)
< = 20	16 (61.5)
> 20	10 (38.5)

Se realizó cirugía en 118 (81.9%) casos, donde el 68.7% (n=99) de los procedimientos fue cuadrantectomía. Se lograron márgenes negativos en el 76.4% (n=110). En el 81.2% (n=117) se usó radioterapia adyuvante y en el 27.8% (n=40) se suministró hormonoterapia (mayor-

mente tamoxifeno). El seguimiento promedio fue de $39 \pm 39,1$ meses (rango 4-112) y el 4.9% (n=7) presentó recurrencia. Las características de tratamiento y seguimiento se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Tratamiento y seguimiento de 144 pacientes con lesiones papilares de mama

Variable	Frecuencia (%)
Cirugía mamaria	
No quirúrgico	26 (18.1)
Sí	118 (81.9)
Cuadrantectomía	99 (68.7)
Mastectomía	19 (13.2)
Cirugía axilar	
Ninguna	108 (75)
Ganglio centinela	30 (20.8)
Vaciamiento axilar	6 (4.2)
Márgenes	
Negativos	110 (76.4)
Positivos	2 (1.4)
No dato	32 (22.2)

Variable	Frecuencia (%)
Radioterapia	
No	117 (81.2)
Sí	27 (18.8)
Quimioterapia	
No	141 (97.9)
Sí	3 (2.1)
Hormonoterapia	
Ninguna	104 (72.2)
Tamoxifeno	38 (26.4)
Inhibidor de aromatasa	2 (1.4)
Recurrencia	
No	137 (95.1)
Sí	7 (4.9)
Seguimiento (meses)	
Media	28.5
Desviación estándar	27.8
Mínimo-Máximo	2-220
Tiempo a la recaída (meses)	
Media	39
Desviación estándar	39.1
Mínimo-Máximo	4-112

Se realizó análisis del riesgo de recurrencia, con respecto a los factores de riesgos y los tipos de tratamiento. Para el análisis, las lesiones se dividieron en papiloma intraductal y el que incluye la lesión papilar con atipias, carcinoma encapsulado y el carcinoma papilar sólido (Tabla 3). Se realizó análisis de supervivencia libre de

enfermedad, que fue del 95.1% (n=137) y del tiempo hasta la recaída, que en promedio fue de 23.2 ± 20.8 meses (rango 6-58). En la Figura 3 se presentan las curvas de Kaplan Meier para la supervivencia libre de enfermedad, según los tipos histológicos.

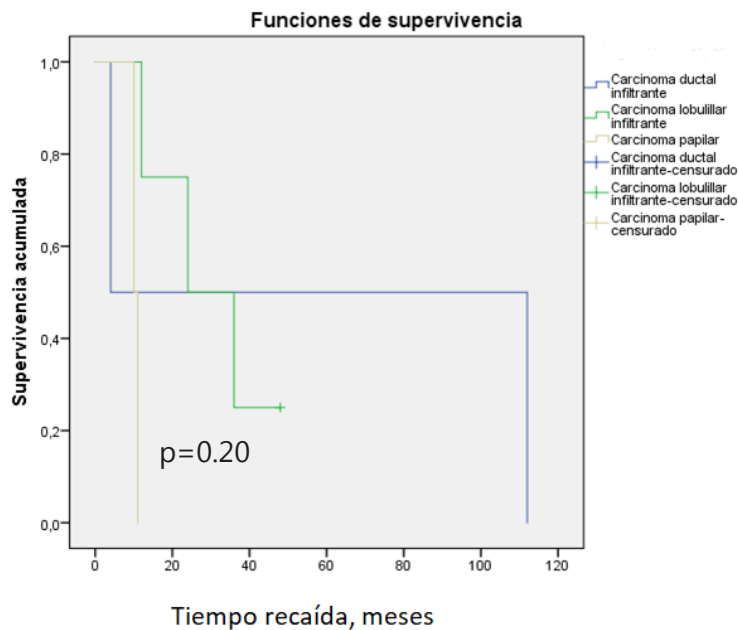
Tabla 3. Análisis bivariado para la asociación de la recurrencia de lesiones papilares (divididas en papilomas y lesiones papilares riesgo) con los factores de riesgo y con los tipos de tratamiento.

Variable	OR	IC95%	P
Aseguradora: contributivo vs. subsidiado	1.32	1.16-1.51	0.42
Tiempo de remisión: menor vs. mayor a 30 días	1.01	0.98-1.05	0.85
Historia familiar de cáncer de mama	1.02	0.98-1.06	0.88
Lesión única/múltiple	1.5	1.27-1.77	0.32
Masa palpable	1.41	1.21-1.63	0.37
Telorragia	1.04	0.99-1.01	0.76
Ecografía BIRADS 4-5 vs. BIRADS 1-2-3	0.73	0.18-2.96	0.59
Mamografía BIRADS 4-5 vs. BIRADS 1-2-3	4.31	2.80-6.62	0.01
Receptores hormonales positivos vs. negativos	1.91	0.45-8.10	0.45
KI67 \leq / $>$ 20	3.0	1.34-6.67	0.19
Cirugía cuadrantectomía vs. mastectomía	1.08	1.01-1.16	0.68
Márgenes negativos	1.03	0.98-1.08	0.8

Variable	OR	IC95%	P
Radioterapia	0.18	0.01-3.21	0.19
No hacer hormonoterapia	3.0	2.15-4.19	0.05
Correlación biopsia/espécimen	0.78	0.19-3.17	0.69
Lesión papilar atipia, papilar intraquístico, carcinoma papilar vs. papiloma	3.63	2.47-5.32	0.03

OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza del 95%. P: valor de p.

Figura 3. Supervivencia libre de enfermedad según el tipo histológico para tumores infiltrantes.



DISCUSIÓN

La prevalencia de lesión papilar en el presente estudio fue de 4.7%, relativamente similar a lo reportado por Sakr et al.¹, que indicaron menos del 10%. Debido a lo infrecuente de este tipo de tumor, los datos epidemiológicos son pocos.

La edad media en esta cohorte fue de 55 años, con rango entre los 24 y 88 años, similar a lo hallado por Batori et al.², quienes relatan edades superiores a los 40 años, para las lesiones únicas solitarias, y raramente papilomatosis, antes de los 30 años. Este hallazgo también se parece al del estudio de Pulgar et al.¹⁷ y al de Torregroza et al.¹⁸, en pacientes latinoamericanos, que encontraron una edad promedio de 49.5 años y 47.4 años, respectivamente. Se encontró antecedente familiar de cáncer de mama en un 28.5%, a pesar de que en la actualidad se considera que no existen factores predisponentes.

Este tipo de tumores tiene un patrón de crecimiento lento, con tamaños tumorales pequeños. En muchas ocasiones los tumores no son palpables y solo son detectables mediante imagen¹⁹. Esto fue lo que ocurrió en este estudio y en otra cohorte de 70 pacientes en Latinoamérica, donde el 47.2% de los casos fue asintomático¹⁷.

El tamaño promedio de la lesión tumoral en la presente cohorte fue de 1.9 cm, similar a lo reportado en el estudio de Pulgar et al.¹⁷, donde las lesiones benignas tenían un tamaño de 0.92 cm y las malignas de 1.2 cm. En el estudio de Pulgar et al. no se identificó compromiso ganglionar, mientras que en el presente tres casos (6.9%) tuvieron afectación ganglionar.

En este trabajo se encontró que la lesión era única en el 76.4% de los casos y múltiple en el 34.0%, similar a lo hallado en el estudio de Torregroza et al.¹⁸, donde el 70.1% correspondía a lesiones únicas y el 29.9% a múltiples.

Las lesiones papilares de la mama se clasifican según los parámetros histológicos en papiloma intraductal, carcinoma papilar intraductal, carcinoma encapsulado y carcinoma papilar sólido⁵. En este estudio se encontró que el 34.7% correspondía a papiloma intraductal, el 1.4% a lesión papilar atípica, el 1.4% a carcinoma papilar intraquístico y el 11.8% a carcinoma papilar. En una serie de 72 casos se reportó una frecuencia de 87.5% para papilomas benignos, 4.2% para papilomas atípicos y 6.9% para carcinoma papilar¹⁸.

La probabilidad de áreas atípicas que puedan ser pasadas por alto es fuente de preocupación, de hecho, la frecuencia de un mayor grado de malignidad como la hiperplasia ductal atípica, el carcinoma *in situ* o el carcinoma infiltrante, tras el diagnóstico de papiloma intraductal, varía, según se comentó, entre el 0% y el 25%^{15,16}. En el presente estudio la correlación entre la biopsia por aguja y del espécimen quirúrgico fue de 40.3%, y se infraestimó el diagnóstico en un 36.1%.

El tratamiento de este tipo de lesiones es controversial¹⁴. Se puede hacer cuadrantectomía con márgenes negativos y se recomienda la mastectomía total si no se pueden lograr márgenes negativos. En este estudio se halló que se realizó cirugía conservadora en el 68.7% de los tumores y mastectomía en el 13.2%.

El riesgo de recurrencia para este tipo de tumores es escaso, si la resección es adecuada. En el estudio de Torregrosa et al.¹⁸, en cinco casos con carcinoma papilar intraductal y carcinoma papilar intraquístico, no se observaron recaídas en el seguimiento a cinco años; mientras

que en el presente estudio las recaídas locales, en general, fueron de 4.9%, con una media de seguimiento de 28.5 meses y un tiempo medio hasta la recaída de 39 meses.

Las limitaciones de este estudio incluyen su naturaleza retrospectiva, lo que hace que pueda haber errores de registro de información, por lo que los datos sobre causalidad deben interpretarse con cautela. Hay falta de homogeneidad entre los diagnósticos histológicos de las lesiones papilares y pérdida de datos de estudios de imágenes diagnósticas. Es importante señalar la imposibilidad de analizar las decisiones quirúrgicas en cada caso y que no se contó con los esquemas de quimioterapia utilizados.

En conclusión, las lesiones papilares comprenden un grupo heterogéneo de cuadros, que incluye lesiones benignas y con potencial invasivo. Afectan a las mujeres en la quinta década de la vida, se presentan como una masa, subcentimétrica, de crecimiento lento, asintomática, que hace indispensables los estudios imagenológicos y el estudio histopatológico. Hasta la mitad de los casos presenta discordancia entre la biopsia por aguja y el análisis del espécimen quirúrgico, por lo que hay una importante infraestimación. En la mayoría de los casos se realiza extirpación quirúrgica y puede haber recurrencia en los tipos histológicos de riesgo.

Declaración de conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Sakr R, Rouzier R, Salem C, Antoine M, Chopier J, Darai E, et al. Risk of breast cancer associated with papilloma. *Eur J Surg Oncol* 2008;34:1304-8.
2. Batori M, Gallinaro LS, D'Urso A, Ruggeri M, Lorusso R, Forte A, et al. Papillomatosis and breast cancer: A case report and a review of the literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2000;4:99-103.
3. Hodorowicz-Zaniewska D, Szpor J, Basta P. Intraductal papilloma of the breast-management. *Ginekol Pol* 2019;90:100-3.
4. Fernández-Cid C, Castella M, Domínguez MA, Fabra G, Ramos C, Tresserra F. Citología de las secreciones mamarias. Valor en el estudio de lesiones papilares. *Rev Senol Patol Mamar* 2013;26:47-51.
5. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver M, Editores. WHO classification of tumours of the breast. Lyon: IARC; 2012.
6. Lewis JT, Hartmann LC, Vierkant RA, Maloney SD, Shane Pankratz V, Allers TM, et al. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma. *Am J Surg Pathol* 2006;30:665-72.
7. Han BK, Choe YH, Ko YH, Yang JH, Nam SJ. Benign papillary lesions of the breast: Sonographic-pathologic correlation. *J Ultrasound Med* 1999;18:217-23.
8. Muttarak M, Lerttumnongtum P, Chaiwun B, Peh WCG. Spectrum of papillary lesions of the breast: Clinical, imaging, and pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 2008;191:700-7.
9. Murad TM, Swaid S, Pritchett P. Malignant and benign papillary lesions of the breast. *Hum Pathol* 1977;8:379-90.
10. Page DL, Salhany KE, Jensen RA, Dupont WD. Subsequent breast carcinoma risk after biopsy with atypia in a breast papilloma. *Cancer* 1996;78:258-66.
11. Collins LC, Schnitt SJ. Papillary lesions of the breast: Selected diagnostic and management issues: Papillary breast lesions. *Histopathology* 2007;52:20-9.

12. Peg V. Lesiones papilares de la mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 2013;26:39-40.
13. Yamaguchi R, Tanaka M, Tse GM, Yamaguchi M, Terasaki H, Hirai Y, et al. Management of breast papillary lesions diagnosed in ultrasound-guided vacuum-assisted and core needle biopsies. *Histopathology* 2015;66:565-76.
14. Wyss P, Varga Z, Rössle M, Rageth CJ. Papillary lesions of the breast: Outcomes of 156 patients managed without excisional biopsy. *Breast J* 2014;20:394-401.
15. Philpotts LE, Shaheen NA, Jain KS, Carter D, Lee CH. Uncommon high-risk lesions of the breast diagnosed at stereotactic core-needle biopsy: Clinical importance. *Radiology* 2000;216:831-7.
16. Liberman L, Bracero N, Vuolo MA, Dershaw DD, Morris EA, Abramson AF, et al. Percutaneous large-core biopsy of papillary breast lesions. *Am J Roentgenol*. 1999;172:331-7.
17. Pulgar D, Jans J, Petric M, Oddo D, Navarro M, Razmilic D, et al. Lesiones papilares mamarias. Análisis de 70 casos. *E-cancer Medical Science*. 2014;461:1-21.
18. Torregroza-Diazgranados E, Gómez MC. Tumores papilares intraductales del seno. *Rev Colomb Cir* 2010;25:131-50.
19. Dixon JM, Bundred NJ. Management of disorders of the system and infections. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, ed. *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000. p. 47-8.