



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

Montes-Arcón, Pablo Salomón
Nueva clasificación de las lesiones papilares de la mama incluidas en la quinta actualización (2019) de la clasificación OMS de tumores de la mama
Medicina U.P.B., vol. 41, núm. 1, 2022, Enero-Junio, pp. 96-98
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n1.a14>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159070317007>

- ▶ [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

CARTA AL EDITOR

Nueva clasificación de las lesiones papilares de la mama incluidas en la quinta actualización (2019) de la clasificación OMS de tumores de la mama

Fecha de recibido:
21 de octubre de 2021.

Fecha de aprobación:
16 de noviembre de 2021.

New classification of papillary breast lesions included in the fifth update (2019) of the WHO classification of breast tumors / Nova classificação das lesões papilares da mama incluídas na quinta atualização (2019) da classificação OMS de tumores da mama

Pablo Salomón Montes-Arcón¹

En el más reciente número de esta revista se publicó el estudio titulado “Lesiones papilares de mama: estudio clínico-patológico y sobrepronóstico en 144 casos de Medellín, Colombia”, donde se hace un excelente acercamiento sobre este tipo de lesiones. Se conoce que las lesiones papilares de la mama son entidades poco frecuentes en la práctica cotidiana, con una representación del 10% de las entidades benignas y solo un 1% de las entidades malignas. Su manifestación clínica habitual es la secreción serosanguinolenta, unilateral, sin masas palpables y en los estudios de imagen suelen mostrarse como lesiones únicas o múltiples de localización retroareolar. El diagnóstico anatomopatológico no es sencillo en estudios por punción, bien sea con aguja fina o por aguja gruesa y, por lo general, se requiere de la escisión de la lesión para obtener un diagnóstico más certero¹.

En el artículo publicado se caracterizan las lesiones papilares según la cuarta edición de la clasificación de la OMS de los tumores de la mama, en la cual se incluyen cuatro categorías que son: el papiloma intraductal, el carcinoma papilar intraductal, el carcinoma encapsulado y el carcinoma papilar sólido, las que fueron resumidas de manera adecuada en el estudio mencionado².

Forma de citar este artículo: Montes-Arcón PS. Nueva clasificación de las lesiones papilares de la mama incluidas en la quinta actualización (2019) de la clasificación OMS de tumores de la mama. Med UPB. 2022;41(1):96-98. DOI:10.18566/medupb.v41n1.a14

Quinta clasificación (2019) de la OMS para las lesiones papilares de la mama

Tras la reunión y el consenso de los expertos en patología mamaria, designados por la OMS para el desarrollo de la quinta edición de su libro correspondiente a los tumores de la mama, se decide hacer una clasificación de las lesiones papilares en siete categorías, cada una de ellas con morfología y comportamiento variables. Las categorías se resumen a continuación:

Papiloma intraductal: se considera una lesión benigna que surge dentro de un conducto con una ubicación central (solitaria) o periférica (múltiple), compuesta de proyecciones papilares con núcleos fibrovasculares, con recubrimiento de una capa epitelial y mioepitelial. Tienen una incidencia del 5% en mujeres con biopsias de mama negativas para malignidad. Su localización no tiene predilección por ningún cuadrante y puede aparecer tanto en ductos grandes como pequeños. El pronóstico varía según la morfología. En papilomas centrales sin cambios atípicos circundantes se asocia con un incremento de hasta dos veces en el riesgo de carcinoma de mama invasivo, sin embargo, este riesgo se triplica en los papilomas periféricos. En el caso de los papilomas atípicos, el riesgo de carcinoma invasivo es de cinco a 7.5 veces, con el peligro de

¹ Postgrado de Patología, Universidad de Cartagena, Colombia.

Dirección de correspondencia: Pablo Salomón Montes-Arcón. Correo electrónico: pmontesarcon@gmail.com

que la mama ipsilateral y las mamas bilaterales difieran entre estudios. El riesgo de cáncer invasivo posterior y de recurrencia local asociada a papilomas atípicos no está del todo esclarecido, debido a la frecuente presencia concurrente de HDA o CDIS dentro del parénquima mamario circundante³.

Carcinoma ductal *in situ* papilar: es un subtipo morfológico del CDIS. Está compuesto por tallos fibrovasculares revestidos por epitelio ductal neoplásico, desprovisto de células mioepiteliales y contenido dentro de los conductos centrales o periféricos, con preservación del mioepitelio periférico. Su localización puede ser en ductos centrales o periféricos. La ubicación en ductos centrales o subareolares se relaciona con la presencia de carcinoma papilar encapsulado. El CDIS papilar es más común en mujeres posmenopáusicas, además, es también el tipo más común de CDIS en pacientes de sexo masculino. Su pronóstico es similar al del carcinoma ductal *in situ*⁴.

Carcinoma papilar encapsulado con o sin invasión: es una lesión caracterizada por finos tallos fibrovasculares cubiertos por células epiteliales neoplásicas de grado nuclear bajo o intermedio, dentro de un espacio quístico y rodeados por una cápsula fibrosa. Por lo general no hay células mioepiteliales a lo largo de las papilas o en la periferia de la lesión. Su localización tiende a ser central o subareolar. Suelen presentarse en pacientes posmenopáusicas, principalmente durante la séptima década de la vida⁵.

El pronóstico varía en ausencia de áreas asociadas de carcinoma infiltrante, sin embargo, es un reto diagnóstico determinar la existencia de invasión en esta entidad; pese a ello tiene un pronóstico favorable con terapia local adecuada. Se han informado pocos casos con metástasis ganglionares.

Sin embargo, la presencia de carcinoma ductal *in situ* en el tejido adyacente confiere un mayor riesgo de recidiva local, la escisión quirúrgica completa de la lesión, con muestreo extenso de tejido mamario circundante, es esencial para el tratamiento y para la evaluación del riesgo de recurrencia local⁶.

Las lesiones que tengan un patrón de crecimiento similar al de carcinoma papilar encapsulado, pero que muestren pleomorfismo nuclear y aumento de la actividad mitótica, triple negativas en los estudios de inmunohistoquímica o fenotipo positivo para HER2, deben clasificarse y manejarse como un carcinoma de mama invasor⁷.

Carcinoma papilar sólido *in situ* e invasor: son tumores con un patrón de crecimiento sólido, con delicados tallos fibrovasculares. Suelen exhibir diferenciación neuroendocrina y su comportamiento biológico es indolente. Afectan cualquier área de la mama, pero la región subareolar y central son las comprometidas con mayor

frecuencia. Suelen presentarse en mujeres posmenopáusicas, usualmente en la séptima década de la vida⁸.

La diferencia entre *in situ* e invasor radica en que en el primer caso los nódulos tienen contornos redondeados y bien circunscritos, con patrón de distribución compatible con un proceso *in situ*, independientemente de si hay una capa de células mioepiteliales alrededor de la periferia de los nódulos; mientras que en el invasor los nódulos carecen de la capa de células mioepiteliales, con contornos irregulares, lo que muestra un patrón geográfico de rompecabezas en un estroma desmoplásico; también puede haber invasión linfovascular e infiltración de la grasa por nidos papilares sólidos irregulares⁹.

El pronóstico del carcinoma papilar sólido es bueno, con bajas tasas de compromiso linfático en las resección y con baja probabilidad de metástasis a distancia^{8,9}.

Carcinoma papilar invasivo: es una lesión neoplásica invasiva caracterizada por la presencia de núcleos fibrovasculares tapizados por epitelio neoplásico. Es una entidad extremadamente rara con epidemiología y pronóstico desconocidos, debido a presentación excepcional. En su mayoría, los casos informados como invasivos son carcinomas papilares sólidos o carcinomas papilares encapsulados, pudiendo corresponder a metástasis de carcinomas primarios de otros sitios, especialmente de ovario y tiroides¹⁰.

CONCLUSIÓN

Para el equipo médico que maneja pacientes afectadas por patologías de la mama es vital estar en constante actualización sobre las clasificaciones de las lesiones que pudieran presentarse. Desde el año 2019 se encuentra disponible la quinta clasificación de la OMS/IARC en la que se tienen en cuenta nuevas clasificaciones. No es ajeno al lector que por el tiempo de desarrollo del estudio publicado en Medicina UPB, durante el periodo entre el 1º de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2019, los reportes de anatomía patológica no tuvieran en consideración estos nuevos grupos. Por lo cual se considera necesario mencionar las nuevas clasificaciones para nutrir y complementar el conocimiento de los lectores de la revista Medicina UPB¹.

Declaración de conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A mi esposa, Sandra Saltaín Gazabon, por nuestro reciente casamiento y por decidirse a tener una vida a mi lado.

REFERENCIAS

1. 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.
2. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver M, Editores. WHO classification of tumours of the breast. Lyon: IARC; 2012.
3. Tan PH, Ellis I, Allison K, Brogi E, Fox SB, Lakhani S, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*. 2020; 77(2):181-185.
4. Hashmi AA, Faraz M, Rafique S, Adil H, Imran A. Spectrum of papillary breast lesions according to world health organization classification of papillary neoplasms of breast. *Cureus*. 2020; 12(10):e111026.
5. Jackson CR, Felty CC, Marotti JD, Rosenkranz KM, Muller KE. Encapsulated papillary carcinoma with and without frank invasion: Comparison of clinicopathologic features and role of axillary staging. *Breast J*. 2021; 27(3):209-215.
6. Masood S. The significance of accurate diagnosis of encapsulated papillary carcinoma of the breast by core needle biopsy. *Breast J*. 2021; 27(3):207-208.
7. De Sousa X, Ferreira PS, Martins IL, Rigueira MV. An unusual case of invasive encapsulated papillary carcinoma of the breast: A case report. *Acta Med Port*. 2020; 33(12):838-842.
8. Tay TKY, Tan PH. Papillary neoplasms of the breast-reviewing the spectrum. *Mod Pathol*. 2021; 34(6):1044-1061.
9. Patel A, Hoda RS, Hoda SA. Papillary breast tumors: Continuing controversies and commentary on WHO's 2019 criteria and classification. *Int J Surg Pathol*. 2021; 5:10668969211035843.
10. Huang K, Appiah L, Mishra A, Bagaria SP, Gabriel ME, Misra S. Clinicopathologic characteristics and prognosis of invasive papillary carcinoma of the breast. *J Surg Res*. 2021; 261:105-112.