

## **SESIONES CIENTÍFICAS**

---

### **Reporte de un caso**

# **ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA SIN NÓDULO PALPABLE Y SIN EVIDENCIA DE LESIÓN MAMOGRÁFICA Y ECOGRÁFICA**

**M. G. Etcheverry, R. E. Buffa, I. M. Conde, G. Cecchin, S. Figurelli,  
A. R. Núñez De Pierro, D. H. Allemand**

---

### **RESUMEN**

La enfermedad de Paget de la mama es una neoplasia poco frecuente. La incidencia reportada es del 1% al 3% de todos los cánceres primarios de mama. Se asocia en la mayoría de los casos, con un carcinoma in situ o invasor. Los estudios convencionales de imágenes no detectan la neoplasia subyacente en aproximadamente el 50% de los casos. La RMN ha surgido, en los últimos años, como una alternativa altamente sensible en la detección de neoplasias ocultas de la mama. Estaría indicada en casos histológicamente confirmados de enfermedad de Paget del complejo telo-areolar, sin evidencia clínica, mamográfica ni ecográfica de carcinoma subyacente. Su valor radica en permitir la toma de decisiones terapéuticas conservadoras más razonables y seguras.

El tratamiento de elección ha sido tradicionalmente la mastectomía por la multicentricidad encontrada en esta enfermedad. El tratamiento conservador debe indicarse con precaución. Las pacientes deben ser cuidadosamente seleccionadas, teniendo en consideración la presencia, naturaleza y extensión del cáncer oculto. Se presenta el caso de una paciente de 59 años, que consulta por prurito y enrojecimiento de la piel del complejo telo-areolar de la mama izquierda, de 6 meses de evolución. Al examen físico no se detecta nódulo palpable, ni se evidencian lesiones en la mamografía y ecografía. Por biopsia histológica del complejo telo-areolar se diagnóstica enfermedad de Paget. La RMN de la mama muestra refuerzo de la morfología ductal retroareolar, de aproximadamente 30,1 mm de diámetro anterior-posterior. Se identifica a este nivel refuerzo intenso y precoz con posterior meseta. BI-RADS 4c. Como tratamiento primario, se efectuó cuadrantectomía central, con resección del complejo telo-areolar y biopsia del ganglio centinela.

Anatomía patológica: carcinoma intraductal de alto grado, al nivel de los conductos galactóforos de 1×1 cm, con denso infiltrado linfoplasmocitario adyacente y leve fibrosis del estroma. Enfermedad de Paget del pezón ulcerada. Mama adyacente con enfermedad fibroquística e hiperplasia ductal papilar típica. Márgenes quirúrgicos libres de lesión. Ganglio centinela negativo (0/2). Receptores hormonales negativos. Tratamiento adyuvante: radioterapia en toda la mama con *boost* en el lecho quirúrgico.

**Palabras claves**

Enfermedad de Paget. Cáncer de mama. Cirugía conservadora. Resonancia magnética.

**SUMMARY**

Paget's disease of the breast is an uncommon neoplasia. Reported incidence is 1-3% of all primary breast cancers. It is associated in most cases with invasive or in situ carcinoma. Conventional imaging studies do not detect the underlying carcinoma in 50% of the cases. MRI has become in the last years a highly sensitive technique for detection of occult breast cancers. It's indicated in histological confirmed disease of the nipple-areolar complex, without clinical, mammographic or ultrasonographic evidence of underlying tumor. It allows to take conservative, reasonable and safe treatment decisions.

Elective treatment has always been mastectomy, because of the multicentricity of the disease. Conservative treatment should be indicated with precaution. Patients should be carefully selected, considering the presence, nature and extension of the occult cancer. The patient presented is a 59-year-old woman, with itching and erythema on the left nipple-areolar complex, with 6 months of evolution. No palpable mass was identified, her mammogram and ultrasound were normal. Paget's disease was diagnosed by histological biopsy of the nipple-areolar complex. MRI shows an enhancement of retroareolar morphology of approximately 30.1 mm (anterior-posterior diam.), with intense and early enhancement followed by a plateau (BI-RADS 4c). Primary treatment was central quadrantectomy, with resection of the nipple-areolar complex and sentinel lymph node biopsy. Pathologic findings showed a high-grade intraductal carcinoma, in the lactiferous ducts of 1×1 cm; with dense lymphoplasmocitary infiltrate and mild fibrosis of the stroma. Surgical margins were free of disease and the two sentinel nodes were negative, as the hormonal receptors. The patient was then treated with radiotherapy of the whole breast and boost of the surgical bed.

**Key words**

Paget's disease. Breast cancer. Breast conserving surgery. Magnetic resonance imaging.

**INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Paget de la mama, es una neoplasia relativamente rara. La incidencia reportada es del 1-3% de todos los cánceres primarios de mama.<sup>1-4</sup> La edad de presentación es a partir de la cuarta década de la vida, preferen-

temente en la posmenopausia. Clínicamente se manifiesta como una erupción eczematosa del complejo telo-areolar, que puede asociarse con erosión o ulceración del mismo. El diagnóstico suele demorarse entre 6 a 12 meses, siendo las lesiones interpretadas como condiciones dermatológicas benignas antes de realizar la biopsia.<sup>1</sup>



Figura 1. Lesión de pezón.

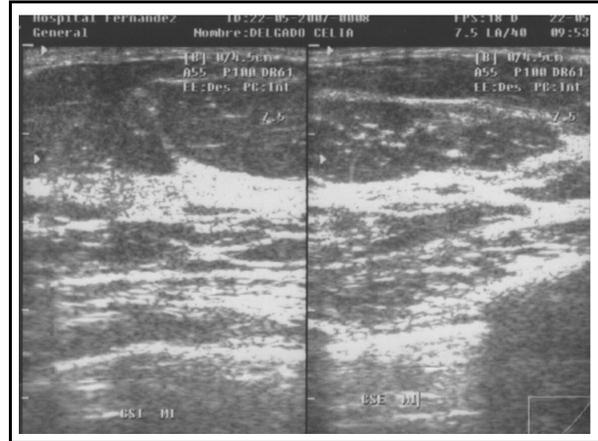


Figura 3. Ecografía.

Se asocia, en el 67% al 100% de los casos, con un carcinoma ductal subyacente, in situ (CDIS) o infiltrante.<sup>5,6</sup> Los estudios convencionales de imágenes no detectan la neoplasia oculta en aproximadamente el 50% de los casos.<sup>7</sup>

El tratamiento de la enfermedad de Paget de la mama es controvertido. La mastectomía ha sido el tratamiento de elección durante muchos años.<sup>2,8</sup> En el momento actual, la cirugía conservadora parecería ser una opción aceptable, para pacientes en las cuales el cáncer de mama subyacente no puede ser demostrado.<sup>9,10</sup> La resección local amplia del tejido superficial y profundo del complejo telo-areolar, resulta insuficiente en el 40% de los casos sin masa palpable y

con mamografía normal, debido a la multicentricidad encontrada en la enfermedad de Paget.<sup>3,4,9-12</sup> Las altas tasas de recidivas locales limitan la indicación de tratamientos quirúrgicos menos agresivos. Las pacientes deben ser cuidadosamente seleccionadas, poniendo especial atención en la presencia, naturaleza y extensión del cáncer oculto; lo que determinará el procedimiento quirúrgico a realizar y el pronóstico de la enfermedad. La RMN puede facilitar la detección de neoplasias ocultas de la mama. Estaría indicada en casos histológicamente confirmados de enfermedad de Paget del complejo telo-areolar, sin tumor palpable, con mamografía y eco-

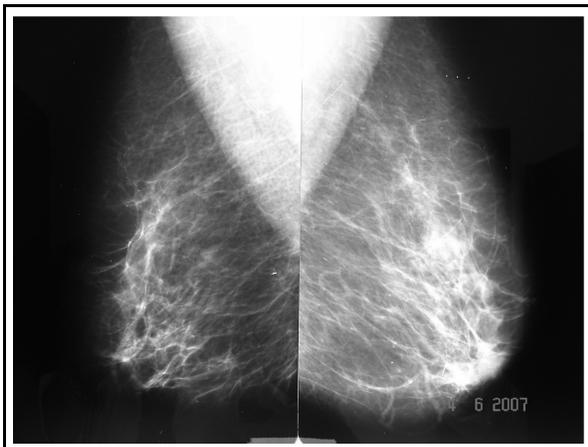


Figura 2. Mamografía.

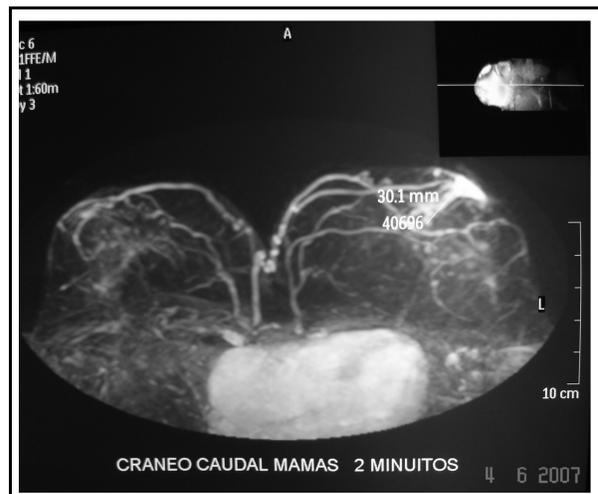


Figura 4. Resonancia magnética.



**Figura 5.** Resección quirúrgica.



**Figura 7.** Resultado cosmético.

grafía normales.

Se presenta un caso de enfermedad de Paget mamaria, sin nódulo palpable, sin evidencia radiológica ni ecográfica de lesión, pero con RMN sospechosa de patología ductal subyacente.

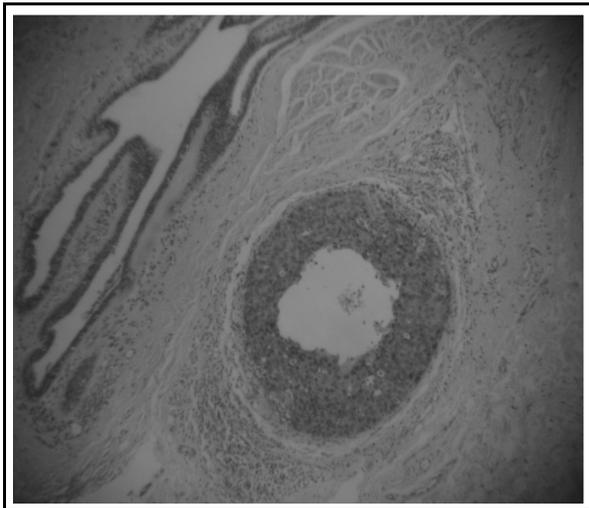
### **Caso clínico**

Paciente de 59 años, que consulta en la Sección de Patología Mamaria del Hospital Juan A. Fernández en enero de 2007, refiriendo prurito areolar en mama izquierda de 6 meses de evolución. Al examen físico se constata placa eritemato-escamosa circunscripta al pezón, con exuda-



**Figura 6.** Ganglio centinela.

ción serosa y vesículas (Figura 1). Sin tumor palpable y con mamografía y ecografía normales (Figuras 2 y 3). Se realiza biopsia histológica que informa enfermedad de Paget del pezón. Teniendo en cuenta la relevancia de la RMN para la detección de neoplasias ocultas, se solicita dicho estudio, que informa refuerzo de la morfología ductal retroareolar de aproximadamente 30,1 mm de diámetro anterior-posterior. Se identifica en este nivel refuerzo intenso y precoz con posterior meseta. En el resto de la mama izquierda y derecha se evidencia refuerzo tenue, lento y progresivo, compatible con cambios displásicos. No se observan refuerzos nodulares. No se identifican ganglios axilares. BI-RADS 4c (Figura 4). Se realiza como tratamiento quirúrgico cuadrantectomía central, con resección del complejo teloareolar y biopsia de ganglio centinela, que fue negativo en la congelación intraoperatoria (Figuras 5, 6 y 7). Anatomía patológica: a nivel de los conductos galactóforos se observa carcinoma intraductal de alto grado de 1×1 cm, con denso infiltrado linfoplasmocitario adyacente y leve fibrosis del estroma. Enfermedad de Paget del pezón ulcerada. Mama adyacente con enfermedad fibroquística e hiperplasia ductal papilar típica. Márgenes quirúrgicos libres de lesión. Ganglio centinela negativo (0/2) (Figuras 8, 9 y 10). Receptores hormonales negativos. Se indica como

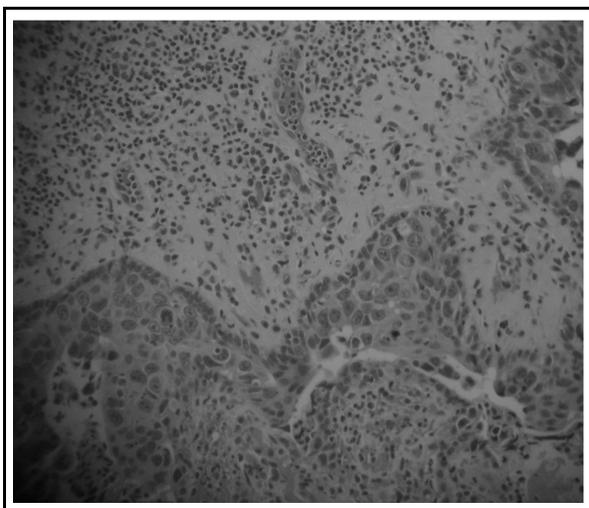


**Figura 8.** Proliferación epitelial intraductal.

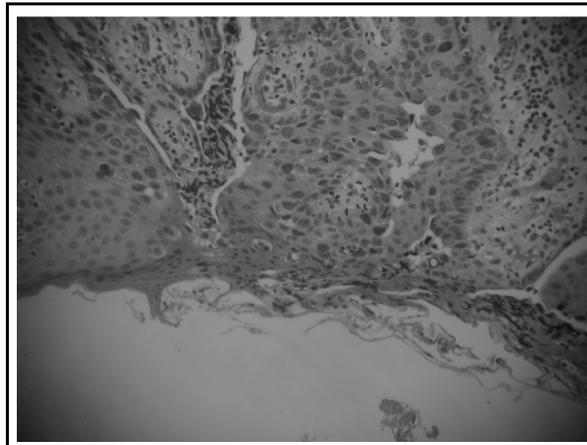
tratamiento adyuvante: radioterapia en toda la mama y *boost* en el lecho quirúrgico.

### Revisión de nuestra casuística

En la Sección Patología Mamaria de la División Ginecología del Hospital Juan A. Fernández, entre los años 1997 y 2007, fueron tratadas 1.177 pacientes con cáncer de mama, invasores y no invasores. Del total de pacientes, en 9 casos



**Figura 9.** Infiltrado linfoplasmocitario.



**Figura 10.** Epidermis infiltrada por células atípicas.

(0,8%) se encontró asociación con enfermedad de Paget. La edad media de presentación fue de 61 años (54-75 años). El motivo de consulta en la mayoría de los casos fue prurito del complejo telo-areolar acompañado en el 33% de las pacientes de lesión eczematosa sangrante. Sólo una paciente tenía tumor palpable retroareolar. Los estudios por imágenes fueron negativos en el 78% de los casos para la detección de carcinoma subyacente. El tratamiento quirúrgico de elección fue mastectomía subradical tipo Madden en el 44% (4/9) de los casos, en las restantes se practicó cirugía conservadora. La exploración axilar se efectuó mediante técnica de ganglio centinela en el 37,5% (3/8) y vaciamiento axilar convencional en el 72,5% (5/8). En el estudio anatomopatológico se encontraron en el 78% CDIS (todos ellos menores a 2 cm; sólo un caso fue multicéntrico) y en el 22% carcinomas invasores. La axila fue negativa en el 100% de los casos. Todas las pacientes con cirugía conservadora realizaron radioterapia como tratamiento adyuvante.

### DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget de la mama fue descrita en 1874 por Sir James Paget, como una ulceración del pezón asociada con un carci-

noma oculto de la mama.<sup>13</sup> Es una neoplasia rara del complejo telo-areolar que se presenta en el 1-3% de todos los cánceres de mama. Se manifiesta por cambios progresivos de una lesión eczematosa que se acompaña de dolor persistente o prurito. Puede ocurrir simultáneamente con una masa palpable, un carcinoma in situ o invasor oculto, o sin ninguna de las anteriores. Esta última condición se presenta en el 8% de los casos.<sup>6,8</sup> Aproximadamente el 40-50% de las pacientes tiene un tumor palpable asociado<sup>1,13-15</sup> y el 20-60% suelen encontrarse alejados del pezón.<sup>1,3,15</sup> En presencia de tumor palpable, la asociación con carcinoma subyacente es cercana al 100%.<sup>1,6,11,15</sup> La multicentricidad o multifocalidad reportada es del 32-40%.<sup>1,12,15</sup> Existen controversias sobre la histogénesis de la enfermedad. Sustentándose en el hecho de que se caracteriza por estar asociada a un carcinoma subyacente en el 87-100% de los casos, la teoría epidermotrópica postula que las células de Paget son células ductales que han emigrado del carcinoma subyacente a la epidermis de la areola; ésta parece ser la más aceptable. Otra teoría propuesta es la de la transformación intraepidérmica, que sostiene que las células de Paget se originan de células totipotenciales de la lámina basal de la epidermis o de la porción terminal de los conductos galactóforos y su conjunción con la epidermis; esta última teoría sería aplicable a los casos de enfermedad de Paget sin carcinoma subyacente.<sup>16-18</sup>

El tratamiento de la enfermedad de Paget es controvertido. Las pacientes con masa palpable tienen una incidencia mayor de cáncer invasor, de enfermedad multifocal, de compromiso ganglionar y de mal pronóstico. La mastectomía radical modificada ha sido tradicionalmente el tratamiento más apropiado para la enfermedad de Paget con lesión palpable. En la enfermedad de Paget sin masa palpable, algunos investigadores han propuesto el tratamiento conservador. Bijker y col. han demostrado que el tratamiento conservador y la radioterapia es una alternativa

factible para pacientes con un grado limitado de CDIS subyacente. El porcentaje de recidivas locales a 5 años es del 5,2%.<sup>1,9</sup> Kothari y otros, no están de acuerdo con el tratamiento conservador. En una revisión retrospectiva de 70 casos con diagnóstico clínico de enfermedad de Paget, el 50% de los casos tenían masa palpable, el compromiso era con frecuencia extenso y confinado a la región retroareolar en el 25% de los casos. Demostraron que en el 43% de casos, el grado verdadero de la enfermedad fue subestimado por mamografía. De 10 pacientes sin masa palpable y mamografía normal, el 40% tenía carcinoma multicéntrico o multifocal, resultando insuficiente el tratamiento con cirugía conservadora. Fu y col. han reportado un estudio de 8 pacientes sin masa palpable que fueron tratadas con cuadrantectomía, observando recaída en 2 pacientes (25%). Concluyeron que ante la ausencia de masa palpable, las pacientes pasibles de tratamiento conservador deben ser cuidadosamente seleccionadas por la mayor incidencia de lesiones multifocales y recidivas.<sup>12,15</sup> Se sabe que el pronóstico de la enfermedad de Paget, se encuentra asociado al estadio del carcinoma subyacente; por lo tanto, es imperativo determinar la naturaleza y extensión del mismo antes de decidir el plan quirúrgico. Las variables a tener en cuenta para establecer el pronóstico son: mamografía sospechosa, tamaño tumoral, compromiso ganglionar axilar y carcinoma invasor histopatológico. Prequirúrgicamente sólo pueden evaluarse el tumor palpable y/o la mamografía sospechosa. Sobre la base de estas dos variables se puede categorizar a las pacientes en subgrupos: 1) mamografía normal más tumor no palpable; 2) mamografía sospechosa más tumor palpable; 3) mamografía normal más tumor palpable; 4) mamografía sospechosa más tumor no palpable. En todas las pacientes con mamografía sospechosa y tumor palpable se halló un carcinoma invasor. El 45% de las pacientes con mamografía sospechosa y tumor no palpable también tuvieron un carcinoma invasor. En el

grupo de pacientes con mamografía normal y tumor no palpable, fue diagnosticado en el 5% de los casos un carcinoma invasor y en el 68% un CDIS. En las pacientes con mamografía normal y tumor palpable, el 50% presentó carcinoma invasor y el otro 50% sólo enfermedad de Paget.<sup>19</sup> Las pacientes con mamografía sospechosa o tumor palpable, pueden ser candidatas para cirugía conservadora, cuando la enfermedad pueda ser resecada en su totalidad con márgenes libres y con resultados estéticos favorables. No han sido reportadas diferencias en la sobrevida y tiempo libre de enfermedad, entre pacientes con cirugía conservadora *versus* mastectomía. Por la alta tasa de mastectomías realizadas, los estudios no resultan estadísticamente significativos.<sup>1,10</sup> Las pacientes con mamografía normal y tumor no palpable, deben ser estudiadas con imágenes adicionales que puedan detectar una neoplasia oculta. La RMN de mama ha demostrado ser una herramienta sensible para detectar el cáncer de mama (80-100%), especialmente en casos de CDIS, reportándose una sensibilidad del 95% *versus* 70% para la mamografía.<sup>19</sup> La utilización clínica de RMN para el diagnóstico del cáncer de mama ha estado bajo investigación desde la década del 70. Amano y otros, han demostrado que la RMN puede detectar CDIS, clínica y mamográficamente oculto, como patrón del realce segmentario difuso. En su estudio, la sensibilidad de la RMN para detectar el CDIS calculada fue de hasta el 100% y la especificidad estimada fue del 95%.<sup>20</sup> La linfadenectomía axilar se realiza para evaluar el compromiso ganglionar. La técnica del ganglio centinela ha surgido como una estrategia segura para predecir el compromiso ganglionar de la axila en pacientes con cáncer de mama y debe ser considerada en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Paget.<sup>1,21</sup> El pronóstico es diferente en pacientes con o sin tumor palpable. Cuando el tumor es palpable la presencia de un carcinoma subyacente es del 75-100%, con un alto porcentaje de metástasis ganglionares (45%

al 65%). Cuando el tumor no es palpable la presencia de un carcinoma invasor es del 20% al 30% y los ganglios axilares son positivos en el 10% al 20%.<sup>1,2,11,13-15,22,23</sup> La sobrevida global se ve afectada por el compromiso ganglionar, siendo del 75% al 95% con ganglios negativos *versus* 20% al 25%, con ganglios positivos.<sup>1,2,15</sup> El tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) surgirá de los hallazgos anatomopatológicos en el tumor primario y del compromiso ganglionar.

## CONCLUSIONES

La enfermedad de Paget de la mama se asocia habitualmente con un carcinoma subyacente. El plan quirúrgico debe ser cuidadosamente seleccionado sobre la base de la clínica y estudios imaginológicos. La mamografía no contribuye, generalmente, para demostrar la real extensión de la enfermedad. La RMN, por su alta sensibilidad y especificidad en la detección de neoplasias ocultas, puede ayudar a una mejor selección de las pacientes pasibles de cirugía conservadora. No se reportan diferencias significativas en el control local de la enfermedad y la tasa de sobrevida con cirugía conservadora *versus* mastectomía. El tratamiento adyuvante dependerá del estadio del carcinoma subyacente y compromiso axilar. La baja incidencia de la patología en cuestión dificulta la realización de estudios estadísticamente significativos, que permitan establecer cuál es la conducta terapéutica más adecuada.

## REFERENCIAS

1. Kawase K, DiMaio D, Tucker SL, et al. Paget's disease of the breast: there is a role for breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol* 2005; 12(5): 1-7.
2. Ashikari R, Park K, Huvos AG, et al. Paget's disease of the breast. *Cancer* 1970; 26: 680-5.
3. Chaudary MA, Millis RR, Lane EB, et al. Paget's disease of the nipple: a ten-year review including clinical, pathological, and immunohistochemical findings. *Breast Cancer Res Treat* 1986; 8: 139-46.

4. Dixon AR, Galea MH, Ellis IO, et al. Paget`s of the nipple. *Br J Surg* 1991; 78: 722-3.
5. Inglis K. Paget`s disease of the nipple, with special reference to changes in the ductus. *Am J Pathol* 1946; 22: 1-33.
6. Yim JH, Wick MR, Philpott GW, et al. Underlying pathology in mammary Paget`s disease. *Ann Surg Oncol* 1997; 4: 287-92.
7. Echevarria JJ, Lopez-Ruiz JA, Martin D, et al. Usefulness of MRI in detecting occult breast cancer associated with Paget`s disease of the nipple-areolar complex. *Br J Radiol* 2004; 77: 1036-39.
8. Paone JF, Baker RR. Pathogenesis and treatment of Paget`s disease of the breast. *Cancer* 1981; 48: 825-29.
9. Bijker N, Rutgers EJ, Duchateau L, et al. Breast-conserving therapy for Paget disease of the nipple: A retrospective European Organization for Research and Treatment of cancer study of 61 patients. *Cancer* 2001; 91: 472-7.
10. Marshall JK, Griffith KA, Haffty BG, et al. Conservative management of Paget disease of the breast with radiotherapy 10 and 15 years result. *Cancer* 2003; 97: 2142-9.
11. Ikeda DM, Helvie MA, Frank TS, et al. Paget disease of the nipple: radiographic-pathologic correlation. *Radiology* 1993; 189: 89-94.
12. Kothari AS, Beechey-Newman N, Hamed H, et al. Paget disease of the nipple: a multifocal manifestation of higher-risk disease. *Cancer* 2002; 95: 1-7.
13. Paget J. On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. *St Bartholomew`s Hospital Reprints* 1874; 10: 87-89.
14. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, et al. Paget`s disease of the breast: a 33-year experience. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 171-7.
15. Fu W, Mittel VK, Young SC. Paget disease of the breast: analysis of 41 patients. *Am J Clin Oncol* 2001; 24: 397-400.
16. Kaelin CM. Paget`s disease. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editors. *Disease of the Breast*. 3<sup>rd</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004; pp.1007-1013.
17. Mai KT, Yazdi HM, Perkins DG. Mammary Paget`s disease developing from the superficial portion of lactiferous duct and discontinuous pattern of tumor spread. *Pathol Int* 1999; 49: 956-61.
18. Jones RE Jr. Mammary Paget`s disease without underlying carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1985; 7: 361-65.
19. Shaheen Z, Gouri P, Karthik G, et al. Paget`s disease of the breast accuracy of preoperative assessment. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 102: 137-42.
20. Goro A, Mioko Y, Yasunori M, et al. MRI accurately depicts underlying DCIS in a patient with Paget's disease of the breast without palpable mass and mammography findings. *Jpn J Clin Oncol* 2005; 35(3): 149-53.
21. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. Randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 546-53.
22. van Dongen JA, Voogd AC, Fentiman IS, et al. Long-term result of randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1143-50.
23. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-32.

## DEBATE

**Dr. Ítala:** La felicito Doctora, ha hecho una presentación muy prolija de una enfermedad poco frecuente, porque es aproximadamente del 1% al 4% de los cánceres de mama. Yo tenía algunas preguntas con relación a lo mostrado en el trabajo. El tratamiento conservador, por supuesto sin un tumor palpable (siguiendo la presentación del Dr. Gori, que tiene un número de casos bastante importante en esta patología poco frecuente), ¿hacen la resección del pezón cuando es enfermedad de Paget del pezón y no invade absolutamente nada de la areola y hacen un margen de 5 mm alrededor de la areola? Otra pregunta es, ¿si realizan la galactoforectomía total de los conductos?

**Dra. Etcheverry:** Sí, en este caso. Como ya señalamos, los casos son muy pocos. Este es un caso que permitía conservar un poco la areola porque no estaba comprometida, por lo menos macroscópicamente y tampoco lo estuvo microscópicamente, por lo que vimos en el informe anatomopatológico. Esto permitía que se pueda hacer un nuevo pezón y que la paciente quede mejor desde el punto de vista estético. Y en cuanto a la segunda pregunta, sí se hace una resección completa de todos los conductos galactóforos hasta llegar al plano aponeurótico.

**Dr. Borghi:** Adhiriendo un poco a la pregunta del Dr. Ítala, quería saber si consideraron o buscaron en la bibliografía el riesgo de conservar areola, por la posibilidad de conductos aberrantes en una patología de este tipo.

**Dra. Etcheverry:** Dr. Núñez de Pierro, ¿de-sea contestar usted la pregunta?

**Dr. Núñez de Pierro:** En términos generales, cada vez que se adopta una conducta se conversa con la paciente sobre los pros y contras de lo que se va a hacer, explicándole en este caso dentro de las limitaciones de las estadísticas muy escasas. Pero además de ello, en este caso en particular no olviden que estaba la ayuda del *wash-up* de gadolinio; entonces, el área se podía delimitar bastante bien, y la extensión del área que debía ser involucrada. El remanente de areola que se conservó, permitía que el cilindro axial de incisión incluyera, por supuesto si había, un conducto muy aberrante. Pero aceptemos que si la señora tenía una enfermedad de Paget, 1% al 3% de los casos, y un conducto aberrante sumamente infrecuente y también comprometido, la señora es digna de elogio desde el punto de vista estadístico.

**Dr. Lehrer:** Quería felicitarla por el trabajo y quería consultarle, porque sabemos bien que la resonancia es el método por imágenes que tiene mayor sensibilidad, pero usted mostró solamente las oblicuas medio laterales de la paciente. Quería preguntarle, considerándolo como un examen diagnóstico, si también le hicieron incidencia focalizada o magnificado del área retroareolar.

**Dra. Etcheverry:** Sí, se le hicieron, pero expuse esa foto porque era donde mejor se veía el conducto que estaba aumentado de tamaño.

**Dr. Allemand:** Quería responder lo que preguntaba el Dr. Borghi sobre un tema de la cirugía. En la foto no se ve, pero la paciente tenía una areola muy grande. La foto se obtuvo cuando no estaba extendida la areola y en realidad lo único que se preservó de areola es una pequeña área en la parte superior y otra en la

parte inferior para reconstruir el pezón. Entonces en el 90% de la piel de la areola se le hizo resección.

**Dr. Borghi:** Yo lo que pensaba era si le habían hecho alguna prevención sobre el riesgo de este tema. Yo también vi que la areola era grande, pero la patología ya la tenía, no es que era baja frecuencia la patología, lo que puede ser bajo es el número de conductos aberrantes. En eso estoy de acuerdo.

**Dr. Allemand:** La enfermedad de Paget es del pezón no es de la areola; entonces, la areola no comprometida es piel de la mama con modificaciones en el pigmento de la piel. Es cierto lo de los conductos aberrantes, pero deberíamos ser muy cautos siempre que preservamos la areola. Creo que esto no es frecuente, salvo que la extensión de la enfermedad inicial comprometa la areola, que es por invasión por contigüidad como se invade la piel en cualquier cáncer de la mama. Hay que recordar que el Paget parte del pezón y zonas adyacentes al pezón y no de la areola, a veces se extiende al complejo areolar pero por extensión de la gravedad de ese Paget.

**Dr. Dávalos:** Me adhiero a las felicitaciones por la prolijidad de la presentación. Un punto importante es que en enfermedad de Paget sin nódulo palpable en el 60% o 70% tiene mamografías negativas. Esto está en la estadística mundial y en las experiencias de cada uno en particular. La ecografía siempre va a dar negativa. Habitualmente estas mujeres son grandes y por lo tanto las mamas son adiposas. A mí me parece interesante lo de la resonancia nuclear magnética en casos que no haya nada, pero caemos en lo mismo que en la cirugía conservadora. En la cirugía conservadora, si hacemos resonancia nuclear magnética no se mejora el índice de recidivas. En las series de cirugía conservadora en el Paget que comenzaron en 1969, cuando hay radioterapia, y ustedes mismos lo tienen, no hay mayor índice de recidivas. Entonces, creo que como método de investigación en

una mama que es adiposa es interesante, pero no sé si la resonancia se va a mantener o debería ser indicada siempre cuando no hay signos en la mamografía ni signos ecográficos. Además, creo que nunca vamos a poder tener una estadística, porque realmente son muy pocos los casos. Respecto al tratamiento, ya en 1969 se empezó con el tratamiento conservador. En la Argentina el Dr. Gori en 1987 y últimamente el mismo Dr. Gori dice que cuando la enfermedad está localizada en el pezón, pueden dejar un poco de areola a efectos estéticos. Yo creo que no cambia demasiado, si a uno le da tranquilidad dejar la areola la deja y si le da intranquilidad la saca, pero creo que la alternativa terapéutica es buena y también estoy de acuerdo con el planteo del ganglio centinela porque uno va a encontrar algún tipo de cáncer que habitualmente no es invasor, pero puede ser invasor. Los casos en los que no hay nada son muy pocos en la literatura. Yo me fijé, la Dra. Sicari en época de mastectomía, de 214 casos encuentra 5 casos que no había ninguna lesión; a pesar de que el Dr. Mosto en el libro del Dr. Uriburu dice que si no se lo encuentra, es que no se lo estudió bien. El Dr. Lagio también tiene 2 en 15 casos. El Dr. Caset en el Hospital Británico, 4 en 23 casos en los que no había nada en la glándula mamaria. En una experiencia personal del Hospital de Clínicas, 5 en 13 casos en los que no había lesión. Entonces, yo creo que este tratamiento propuesto y más el ganglio centinela, son correctos; y creo que por ahora siempre hay que seguir indicando la radioterapia. Hay quienes han hecho un intento sin radioterapia, pero en el seguimiento tienen una alta incidencia de recidivas.

**Dra. Etcheverry:** A mí me parece interesante lo que dice el Dr. Dávalos, y el Dr. Lehrer me va a poder confirmar si lo que yo digo es real. Yo creo que la utilidad de la resonancia magnética, fundamentalmente, está en poder ver si la paciente tiene tumor multicéntrico y en ese caso cambiaría el tratamiento, porque es en ese caso que en lugar de realizar una cirugía con-

servadora habría que hacer una mastectomía radical modificada. Yo creo que ésa es la principal utilidad que tiene en esta patología la resonancia magnética. No sé cuál es la opinión del Dr. Lehrer.

**Dr. Lehrer:** La resonancia tiene una buena correlación, en general, con la extensión de las lesiones. El tema es lo que se refiere a la gran discusión de hoy en día en utilizar la resonancia como *staying*; es que si al aplicar la radioterapia uno esteriliza la enfermedad residual, que generalmente lo que va a ser es toda una enfermedad contigua, lo que puede llegar a quedarse con algún borde, algún margen; entonces, eso es lo difícil. Justamente lo que comentaban, es que al ser tan escasa la incidencia de la enfermedad, es muy difícil demostrar si es útil o no la resonancia. No entiendo que sea una exageración, dado lo infrecuente de la patología, y si a uno lo deja más tranquilo, operar o actuar bajo estas condiciones.

**Dr. Núñez de Perro:** Yo quisiera reunir los dos comentarios, porque lo que dice el Dr. Dávalos es cierto, en cuanto a la aplicabilidad de la resonancia para cualquier forma de tratamiento conservador y sabemos toda la polémica que hay; también lo que dice el Dr. Lehrer. Creo que en este caso el valor de la resonancia, a diferencia de lo que uno hace en cualquier paciente con carcinoma a la que aplica tratamiento conservador, es que acá no hay una conducta estándar. Entonces, para adoptar una conducta menos radical que la que ha dominado la literatura, uno toma todos los reaseguros. Comparto con el Dr. Dávalos que, y estas no son palabras mías (esto ha generado polémicas internacionales entre Mónica Morrow y demás), que la resonancia no es un método rutinario para ver extensión o multicentricidad, en estos casos particulares; porque uno está haciendo o está adoptando conductas que no necesariamente tienen consenso por la exigüidad de la presentación.

**Dr. Lorusso:** Quería hacer una pregunta. No sé si ya la han contestado, pero hablando de

todo esto de resonancia, a lo mejor perdí la información en la presentación. ¿Hubo alguna correlación entre el hallazgo de la anatomía patológica con el hallazgo de la resonancia en este caso?

**Dra. Etcheverry:** Sí, claro, era un cáncer que estaba localizado en un conducto.

**Dr. Lorusso:** ¿Eso incidía?

**Dra. Etcheverry:** Era el conducto que medía 30 mm en la resonancia.

## **PÁGINA PARA PUBLICIDAD**