

SESIÓN CIENTÍFICA

Carcinoma ductal in situ: experiencia de 21 años de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Antonella Santamaria¹, Ana Valerio¹, M. Florencia Ilzarbe¹, M. Belén Iriarte¹, Carola Allemand¹, Sebastián Marciano², Francisco Corrao¹

RESUMEN

Introducción

El carcinoma ductal in situ (CDIS) representa una proporción creciente de los cánceres de mama diagnosticados mediante programas de tamizaje. Si bien su pronóstico es excelente, persisten controversias respecto de la intensidad del tratamiento y el riesgo de sobretratamiento.

Objetivo

Describir la experiencia de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con carcinoma ductal in situ.

Materiales y método

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CDIS tratadas entre enero de 2000 y diciembre de 2021. Se incluyeron pacientes con diagnóstico inicial de CDIS

1. Sección de Mastología, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

2. Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Correo electrónico:
ivana.santamaria@hospitalitaliano.org.ar

tratadas quirúrgicamente y con seguimiento clínico disponible. Se analizaron variables demográficas, clínicas, imagenológicas, anatomopatológicas, terapéuticas y evolutivas.

Resultados

Se incluyeron 783 pacientes con una edad media de 58 años. La forma de presentación más frecuente fue el hallazgo mamográfico en programas de tamizaje (90%), siendo las microcalcificaciones el principal hallazgo imagenológico (83%). La cirugía conservadora fue el tratamiento inicial en el 87% de los casos. El estudio anatomopatológico definitivo confirmó un componente microinvasor en el 9% de las pacientes. La mediana de seguimiento desde la cirugía fue de 7,3 años (rango 0,1 - 22,9 años). Se registraron 43 recaídas locales (5,5%), de las cuales 23 fueron carcinomas invasores y 20 CDIS. Durante el seguimiento fallecieron 69 pacientes; únicamente cinco fallecimientos fueron atribuibles al cáncer de mama.

Conclusiones

Nuestra experiencia institucional muestra una baja frecuencia de recaída local y una muy baja mortalidad específica por cáncer de mama durante el período analizado. Estos resultados describen la evolución de una cohorte institucional extensa de pacientes con CDIS y deben interpretarse considerando el carácter retrospectivo y unicéntrico del estudio, la heterogeneidad de la cohorte y los cambios diagnósticos y terapéuticos ocurridos durante el período de estudio.

Palabras Clave

carcinoma ductal in situ; cáncer de mama; tamizaje mamográfico; cirugía conservadora; recaída local.

ABSTRACT

Introduction

Ductal carcinoma in situ (DCIS) accounts for an increasing proportion of breast cancers detected through mammographic screening. Although its prognosis is excellent, the optimal treatment strategy remains under discussion because of concerns regarding overtreatment.

Objective

To describe the experience of the Breast Unit of Hospital Italiano de Buenos Aires in the diagnosis, treatment and outcomes of patients with ductal carcinoma in situ.

Materials and method

A retrospective observational descriptive study was conducted through review of medical records of patients with histopathological diagnosis of DCIS treated between January 2000 and December 2021. Demographic, clinical, imaging, pathological, therapeutic and follow-up data were collected. Clinical follow-up was available until June 2023.

Results

A total of 783 patients were included. Mean age at diagnosis was 58 years. Most lesions were detected by screening mammography (90%), with microcalcifications representing the most frequent imaging finding (83%). Breast-conserving surgery was performed in 87% of patients. Microinvasive disease was identified in 9% of the final surgical specimens. The median follow-up from surgery was 7.3 years (range, 0 0,1- 22.9 years). During follow-up, 43 ipsilateral local recurrences (5.5%) were observed, including 23 invasive carcinomas and 20 cases of DCIS. Sixty-nine patients died during follow-up, but only five deaths were related to breast cancer.

Conclusions

Our institutional experience showed a low rate of local recurrence and very low breast cancer - specific mortality during the study period. These findings describe the clinical course of a large institutional cohort of patients with DCIS and should be interpreted considering the retrospective, single - center design of the study, the heterogeneity of the cohort, and the diagnostic and therapeutic changes that occurred during the study period.

Key words

ductal carcinoma in situ; breast cancer; mammographic screening; breast-conserving surgery; local recurrence.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal in situ (CDIS) de mama constituye un grupo heterogéneo de lesiones neoplásicas confinadas al sistema ductal mamario, caracterizadas por una amplia variabilidad en sus características histopatológicas, comportamiento biológico y riesgo de progresión a carcinoma invasor. Mientras que algunas lesiones presentan un elevado potencial evolutivo, otras pueden permanecer clínicamente indolentes durante toda la vida de la paciente.^{1,2}

La implementación de los programas de tamizaje mamográfico y, posteriormente, los avances tecnológicos en mamografía digital, tomosíntesis y técnicas de biopsia percutánea incrementaron significativamente la detección del CDIS, que actualmente representa aproximadamente el 20-25% de los cánceres de mama diagnosticados mediante screening.³⁻⁵

Este aumento en la incidencia ha modificado el principal desafío clínico. Actualmente, el interrogante no radica únicamente en diagnosticar el CDIS, sino en identificar qué pacientes presentan un riesgo real de progresión a enfermedad invasora y cuáles podrían ser candidatas a estrategias terapéuticas menos agresivas, evitando el sobretratamiento sin comprometer la seguridad oncológica.^{2,6-8}

En este contexto, en los últimos años han cobrado relevancia estudios prospectivos de vigilancia activa en pacientes cuidadosamente seleccionadas con CDIS de bajo riesgo, así como nuevas estrategias de individualización terapéutica basadas en factores clínicos, anatomopatológicos y biológicos.⁹⁻¹²

A pesar de estos avances, el tratamiento continúa requiriendo un delicado equilibrio entre minimizar el riesgo de recurrencia y evitar intervenciones innecesarias, motivo por el cual resulta fundamental conocer los resultados obtenidos en grandes series institucionales con seguimiento prolongado.⁶⁻¹³

En este contexto, el presente estudio describe la experiencia de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con carcinoma ductal in situ durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2021.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma ductal in situ (CDIS), tratadas en la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Buenos Aires entre enero de 2000 y diciembre de 2021.

El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, anatomopatológicas, terapéuticas y evolutivas de esta cohorte de pacientes. Se incluyeron pacientes con diagnóstico inicial de CDIS tratadas quirúrgicamente en la institución. Se excluyeron aquellas con diagnóstico inicial de carcinoma invasor o con información clínica insuficiente para el análisis.

Las pacientes en quienes el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica evidenció focos de microinvasión se mantuvieron en la cohorte, dado que este hallazgo fue posterior al diagnóstico inicial y representa una situación frecuente en la práctica clínica.

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se recolectaron datos demográficos, clínicos, imagenológicos, anatomopatológicos y terapéuticos, incluyendo: edad al diagnóstico, motivo de consulta, forma de presentación clínica o imagenológica, método diagnóstico, tratamiento quirúrgico, resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica, tratamientos adyuvantes, aparición de nuevos eventos mamarios y evolución clínica.

Durante el período analizado, las lesiones sospechosas fueron diagnosticadas mediante biopsia percutánea, preferentemente biopsia asistida por vacío para lesiones no palpables y microcalcificaciones.

En aquellos casos en los que no fue posible obtener un diagnóstico mediante técnicas percutáneas, se realizó biopsia radioquirúrgica.

La resonancia magnética mamaria no fue utilizada de manera sistemática para la evaluación preoperatoria de la extensión de la enfermedad. Su indicación quedó a criterio del equipo tratante.

En el estudio anatomopatológico se evaluaron tamaño tumoral, focalidad, patrón histoarquitectural, grado nuclear, presencia de microcalcificaciones y necrosis, expresión de receptores hormonales y el estado de los márgenes quirúrgicos.

El estado de los márgenes quirúrgicos se registró de acuerdo con el informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica definitiva. Durante el período de estudio, la valoración de los márgenes se realizó según los criterios anatomopatológicos y las recomendaciones vigentes en cada período. A partir de 2016, en concordancia con el consenso SSO/ASTRO/ASCO, se consideró como referencia un margen de 2 mm para las pacientes tratadas mediante cirugía conservadora y radioterapia.¹⁴ Se definió como recaída local la aparición de un nuevo carcinoma duc-

tal in situ o carcinoma invasor en la mama ipsilateral después del tratamiento inicial.⁸

El seguimiento clínico se extendió hasta el 30 de junio de 2023. El tiempo de seguimiento se calculó desde la fecha de cirugía definitiva hasta la fecha de último control, recaída o fallecimiento, según correspondiera. La aparición de carcinoma en la mama contralateral fue registrada y analizada como un evento independiente. Las pacientes perdidas durante el seguimiento fueron censuradas en la fecha de su último control. Los datos fueron registrados en una base de datos diseñada para el estudio y posteriormente analizados mediante estadística descriptiva. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango, y las categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 783 pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal in situ (CDIS). Las características clínicas, anatomopatológicas y terapéuticas de la cohorte se resumen en la Tabla 1. La edad media al diagnóstico fue de 58 años (rango: 27-90 años).

Tabla 1. Características clínicas, anatomopatológicas y del tratamiento de las pacientes con carcinoma ductal in situ (n= 783).

VARIABLE	N (%) O VALOR
Edad al diagnóstico, años	
Media (rango)	58 (27-90)
Presentación clínica	
Hallazgo en mamografía de tamizaje	704 (90,0)
Microcalcificaciones	649 (83,0)
Método diagnóstico	
Diagnóstico percutáneo	596 (76,1)
Biopsia asistida por vacío	577
Punción core	10
Punch	7
Punción aspiración con aguja fina (PAAF)	2
Biopsia radioquirúrgica	187 (23,9)
Tratamiento quirúrgico inicial	
Cirugía conservadora	681 (87,0)
Mastectomía	102 (13,0)
Reintervención por márgenes comprometidos*	150 (22,0)
Anatomía patológica definitiva	
CDIS residual	635 (81,1)
Microinvasión	70 (8,9)
Sin lesión residual o lesión de menor gravedad	78 (10,0)
Tamaño tumoral >20 mm	146 (18,6)

VARIABLE	N (%) O VALOR
Lesión unifocal	633 (80,8)
Necrosis	393 (50,2)
Alto grado nuclear	309 (39,5)
Márgenes libres*	531 (78,0)
Receptores hormonales positivos	604 (77,1)
Tratamiento adyuvante	
Radioterapia	595 (76,0)
Hormonoterapia**	556 (92,1)

* Calculado sobre pacientes tratadas con cirugía conservadora (n=681).

**Calculado sobre pacientes con receptores hormonales positivos (n=604).

Presentación clínica

La forma de presentación más frecuente fue el hallazgo imagenológico en la mamografía de tamizaje, presente en el 90% de las pacientes (n=704). Las microcalcificaciones aisladas constituyeron el principal hallazgo (83%; n=649).

Diagnóstico

El diagnóstico se estableció mediante biopsia percutánea en 596 pacientes (76,1%), siendo la biopsia asistida por vacío la técnica más utilizada (n=577).

Tratamiento quirúrgico

La cirugía conservadora fue el tratamiento inicial en el 87% de las pacientes (n=681), mientras que el 13% restante fue tratado mediante mastectomía.

Datos anatomopatológicos

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó CDIS en el 81,1% de los casos (n=635) y un componente microinvasor en el 8,9% (n=70). En el 10% restante no se identificó lesión residual o se constató una lesión de menor gravedad.

En relación con el tamaño tumoral, el 18,6% (n=146) presentó lesiones mayores de 20 mm.

La mayoría de los CDIS fueron lesiones unifocales (80,8%; n=633) y el patrón histoarquitectural más frecuente fue el sólido (45%; n=320).

Se observó necrosis en el 50,2% de los casos (n=393) mientras que el 39,5% (n=309) correspondió a CDIS de alto grado.

En las pacientes tratadas mediante cirugía conservadora (n=681) se obtuvieron márgenes libres en el 78% de los casos (n=531).

Como consecuencia del compromiso de los márgenes quirúrgicos, el 22% de las pacientes (n=150) requirió una segunda cirugía. De ellas, el 42% (n=63) fue sometido a mastectomía y el 58% (n=87) a una nueva resección local.

Tratamiento adyuvante

La expresión de receptores hormonales fue positiva en 604 pacientes (77,1%). De ellas, 556 (92,1%) iniciaron hormonoterapia adyuvante, mientras que 48 (7,9%) optaron por no recibir el tratamiento. El tamoxifeno fue el fármaco utilizado con mayor frecuencia. Asimismo, el 76% (n=595) recibió radioterapia luego del tratamiento conservador. La radioterapia fue omitida en las pacientes sometidas a mastectomía.

Seguimiento y evolución

El seguimiento clínico se extendió hasta junio de 2023. La mediana de seguimiento fue de 7,3 años (rango total 0,1-22,9 años). Durante este período se registraron 43 recaídas locales ipsilaterales (5,5%). De ellas, 20 (46,5%) correspondieron a carcinoma ductal in situ y 23 (53,5%) a carcinoma invasor. Las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de estas pacientes se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas y tratamiento de las pacientes con recaída local (n= 43).

VARIABLE	N (%) O VALOR
Tipo de recaída	
CDIS	20 (46,5)
Ca invasor	23 (53,5)
Presentación clínica	
Microcalcificaciones	21 (48,8)
Nódulo palpable	14 (32,5%)
Asimetría mamográfica	5 (11,6%)
Adenopatía axilar	2 (4,7%)
Enf localmente avanzada	1 (2,3%)
Tratamiento inicial	
Hormonoterapia	33 (76,7%)
Radioterapia	36 (83,7%)
Tratamiento de recaída	
Mastectomía + BGC	24
Mastectomía + VAC	2
Cuadrantectomía + BGC	8
Cuadrantectomía + VAC	1
Vaciamiento axilar	1
Neoadyuvancia	4
Sin tratamiento quirúrgico	2

La forma de presentación más frecuente fue la detección de microcalcificaciones en los estudios por imágenes (n=21), seguida de la aparición de un nódulo palpable (n=14). En dos pacientes la recaída se manifestó como adenopatía axilar y en una como enfermedad localmente avanzada.

Trece pacientes presentaban tumores con receptores hormonales negativos. Así mismo, diez no habían recibido hormonoterapia y siete no habían recibido radioterapia como parte del tratamiento inicial.

El tratamiento de la recaída consistió principalmente en mastectomía con biopsia de ganglio centinela (n=24), seguida de cuadrantectomía con biopsia de ganglio centinela (n=8). Cuatro pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante. Dos pacientes no fueron sometidas a tratamiento quirúrgico debido a enfermedad avanzada o comorbilidades. Además, se diagnosticaron 14 carcinomas en la mama contralateral, los cuales fueron registrados como eventos independientes y no se consideraron recaídas locales.

Se registraron 69 fallecimientos durante el seguimiento. Cinco pacientes fallecieron como consecuencia de enfermedad metastásica por cáncer de mama, mientras que los 64 fallecimientos restantes se debieron a causas no relacionadas con la enfermedad. De las cinco pacientes fallecidas por cáncer de mama, sólo una había presentado previamente una recaída local.

De las 43 recaídas locales registradas, 3 ocurrieron en pacientes con microinvasión identificada en la pieza quirúrgica inicial. Asimismo, de las 5 muertes atribuibles a cáncer de mama, una correspondió a una paciente con microinvasión.

El 5% de las pacientes se perdió durante el seguimiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio describe la experiencia de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS) durante un período de 21 años. Con 783 pacientes incluidas y seguimiento hasta 2023, constituye una de las mayores experiencias institucionales publicadas en nuestro medio. Los resultados muestran que el tratamiento basado en cirugía, asociado a radioterapia y hormonoterapia cuando estuvieron indicadas, se acompañó de una baja tasa de recaída local y una muy baja mortalidad específica por cáncer de mama, hallazgo concordante con el excelente pronóstico comunicado en las principales series internacionales.^{6,13}

La edad media al diagnóstico (58 años) y la forma de presentación observadas en nuestra cohorte son comparables con las descritas en grandes registros poblacionales y ensayos clínicos.^{3,4} Al igual que lo comunicado por Ernster y colaboradores y por Narod et al., la mayoría de los casos fue diagnosticada mediante mamografía de tamizaje

y las microcalcificaciones constituyeron el principal hallazgo imagenológico.^{3,6} Estos resultados reflejan el importante impacto de los programas de screening en el aumento de la incidencia del CDIS, que actualmente representa aproximadamente una quinta parte de los cánceres de mama diagnosticados mediante mamografía.^{4,5}

En nuestra serie, la cirugía conservadora fue la estrategia quirúrgica predominante, en concordancia con las recomendaciones actuales para pacientes adecuadamente seleccionadas.^{5,8} Asimismo, el hallazgo de microinvasión en el estudio anatomopatológico definitivo en el 8,9% de los casos pone de manifiesto la posibilidad de subestimación diagnóstica inherente a la biopsia percutánea en una proporción limitada de pacientes.

Si bien el número de eventos en este subgrupo es limitado para establecer conclusiones pronósticas propias, la literatura describe para el CDIS con microinvasión características más agresivas y una supervivencia cáncer-específica intermedia entre el CDIS puro y el carcinoma invasor T1a, con patrones de tratamiento similares al carcinoma invasor pequeño. Este hallazgo refuerza la necesidad de consignar la microinvasión y de considerar la estadificación axilar en estos casos.^{15,16}

La inclusión de pacientes con microinvasión en la cohorte constituye una fuente adicional de heterogeneidad pronóstica. Sin embargo, la mayoría de las recaídas locales y de las muertes atribuibles a cáncer de mama se produjo en pacientes sin microinvasión inicial. Este hallazgo resalta la importancia de una adecuada correlación clínico-radiológica y anatomopatológica para optimizar la planificación quirúrgica.

Durante el seguimiento se registraron 43 recaídas locales, aproximadamente la mitad de ellas invasoras. La mayoría se manifestó como nuevas microcalcificaciones detectadas en los controles mamográficos, mientras que una menor proporción se presentó como nódulos palpables u otras manifestaciones clínicas. Estos resultados son concordantes con los publicados por los estudios NSABP B-17 y B-24 y por el ensayo UK/ANZ DCIS, que demostraron que, aunque las recaídas locales pueden presentarse incluso después del tratamiento estándar, su frecuencia es baja y la mortalidad específica continúa siendo excepcional.^{6,13,17} En nuestra cohorte, únicamente cinco pacientes fallecieron como consecuencia del cáncer de mama durante todo el período de seguimiento, lo que reafirma el excelente pronóstico de esta enfermedad.^{6,13} Estos hallazgos refuerzan el concepto de que, si bien la recaída local continúa siendo un evento clínicamente relevante, la mortalidad específica por cáncer de mama permanece muy baja.

A pesar del excelente pronóstico observado tanto en nuestra serie como en la literatura internacional, el tratamiento del CDIS continúa siendo motivo de debate debido al potencial sobretratamiento de lesiones con bajo riesgo de progresión.^{7,8} La baja mortalidad específica por cáncer de mama comunicada en diferentes cohortes ha impulsado el desarrollo de estrategias orientadas a individualizar el tratamiento, con el objetivo de evitar intervenciones innecesarias sin comprometer la seguridad oncológica. En este contexto, resulta fundamental identificar aquellas pacientes que realmente se benefician de tratamientos locales y sistémicos más intensivos.

En los últimos años, el manejo del CDIS ha experimentado un cambio conceptual. Si bien durante décadas el objetivo principal fue reducir al máximo el riesgo de recurrencia local, en la actualidad existe un creciente interés por identificar aquellas pacientes con enfermedad de bajo riesgo que podrían beneficiarse de estrategias menos agresivas. En este contexto surgieron los estudios prospectivos COMET, LORD, LORIS y LORETTA, diseñados para evaluar la seguridad de la vigilancia activa frente al tratamiento convencional en pacientes cuidadosamente seleccionadas.⁹⁻¹² Si bien los resultados iniciales del ensayo COMET sugieren que la vigilancia activa podría ser una alternativa segura en pacientes cuidadosamente seleccionadas a corto plazo, el seguimiento a más largo plazo de este y otros estudios en curso, será fundamental antes de modificar las recomendaciones actuales.

Entre las fortalezas de este estudio se destacan el elevado número de pacientes incluidas, el seguimiento prolongado de hasta 21 años y la experiencia de una unidad especializada en patología mamaria, lo que permitió caracterizar la evolución clínica del CDIS en una cohorte representativa de la práctica asistencial.

Entre sus limitaciones deben mencionarse el diseño retrospectivo y unicéntrico, que pueden limitar la generalización de los resultados. Asimismo, el período de inclusión de más de dos décadas abarca cambios sustanciales en los programas de tamizaje, las técnicas de diagnóstico por imágenes, los métodos de biopsia, los criterios anatomopatológicos y las estrategias terapéuticas, circunstancias que podrían haber influido en algunas de las variables analizadas. Tal es el caso de los criterios utilizados para la valoración de los márgenes quirúrgicos, que pudieron variar durante el período de estudio. En particular, la publicación en 2016 del consenso SSO/ASTRO/ASCO estableció 2 mm como margen adecuado para el CDIS tratado mediante cirugía conservadora y radioterapia, lo que refleja la evolución de las recomendaciones durante el período analizado y debe considerarse al interpretar esta variable.

Además, la disponibilidad de algunas variables no fue homogénea durante todo el período de estudio debido a la evolución de la práctica clínica y de los registros institucionales. Por otra parte, al tratarse de un estudio descriptivo, no se realizó un análisis destinado a identificar factores asociados con la recurrencia, por lo que los resultados deben interpretarse con ese alcance.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia institucional muestra una baja frecuencia de recaída local y una muy baja mortalidad específica por cáncer de mama durante el período analizado. Estos resultados describen la evolución de una cohorte institucional extensa de pacientes con CDIS y deben interpretarse considerando el carácter retrospectivo y unicéntrico del estudio, la heterogeneidad de la cohorte y los cambios diagnósticos y terapéuticos ocurridos durante el período de estudio.

REFERENCIAS

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Breast tumours. 5th ed. Vol. 2. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. ◀
2. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editors. Diseases of the Breast. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. ◀
3. Ernster VL, Barclay J, Kerlikowske K, Grady D, Henderson C. Incidence of and treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. JAMA. 1996;275(12):913-8. ◀◀◀
4. Virnig BA, Tuttle TM, Shamliyan T, Kane RL. Ductal carcinoma in situ of the breast: a systematic review of incidence, treatment, and outcomes. J Natl Cancer Inst. 2010;102(3):170-8. ◀◀◀
5. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, et al. NCCN Guidelines Insights: Breast Cancer, Version 5.2025. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(11):426-36. ◀◀
6. Narod SA, Iqbal J, Giannakeas V, et al. Breast cancer mortality after a diagnosis of ductal carcinoma in situ. JAMA Oncol. 2015;1(7):888-96. ◀◀◀
7. Worni M, Akushevich I, Greenup R, et al. Trends in treatment patterns and outcomes for ductal carcinoma in situ. J Natl Cancer Inst. 2015;107(12):djv263. ◀◀
8. Loibl S, André F, Bachelot T, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2024;35(2):159-82. ◀◀◀◀
9. Hwang ES, Hyslop T, Lynch T, et al. Active Monitoring With or Without Endocrine Therapy for Low-Risk Ductal Carcinoma In Situ: The COMET Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024;332(22):1875-85. ◀◀
10. Francis A, Thomas J, Fallowfield L, et al. Addressing overtreatment of screen detected DCIS; the LORIS trial. Eur J Cancer. 2015;51(16):2296-303. ◀◀
11. Elshof LE, Tryfonidis K, Slaets L, et al. Feasibility of a prospective, randomised, open-label, international multicentre, phase III, non-inferiority trial to assess the safety of active surveillance for low risk ductal carcinoma in situ - The LORD study. Eur J Cancer. 2015;51(12):1497-510. ◀◀
12. Iwata H, Kanbayashi C, Toyama T, et al. The single-arm confirmatory trial of tamoxifen alone without surgery for low-risk DCIS of the breast with ER-positive HER2-negative (LORETTA trial: JCOG1505). Cancer Res. 2022;82(4 Suppl):GS2-09. ◀◀
13. Wapnir IL, Dignam JJ, Fisher B, et al. Long-term outcomes of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP B-17 and B-24 randomized clinical trials for DCIS. J Natl Cancer Inst. 2011;103(6):478-88. ◀◀◀
14. Morrow M, Van Zee KJ, Solin LJ, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology-American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Ductal Carcinoma In Situ. J Clin Oncol. 2016;34(33):4040-6. ◀
15. Champion CD, Ren Y, Thomas SM, et al. DCIS with Microinvasion: Is It In Situ or Invasive Disease? Ann Surg Oncol. 2019;26(10):3124-32. ◀
16. Magnoni F, Massari G, Santomauro G, et al. Axillary staging in microinvasive ductal carcinoma in situ: is it justified? Br J Surg. 2019;106(4):375-83. ◀
17. Cuzick J, Sestak I, Pinder SE, et al. Effect of tamoxifen and radiotherapy in women with locally excised ductal carcinoma in situ: long-term results from the UK/ANZ DCIS trial. Lancet Oncol. 2011;12(1):21-9. ◀

DEBATE

Dra. Candás: Muchas gracias, doctora. Queda su trabajo para consideración.

Dr. Billinghamurst: Te felicito por el trabajo. Me llama la atención la cantidad de márgenes comprometidos. Se sabe que si tenés la punción previa, siempre se ha dicho que uno tiene más estrategia para evitar que los márgenes estén comprometidos. En el trabajo que comparaste recién, a pesar de que pasaron muchos años entre uno y el otro, el margen comprometido sigue siendo el mismo, prácticamente, a pesar de que se duplicó la cantidad, probablemente gran parte de esas pacientes son las mismas.

Dra. Santamaría: Puede ser porque el anterior trabajo tiene años.

Dr. Billinghamurst: Se pusieron a pensar o a evaluar: ¿Qué hicimos bien, qué hicimos mal? ¿Por qué tenemos 32% de márgenes comprometidos? A mí no me pasa en la práctica diaria que puedas tener tanto margen comprometido.

Dra. Allemand: Tenemos ese porcentaje. Tal vez en in situ es mayor. La realidad es que la cirugía es agresiva en cuanto a la cuadrantectomía. Hacemos lo que se debe hacer, hacemos la BRQ con la mamografía intraoperatoria. Si hay márgenes, ampliamos. Lo que sí puedo ver en mi práctica clínica es que, fuera del Hospital Italiano, nunca tuve un margen comprometido, y en el Italiano sí. Porque los controles de esa pieza quirúrgica son muy exhaustivos.

Dra. Candás: Quizás la pregunta sería ¿Por qué tomaron como definición que no contacte el tumor a la resección. Esa sería quizás la explicación. ¿Por qué eligieron esa definición de márgenes libres en el in situ? Que, está bien, es controvertido, pero hoy, la mayoría, desde el 2016, nos manejamos con contacto.

Dra. Santamaría: Sí, fue la de 2 milímetros.

Dra. Candás: Claro, ustedes esa no es la que decidieron. Pero en el trabajo se entendió que tomaron que el margen era que no contacte las células al borde de resección.

Dra. Santamaría: Sí, tenés razón, es así.

Dra. Del Castillo: Felicitaciones por el trabajo, realmente una serie muy grande en una sola institución, así que es muy valiosa toda la información que pueden recabar de esta serie. Cuando hacen el material y métodos no está muy descrito, el nivel de las punciones percutáneas, no están descritos qué tipo de aguja utilizaron, si fue aguja gruesa o al vacío, quería saber eso. Otra cosa es con respecto a la mamografía. En 20 años los aparatos de mamografía han mejorado. ¿Han podido hacer algún subgrupo en función de la calidad de la mamografía? Porque ya dijiste que había aumentado la incidencia porque mejoró el screening. ¿Qué consideran ustedes que mejoró el screening para tener más incidencia en esta segunda etapa? También preguntarte por el uso de la resonancia magnética.

Dra. Santamaría: En la primera pregunta, principalmente, como dije, la forma más frecuente de presentación fueron las microcalcificaciones, así que la mayoría de los diagnósticos se hicieron por medio de Mammotome, al vacío. En referencia a la resonancia, la utilizamos, pero más que nada en el tema del carcinoma in situ. Con el tema de las microcalcificaciones, la mamografía nos sirve mucho para ver lo que es el tema de la extensión. Se valora mucho el tema de la conservación de la mama, entonces, a no ser que haya un compromiso muy extenso, siempre se trata, dentro de lo posible, de conservar la mama. También por eso puede llegar a pasar que, se explica bien en nuestro caso a las pacientes, se dan las dos opciones porque siempre se sabe que la última instancia puede ser la mastectomía. Entonces, en ciertos casos en donde uno lo cree posible, se le plantea a la paciente la posibi-

lidad de la cirugía conservadora sabiendo que está el riesgo de que igual termine en una mastectomía o que tenga una segunda intervención. Algunas pacientes lo aceptan y se arriesgan a hacer una cirugía conservadora; a veces sale bien, a veces no y tienen que terminar en mastectomía.

Dra. Allemand: Perdón, tendría que preguntarle a la Dra. Pesce cuándo comenzó a utilizarse en el Italiano lo que es la mamografía digital, no la analógica-digital, que, si bien eso comenzó mucho antes, la verdad es que no recuerdo. Podríamos chequear.

Dra. Mansilla: La felicito por la presentación. Creo que en Argentina necesitamos este tipo de trabajos grandes, con muchos números para poder analizar, así que creo que es muy rico. Te quería preguntar respecto al subgrupo de pacientes recaídas. Entiendo por los datos que diste que el 80% había hecho radioterapia en tiempo y forma; había también un 70% que hicieron hormonoterapia. ¿Hay algún tipo de análisis sobre esas pacientes? Como estamos en la era de tratar de desescalar, entendemos que muchas de estas pacientes están siendo sobretratadas. ¿Tenés información respecto a la edad, el tipo de carcinoma in situ de bajo grado, de alto grado, tamaño, como para nosotros tratar de prever aquellas pacientes que van a recaer y las que no van a recaer?

Dra. Santamaría: Sí, las que recayeron principalmente eran las que tenían carcinomas in situ de alto grado. Esas eran las principales. Después hubo un 13% de pacientes que no realizó radioterapia, pero esas son las que se omitió porque eran pacientes añosas y que tenían un carcinoma in situ de bajo grado. Entonces por eso se evitó.

Dra. Mansilla: ¿Están omitiendo radioterapia en algún tipo de pacientes con carcinoma in situ?

Dra. Santamaría: Sí, de bajo grado y pacientes añosas, sí.

Dra. Mansilla: ¿Y hormonoterapia?

Dra. Santamaría: No, hormonoterapia no. A no ser que a veces pasa, alguna intolerancia o algo que la paciente no la tolere, pero si no, no.

Dra. Mansilla: Se está trabajando un poquito en eso, en ver qué tendríamos que omitir quizás. Está más la tendencia a omitir la hormonoterapia que parece tener más morbilidad sobre la paciente que la radioterapia, pero es una hermosa discusión, así que excelentes datos.

Dra. Santamaría: Gracias.

Dra. Candás: Yo antes te hacía referencia por qué habían elegido esa definición de margen, y por qué tenían el 22% de reoperaciones, 42% más o menos de mastectomías. Quizás, si hubiesen tomado la otra definición, hubiesen sido mayores. Incluso también esa definición, con una recaída del 5,9%, quizás la están sobreestimando también, más que por el tipo de margen que se eligió. Ahora, tal vez, y creo que es lo que surgió acá, que empezaron: ¿Cuándo fue la mamografía?, ¿Cuándo fue la resonancia? El trabajo me parece que es muy rico, muy valioso, y por eso realmente te felicito, porque es una cohorte de 783 pacientes con 21 años de seguimiento, con continuidad institucional, que sabemos que en Argentina no es algo fácil de construir y eso tiene muchísimo valor. Tal vez, se podría pensar, que el trabajo tenía el potencial, dividiéndolo por períodos, de que se hubiese podido analizar mejor distintos cambios o intervenciones que fueron modificándose a lo largo del tiempo. De hecho, como que el trabajo está orientado hacia una mirada que teníamos antes, como que el carcinoma in situ era el precursor indiscutido del carcinoma infiltrante, entonces había que tratar más y mejor. Hoy, en realidad, estamos buscando cómo desescalar y a quién seleccionar justamente para quizás hacerle vigilancia activa. Entonces yo creo que tenés el terreno como para, a partir de acá, ser un disparador de un nuevo trabajo, quizás fraccionando este tiempo, porque me parece que todo este seguimiento es muy valioso. Tal

vez tratando de identificar, no sé, son ideas, un subgrupo de bajo riesgo en quienes, podrían reunir los criterios del COMET. ¿De acuerdo? Bueno, te felicito a vos y al Hospital Italiano.

Dra. Santamaría: Muchas gracias.

Dra. Candás: No habiendo más temas a tratar, doy por levantada la sesión y los invito a todos el mes que viene. Aprovecho también para invitar a las unidades de mastología a que aporten casos clínicos, que siempre es rico tomar 5 o 10 minutos al inicio para poder discutirlos. Muchas gracias.