

# CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE

Autores: Pérez Garrachón, S.<sup>1</sup>, Rodríguez Valenzuela, R.V.<sup>2</sup>, Manso García, S.<sup>3</sup>, Gutiérrez Pérez, M.I.<sup>4</sup>, Renedo Velasco, G.<sup>5</sup>, Seco Sanjurjo, L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia CS Canterac, Valladolid; <sup>2</sup>Médico Residente de MFyC CS Canterac, Valladolid; <sup>3</sup>Médico Adjunto de Radiología Hospital Río Carrión, Palencia; <sup>4</sup>Médico de Familia CS Rondilla I, Valladolid; <sup>5</sup>Médico de Familia CS Circular, Valladolid

## Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer menopáusica y el segundo globalmente tras el de piel.

Para el diagnóstico se utiliza la mamografía, la ecografía y la punción del tumor guiada por ecografía.

El esfuerzo diagnóstico realizado con el cribado, sobre todo mamográfico, no ha conllevado un diagnóstico tumoral con diámetros inferiores y, por lo tanto, con menor probabilidad de difusión.

Es esencial conseguir el diagnóstico más precoz para poder reducir mortalidad.

La ecografía constituye una herramienta utilizable por cualquier médico interesado en patología de la mama.

## Caso clínico

Mujer de 77 años que consulta a su médico de Familia por haberse notado un bulto en mama derecha hace unos 4 meses, no doloroso. Antecedente de cáncer de mama en hermana. Menarquia a los 13 años. Casada, sin hijos, sufrió 2 abortos. Menopausia con 51 años. Hipertransaminasemia de años de evolución a expensas de leve elevación de GGT. Incontinencia urinaria de estrés en tratamiento con Solifenacina 10mg/24 horas y pañales de incontinencia. Deterioro cognitivo leve amnésico sin criterios de enfermedad de Alzheimer en tratamiento con terapias ocupacionales. Analítica hace 5 meses con GGT:64U/l como única alteración..

Exploración física: TA:113/77 mmHg FC:72lpm. A la inspección del tórax se observa un abultamiento a nivel del CSE de mama derecha, sin alteraciones en la piel que se palpa como tumoración dura, con escasa movilidad, no dolorosa, de unos 4 cm de diámetro. No se palpan adenopatías axilares. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen globuloso, palpación blanda y no dolorosa, sin masas ni megalias; ruidos hidroaéreos conservados. No edemas en extremidades inferiores.

Se realiza ecografía en centro de salud (imágenes 1 y 2): imagen hipocogénica en CSE mama derecha de bordes lobulados y microcalcificaciones internas, de cas 3x2cm de diámetro. Sin adenopatías patológicas en axila.

Se deriva al hospital de referencia para estudio y tratamiento.

Con diagnóstico de cáncer de mama T2N0Mx, BIRADS 5 le realizan tumorectomía. El estudio histológico diagnostica *carcinoma ductal infiltrante* estadio IIA.

## Seguimiento

El estudio anatomopatológico da el diagnóstico definitivo, con el estadio, y si hay receptores hormonales positivos. De ello dependerá la estrategia terapéutica tanto quirúrgica como adyuvante.

En nuestra paciente se administró radioterapia adyuvante y hormonoterapia.

Cinco años después está asintomática con controles anuales negativos. Le han suspendido el tratamiento hormonal.

## Conclusiones

El cribado poblacional es fundamental para el diagnóstico precoz del cáncer de mama pero no incluye mujeres de más de 70 años.

La ecografía permite la visualización de los tejidos de la mama a escala milimétrica y de sus variaciones fisiológicas, constituye un elemento de estudio anatómico idóneo y, por tanto, de las alteraciones que se puedan producir tanto benignas como malignas en la mama.

La ecografía facilita el diagnóstico de las muy frecuentes alteraciones benignas que en la mama se producen y que a menudo tanta incertidumbre ocasionan, con la consecuente ansiedad para la mujer; además evita hasta un 40% de intervenciones quirúrgicas innecesarias (FDA-USA) que se producen por las dudas mamográficas, puesto que la ecografía es también más precisa en la definición de las lesiones benignas.

La ecografía es actualmente una técnica enormemente eficaz en la valoración de las extensiones del carcinoma infiltrante, tanto ductal como lobulillar o ducto-lobulillar, así como en la facilitación para dirigir la aguja de punción al lugar preciso.



Imagen 1: Corte longitudinal en CSE mama derecha con las medidas longitudinal y transversal de la lesión y la presencia de microcalcificaciones.

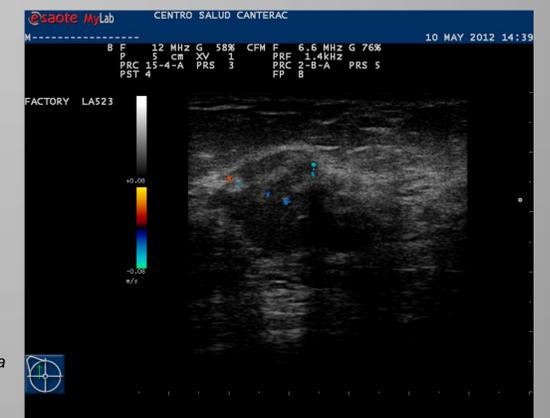


Imagen 2: Corte longitudinal CSE mama derecha con doppler color

## Bibliografía

1. Amorós Oliveros FJ, Dolfín G. La ecografía en el estudio de la mama. EuroEco 2010;1(1):8-9
2. Martín, M.; Herrero, A.; Echavarría, I. (2015). "El cáncer de mama". Arbor, 191 (773): a234. doi: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004
3. C. Álvarez-Hernández, B. Brusint, P. Vich, N. Díaz-García, C. Cuadrado-Rouco y M. Hernández-García. "Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (IV/V)". Semergen, 2015;41(1):34-47.

## Palabras-clave

- Cáncer de mama.
- Carcinoma ductal infiltrante.
- Ecografía de mama.