

Carcinoma mamario primario múltiple simultáneo ipsilateral. ¿Cómo clasificarlo?

Hay una serie de temas dentro de la mastología que se debaten con frecuencia, tanto en cuanto a diagnóstico como a tratamiento o seguimiento; en todas esas circunstancias se ponen al día las últimas adquisiciones del conocimiento científico, pero hay toda una serie de situaciones con las que nos encontramos en la clínica diaria que no se suelen debatir en las reuniones y congresos y que, a veces, resultan un verdadero quebradero de cabeza; no hay consenso en los comités, no hay bibliografía al respecto y, por tanto, no puede pensarse en una actuación sistematizada u homogénea. Seguramente otros compañeros también tendrán estas dudas que se me presentan a mí y naturalmente que sería bueno debatirlas.

Hoy, fundamentalmente, quisiera orientar aquí el caso de diagnóstico de «varios focos de carcinoma en una mama primarios y simultáneos», sobre lo que existe un gran confusiónismo.

Está claro, aunque se puede admitir o no, que cuando hay más de una masa tumoral maligna en una mama, para la valoración del factor T, en la clasificación TNM de la UICC, se tomará el diámetro mayor del mayor de los núcleos tumorales, haciendo mención de cuántos se detectan, a qué distancia están unos de otros y si asientan en el mismo o en distintos cuadrantes, y habíamos entendido que si estaban a más de 5 cm de distancia entre sí y en el mismo cuadrante se hablaría de «tumor multifocal»; si estuviesen a más de 5 cm de distancia y en distintos cuadrantes se hablaría de «tumor multicéntrico». Esto está muy bien, pero no se decía nada de cuando hay varias masas o nódulos tumorales malignos en una misma mama y muy próximos entre sí, menos de 5 cm en uno o más cuadrantes, por lo que nos parecía que no entraban en el concepto clásico de multifocales ni en el de multicéntricos. En estos casos, ¿cómo se mide el factor T de este proceso maligno?; por ejemplo, en caso de varios nódulos de 1,8, 1,0 y 1,0 cm de diámetro especialmente. ¿Se mide el nódulo mayor (T1c) y se indica que hay otros de menor tamaño en sus proximidades? ¿Se suman sus diámetros y consideraremos 3,8 cm de diámetro (T2)? ¿Se mide el diámetro mayor del área

del conjunto de los focos tumorales, seguramente T3? Difícil cuestión.

En el Comité de Mastología del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona nos hemos enfrentado con esta situación más de una vez y hablábamos entonces de tumor «multinodular»; cuando eran dos o más nódulos muy próximos entre sí (menos de 5 cm) medíamos el mayor y describíamos los demás con su tamaño y distancias entre ellos.

Naturalmente que esto sería así si el patólogo no informase de continuidad tumoral entre los distintos nódulos en el estudio anatomopatológico definitivo. Si hubiese continuidad habría que tomar como pT el diámetro de todo la masa en conjunto y seguramente cambiar el T clínico. El quid de la cuestión está en decidir si ante un tumor múltiple unilateral se puede realizar un tratamiento conservador o no, por ello es importante la precisión.

Si hay varios focos muy próximos entre sí y el mayor de ellos no pasa de 3 cm podrá pensarse en un tratamiento conservador, pero si la distancia mayor entre ellos es de 5 cm o más el tratamiento quirúrgico debe ser mastectomía, independientemente del cuadrante en donde se encuentren.

Creo que es un tema que requiere debate, previa meditación, y quizá de la discusión salga la luz, pero mientras no haya otras evidencias científicas podríamos decir que ante un carcinoma primario múltiple, simultáneo ipsilateral se distinguen dos situaciones.

- *Carcinoma multifocal*. Dos o más focos tumorales, próximos entre sí, con menos de 5 cm de separación máxima, indistintamente de que estén en uno o más cuadrantes. Puede optarse por tratamiento conservador de acuerdo al T del mayor.
- *Carcinoma multicéntrico*. Dos o más focos tumorales, separados entre sí 5 cm o más en su mayor distancia, independientemente de que estén en uno o más cuadrantes. En este caso no debe optarse por tratamiento conservador, aunque por el T del mayor pudiese pensarse en ello.

Muchos otros debates podrían organizarse sobre la clasificación TNM del cáncer de mama, y quizá es un tema que la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria podría tener en cuenta para su discusión en un próximo congreso o reunión. Sirvan como ejemplos los siguientes:

- *¿T3 N1 M0 en estadio IIIa? ¿No debería pasar a estadio IIb y en IIIa quedar exclusivamente los N2?*
- No es lo mismo cualquier N2 que un T3 N1 y, sin embargo, todos forman el estadio IIIa.
- Concepto histológico de *carcinoma inflamatorio (pT4d)* por afectación de los vasos linfáticos dérmicos por émbolos tumorales? ¿No es eso un T4b? ¿No debe exigirse el aspecto clínico (T4d) además del histológico? Me parece que se están clasificando como T4d muchos cánceres que son T4b, pues no hay clínica de carcinoma inflamatorio, y si hay clínica de carcinoma inflamatorio y no se demuestra afectación de vasos linfáticos dérmicos

cos con émbolos tumorales se clasificará T4d clínico y TX histológico.

- Las alteraciones del pezón que no sean las propias de un T4b o T4d no cambian el T, pero hay quien considera que la ulceración del pezón no convierte cualquier T en un T4b. Debe aclararse esta situación. Se definen como T4b los tumores con *edema, ulceración y nódulos satélites*, los demás cambios cutáneos no son propios del T4b.

En fin, son muchos y muy interesantes los temas de discusión que merecería la pena tratar en alguna de nuestras reuniones de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, y sería muy de agradecer incluir una mesa de discusión en un próximo congreso para debatir un listado de temas de interés general. De la discusión saldrá la luz.

Muchas gracias,

A. Fernández-Cid

Director del Comité de Mastología del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona