

# LESIONES DE CÉLULAS COLUMNARES DE LA MAMA EN BIOPSIA ESCISIONAL/ ARPÓN

Joaquín Sola. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia

Las lesiones de células columnares (LCC) de la mama son consideradas como proliferaciones clonales con fenotipo luminal, (receptores hormonales positivos, citoqueratina 5/6 y P63 negativos), algunos autores las valoran como un paso intermedio, no obligado, en el desarrollo de algunas formas de carcinoma in situ de grado bajo, de neoplasia lobulillar y carcinoma invasivo, en particular la variante tubular.

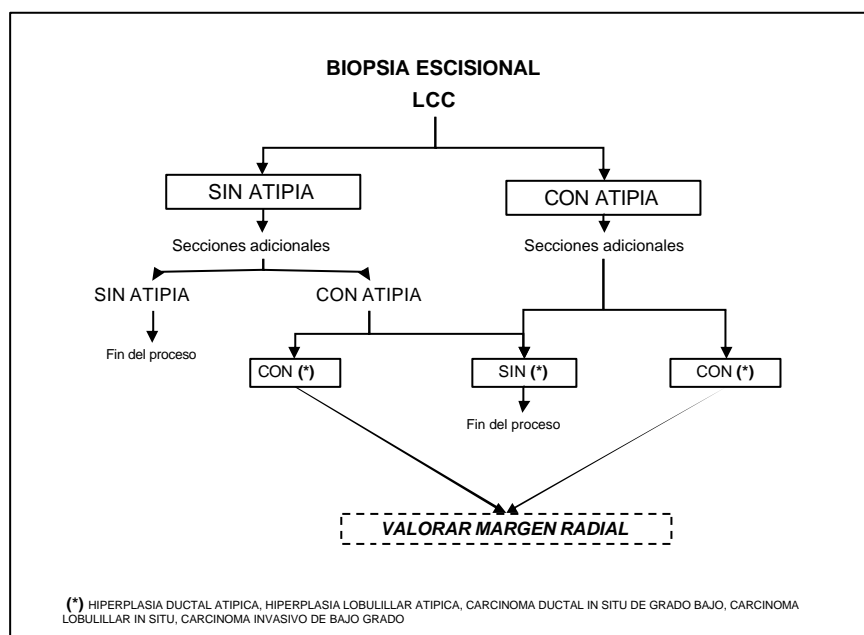
Este tipo de alteraciones suelen descubrirse en mamografías ya que con frecuencia se presentan con microcalcificaciones, ocupando el quinto lugar del ranking de hallazgos patológicos asociados a microcalcificaciones después del cambio fibroquístico, fibroadenoma, carcinoma in situ de grado bajo y adenosis esclerosante.

Existen datos en la literatura que muestran que este tipo de calcificaciones en las LCC no son diferentes de las que se presentan en carcinoma in situ de bajo grado o en la hiperplasia ductal atípica.

Hay autores que han encontrado estrecha proximidad geométrica de estas LCC con proliferaciones ductales pre-malignas, y concluyen que las LCC con atipias son una fase temprana en la vía del desarrollo del carcinoma in situ de bajo grado y de la neoplasia lobulillar.

## Resultados

Durante dos años hemos estudiado, siguiendo el algoritmo de trabajo adjunto, 91 biopsias escisionales guiadas por arpón:



De las 91 biopsias escisionales guiadas por arpón, con informe radiológico BI-RADS 4, concluimos que 39 casos (42,8%) presentaban lesiones de células columnares cuya imagen radiológica fue:

- ✍ 25 casos (64%) con microcalcificaciones.
- ✍ 3 casos (7%) con distorsión del parénquima.
- ✍ 11 casos (29%) con patrón mixto.

En el grupo de las microcalcificaciones encontramos las siguientes morfologías

- ✍ De tipo amorfo 13 casos (52%).
- ✍ De tipo pleomórficas finas 9 casos (36%).
- ✍ De tipo redondo 3 casos (12%).

Los resultados histológicos de los 39 casos de lesiones de células columnares indican la siguiente distribución:

- ✍ 22 casos (57%) sin atipias.
- ✍ 17 casos (43%) con atipias, de éstos, 4 casos (24%) estaban asociados a cáncer correspondiendo:
  - 3 carcinomas in situ de grado bajo.
  - 1 carcinoma lobulillar in situ.

## **Conclusiones**

De los 91 casos objeto de análisis podemos concluir que:

- ✍ El 43% de las biopsias escisionales – arpón presentaban lesiones celulares columnares de la mama. El 64% de estas alteraciones mostraban microcalcificaciones, que en el 52% de los casos eran de tipo amorfo.
- ✍ No existían diferencias radiológicas de las calcificaciones presentes en las LCC de las que se observaron en la hiperplasia ductal atípica y en el carcinoma ductal in situ de grado bajo.

Para el estudio de las LCC, utilizamos la clasificación modificada de SCHNITT, aunque la mayor reproducibilidad se obtiene separando las LCC en dos grandes grupos basados en la presencia o no de atipias.

De los 39 casos que presentaban lesiones de células columnares, 17 de ellos (43%) presentaban atipia, de este porcentaje, 4 casos (24%), se asociaron a carcinomas:

- ✍ 3 Carcinoma intraductal de bajo grado.
- ✍ 1 Carcinoma lobulillar in situ.

Partiendo del esquema de clasificación de las proliferaciones intraductales de la OMS (2002), nuestra unidad ha incorporado a la misma las lesiones de células columnares (LCC) siguiendo esta distribución:

- ✍ LCC sin atipias.
- ✍ LCC con atipias:
  - En epitelio plano ..... DIN-1A
  - En epitelio no plano ..... DIN-1B
- ✍ Carcinoma ductal in situ de bajo grado ..... DIN- 1C

### **Bibliografía recomendada**

1. Aranda F.I, Peiró G, Alenda C. Lesiones de células columnares y atipia epitelial plana de la mama. Rev Esp Patol (2006); 39: 81-85.
2. Dabbs DJ, Carter G, Funge M, et al. Molecular alterations in columnar cell lesions of the breast. Modern Pathology (2006); 19: 344-349.
3. Fraser JL, Raza S, Chorny K, et al. Columnar Alteration With Prominent Apical Snouts and Secretions. A Spectrum of Changes Frequently Present in Breast Biopsies Performed for Microcalcifications. Am J Surg Pathol (1998); 22: 1521-1527.
4. Kim MJ, Kim E-K, Oh KK, et al. Columnar cell lesions of the breast: Mammography and US features. Eur. J. Radiol, (2006); 264-269.
5. Nasser SM. Columnar cell lesions: current classification and controversies. Semin Diagn Pathol. (2004); 21: 18-24.
6. O'Malley FP, Mohsin SK, Badve S, et al. Interobserver reproducibility in the diagnosis of flat epithelial atypia of the breast. Modern Pathology (2006); 19:172-179.
7. Oyama T, Iijim K, Takei H, et al. Atypical cystic lobule of the breast: an early stage of low grade ductal carcinoma in – situ. Breast Cancer (2000); 7: 326-331.
8. Schnitt SJ, Vincent – Salomon A. Columnar cell lesions of the breast. Adv Anat Pathol. (2003); 10: 113-124.
9. Simpson PT, Gale T, Reis Filho JS, et al. Columnar cell lesions of the breast: The Missing Link in Breast Cancer Progression?. A Morphological and Molecular Analysis. Am J Surg Pathol (2005); 29: 734-746.