

COMPORTAMIENTO DE LESIONES PAPILARES DE LA MAMA. UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO ONCOLÓGICO

WLADIMIR JOSÉ VILLEGAS RODRÍGUEZ¹

JOSEPMILLY PEÑA-COLMENARES²

OSAMA BAHASAS-ZAKY³

GINO BIANCHI⁴

BEHAVIOR OF PAPILLARY BREAST LESIONS. A DECADE OF EXPERIENCE IN AN ONCOLOGY CENTER

RESUMEN

Las lesiones papilares de la mama constituyen una patología infrecuente, cuya heterogeneidad clínica, radiológica y patológica representan un verdadero reto diagnóstico y terapéutico, para los especialistas dedicados a la mastología. Objetivo: Analizar las características clínicas, histopatológicas, imagenológicas y tratamiento de las lesiones papilares de mama tratadas en el servicio de Patología Mamaria del Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales desde enero 2010 hasta diciembre 2022. Métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo transversal. Resultados: La edad promedio fue 55 ± 13 años, el síntoma más frecuente es el nódulo palpable (61,8 %). El 47,6 % se clasificó BIRADS 0 en mamografía con tamaño promedio de $22,1 \pm 16$ mm., siendo el nódulo el hallazgo más común (59,6 %). En sonografía el 38,3 % fueron lesiones heterogéneas, 51,7 % márgenes circunscritos en el 51,7 %, hipocogénicas en un 50,6 %, y tamaño promedio de $21,1 \pm 16$ mm. La concordancia estadística entre el reporte histológico en la biopsia con aguja de corte y su correlación con la biopsia definitiva mediante prueba de Kappa fue 0,055 ($P = 0,098$), demostrando una mala correlación entre el método diagnóstico y el resultado histológico definitivo. La tasa de sobre estimación fue de 5,6 % y la tasa de sub estimación correspondió al 23,6 %. Conclusión: Las lesiones papilares de mama son infrecuentes, caracterizadas por heterogeneidad clínica, imagenológica e histológica. No existe comportamiento clínico, hallazgos radiológicos ni histológicos que puedan predecir de forma prequirúrgica, las características anatomopatológicas de las lesiones papilares de mama.

Palabras clave: Lesiones papilares, carcinoma papilar, subestimación, sobre estimación, actualización histológica

ABSTRACT

Papillary lesions of the breast are an uncommon pathology, whose clinical, radiological, and pathological heterogeneity represents a real diagnostic and therapeutic challenge for specialists dedicated to mastology. Objective: To analyze the clinical, histopathological, imaging characteristics, and treatment of the papillary lesions of the breast treated at the Surgical Breast Department at the Oncological Hospital Service of the Venezuelan Institute of Social Security from January 2010 to December 2022. Methods: retrospective, cross-sectional, descriptive, non-probabilistic study. Results: The average age was 55 ± 13 years, and the most common symptom is a palpable nodule (61.8%). 47.6% were classified as BIRADS 0 on mammography with an average size of 22.1 ± 16 mm, with the nodule being the most common finding (59.6%). In sonography, 38.3% were heterogeneous lesions, 51.7% had circumscribed margins, 50.6% were hypoechoic, with an average size of 21.1 ± 16 mm. The statistical agreement between the histological report in the core needle biopsy and its correlation with the final biopsy using the Kappa test was 0.055 ($P = 0.098$), demonstrating a poor correlation between the diagnostic method and the definitive histological result. The overestimation rate was 5.6% and the underestimation rate was 23.6%. Conclusion: Papillary breast lesions are uncommon, characterized by clinical, imaging, and histological heterogeneity. There is no clinical behavior, radiological findings, or histological features that can preoperatively predict the pathological characteristics of papillary breast lesions.

Key words: Papillary lesions, papillary carcinoma, underestimation, overestimation, histological update

1. Médico Cirujano UNERG. Cirujano General Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo - UCV. Cirujano Oncólogo UCV. Adjunto servicio Patología Mamaria Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Instructor Clínica Quirúrgica C Escuela de Medicina José María Vargas UCV. Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas - Venezuela wladimirvillegas@gmail.com
2. Médico Cirujano UCV. Cirujano General Hospital Dr. Domingo Luciani - UCV. Cirujano Oncólogo UCV. Jefa de Servicio del servicio Patología Mamaria Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas - Venezuela
3. Médico Cirujano ULA. Cirujano General IHULA = ULA. Cirujano Oncólogo UCV. Adjunto servicio Patología Mamaria Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Instructor Clínica Quirúrgica B Escuela de Medicina José María Vargas UCV. Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas - Venezuela
4. Médico cirujano UCV. Anatomía patólogo UCV. Ex jefe de servicio Anatomía Patológica Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Profesor jubilado del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad Central de Venezuela. Laboratorio BPO Clínica Santa Sofía. Caracas - Venezuela

Recepción: 21/01/2026

Aprobación: 05/05/2026

DOI: 10.48104/RVC.2026.79.1.14

www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilares de la mama (LPM) representan entre 1% al 4% de todas las lesiones de las biopsias con aguja gruesa de mama (BAG).⁽¹⁾ Tanto los hallazgos clínicos como los radiológicos, según los diversos estudios disponibles, aunque aportan hallazgos variados, ninguno permite diferenciar entre LPM benignas de las malignas.^(2,3)

Desde el punto de vista histológico, estas lesiones poseen morfología superpuesta e incluso pueden coexistir cambios diversos en una misma lesión, haciendo difícil su diagnóstico histológico preciso pre operatorio, y en ocasiones, hasta post operatorio.^(4,5) Aunado a esto, se ha informado en la literatura que hasta en 34 % de las lesiones papilares de aspecto benigno, suele coexistir un componente de malignidad en el tejido vecino a una zona benigna.^(2,6)

Ante la inexistencia de características clínicas o imagenológicas y la heterogeneidad intralesional histopatológica, que permitan establecer criterios de benignidad o malignidad de forma preoperatoria⁽²⁾, se ha desarrollado el término "actualización histológica" ("histological upgrade"), éste se refiere a la divergencia entre el diagnóstico histológico pre operatorio y post operatorio⁽⁷⁻⁹⁾. Esta tasa de actualización histológica (TAH) puede variar ampliamente, siendo reportados resultados que van desde el 0% hasta el 72%^(8,10), sin que existan hasta la fecha criterios ni características bien establecidas para optimizar la tasa de sobre ni sub estimación, y así predecir con certeza si la LPM es benigna (LPMB) o maligna (LPMM).

Por todo esto se plantea como objetivo principal del presente estudio: Analizar las características clínicas, histopatológicas, imagenológicas y tratamiento de las lesiones papilares de mama tratadas en el servicio de Patología Mamaria del Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (SOH IVSS) desde Enero 2010 hasta Diciembre 2022.

Como objetivos secundarios se han propuesto: 1) Precisar la tasa de subestimación histológica de las lesiones papilares de la mama. 2) Estimar la tasa de discrepancia histológica entre biopsias diagnósticas y terapéuticas. de las lesiones papilares de la mama. 3) Determinar la tasa de recurrencia en las paciente con lesiones papilares malignas de la mama.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva. Se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes de LPM y/o carcinoma papilar de la mama, tratadas y con seguimiento en el SOH IVSS, entre enero 2010 y diciembre 2015.

Población y muestra

Se incluyeron pacientes femeninas, mayores de 18 años, con diagnóstico de LPM y/o carcinoma papilar de la mama (papiloma intraductal, papilomas periférico o múltiples, papilomas con hiperplasia ductal atípica o carcinoma ductal in situ, carcinoma

papilar intraductal, carcinoma papilar enquistado o intraquistico no especial y carcinoma papilar sólido) con revisión institucional y por patólogo foráneo, tratadas quirúrgicamente u observadas en el Servicio de Patología Mamaria (SPM) del SOH IVSS, en el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre 2022.

Se identificaron un total de 196 pacientes con diagnóstico de LPM, de éstas 31 historias clínicas no se encontraron o estaban incompletas, 19 no acudieron a seguimiento, 57 no cumplieron con los criterios de inclusión (femeninas, mayores de 18 años, cirugía realizada en SPM del SOH IVSS, acudir a control por al menos 2 años seguidos, revisión institucional por anatomía patológica y médico anatomopatólogo foráneo). Se revisaron las 89 historias que si cumplieron criterios de inclusión e historia clínica completa.

Fuente de datos y variables

Los datos se recolectaron mediante la aplicación de un instrumento aplicado a las historias clínicas; registrando variables las variables siguientes edad, síntomas (motivo de consulta), tamaño tumoral, densidad mamaria y hallazgos en mamografía, características ecográficas (composición, efecto Doppler, dilatación ductal, reforzamiento acústico posterior, márgenes, caracterización, tamaño de la lesión y el tejido fibroglandular), correlación entre el diagnóstico mediante biopsia aguja de corte y biopsia definitiva (pieza quirúrgica), resultado de biopsia definitiva, tipo de cirugía realizada, fenotipo de los carcinoma, la existencia de recaída, lugar y tratamiento de éstas.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS/PC (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 20.0. Se realizó estadística descriptiva, elaborando tablas y gráficas de las variables estudiadas.

Para las variables cualitativas se registró su frecuencia y porcentajes y para las variables cuantitativas, se calculó su media aritmética, moda, valor máximo y mínimo y la desviación típica. Se elaboraron tablas de contingencia para las variables cualitativas y se compararon mediante la prueba de Chi Cuadrado (χ^2); en caso de variables cuantitativas su comparación fue a través de la prueba de t de Student y/o prueba de Kappa.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del SOH IVSS, asegurando tanto el anonimato de las pacientes, como la confidencialidad de los datos, en consonancia con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se incluyeron 89 pacientes con diagnóstico LPM, tratados en el SPM del SOH IVSS entre enero 2010 – 2022. La edad promedio de estas pacientes fue de 55 ± 13 años (rango: 22 – 88 años). El síntoma más frecuente fue la detección de un

nódulo al autoexamen, el cual constituyó el 61,8 %, seguido de telorrea espontánea en el 21,3 %. Se debe destacar que el 13,5 % fueron referidas a nuestro servicio por hallazgos mamográficos patológicos, en ausencia de sintomatología o hallazgos clínicos. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes según lesiones papilares en mama. Características basales de la muestra

VARIABLES	N	%
n	89	100
Edad (años)(*)	55 ± 13 (22 - 88)	
Síntomas		
Nódulos	55	61,8
Eccema	1	1,1
Telorrea	19	21,4
Mamografía	12	13,5
Mastalgia	2	2,2

La clasificación mamográfica (BIRADS) más frecuente en nuestras pacientes fue BIRADS 0, en 47,6 % de los casos. El tamaño promedio de la lesión o tumor, desde el punto de vista de mamografía, fue 22,1 ± 16 mm (rango: 4,0 - 85 mm). El hallazgo mamográfico más frecuente fue el nódulo en el 59,6 % casos, seguido de las microcalcificaciones en el 33,7 % de las pacientes. Respecto a la distribución del tejido fibroglandular, fue reportado en el informe solamente 85,4 % de los casos, siendo el patrón dominante en 36 % de los casos, ACR B o C. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes según hallazgos mamográficos

VARIABLES	n	%
Clasificación BIRADS		
BIRADS 0	40	47,6
BIRADS 1	3	3,6
BIRADS 2	4	4,8
BIRADS 3	3	3,6
BIRADS 4	21	25
BIRADS 5	13	15,4
Tamaño tumoral (*) (mm)	22,1 ± 16 (4 - 85)	
Microcalcificaciones	30	33,7
Nódulo M	53	59,6
Ectasia ductal	1	1,1
Tejido fibroglandular		
No reportado	13	14,6
ACR A	19	21,3
ACR B-C	32	36
ACR D	25	28,1

Al describir las características ecográficas de las lesiones analizadas, los hallazgos dominantes fueron lesiones mixtas o heterogéneas en el 38,3 % de los casos. En cuanto a los márgenes de estas lesiones, el 51,7 % y el 38,2 % fueron descritos como circunscritos e indistintos, respectivamente. El 50,6 % de las lesiones fueron hipoeecogénicas. El tamaño ecográfico medio de la lesión fue 21,1 ± 16 mm. Al evaluar el efecto Doppler en las LPM, en el 41,5 % de los casos no fue reportado la presencia o ausencia de éste. En los casos descritos el 33,7 % se reportó efecto Doppler negativo.

Otros hallazgos ecográficos, como la presencia de dilatación ductal fueron observada en el 14,6 % de los estudios, mientras que, el reforzamiento acústico posterior estuvo presente 49,5 % de los casos. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes según hallazgos ecográficos

VARIABLES	n	%
Lesión ecográfica		
Sin lesión	12	13,6
Sólida	24	26,7
Quística	19	21,4
Heterogénea	34	38,3
Efecto Doppler		
Positivo	22	24,8
Negativo	30	33,7
No reportado	37	41,5
Dilatación ductal		
Positivo	13	14,6
Negativo	57	64
No reportado	19	21,4
Reforzamiento acústico posterior		
Positivo	22	24,7
Negativo	44	49,5
No reportado	23	25,8
Características ecográficas		
Hiperecogénica	15	16,9
Hipoecogénica	45	50,6
Isoecogénica	16	17,9
No reportado	13	14,6
Bordes ecográficos		
Mal definidos	34	38,2
Bien definidos	46	51,7
No reportado	9	10,1
Tamaño tumoral (*) mm	22,1 ± 16 (4 - 85)	
(*) Media ± desviación estándar (mínimo - máximo)		

Mediante la prueba de Kappa se evaluó estadísticamente la concordancia entre el reporte histológico en la biopsia diagnóstica obtenida con aguja de corte (en nuestro estudio el 100 % se realizaron con aguja gruesa y guiadas por ecasonografía) y su correlación con la histología quirúrgica o biopsia definitiva, obteniendo una concordancia kappa = 0,055 (P = 0,098). Ésta se considera una concordancia pobre, lo cual se interpreta como una mala correlación entre el método diagnóstico (biopsia aguja gruesa ecoguiada) para el diagnóstico y el resultado histológico definitivo. Tabla 4.

Tabla 4. Concordancia de hallazgos de biopsia preoperatoria versus biopsia quirúrgica

Biopsia prequirúrgica	Biopsia quirúrgica		Total
	Maligno	Benigno	
Maligno	32	14	46
Benigno	32	10	42
Total	62	24	86

kappa = -0,055 (Error estándar 0,098)

En 5 casos el reporte de anatomía patológica preoperatorio era concluyente para neoplasias malignas, pero al evaluar histológicamente la pieza quirúrgica, el reporte fue concluido como benigno. Estos datos nos permiten calcular una tasa de sobre estimación del 5,6 %; por la contraparte se evidenciaron 21 casos donde la lesión fue considerada benigna según la biopsia prequirúrgica, pero en la evaluación patológica de la pieza quirúrgica, éstas fueron concluidas como lesiones malignas, lo cual concuerda con una tasa de subestimación de las lesiones papilares de un 23,6%.

Valor de kappa	Fuerza de concordancia
< 0,20	Pobre
0,21 - 0,40	Débil
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Buena
0,81 - 1,00	Muy buena

Al evaluar los resultados histológico definitivo de las LPM, en la biopsia quirúrgica, se obtuvo que predominó el carcinoma infiltrante, en un 48,3 % de los casos. De los carcinomas, el más frecuente fue el CPI con 39 casos. Tabla 5.

En el 1,1 % no se evidenció tumor en la pieza quirúrgica, siendo una paciente que se intervino con diagnóstico de papiloma intraductal y se realizó resección centro mamaria (RCM). El 4,6%

Tabla 5. Resultado de biopsia definitiva

Variables	n	%
Biopsia quirúrgica		
Benigno	26	29,2
Carcinoma infiltrante	43	48,3
Carcinoma in situ	15	16,8
Sin lesiones	1	1,1
No operadas	4	4,6
Inmunohistoquímica		
Luminal A	25	43,1
Luminal B	20	34,5
Her2	4	6,9
Triple negativo	7	12,1
No reportado	2	3,4

no fue intervenida, en 2 casos fueron pacientes metastásicas y 2 casos pacientes con LPMB y se decidió observación.

Según los resultados de inmunohistoquímica (IHO), el fenotipo tumoral más frecuente fue el Luminal A en el 43,1 % de los casos, así mismo, todos los casos Luminal B (34,5 %) se clasificaron por un índice Ki67 igual o superior al 20 %, ningún caso expresó receptores hormonales y HER2 +. En 2 casos no se realizó IHO.

Al analizar el tratamiento quirúrgico realizado a las pacientes con LPM, en el 61,6% de los casos se realizó cirugía preservadora (CP) de la mama; siendo los procedimientos preservadores realizados: tumorectomía con márgenes oncológicos, RCM, resección del CAP y biopsias radio quirúrgicas de lesiones no palpables. Es importante destacar, que en el contexto de pacientes con diagnóstico lesiones infiltrantes sometidas a CP, se indicó y realizó BGC en 13 casos y DA en 6 casos. Tabla 6.

La mastectomía radical (MRM) se realizó en el 22,5% y la mastectomía total (MT) con biopsia de ganglio centinela (BGC) 12,2%

Por su parte la reconstrucción inmediata se realizó solamente en el 2,2 % de los casos, siendo una paciente sometida a MT con biopsia de ganglio centinela (BGC) y una paciente sometida a MRM, ambas por carcinoma infiltrante.

En las pacientes quienes ameritaron tratamiento adyuvante citotóxico, el esquema más común fue Adriamicina Ciclofosfamida / Taxanos, en un 19,2 % de los casos. El número de ciclos de quimioterapia fueron 6 (rango: 4 – 18 ciclos). En 56 casos (62,9 %) tuvieron indicación de RTE y 45 (50,6 %) cumplieron adyuvancia con bloqueantes hormonales. Tabla 6

Durante el seguimiento se evidenció un período libre de enfermedad (PLE) del 92,2 %, solo se evidenciaron recurrencias en 8 casos, lo que equivale a una tasa de recaída del 8,9 %. En 3 casos correspondieron a LPMB y recayeron en mama ipsilateral con CPIS. De los CPM, 2 presentaron recaída ósea.

Tabla 6. Distribución de pacientes según variables de tratamiento

Tipo de cirugía	n	%
Observación	4	4,6
CP	55 (16,85%)	61,7
MT	10 (11,23%)	11,2
MRMM	20 (22,47%)	22,5
Quimioterapia		
Sin indicación	57 (64,04%)	64
AC/T	17 (14,60%)	19,2
AC	11 (5,61%)	12,3
CAF/T	2 (2,24%)	2,3
CAF	1 (1,12%)	1,1
CMF	1 (1,12%)	1,1
Radioterapia		
Sin indicación	33	37,1
Si	30	33,7
No	26	29,2
Bloqueo Hormonal		
Sin indicación	31	34,8
Si	45	50,6
No	13	14,6

DISCUSIÓN

En nuestra investigación las LPM representaron el 5% de todos los casos de patología mamaria tratados en nuestro servicio entre los años 2010 – 2022, lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios, en los cuales representan hasta el 10 % de la patología mamaria benigna y el 2 % de todos los CM (6); y aunque entre el 56,5 % y 62,6% de las pacientes suelen ser asintomáticas (11), nuestra investigación difiere de estos datos, ya que el 85,7 % fueron sintomáticas, siendo los hallazgos cardinales el nódulo palpable y la telorrea / telorragia, en el 58,9% y 23,3%, respectivamente.

Otro elemento esencial para el diagnóstico y caracterización de las LPM, son las características radiológicas y se han propuesto como elemento clave para discernir entre lesiones benignas y malignas. Sin embargo; hasta la fecha no se ha logrado establecer una relación entre las características de la clasificación BIRADS (mamográfica ni ecográfica), con la probabilidad de estimar el resultado histológico de malignidad de la lesión (7,11,12).

En nuestra investigación el 39,4 % de los hallazgos mamográficos y el 32,2% de los ecográficos fueron concluidos sospechosos para malignidad (BIRADS 4 o 5), en concordancia con los datos de la investigación de Li X, *et al.* (12), quienes reportaron el 32 % de las LPM como BIRADS 4 y solo hubo evidencia ecosonográfica de lesiones intraductales sospechosas en el 32,3 %. En el presente trabajo, múltiples características

ecográficas se analizaron y ninguna fue capaz de predecir la existencia de neoplasias malignas. Se debe resaltar que, en promedio, en el 22,7 %, de los casos no se describió alguna característica ecográfica, lo cual puede ser un factor limitante para establecer una relación entre éstas y la estimación del carácter maligno o no de la lesión.

La RMN evalúa con precisión tanto la extensión de la lesión como la neovascularización, permitiendo así estratificar su probabilidad de malignidad y en simultáneo decidir la extensión de la resección (13). En nuestro estudio se realizó RMN en el 1,8% de los casos.

Ha sido bien establecido que hasta en un tercio de las LPM puede existir discordancia entre la biopsia diagnóstica y el resultado histológico definitivo, lo que sugiere que hasta la fecha no se ha identificada una cualidad única que permita predecir esta correlación. Tal discrepancia ha sido atribuida a la amplia variabilidad de características clínicas, radiológicas e histológicas de las LPM, así como al muestreo insuficiente con la BAG para su diagnóstico pre quirúrgico. (6,7,8,9,13).

La relevancia de establecer las características que puedan ayudar a discernir de forma pre operatoria entre una LPMB y una LPMM, radica en que reducirían las tasas AH (sub o sobre estimación), y permitiría optimizar las estrategias terapéuticas en el contexto de las LPM. (7-9).

En nuestro estudio, la tasa de actualización histológica para las BAG de diagnóstico preoperatorio, fue de 23,6 %, muy superior a lo evidenciado por Sung Mo Moon *et al.* (8), quienes demostraron una tasa histológica del 0 % para LPM sin atipias en las BAG, y 11,4 % cuando se asociaba atipias. Qiu *et al.* (14) describe una tasa del 0 % de actualización para papilomas benignos. Por otra parte, Armes J *et al.* (10), señalaron que la tasa de actualización histológica aumentó al 72 % cuando se relacionaba con la presencia de atipias en la biopsia pre quirúrgica, factor que no fue analizado en nuestra investigación.

Con el objeto de disminuir la discordancia histológica de las LPM, se ha planteado la utilidad de las biopsias con aguja corte al vacío (BAV), las cuáles tienen tasas de precisión diagnóstica entre el 98 % al 100 %; permitiendo la resección de lesiones de hasta 15mm (15). Aunque en nuestra experiencia no se realizó alguna BAV, se han documentado estudios que confirman las capacidades tanto diagnóstica como terapéuticas de este método, con tasas de falsos negativos y actualización histológica de 0 %. La relevancia e impacto del uso de la BAV radica en que las tasas de re escisión o necesidad de cirugía se reduce drásticamente en el contexto de LPM, sin embargo; se requieren estudios con mayores períodos de seguimiento (12,16,17).

Otra herramienta que se ha intentado estandarizar para el análisis de las LPM es el uso de marcadores de IHC y así diferenciar las LPM de CM. Por ejemplo, la expresión de RE combinados con la ausencia de citoqueratinas de alto peso como las CK5/6, pueden sugerir HDA o CDIS, mientras que la expresión de P63, calponina o miosina orientan al diagnóstico de LPM. Se ha demostrado que en las LPM los RH son fuertemente expresados, sin sobre

expresión del Her2neu. Se debe resaltar que el uso de estos marcadores para el diagnóstico diferencia de LPMB o LPMM aún no ha sido estandarizado, y la resección quirúrgica sigue siendo recomendada. ^(14,18,19).

En nuestra población la IHQ no fue usada para establecer dicha diferencia entre las LPMB y LPMM; solamente se utilizó como factor pronóstico y predictivo en los casos de carcinoma, siendo los RH expresados en el 77,6 % de nuestras pacientes, sin sobre expresión del Her2neu, lo cual es concordante con lo reportado en otros estudios ⁽¹⁴⁾. En 4 casos, el Her2 fue indeterminado, sin embargo, no se pudo realizar prueba de hibridación por inmunofluorescencia in situ (FISH).

Hasta la fecha, la cirugía constituye el tratamiento de elección hasta para las LPM. Y aunque la tasa de afección ganglionar es menor al 1 %, el estadiaje axilar quirúrgico es indispensable, siendo la BGC la indicación para las axilas clínica e imagenológicamente negativas ^(20,21). En nuestro trabajo el 95,5 % de las pacientes fue sometida a un procedimiento quirúrgico, siendo el más frecuente la CP (61,7 %), la BGC se indicó en el 28,1 % de los casos. La observación se ha planteado como alternativa a la escisión quirúrgica en casos seleccionados (BAG con resultado benigno, sin atipias, tamaño < 30mm, edad < 50 años, distancia del CAP > 1 cm), ^(7,8,14); no obstante, esta opción no constituye el estándar y solo se realizó en el 2,2 % de los casos. Estas pacientes se han mantenido en observación sin evidencia de recurrencia.

Finalmente, se ha descrito que las LPM evolucionar con una baja tasa de recurrencia, que algunos autores ubican hasta en 0 % (21), datos inferior a los evidenciados en nuestra investigación, en la cual se constató una tasa de recurrencia del 9,9%, siendo la SG y el PLE superior al 90 %.

CONCLUSIÓN

Las LPM son infrecuentes, se caracterizan por su heterogeneidad clínica, imagenológica e histológica. Basados en nuestros resultados no existe comportamiento clínico, hallazgos radiológicos ni histológicos que puedan predecir con certeza las características anatomopatológicas de las LPM.

RECOMENDACIONES

1. Emplear la BAV para optimizar las tasas de actualización histológica.
2. No hay evidencia suficiente que avale el uso rutinario de la RMN con contraste ni de la IHQ para diferenciar LPMB de las LPMM.
3. Las pautas de tratamiento y seguimiento deben seguir a las descritas para CM no especial.
4. Se sugiere la realización de estudios prospectivos, que incluyan el uso de IHQ, BAV y comparación entre grupos de observación y resección quirúrgica

Limitaciones

1. El carácter retrospectivo, el cual puede determinar sesgos o datos inadecuados.
2. La no disponibilidad de todos los bloques de parafina para la revisión central de las biopsias.
3. Este trabajo se realizó en un centro oncológico, donde el volumen de lesiones benignas es escaso.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES

De acuerdo con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Medicas (ICMJE), los autores declaras sus contribuciones de la siguiente manera:

- Wladimir J. Villegas Rodríguez: Concepción y diseño del estudio, recolección y análisis de los datos, redacción del manuscrito y aprobación final de la versión para su publicación.
- Josepmilly Pena Colmenares: Revisión crítica del contenido intelectual, supervisión académica y aprobación final de la versión para publicación.
- Osama Bashas Zaky: Revisión crítica del contenido intelectual, asesoría metodológica y estadísticas, y aprobación final de la versión para publicación.
- Gino Bianchi: Participación en la discusión de resultados y aprobación final de la versión para publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle W, Degnim A, Gosh K, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(3):229-337.
2. Choi SH, Jo S, Kim DH, Park JS, Choi Y, Kook SH, et al. Clinical and imaging characteristics of papillary neoplasm of the breast associated with malignancy: a retrospective cohort study. *Ultrasound Med Biol*. 2014;40(11):2599-2608.
3. Rodríguez S, Reina-Cubero R, Olea I, Rodríguez A, Fernández S, Moreno P, et al. Semiología radiológica de las lesiones papilares de la mama: ¿benignidad o malignidad? [Internet]. Granada: Sociedad Española de Radiología Médica [SERAM]; 2012 [revisado 23 abril de 2018]. Disponible en: https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=111304&ti=363093&searchkey=#poster2.
4. Tse G, Ni YB, Tsang J, Shao M, Huang Y, Luo M, et al. Immunohistochemistry in the diagnosis of papillary lesions of the breast. *Histopathology*. 2014;65(6):839-853.
5. Ahn SK, Han W, Moon HG, Kim MK, Noh DY, Jung BW, et al. Management of benign papilloma without atypia diagnosed at ultrasound-guided core needle biopsy: scoring system for predicting malignancy. *Eur J Surg Oncol*. 2018;44(1):53-58.

6. Shamonki J, Chung A, Huynh KT, Sim MS, Kinnaird M, Giuliano A. Management of papillary lesions of the breast: can larger core needle biopsy samples identify patients who may avoid surgical excision? *Ann Surg Oncol*. 2013;20(13):4137-4144.
7. Fu C., Chen T., Hong Z., Chan D., Young C., Chen C., Papillary breast lesions diagnosed by core biopsy require complete excision. *EJSO*. 2012;38(11):1029-1035.
8. Moon S, Jung H, Hee Ko, Kim Y, Lee K. Management of clinically and mammographically occult benign papillary lesions diagnosed at ultrasound-guided 14-gauge breast core needle biopsy. *J Ultrasound Med*. 2016;35(11):2325-2332.
9. Jagmohan P, Pool F, Choudary T, Wong J. Papillary lesions of the breast: imaging findings and diagnostic challenges. *Diagn Interv Radiol*. 2013;19(6):471-478.
10. Armes J, Galbraight C., Gray J., Taylor K. The outcome of papillary lesions of the breast diagnosed by standard core needle biopsy within a Breast Screen Australia service. *Pathology*. 2017;49(3):267-270.
11. Rizzo M, Linebarger J, Lowe M, Pan L, Gabran S, Vasquez L, et al. Management of papillary breast lesions diagnosed on core-needle biopsy: clinical pathologic and radiologic analysis of 276 cases with surgical follow-up. *J Am Coll Surg*. 2012;214(3):280-287.
12. Li X, Gao H, Xu M, Wu Y, Gao D. Breast papillary lesions diagnosed and treated using ultrasound-guided vacuum-assisted excision. *BMC Surgery*. 2020;20(1):204.
13. Ibarra, J. Papillary lesions of the breast. *Breast J*. 2006;12(3):331-345
14. Qui L, Mais D, Nicolas M, Nanyes J, Kist J, Nazarullah A. Diagnosis of Papillary Breast Lesions on Core Needle Biopsy: Upgrade Rates and Interobserver Variability. *Int J Surg Pathol*. 2019;27(7):736-743.
15. Nakano S, Sakamoto H, Ohtsuka M, Mibu A, Sakata H, Yamamoto M. Evaluation and indications of ultrasound-guided vacuum-assisted core needle breast biopsy. *Breast Cancer*. 2007;14(3):292-296.
16. Chang JM, Han W, Moon WK, Cho N, Noh DY, Park IA, et al. Papillary lesions initially diagnosed at ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy: rate of malignancy based on subsequent surgical excision. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(9):2506-2514.
17. Kim MJ, Kim SI, Youk JH, Moon HJ, Kwak JY, Park BW, et al. The diagnosis of non-malignant papillary lesions of the breast: comparison of ultrasound-guided automated gun biopsy and vacuum-assisted removal. *Clin Radiol*. 2011;66(6):530-535.
18. Koo JS, Han K, Kim MJ, Moon HJ, Kim EK, Park BW. Can additional immunohistochemistry staining replace the surgical excision for the diagnosis of papillary breast lesions classified as benign on 14-gauge core needle biopsy? *Breast Cancer Res Treat*. 2013;137(7):797-806.
19. Lakhani S.R., Ellis I.O., Schnitt S.J., Tan P.H., van de Vijver M.J. (Eds.): *WHO classification of Tumours of the Breast*. IARC: Lyon 2012.
20. Ciurea A, Călin A, Ciortea C, Ducea SM. Ultrasound in the diagnosis of papillary breast lesions. *Med Ultrason*. 2015;17(3):392-397.
21. Guo X, Chen L, Lang R, Fan Y, Zhang X, Fu L. Invasive micropapillary carcinoma of the breast association of pathologic features with lymph node metastasis. *Am J Clin Pathol*. 2006;126(5):740-746.