

Lesiones mamarias B3: seguimiento y progresión a carcinoma. Experiencia en nuestro centro.

Ane Zabala Sanz de Galdeano ¹, Olatz Gorriño Angulo¹, Loreto De Llano Ibisate¹, María Udondo González del Tánago¹, Ana Legorburu Piedra¹, Paula Blanco Hernández¹, Ainhoa Urrutia Ortiz de Salazar ¹, Andrés Riaño García¹.

¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

Objetivos

- Evaluar la incidencia de carcinoma en una cohorte de pacientes diagnosticadas de lesiones mamarias de riesgo B3 en nuestro centro, realizando un seguimiento de 6 años.
 - Analizar el tiempo hasta el diagnóstico de carcinoma en estas pacientes.
-

Objetivos

- Valorar las diferencias de riesgo de malignización según el subtipo histológico de lesión B3.
 - Comparar las incidencias observadas en nuestro centro, tanto acumulada como anual, con las incidencias estimadas de cáncer de mama en la población general española en los años de seguimiento (2019–2024).
-

Objetivos

- Identificar la necesidad de protocolos de seguimiento homogéneos y basados en la evidencia.
 - Aportar información relevante para la práctica clínica y el seguimiento de estas pacientes.
-

Material y métodos

- Se ha realizado un estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo.
 - Se han incluido 33 pacientes diagnosticadas de lesiones mamarias B3, en el año 2019 en nuestro centro, y se han seguido durante 6 años (2019-2024).
-

Material y métodos

- Se han recogido datos sobre el tipo de lesión de riesgo B3, el momento y el tiempo hasta el diagnóstico de carcinoma y el subtipo de carcinoma.

Material y métodos

- Se han calculado mediante análisis descriptivos:
 - Incidencia acumulada.
 - Incidencia anual.
 - Incidencia según subtipo de lesión B3.
 - Tiempo medio hasta diagnóstico de carcinoma.
-

Material y métodos

- Incidencia acumulada de carcinoma en la cohorte:
 - De las 33 pacientes 2 han desarrollado carcinomas.
 - Otra de ellas ha desarrollado un angiosarcoma, atribuible a tratamiento radioterápico, con lo que se excluye^[1].
-

Material y métodos

- Incidencia anual de carcinoma en la cohorte:
- La cohorte fue diagnosticada en 2019 de lesiones B3, se ha seguido durante 6 años y se han incluido todos los diagnósticos de carcinoma hasta diciembre de 2024.
-

Material y métodos

- Incidencia según el subtipo de lesión B3:
 - Las lesiones incluidas son: cicatriz esclerosante radial, hiperplasia ductal con atipia, papiloma intraductal y carcinoma lobulillar in situ^[2].
 - Las pacientes que han desarrollado carcinomas estaban diagnosticadas de hiperplasia ductal con atipia y papiloma intraductal.
-

Material y métodos

- Tiempo medio hasta el desarrollo de carcinoma:
- El tiempo hasta el diagnóstico de carcinoma de las 2 pacientes que lo desarrollaron fueron 2 años en la paciente con hiperplasia ductal con atipia y 5 años en la paciente con papiloma intraductal.
-

Material y métodos

- Por último, la incidencia acumulada y la incidencia anual de carcinoma en la cohorte se compararon, de forma descriptiva, con las respectivas incidencias estimadas en la población general española (2019-2024).
-

Resultados

- Incidencia acumulada = $(\text{n}^\circ \text{ carcinomas diagnosticados} / \text{n}^\circ \text{ total pacientes}) \times 100$.
 - Incidencia acumulada = $(2 / 33) \times 100 = 6,06\%$.
-

Resultados

- Incidencia anual = incidencia acumulada / años de seguimiento.
 - Incidencia anual = $6,06 / 6 = 1,01 \%$ / año.
-

Resultados

- Incidencia por subtipo de lesión = $(\text{n}^\circ \text{ carcinomas por subtipo} / \text{n}^\circ \text{ pacientes con ese subtipo}) \times 100$.
 - Cicatriz radial = $0 / 6 \times 100 = 0\%$.
 - Hiperplasia ductal atípica = $1 / 4 \times 100 = 25\%$.
 - Papiloma intraductal = $1 / 20 \times 100 = 5\%$.
 - Carcinoma lobulillar in situ = $0 / 2 \times 100 = 0\%$.
-

Resultados

- Tiempo medio hasta diagnóstico de carcinoma = $\sum \text{tiempo hasta diagnóstico} / n^{\circ} \text{ pacientes}$.
 - Tiempo medio = $(2 + 5) / 2 = 3,5 \text{ años}$.
-

Resultados

- Incidencia acumulada estimada en la población general española en los años 2019 -2024 = 0,9% ^[3, 4].
 - Incidencia acumulada de la cohorte = 6,06%.
-

Resultados

- Incidencia anual estimada en la población general española en los años 2019 -2024 = $0,9 \% / 6 \text{ años} = 0,15 \% / \text{año}$.
 - Incidencia anual acumulada de la cohorte = $6,06\% / 6 = 1,01 \% / \text{año}$.
-

Discusión

- Dos de las pacientes de la cohorte desarrollaron carcinomas, subtipos CDI luminal B y CDI luminal B Her - 2 positivo.
 - Los dos subtipos e inmunohistoquímica más frecuentes en la población general son el CDI luminal A y el CDI luminal B^[5].
-

Discusión

- Tanto la incidencia acumulada en la cohorte (6,06%) como la anual (1,01%) fueron mayores a las estimadas en la población general (0.9%^[3,4] y 0,15% respectivamente) durante el periodo de seguimiento (2019-2024).

Discusión

- La lesión de riesgo con mayor incidencia de carcinoma fue la hiperplasia ductal con atipia.
 - La hiperplasia ductal con atipia es la lesión mamaria B3 que más se asocia con progresión a carcinoma en la literatura^[6].
-

Discusión

- El tiempo medio hasta el diagnóstico (3,5 años) sugiere la necesidad de un seguimiento prolongado, incluso en ausencia de cambios radiológicos iniciales.
-

Discusión

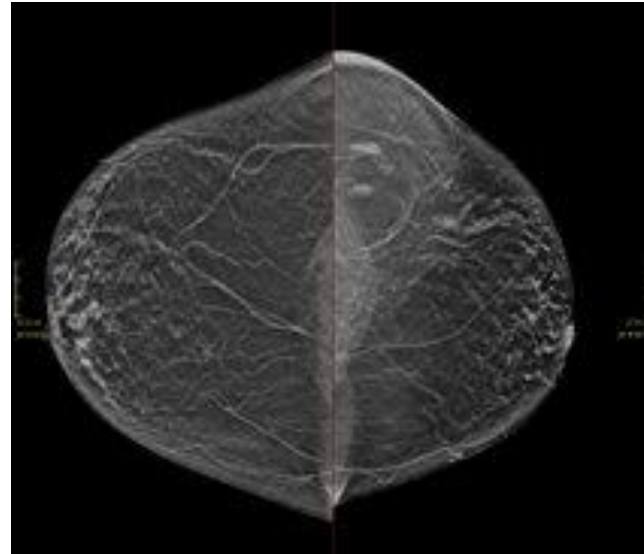
- Debido al pequeño tamaño muestral ($n = 33$) y el bajo número de eventos (2), la potencia estadística del estudio es baja como para establecer diferencias estadísticamente significativas entre subtipos.
-

Discusión

- Caso 1:
- Paciente de 57 años con antecedente de biopsia quirúrgica en ambas mamas por hiperplasia ductal con atipia en 2015 en la mama izquierda y en 2019 la derecha.
-

Discusión

- Mamografía mamaria bilateral 2019:
- Alteración de la arquitectura en cuadrantes superiores de la mama derecha, de nueva aparición.

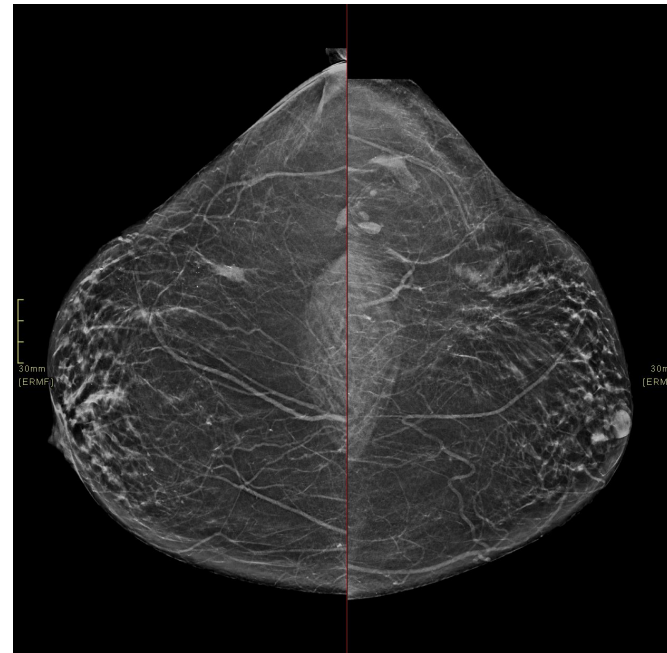


Discusión

- Se realiza biopsia por esterotaxia con resultado histológico de hiperplasia ductal con atipia.
 - Se incluye a la paciente en programa de control anual mediante mamografía.
-

Discusión

- Mamografía de control en 2021:
- Nódulo de contornos oscurecidos en UCE de la mama derecha, de nueva aparición respecto a control de 2020.

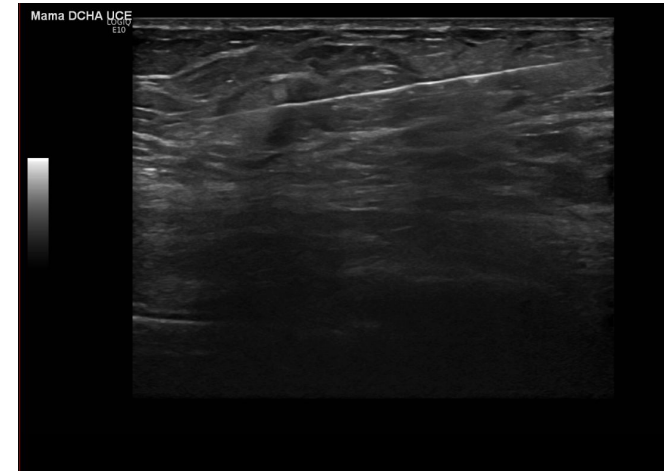
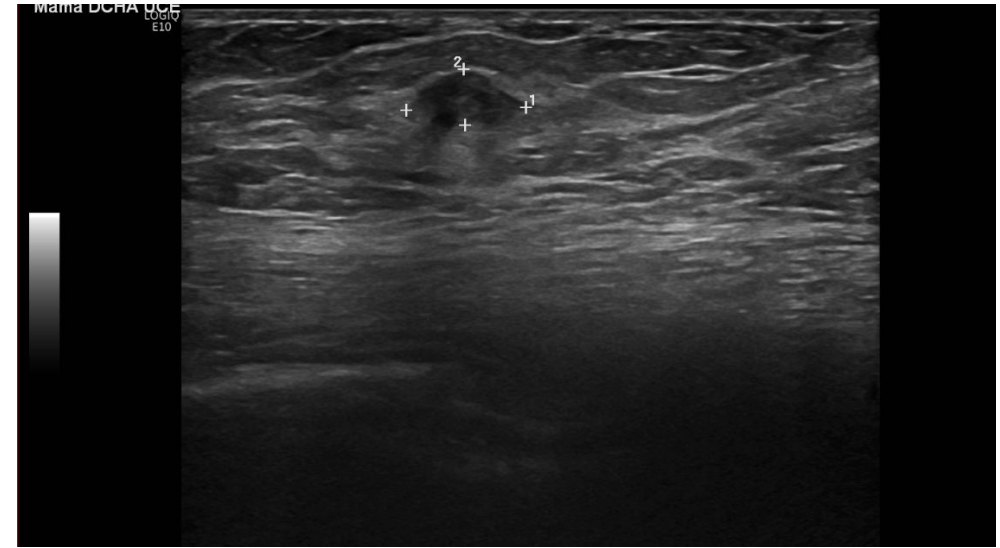


Discusión

- Se completa estudio mediante ecografía dirigida:
- Nódulo hipoecogénico de contornos irregulares de 8,5 x 4 mm en UCE de la mama derecha compatible con nódulo visualizado en estudio mamográfico. BI-RADS 4C.
-

Discusión

- Se realiza biopsia del nódulo.
- El resultado histológico es de carcinoma ductal infiltrante luminal B, Her 2 negativo.



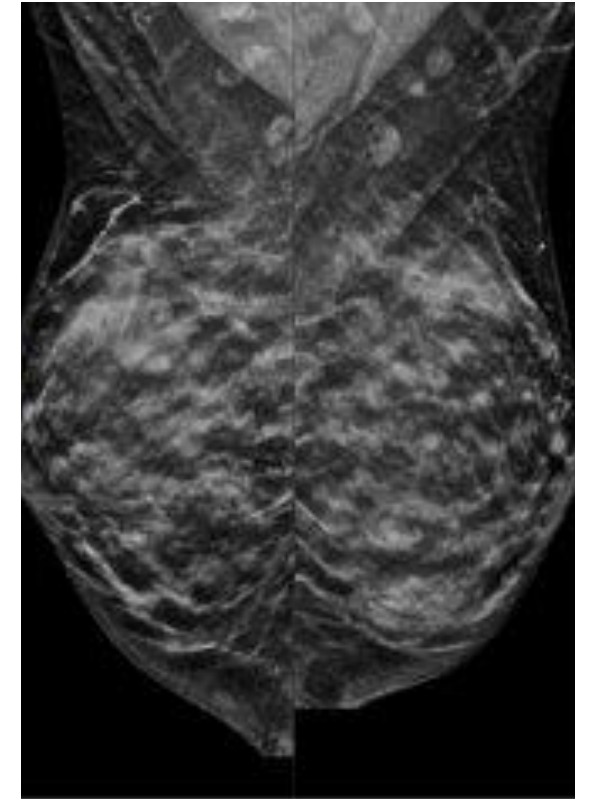
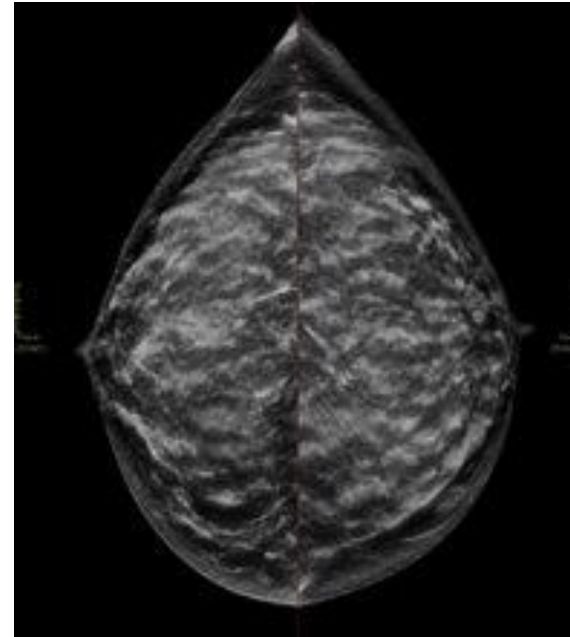
Discusión

- Caso 2:

→ Paciente de 62 años con antecedente de biopsias quirúrgicas en mama derecha por papiloma intraductal.

Discusión

- Mamografía bilateral 2019:
- Distorsión intercuadrántica profunda en mama derecha con presencia de microcalcificaciones, de nueva aparición.

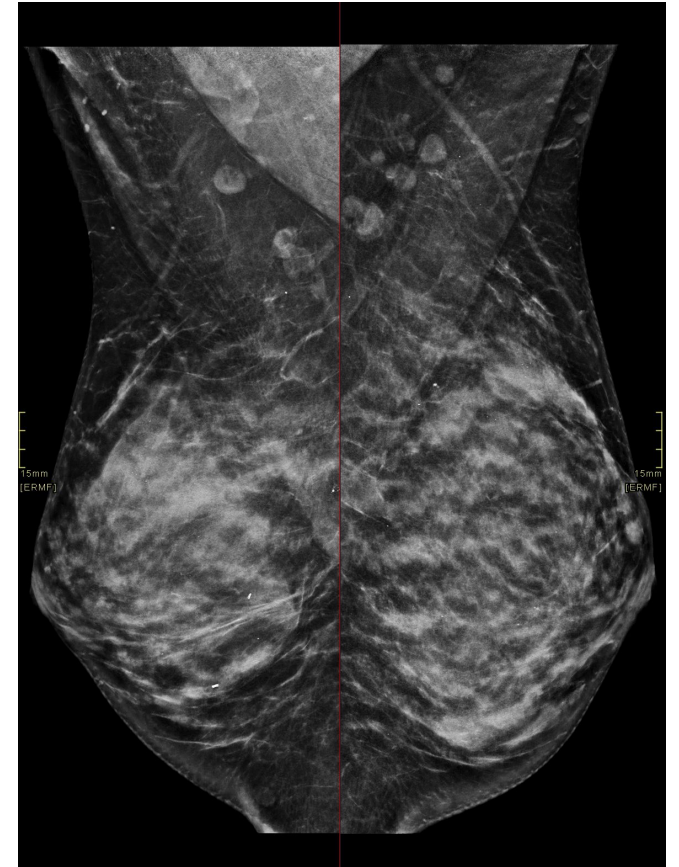
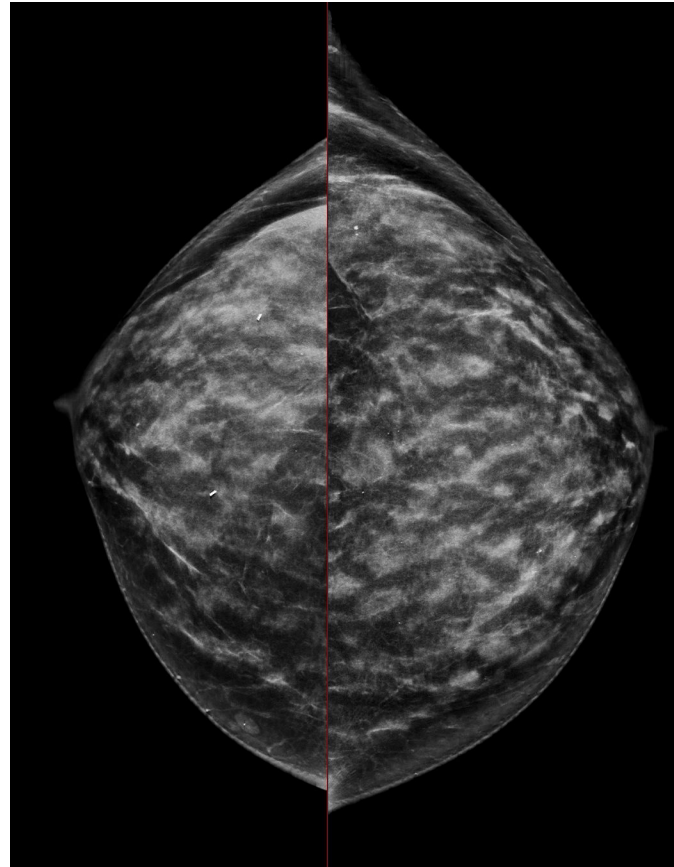


Discusión

- Se realiza biopsia de la lesión mediante esterotaxia con resultado de papiloma intraductal.
 - Se incluye a la paciente en programa de control anual mediante mamografía mamaria.
-

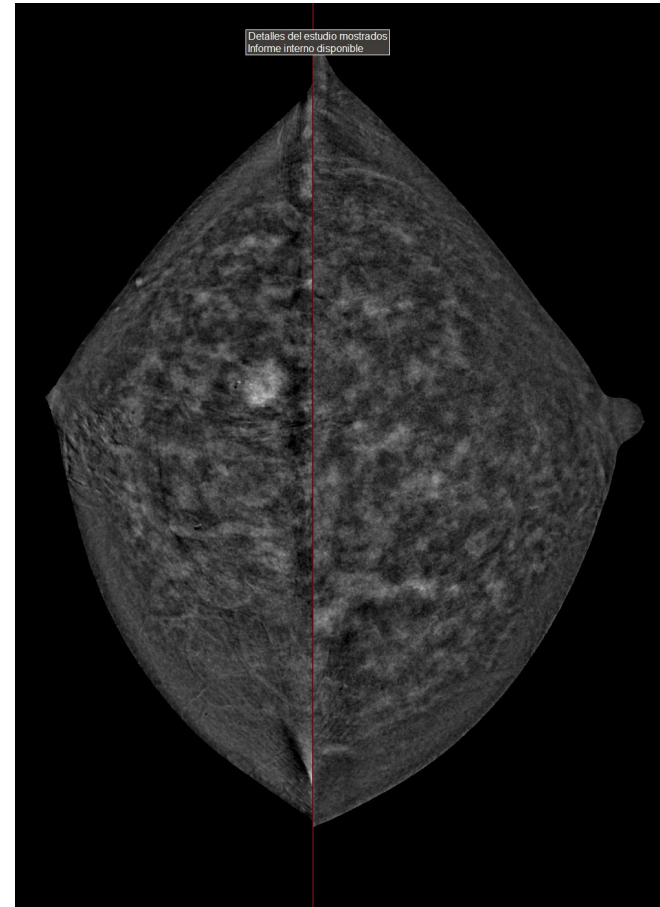
Discusión

- Dada la complejidad se realiza control con mamografía con contraste (2024):



Discusión

- En la región intercuadrántica de la mama derecha se visualiza un nódulo de contornos no circunscritos con intensa captación de contraste.

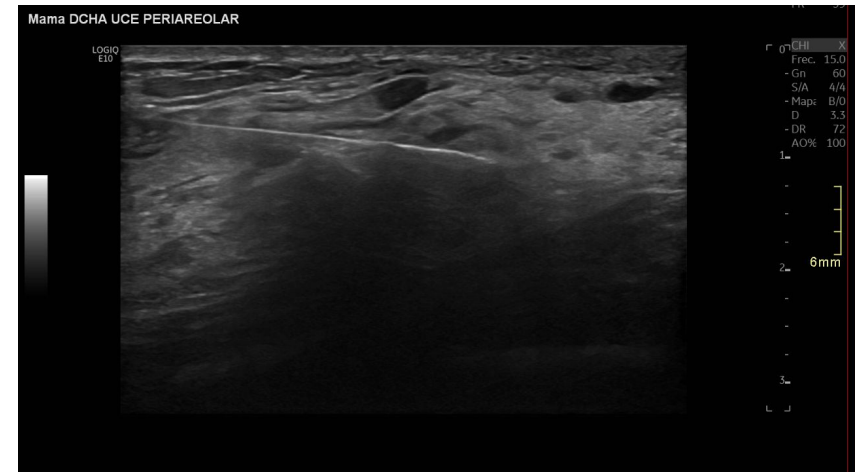
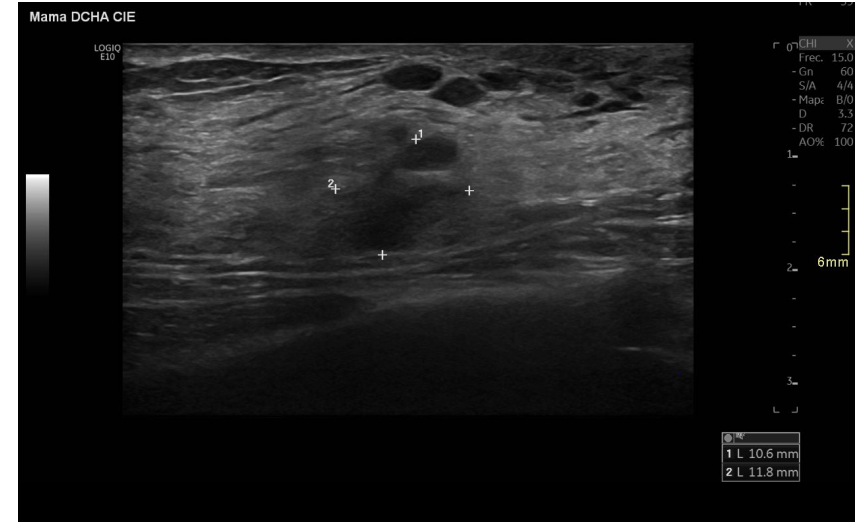


Discusión

- Se completa estudio con ecografía dirigida:
 - Nódulo hipoecoico de contornos irregulares de 10 x 8 mm periareolar hacia UCE, compatible con el hallazgo en mamografía con contraste. BIRADS 4C.
-

Discusión

- Se toma una biopsia del nódulo.
- El resultado histológico es de carcinoma ductal infiltrante luminal B, Her 2 positivo.



Conclusiones

- Las lesiones mamarias B3 presentan un riesgo relevante de progresión a carcinoma.
 - Es necesaria la realización de protocolos de seguimiento homogéneos y basados en la evidencia para un diagnóstico y seguimiento óptimo de las lesiones mamarias B3.
-

Conclusiones

- Los resultados de este estudio ponen en evidencia la necesidad de realizar estudios analíticos con mayor tamaño muestral para aumentar la potencia estadística y confirmar los resultados obtenidos.
-

Referencias

1. Verdin V, Mattart L, Cusumano PG, et al. Angiosarcoma associated with radiation therapy after treatment of breast cancer: retrospective study on ten years. Cancer Radiother. 2021;25(2):114-118.
 2. Santos Blasco M, García Verdú P, García Dosda R, Montoliu Fornás G, Torres García S, Yañez Rodríguez J. Lesiones mamarias B3: diagnóstico, clasificación y estrategias de manejo. SERAM. 2024.<https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10604>
 3. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 16]. Available from: <https://redecan.org/es/noticias/37/redecan-publica-las-estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2024>
-

Referencias

4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia de cáncer en España, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 16]. Available from: <https://stage.redecana.org/storage/documents/b05bfad2-4b48-4519-9f56-6aad911e80b0.pdf>
 5. D'Archi S, et al. Assessing malignant risk in B3 breast lesions. J Clin Med [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 16]. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/1/70>
-