

CARTAS AL DIRECTOR

Tríada de Rosen: carcinoma lobulillar *in situ*, lesiones de células columnares y carcinoma tubular. A propósito de un caso



Rosen's triad: Lobular carcinoma *in situ*, columnar cell lesions and tubular carcinoma. A case report

Sr. Director:

La tríada de Rosen, denominada así en honor a Paul Peter Rosen, es un concepto anatomopatológico que asocia alteraciones de células columnares, carcinoma lobulillar *in situ* y carcinoma tubular. En un análisis de 105 casos de pacientes con carcinoma tubular se vio que 63 de ellos (60%) asociaban carcinoma lobulillar *in situ* (LCIS) o alguna forma de lesiones de células columnares^{1,2}. Estas lesiones son típicamente positivas para receptores de estrógenos y progesterona, y HER2-neu negativas. Estos resultados pueden tener repercusiones clínico-patológicas ante el hallazgo de una de estas lesiones en la biopsia de las lesiones mamarias.

Presentamos el caso de una paciente de 67 años sin antecedentes personales de interés. En la última mamografía de *screening* se detectaron microcalcificaciones, por lo que fue remitida a nuestro centro para realización de una biopsia con aguja gruesa (BAG) de la lesión (figs. 1 y 2).

El resultado de la biopsia mostró un carcinoma lobulillar *in situ*, con áreas de fibroadenomatosis y calcificaciones estromales, sin signos de infiltración en el material remitido.

Dados los hallazgos se programó intervención quirúrgica para tumorectomía guiada por Radioguided Occult Lesion Localization (ROLL) y posterior estudio microscópico de la lesión.

El estudio anatomopatológico de la pieza extirpada mostró el carcinoma lobulillar *in situ* disperso por todo el fragmento, sin alcanzar bordes quirúrgicos (grado histológico I en la escala Nottingham) acompañada de cambios columnares focales adyacentes y un carcinoma infiltrante tipo tubular de 3 × 5 mm, que tampoco alcanzaba los bordes quirúrgicos (estadio pT1a). El estudio molecular fue positivo para receptores hormonales de estrógenos y progesterona, con Ki-67 < 5% y sobreexpresión HER2-neu negativa.

Antes estos nuevos hallazgos, se programó reintervención de la paciente para realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela mediante el método One Step Nucleic acid Amplification (OSNA), que finalmente fue negativa para células tumorales³.

Actualmente, la paciente es seguida en consultas externas con controles clínicos y mamografías anuales.

El carcinoma lobulillar *in situ* es una lesión infrecuente que generalmente supone un hallazgo incidental en una biopsia realizada por otro motivo. Su potencial de malignización es muy bajo, sin embargo, se considera un factor de riesgo para carcinoma infiltrante de mama tanto ipsilateral como contralateral, con un riesgo de cáncer de mama de hasta el doble que la población general. Estudios observacionales han mostrado que el 5-25% de las muestras de carcinoma infiltrante asocian un LCIS^{4,5}, por lo que la recomendación actual ante el hallazgo de un LCIS en la BAG es realizar una biopsia escisional de la lesión para su estudio

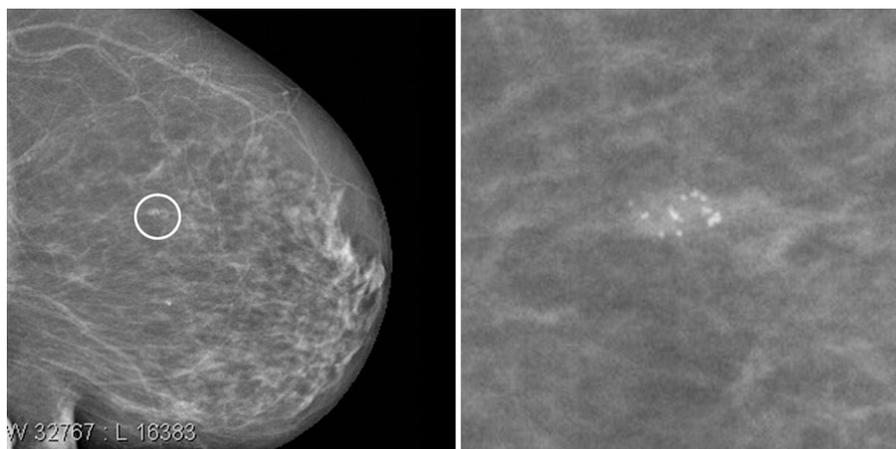


Figura 1 Mamografía y detalle de las microcalcificaciones agrupadas.

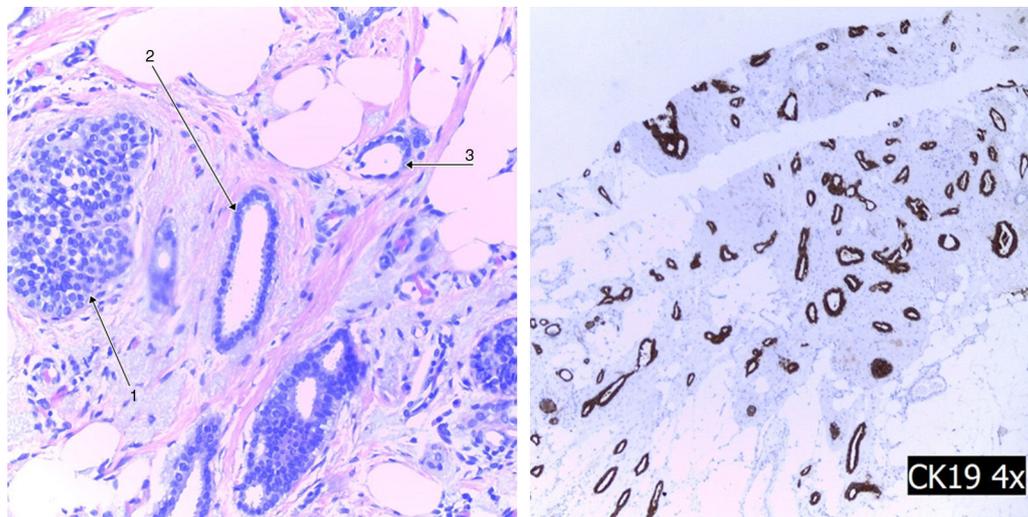


Figura 2 A la izquierda se muestra la tríada de Rosen: LCIS (1), cambios columnares (2) y carcinoma tubular (3). A la derecha se muestra la tinción inmunohistoquímica para citoqueratina-19.

completo. En los casos en que se detecte una lesión maligna debe completarse el tratamiento oportuno.

El hallazgo de lesiones de células columnares también sugiere un aumento del riesgo de cáncer de mama, pero son necesarios más estudios para cuantificar este riesgo y definir una estrategia para su manejo^{6,7}.

Por lo tanto, dado el aumento de riesgo de cáncer de mama en estas pacientes de hasta 2 veces respecto a la población general⁸, se recomiendan un seguimiento más cercano de las pacientes con este tipo de lesiones mediante controles clínicos cada 6-12 meses y mamografías anuales.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Alvarado I, Rubio V, Valencia R. Incidencia de carcinoma lobulillar *in situ*, lesiones de células columnares y carcinoma tubular. Análisis de 105 casos. *Patología*. 2010;48:155-9.
2. Brandt S, Young G, Hoda S. The Rosen triad: Tubular carcinoma, lobular carcinoma in situ, and columnar cell lesions. *Adv Anat Pathol*. 2008;15:140-6.
3. Sullivan T, Raad RA, Goldberg S, Assaad SI, Gadd M, Smith BL, et al. Tubular carcinoma of the breast: A retrospective analysis and review of literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;93:199.
4. Frykberg ER. Lobular carcinoma in situ of the breast. *Breast J*. 1999;5:296.

5. Margenthaler JA, Duke D, Monsees BS, Barton PT, Clark C, Dietz JR. Correlation between core biopsy and excisional biopsy in breast high-risk lesions. *Am J Surg*. 2006;192:534.
6. Boulos FI, Dupont WD, Simpson JF, Schuyler PA, Sanders ME, Freudenthal ME, et al. Histologic associations and long-term cancer risk in columnar cell lesions of the breast: A retrospective cohort and a nested case-control study. *Cancer*. 2008;113:2415.
7. Sudarshan M, Meguerditchian AN, Mesurole B, Meterissian S. Flat epithelial atypia of the breast: Characteristics and behaviors. *Am J Surg*. 2011;201:245.
8. Chuba PJ, Hamre MR, Yap J, Severson RK, Lucas D, Shamsa F, et al. Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma-in-situ: Analysis of surveillance, epidemiology, and end results data. *J Clin Oncol*. 2005;23:5534.

Eduardo Álvarez-Sarrado^{a,*}, Neus Ballester Pla^a, Francisco Ripoll Orts^b y Ana María García^c

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital La Fe, Valencia, España

^b Unidad Funcional de Mama, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital La Fe, Valencia, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardoalvarezsarrado@gmail.com (E. Álvarez-Sarrado).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2016.08.002>
0214-1582/

© 2016 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.