

# Prevalencia de lesiones premalignas y carcinoma oculto en piezas de resección mamaria, estudio retrospectivo a 5 años

## Prevalence of premalignant lesions and occult carcinoma in breast resection specimens, a 5-year retrospective study



Karaman Zato Y.D.

Yassin D. KARAMAN ZATO\*, José María PIQUERAS PÉREZ\*\*, María Ángeles TORRES NIETO\*\*\*  
Celia MIÑÓN SANTAMARÍA\*, Alberto RUIZ MULAS\*, María ANDRÉS CALVO\*\*\*\*

### Resumen

**Introducción y objetivo.** El cáncer de mama es la neoplasia maligna con mayor incidencia y prevalencia mundial (excluyendo tumores cutáneos no melanoma), con cifras crecientes. Por ello, cualquier tejido extraído de la mama, con independencia del motivo, debe ser enviado a estudio anatomopatológico.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de lesiones premalignas y carcinoma oculto en las piezas de resección de mamas intervenidas por motivos no oncológicos durante 5 años en el Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, España.

**Material y método.** Analizamos las piezas de resección mamaria de 253 pacientes sin diagnóstico clínico de cáncer de mama clasificadas previamente en grupos de riesgo teórico creciente de neoplasia asociada, con el objetivo de identificar la prevalencia de lesiones premalignas y carcinoma oculto en nuestra población.

**Resultados.** La prevalencia de lesiones malignas mostró un incremento progresivo desde el grupo control (2.25%): pacientes sin antecedente personal de neoplasia mamaria ni factor de riesgo genético, a los grupos A (7.07%): pacientes con antecedente de neoplasia mamaria; B (11.43%): pacientes con factor de riesgo genético; y C (16.67%): pacientes con antecedente de neoplasia mamaria y factor de riesgo genético, con una edad media al diagnóstico de 48.11 años.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos se correlacionan con la literatura existente y ponen de manifiesto que el hallazgo casual de lesiones premalignas y malignas en pacientes sin diagnóstico de cáncer de mama es una realidad relativamente común, especialmente en mujeres con factores de riesgo genético y/o diagnóstico de neoplasia mamaria previa.

**Palabras clave** Cáncer mama, Riesgo genético, Lesiones premalignas, Carcinoma oculto.

**Nivel de evidencia científica** 4b Diagnóstico  
**Recibido (esta versión)** 9 mayo / 2023  
**Aceptado** 20 agosto / 2023

### Abstract

**Background and objective.** Breast cancer is the malignancy with the highest incidence and prevalence worldwide (excluding non-melanoma skin cancer), with growing rates. This is why any tissue removed from a breast (whatever the cause) must be properly analyzed.

The aim of this study is to determine the prevalence of premalignant lesions and occult carcinoma in resected breast specimens operated for non-oncological reasons over a period of 5 years in the Plastic, Aesthetic, and Reconstructive Surgery Department at the Río Hortega University Hospital in Valladolid, Spain.

**Methods.** We analyzed the breast resection specimens belonging to 253 patients without a clinical diagnosis of breast cancer, previously classified in groups of increasing theoretical risk of breast cancer, with the aim of identifying the prevalence of premalignant lesions and occult carcinoma in our population.

**Results.** The prevalence of malignant lesions showed a progressive increase from the control group (2.25%): patients without personal history of breast neoplasia or genetic risk factor; to groups A (7.07%): patients with history of breast neoplasia; B (11.43%): patients with genetic risk factor; and C (16.67%): patients with history of breast neoplasia and genetic risk factor, with an average age at diagnosis of 48.11 years.

**Conclusions.** The results correlate with the existing literature show that the casual finding of premalignant and malignant lesions in patients without a diagnosis of breast cancer is relatively common, especially in women with genetic risk factors and/or a prior diagnosis of breast cancer.

**Key words** Breast cancer, Genetic risk, Premalignant lesions, Occult carcinoma.

**Level of evidence** 4b Diagnostic  
**Received (this version)** May 9 / 2023  
**Accepted** August 20 / 2023

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.  
**Financiación:** No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

\* Médico Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

\*\* Jefe de Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

\*\*\* Jefe de Servicio de Anatomía Patológica.

\*\*\*\* Médico Residente de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

## Introducción

Según los datos aportados por el último informe GLOBOCAN (<https://gco.iarc.fr/about-the-gco>), base de datos en línea dependiente de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud que proporciona estadísticas globales de cáncer y estimaciones de incidencia y mortalidad en 185 países, el cáncer de mama es la neoplasia maligna con mayor incidencia mundial (excluyendo los tumores cutáneos no melanoma), habiéndose realizado a lo largo del año 2020 un total de 2.3 millones de nuevos diagnósticos (11.7 % de todos los tumores). Es también la neoplasia con mayor prevalencia, encontrando actualmente con vida 7.8 millones de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama realizado en los últimos 5 años. Asimismo, el cáncer de mama se sitúa en el quinto puesto mundial en cuanto a mortalidad (el primero en el sexo femenino), habiendo sido responsable de 685.000 muertes a lo largo del año 2020. Desafortunadamente, la previsión a futuro es que estos datos continúen creciendo. Al igual que sucede en otros países, este hecho se ha reflejado en un incremento de la demanda de procedimientos oncológicos en la práctica diaria de los servicios de Cirugía Plástica en España.

Paralelamente y de forma rutinaria, las piezas de resección mamaria de origen no oncológico son sometidas igualmente a estudio anatomopatológico exhaustivo, dado que las pacientes con ausencia de diagnóstico clínico de neoplasia mamaria presentan también un cierto riesgo de padecer lesiones premalignas o malignas. De hecho, el riesgo absoluto estimado de desarrollar cáncer de mama en la vida de una mujer de 80 años es del 12.5%. Además, existen situaciones especiales que incrementan este riesgo poblacional, entre las que se incluyen:<sup>(1,2)</sup>

- Antecedente de neoplasia mamaria. El antecedente personal de cáncer de mama antes de los 40 años de edad constituye un riesgo relativo (RR) de 4.5 respecto a la población sana. El antecedente personal de cáncer de mama después de los 40 años de edad constituye un RR de 1.5 respecto a la población sana.
- Factor de riesgo genético. La presencia de una mutación germinal en el gen BRCA1 supone un riesgo de aparición de neoplasia mamaria a los 70 años del 60-65%, y en BRCA2 del 45%. Una mutación en PTEN representa un riesgo a lo largo de la vida del 85%. Una mutación en CDH1 constituye un riesgo a los 80 años del 39-42%.
- Lesiones premalignas (hiperplasias ductal y lobulillar con atipia). Su presencia implica un RR de 4-5 de aparición de cáncer de mama.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de lesiones premalignas y carcinoma oculto en las piezas de resección de mamas en pacientes intervenidas por motivos no oncológicos durante 5 años en el Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, España.

## Material y método

La presente investigación consistió en un estudio retrospectivo de las piezas de resección mamaria obtenidas de 253 pacientes intervenidas por mamoplastia de reducción, simetrización y mastectomía profiláctica, en nuestro centro, el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (España) durante los últimos 5 años (2017-2021). Las pacientes, con la firma del consentimiento informado, concedieron su permiso para la utilización de los datos relativos a su tratamiento con fines científicos.

Clasificamos a las pacientes incluidas en el estudio en 4 grupos de riesgo teórico creciente de neoplasia mamaria asociada (Tabla I):

- Grupo control: pacientes sanas, sin factores de riesgo genético ni antecedentes personales de neoplasia mamaria, intervenidas de mamoplastia de reducción bilateral y algún caso de reducción unilateral (grandes hipertrofias unilaterales).
- Grupos de estudio: pacientes con antecedentes personales de neoplasia mamaria o con factores de riesgo genético (BRCA, PTEN, CDH1). Para facilitar su análisis, creamos los siguientes 3 grupos de estudio:
  - Grupo A: pacientes con antecedente personal de neoplasia mamaria, sin factor de riesgo genético, intervenidas de cirugía de simetrización. Asimismo, se incluyó algún caso aislado de mastectomía profiláctica por ser el tumor previo un CLIS (carcinoma lobulillar *in situ*).
  - Grupo B: pacientes con factor de riesgo genético, sin antecedente de neoplasia mamaria, operadas de mastectomía profiláctica.
  - Grupo C: pacientes con antecedente personal de neoplasia mamaria y factor de riesgo genético tratadas con mastectomía profiláctica.

Tabla I. Grupos de estudio

	Factor de riesgo genético	Antecedente neo mama
Grupo control	No	No
Grupo A	No	Sí
Grupo B	Sí	No
Grupo C	Sí	Sí

Dividimos las variables analizadas en cada uno de estos grupos en las relativas a la paciente, a la pieza de exéresis, y al diagnóstico anatomopatológico:

- Variables de la paciente: edad, índice de masa corporal (IMC), hábitos tóxicos (tabaco), antecedente personal de cáncer de mama, antecedente de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia, y factor de riesgo genético
- Variables de la pieza de exéresis: peso de la muestra.
- Variables de anatomía patológica: lesiones benignas, lesiones premalignas (hiperplasia atípica) y lesiones malignas (carcinoma oculto).

Realizamos el análisis descriptivo de los datos obtenidos mediante el programa informático IBM SPSS Statistics. Finalmente, comparamos dichos resultados con las principales series disponibles en la literatura (PubMed).

## Resultados

La distribución de la población de estudio (Tablas II, III y IV) correspondió a 89 pacientes en el grupo control, 99 en el grupo A, 35 en el grupo B, y 30 en el grupo C. La edad media de las pacientes en el momento de la toma de la biopsia fue de 46.91 años. La distribución del IMC en los diferentes grupos de estudio fue relativamente homogénea, encontrando una discreta mayor tendencia al sobrepeso en el grupo control. La distribución del hábito tabáquico también fue homogénea, con un 30-40% de fumadoras en cada grupo.

En los grupos A y C, con pacientes que padecían antecedente de neoplasia mamaria (Tablas V y VI), el tipo histológico más común de tumor previamente diagnosticado fue el ductal infiltrante (61.86 % y 90% respectivamente). Las pacientes del grupo C presentaron un mayor porcentaje de antecedente de tratamiento antineoplásico con quimioterapia (QT) y menor con radio/hormono/inmunoterapia respecto al grupo A, lo cual es lógico pues las pacientes del grupo C suelen tener mutaciones en BRCA, y con ello una mayor incidencia de triple negativo, cuyo tratamiento se basa a menudo exclusivamente en la QT sistémica.

En los grupos B y C, cuyas pacientes presentaban factor de riesgo genético, la mutación más frecuentemente identificada (Tabla VII) fue en el gen BRCA2 (54.29% y 53.33% respectivamente), seguida por el gen BRCA1 (34.29% y 43.33% respectivamente).

El peso medio de la pieza de resección (Tabla VIII) fue mayor en el grupo control (mamoplastias de reducción en hipertrofias bilaterales; 1520.71 g.), seguido por el grupo B (mastectomías profilácticas bilaterales; 716.28 g.), el grupo C (mastectomías profilácticas unilaterales; 591.41 g.), y finalmente el grupo A (simetrizaciones; 421.52 g.).

Tabla II. Distribución de la población de estudio por grupos y edad

	Nº de pacientes	Edad media (años)
<b>Grupo control</b>	89 (35.18%)	41.88 ( SD 13.87)
<b>Grupo A</b>	99 (39.13%)	53.03 ( SD 9.53)
<b>Grupo B</b>	35 (13.83%)	42.66 ( SD 10.14)
<b>Grupo C</b>	30 (11.86%)	46.57 ( SD 9.11)
<b>Global</b>	253 (100%)	46.91 ( SD 12.33)

\*SD: desviación estándar de la muestra

Tabla III. Distribución del IMC en la población de estudio

	Media (kg/m <sup>2</sup> )	Intervalos
<b>Grupo control</b>	28.40 ( SD 2.58)	< 18.5 0.00% 18.5 – 24.9 9.20% 25.0 – 29.9 71.26% 30 19.54
<b>Grupo A</b>	26.25 ( SD 4.62)	< 18.5 1.59% 18.5 – 24.9 44.44% 25.0 – 29.9 34.92% 30 19.05
<b>Grupo B</b>	24.80 ( SD 5.88)	< 18.5 3.70% 18.5 – 24.9 59.26% 25.0 – 29.9 22.22% 30 14.81
<b>Grupo C</b>	25.79 ( SD 5.04)	< 18.5 0.00% 18.5 – 24.9 52.17% 25.0 – 29.9 34.78% 30 13.04

\*Infrapeso < 18.5; normopeso 18.5 – 24.9; sobrepeso 25 – 29.9; obesidad 30

DS: Desviación estándar de la muestra

Tabla IV. Distribución del hábito tabáquico en la población de estudio

	Fumadora	No fumadora
<b>Grupo control</b>	31.46%	68.54%
<b>Grupo A</b>	29.29%	70.70%
<b>Grupo B</b>	34.29%	65.71%
<b>Grupo C</b>	40.00 %	60.00%

Tabla V. Antecedente de neoplasia mamaria y subtipo histológico en los grupos A y C

	CDIS	CDI	CLIS	CLI	Phyllodes
<b>Grupo A</b>	12.37%	61.86%	6.19%	17.53%	2.06%
<b>Grupo C</b>	6.67%	90.00%	0.00%	3.33%	0.00%

\* En caso de coexistir lesión in situ e invasiva, tan solo se ha tenido en cuenta esta última (CDIS: carcinoma ductal in situ; CDI: carcinoma ductal infiltrante; CLIS: carcinoma lobulillar in situ; CLI: carcinoma lobulillar infiltrante).

**Tabla VI. Antecedente de tratamiento antineoplásico en los grupos A y C**

	QT	RT	HT	IT
<b>Grupo A</b>	69.57%	53.76%	76.84%	17.77%
<b>Grupo C</b>	79.31%	50.00%	46.42%	14.28%

\*QT: quimioterapia; RT: radioterapia; HT: hormonoterapia; IT: inmunoterapia.

**Tabla VII. Factores de riesgo genético en los grupos B y C**

	BRCA 1	BRCA 2	PTEN	CDH1
<b>Grupo B</b>	34.29%	54.29%	0.00%	11.43%
<b>Grupo C</b>	43.33%	53.33%	3.33%	0.00%

**Tabla VIII. Distribución del peso de la pieza de resección en la población de estudio**

	Peso de la pieza de resección, media (g.)
<b>Grupo control</b>	1520.71 (± SD 603.34)
<b>Grupo A</b>	421.52 (± SD 407.47)
<b>Grupo B</b>	716.28 (± SD 581.34)
<b>Grupo C</b>	591.41 (± SD 478.39)

\*DS: Desviación estándar de la muestra

Las lesiones benignas más frecuentemente identificadas en todos los grupos fueron los cambios mastopáticos, seguidos por los fibroadenomas y en último lugar los papilomas (Tabla IX). La prevalencia (Tabla X) de lesiones premalignas (hiperplasias atípicas) mostró un incremento progresivo desde el grupo control (3.37%) a los grupos A (6.06%), B (11.43%), y C (13.33%). De igual forma ocurrió con el carcinoma oculto (*in situ* o invasivo), con aumento de prevalencia desde el grupo control (2.25%) a los grupos A (7.07%), B (11.43%), y C (16.67%). La forma histológica (Tabla XI) más frecuente de lesión premaligna fue la hiperplasia de células columnares (10 pacientes), y de lesión maligna el carcinoma lobulillar *in situ* (10 pacientes). La edad media de las pacientes con lesiones premalignas se situó en 46.71 años, y la de las pacientes con lesiones malignas en 48.11 años.

**Tabla IX. Distribución de las lesiones benignas en la población de estudio**

	Sin lesiones	Cambios mastopáticos	Fibroadenoma	Papiloma
<b>Grupo control</b>	32.58% (29)	62.92% (56)	15.73% (14)	3.37% (3)
<b>Grupo A</b>	26.26% (26)	73.73% (73)	19.19% (19)	3.03% (3)
<b>Grupo B</b>	5.71% (2)	94.29% (33)	31.43% (11)	8.57% (3)
<b>Grupo C</b>	16.67% (5)	80.00% (24)	26.67% (8)	3.33% (1)

**Tabla X. Distribución de los hallazgos casuales de lesiones premalignas y malignas en la población de estudio**

	Sin lesiones	Lesiones premalignas (hiperplasia atípica)	Lesiones malignas (carcinoma oculto)
<b>Grupo control</b>	94.38% (84)	3.37% (3)	2.25% (2)
<b>Grupo A</b>	90.91% (90)	6.06% (6)	7.07% (7)
<b>Grupo B</b>	80.00% (28)	11.43% (4)	11.43% (4)
<b>Grupo C</b>	80.00% (24)	13.33% (4)	16.67% (5)

**Tabla XI. Lesiones malignas y premalignas en cada grupo de estudio**

	Lesiones premalignas (hiperplasia atípica)	Edad media	Lesiones malignas (carcinoma oculto)	Edad media
<b>Grupo control</b>	Células columnares (2) Ductal (1)	47.67	CLIS (1) CDIS (1)	54.00
<b>Grupo A</b>	Células columnares (4) Ductal (1) Lobulillar (1)	47.67	CLIS (6) CLI (+ CLIS/ CDIS) (1)	48.29
<b>Grupo B</b>	Células columnares (2) Lobulillar (2)	40.75	CLIS (2) CLI (+ CLIS) (2)	42.75
<b>Grupo C</b>	Células columnares (2) Ductal (2)	50.50	CLIS (1) CDIS (2) CDI (1) CDI (+ CLIS) (1)	49.80
<b>Global</b>	Células columnares (10) Ductal (4) Lobulillar (3)	46.71	CLIS (10) CLI (3) CDIS (3) CDI (2)	48.11

\*CDIS: carcinoma ductal *in situ*; CDI: carcinoma ductal infiltrante; CLIS: carcinoma lobulillar *in situ*; CLI: carcinoma lobulillar infiltrante.

## Discusión

El objetivo de este estudio consistió en determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas en las piezas de resección mamaria, presuponiendo un incremento progresivo de las mismas desde el grupo control a los grupos A, B y C. Para ello, realizamos una revisión retrospectiva de nuestra casuística en los últimos 5 años, constituida por 253 pacientes sometidas a cirugía mamaria por motivos no oncológicos. El Hospital Universitario

Río Hortega de Valladolid (España), es un hospital de tercer nivel cuyo Servicio de Cirugía Plástica atiende a un área poblacional de más de 800.000 personas y cuenta con un comité de mama interdisciplinar para el tratamiento del cáncer de mama donde participan cirujanos plásticos, ginecólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, radiólogos y anatomopatólogos. Los resultados obtenidos confirmaron nuestra hipótesis de partida.

Los principales estudios poblacionales sobre la epidemiología y los factores de riesgo del cáncer de mama coinciden en establecer que su incidencia se distribuye de la siguiente forma: 25% de los casos en pacientes menores de 50 años, 50% de los casos en pacientes con edad comprendida entre 50-69 años, y el 25% restante de los casos en pacientes mayores de 70 años. El estudio de Rojas y col.<sup>(1)</sup> uno de los más destacados, señala una edad media en el momento del diagnóstico de 61 años. En nuestra serie, la edad media de las pacientes con lesiones malignas (48.11 años) fue sustancialmente menor. Esta diferencia pone de manifiesto que el análisis exhaustivo de las piezas de resección mamaria por motivos no oncológicos puede suponer una mejora importante en la detección y tratamiento precoces de estas pacientes.

La prevalencia de lesiones premalignas y malignas mostró un incremento progresivo desde el grupo control a los grupos A, B y C, resultados que se correlacionan con el riesgo estimado asociado de neoplasia de cada grupo de estudio. El menor riesgo corresponde al grupo control, pacientes con, a priori, un riesgo similar al poblacional de neoplasia asociada (12.5% de riesgo). Seguidamente, encontramos a las pacientes con antecedente de neoplasia mamaria previa, las cuales presentan un riesgo relativo de 1.5-4.5 sobre el riesgo poblacional previamente descrito. Tras estas hallamos a las pacientes con factor de riesgo genético (principalmente BRCA2 y 1, con un 45-65% de riesgo), y finalmente a las pacientes que además asocian antecedente de neoplasia mamaria. Estos resultados son similares a lo publicado en la literatura existente al respecto (Tabla XII).

Pese a que los resultados obtenidos son compatibles con la hipótesis de partida y concuerdan con las principales series de pacientes en relación a este tema, son varios los posibles puntos de mejora que, en investigaciones futuras, se puede tratar de implementar. En primer lugar, no hemos podido establecer asociaciones en cuanto a la influencia del IMC o del tabaco sobre nuestros resultados; por un lado, el IMC fue mayor en el grupo control, el de menor riesgo de lesiones incidentales, cuando está bien establecido que la obesidad es factor de riesgo de neoplasia mamaria y por lo tanto debería ser el grupo con menores tasas de obesidad;

Tabla XII. Revisión bibliográfica, prevalencia de lesiones premalignas y malignas.

	Estudio	N	Premalignas	Malignas
<b>Grupo control</b>	H. U. Río Hortega	89	3.37%	2.25%
	Noorbakhsh et al. <sup>(3)</sup>	355	1.13%	
	Clark et al. <sup>(4)</sup>	562	4.40%	1.80%
	Mastroianni et al. <sup>(5)</sup>	572		2.30%
	Maroney et al. <sup>(6)</sup>	798	1.10%	0.10%
	Cook et al. <sup>(7)</sup>	1289		0.40%
	Tang et al. <sup>(8)</sup>	4804		0.81%
<b>Grupo A</b>	H. U. Río Hortega	99	6.06%	7.07 %
	Razavi et al. <sup>(9)</sup>	609	6.10%	1.90%
<b>Grupo B</b>	H. U. Río Hortega	35	11.43%	11.43%
	Mangiardi-Veltin et al. <sup>(10)</sup>	33		6.10%
	Yamauchi et al. <sup>(11)</sup>	53		11.32%
	Kaas et al. <sup>(12)</sup>	147		4.76%
<b>Grupo C</b>	H. U. Río Hortega	30	13.33%	16.67%
	Mangiardi-Veltin et al. <sup>(10)</sup>	46		15.20%
	Kaas et al. <sup>(12)</sup>	107		4.67%

en cuanto al tabaco, la prevalencia de fumadoras fue similar en todos los grupos, sin que exista además consenso científico sobre su papel en el cáncer de mama.<sup>(13)</sup> Para poder alcanzar conclusiones válidas sobre ambas variables sería óptimo incrementar la potencia del estudio aumentando el tamaño de la muestra. También hubiera sido de utilidad haber recogido en la anamnesis el consumo de alcohol por parte de las pacientes, hecho que no se realizó rutinariamente, ya que está descrita su relación con el cáncer de mama. Finalmente, en el caso del grupo control, la gran mayoría de mamoplastias de reducción llevadas a cabo en nuestro centro fueron realizadas mediante la técnica de patrón de Wise y pedículo súper-medial, en la cual no se reseca el cuadrante superoexterno, siendo este el lugar de asiento de la mayoría de neoplasias mamarias, que podrían haber quedado inadvertidas pese al análisis de la pieza de resección.

## Conclusiones

El presente estudio muestra que en nuestra población de estudio, el hallazgo inesperado de lesiones premalignas y malignas en piezas de resección mamaria no oncológica no es infrecuente, lo que en nuestra opinión confirma la obligatoriedad del estudio histopatológico sistemático de todos los tejidos mamaros extirpados. Ello permitiría identificar estos hallazgos casuales de forma precoz y optimizar el manejo terapéutico de estas pacientes.

## Dirección del autor

Dr. Yassin Daniel Karaman Zato  
Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora  
Hospital Universitario Río Hortega  
Valladolid, España  
Correo electrónico: drkaramanplastica@gmail.com

## Bibliografía

1. **Rojas K, Stuckey A.** Breast cancer epidemiology and risk factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(4):651-672.
2. **Hoda SA, Rosen PP, Brogi E, Koerner FC.** Rosen's Breast Pathology. 5ª ed. Philadelphia, PA, United States of America: Lippincott Williams and Wilkins; 2020. Chapter 10, Precarcinomatous Breast Disease: Epidemiologic, Pathologic, and Clinical Considerations, Pp. 336-362.
3. **Noorbakhsh S, Koenig ZA, Hewitt N, Klimov M, Hazard-Jenkins H, Flanagan M, et al.** Atypical hyperplasia found incidentally during routine breast reduction mammoplasty: Incidence and management. *Plast Reconstr Surg – GO.* 2022;10(2):e4141.
4. **Clark CJ, Whang S, Paige KT.** Incidence of precancerous lesions in breast reduction tissue: a pathologic review of 562 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(4):1033-1039.
5. **Mastroianni M, Lin A, Hughes K, Colwell AS.** Proliferative lesions found at reduction mammoplasty: Incidence and implications in 995 breast reductions. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(2):271e-5e.
6. **Maroney J, Collins KC, Dannheim K, Staffa SJ, Saldanha FYL, Labow BI, et al.** Incidental pathologic findings in young adult reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2021;147(3):391-400.
7. **Cook IS, Fuller CE.** Does histopathological examination of breast reduction specimens affect patient management and clinical follow up? *J Clin Pathol.* 2004;57(3):286-289.
8. **Tang R, Acevedo F, Lanahan C, Coopey SB, Yala A, Barzilay R, et al.** Incidental breast carcinoma: incidence, management, and outcomes in 4804 bilateral reduction mammoplasties. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;177(3):741-748.
9. **Razavi SA, Hart AM, Betarbet U, Li X, Carlson GW, Losken A.** The incidence of occult malignant and high-risk pathologic findings in breast reduction specimens. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148(4):534e-539e.
10. **Mangiardi-Veltin M, Chamming's F, Jaffre A, Rousvoal A, Tunon de Lara C, Brouste V, et al.** Chirurgie de réduction de risque mammaire et découverte fortuite de cancer: dix ans d'expérience dans un centre de lutte contre le cancer. *Bull Cancer.* 2021;108(11):999-1009.
11. **Yamauchi H, Okawa M, Yokoyama S, Nakagawa C, Yoshida R, Suzuki K, et al.** High rate of occult cancer found in prophylactic mastectomy specimens despite thorough presurgical assessment with MRI and ultrasound: findings from the Hereditary Breast and Ovarian Cancer Registration 2016 in Japan. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;172(3):679-687.
12. **Kaas R, Verhoef S, Wesseling J, Rookus MA, Oldenburg HSA, Peeters M-JV, et al.** Prophylactic mastectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: very low risk for subsequent breast cancer. *Ann Surg.* 2010;251(3):488-492.
13. **Torres A, Marco MT, Duque J.** Tabaquismo y cáncer ginecológico. Causalidad y pronóstico. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(3):136-145.

## Comentario al artículo “Prevalencia de lesiones premalignas y carcinoma oculto en piezas de resección mamaria, estudio retrospectivo a 5 años”

Alejandro DUQUE RESTREPO

Cirujano Plástico, Cirujano Plástico Oncológico, Bogotá, Colombia  
Director del Capítulo de Cirugía Mamaria de la FILACP 2022-2024

Considero que el artículo del Dr. Karaman y col. resulta muy útil, ya que refuerza el concepto de que todo tejido extraído de la mama debe ser enviado a estudio anatómico-patológico ya que aun en el grupo de menor riesgo, siempre existe la posibilidad de tener un hallazgo ocasional de cáncer de seno, como lo demostró el presente estudio.

Es importante ver cómo, en las poblaciones estudiadas, hay un alto índice de fumadoras en todos los grupos, situación que parece un poco más prevalente en España que en los países latinoamericanos, y que para próximos estudios se debe correlacionar con las complicaciones de la cirugía y como criterio de elección de las técnicas a utilizar, ya que en su investigación, los autores no pudie-

ron demostrar una relación de causalidad de este factor con la malignidad.

Encuentran también que en la población del grupo control, la mayoría de las pacientes tenían una gran hipertrofia mamaria, con un peso promedio de resección de 1520 g., lo que hace sospechar que este grupo tendría un IMC mayor que el resto de los grupos.

Las conclusiones del estudio, si bien fueron las esperadas, un aumento progresivo en los grupos de lesiones malignas, permiten reforzar el concepto de la necesidad de llevar a cabo un estudio de patología en todas las resecciones mamarias. Es fundamental incentivar a los grupos a tener sus propias estadísticas para lograr un adecuado impacto en la salud de nuestra población.

## Respuesta al comentario del Dr. A. Duque Restrepo

Yassin D. KARAMAN ZATO

Agradecemos enormemente las apreciaciones del Dr. Duque, Director del Capítulo de Cirugía Mamaria de la FILACP, y coincidimos en señalar y reforzar la importancia del estudio histopatológico sistemático de todas las piezas de resección mamaria, tanto en cirugía reconstructiva como estética. Identificar precozmente la presencia de lesiones premalignas y de carcinoma oculto proporciona al equipo médico un adelanto diagnóstico y una optimización del tratamiento que redundará en un beneficio neto para las pacientes.

Como bien señala, sería interesante ampliar nuestro estudio y profundizar en la relación entre la prevalencia del hábito tabáquico y alcohólico y el hallazgo de estas lesiones incidentales en nuestra población.

En cuanto al IMC medio del grupo control (28.40 kg/m<sup>2</sup>), como señala el revisor, fue mayor que en el resto de los grupos, hecho este explicable por la frecuente asociación entre obesidad e hipertrofia mamaria.

El cirujano plástico puede contribuir de manera fundamental en la detección de lesiones mamarias premalignas y malignas, de ahí la importancia de disponer de un registro exhaustivo del resultado histopatológico de todas nuestras resecciones, y de motivar al resto de especialistas a hacerlo para el beneficio de nuestra población, como bien puntualiza el Dr. Duque.

