

Esta hoja informativa es solo para fines informativos y educativos.

El cáncer de seno lobulillar no es un cáncer «raro».

El cáncer de seno lobulillar, también conocido como carcinoma lobulillar invasivo (ILC), es el segundo tipo histológico más común de cáncer de seno diagnosticado, que representa alrededor del 10-15 % de todos los cánceres de seno. [1],[2] Se estima que cada año se diagnostican 43,000 casos nuevos de ILC. El ILC afecta a más mujeres que los cánceres de riñón, cerebro, páncreas, hígado u ovarios. [3]

El cáncer de seno lobulillar es un subtipo diferente de cáncer de seno.

Un rasgo distintivo del tipo más común de ILC es la ausencia de la proteína E-cadherina. [2] El ILC también tiene subtipos y variantes únicas. [1] Es evidente que el comportamiento clínico y las características moleculares del ILC son diferentes del tipo más común de cáncer de seno, el carcinoma ductal invasivo (IDC), también conocido como IDC/NST (ningún tipo especial). [1],[2],[4] Se necesita más investigación para comprender mejor la biología y los comportamientos del ILC con el fin de identificar terapias específicas para su tratamiento.

Los tumores de cáncer de seno lobulillar no suelen formarse en bultos y son difíciles de palpar en los autoexámenes.

En la mayoría de los casos, los tumores ILC se forman en patrones filiformes en lugar de bultos. Esto puede hacer que incluso los tumores ILC grandes sean difíciles de palpar. Los síntomas de los tumores ILC pueden variar desde ninguno hasta cambios en la apariencia del pezón o el seno, como depresiones, endurecimiento del seno, hinchazón o dolor. [4],[5] En el autoexamen, el ILC puede sentirse a veces como una firmeza o masa.

El cáncer de seno lobulillar puede hacer metástasis en lugares inusuales.

Similar al IDC/NST, el ILC puede hacer metástasis en los huesos, el cerebro, el hígado y los pulmones. Sin embargo, el ILC también puede propagarse a sitios únicos como el tracto gastrointestinal (estómago, intestino delgado y colon), órganos ginecológicos (ovarios, útero), el peritoneo (revestimiento abdominal) y, en casos más raros, leptomeninge (revestimiento del cerebro y la médula espinal) [6] y tejidos orbitarios (tejidos alrededor del ojo). [7]

Los tumores lobulillares de seno con frecuencia reaparecen muchos años después del diagnóstico primario.

Si bien el cáncer de seno lobulillar, como IDC/NST, puede reaparecer en cualquier momento después del diagnóstico inicial, los estudios muestran que el ILC con frecuencia reaparece más tarde que el IDC, más de 10 años después del diagnóstico inicial de cáncer. [8]

El cáncer de seno lobulillar es más difícil de detectar en la evaluación y el diagnóstico por imágenes avanzado.

Dado que el ILC suele crecer en un patrón lineal a través del seno sin distorsionar las estructuras circundantes ni formar un bulto, el ILC es más difícil de detectar que el IDC en la mamografía y el ultrasonido, o de visualizar cuando es metastásico. El ILC suele pasar desapercibido con frecuencia en las evaluaciones rutinarias, lo que da lugar a tumores de mayor tamaño y en etapas posteriores cuando se detectan y diagnostican. Las mamografías de detección siguen siendo importantes, ya que pueden identificar cánceres de seno lobulillares, así como otros tipos de carcinomas de seno.

El cáncer de seno lobulillar se trata en la actualidad como el IDC/NST más común a pesar de sus diferencias.

El plan de tratamiento de una persona para el ILC depende de muchos factores, como el tamaño y el grado del cáncer, factores genéticos, afectación de los ganglios linfáticos, y la salud general del paciente y las preferencias personales. En la actualidad, no existen pautas de tratamiento específicas para el ILC. El tratamiento estándar de atención del ILC con receptores hormonales positivos en estadios tempranos es el mismo que el tratamiento de IDC/NST con receptores hormonales positivos. Se necesita más investigación para identificar protocolos de tratamiento específicos para los ILC. [9]

[1] McCart Reed AE, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. *Breast Cancer Res.* 2021 Jan 7;23(1):6. PMID: 33413533, [2] Ciriello G, et al. Comprehensive Molecular Portraits of Invasive Lobular Breast Cancer. *Cell.* 2015 Oct 8;163(2):506-19. PMID: 26451490 [3] 2021 Projected Incidence from ACS Surveillance Research (Source: SEER data) [4] Wilson N, et al. Lobular Breast Cancer: A Review. *Front Oncol.* 2021 Jan 15;10 PMID: 33520704 [5] https://lobularbreastcancer.org/wp-content/uploads/2022/10/Symptoms_of_ILC_2022.pdf [6] Franzoi MA, et al. Leptomeningeal carcinomatosis in patients with breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2019 Mar; 135:85-94. PMID: 30819451 [7] Blohmer M, et al. Patient treatment and outcome after breast cancer orbital and periorbital metastases: a comprehensive case series including analysis of lobular versus ductal tumor histology. *Breast Cancer Res.* 2020 Jun 26;22(1):70. PMID: 32586354 [8] Pestalozzi BC, et al. International Breast Cancer Study Group. Distinct clinical and prognostic features of infiltrating lobular carcinoma of the breast: combined results of 15 International Breast Cancer Study Group clinical trials. *J Clin Oncol.* 2008 Jun 20;26(18):3006-14. PMID: 18458044 [9] Oesterreich S, et al. Clinicopathological Features and Outcomes Comparing Patients with Invasive Ductal and Lobular Breast Cancer, *J National Cancer Institute,* 2022 Nov 114:11: 1511-22, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac157>