**Sanitas**
**Revista arbitrada de ciencias de la salud**
**Vol. 5(especial4), 175-180, 2026**
**https://doi.org/10.62574/qpe8yv13**

# Manejo actual de las lesiones premalignas de mama: revisión sistemática

# Current management of premalignant breast lesions: a systematic review

John Sebastián Carvajal-Gavilanes
ma.johnscg61@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0000-0001-8227-8206

Karen Gabriela Sulca-Espín
ma.karengse24@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0000-0003-2866-7627

Odalis Abigail Peñaloza-López
ma.odalisapl30@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0000-0002-2702-8455

Jorge Fabián Hurtado-Bermeo
ua.jorgehb23@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0009-0001-7695-1908

**RESUMEN**

**Objetivo**: sintetizar la evidencia sobre el riesgo y el manejo del carcinoma ductal in situ, el carcinoma lobulillar in situ y las hiperplasias atípicas de mama. **Método**: revisión sistemática según PRISMA 2020 de ensayos aleatorizados, cohortes, revisiones Cochrane y recomendaciones indexados en PubMed y SciELO entre 1985 y 2023. **Resultados**: las hiperplasias atípicas y el carcinoma lobulillar in situ aumentan el riesgo de cáncer invasor en ambas mamas. La mortalidad por cáncer de mama tras un carcinoma ductal in situ es baja; la radioterapia reduce la recurrencia local sin modificar la supervivencia. El tamoxifeno, incluso en dosis bajas, y los inhibidores de la aromatasa reducen el riesgo en mujeres de alto riesgo. Ensayos en curso evalúan la vigilancia activa en lesiones de bajo riesgo para evitar el sobretratamiento. **Conclusión**: el manejo debe individualizarse según el riesgo y decidirse de forma compartida.

**Descriptores**: carcinoma intraductal no infiltrante; carcinoma lobular; lesiones precancerosas. (Fuente, DeCS).

**ABSTRACT**

**Objective**: To synthesise the evidence on the risk and management of ductal carcinoma in situ, lobular carcinoma in situ and atypical breast hyperplasias. **Method**: Systematic review according to PRISMA 2020 of randomised trials, cohorts, Cochrane reviews and recommendations indexed in PubMed and SciELO between 1985 and 2023. **Results**: Atypical hyperplasias and lobular carcinoma in situ increase the risk of invasive cancer in both breasts. Breast cancer mortality after ductal carcinoma in situ is low; radiotherapy reduces local recurrence without changing survival. Tamoxifen, even at low doses, and aromatase inhibitors reduce risk in high-risk women. Ongoing trials are evaluating active surveillance of low-risk lesions to avoid overtreatment. **Conclusion**: Management should be individualised according to risk and decided through shared decision-making.

**Descriptors**: carcinoma, intraductal, noninfiltrating; carcinoma, lobular; precancerous conditions. (Source, DeCS).

Recibido: 15/08/2026. Revisado: 21/08/2026. Aprobado: 21/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
**Original breve**

## INTRODUCCIÓN

Aunque el cáncer de mama es el tumor más diagnosticado en el mundo, con más de dos millones de casos nuevos en 2020 según GLOBOCAN (1), no todas las lesiones que se descubren en una mamografía son cáncer invasor. Entre ellas destacan las hiperplasias ductal y lobulillar atípicas, el carcinoma lobulillar in situ y el carcinoma ductal in situ, lesiones que comparten un aumento del riesgo de cáncer, pero con comportamientos y pronósticos muy distintos (2).

En ese sentido, Dupont y Page demostraron hace décadas que la hiperplasia atípica multiplica el riesgo de cáncer de mama invasor (3), y Ernster et al. documentaron que la generalización de la mamografía de tamizaje aumentó de forma considerable el diagnóstico del carcinoma ductal in situ (4). Ahora bien, detectar más lesiones plantea un dilema: tratarlas de forma intensiva puede salvar vidas en algunos casos, pero también exponer a muchas mujeres a cirugías y tratamientos que no necesitaban. Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre el riesgo y el manejo del carcinoma ductal in situ, el carcinoma lobulillar in situ y las hiperplasias atípicas de mama.

## MÉTODO

Desde un enfoque cualitativo, se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA 2020 (5). La pregunta de investigación fue: en mujeres con lesiones premalignas de mama, ¿cuál es el riesgo de cáncer invasor y qué estrategias de tratamiento y prevención cuentan con mejor respaldo?

En cuanto a la búsqueda, se consultaron PubMed y SciELO con combinaciones de los términos ductal carcinoma in situ, lobular carcinoma in situ, atypical hyperplasia, breast cancer risk, radiotherapy, tamoxifen, aromatase inhibitors y active

surveillance, y sus equivalentes en español. Se incluyeron ensayos aleatorizados, cohortes, revisiones Cochrane y recomendaciones de sociedades científicas publicados en inglés o español. Se excluyeron reportes de caso aislados, revistas no indexadas y referencias con datos no verificables. La síntesis fue cualitativa, organizada por tipo de lesión y estrategia.

## RESULTADOS

### Carcinoma ductal in situ

A grandes rasgos, el pronóstico del carcinoma ductal in situ es favorable. En la cohorte de Narod et al., con más de 100 000 mujeres, la mortalidad por cáncer de mama a los 20 años fue baja, y la prevención de la recurrencia invasora ipsilateral con radioterapia no se tradujo en una reducción de la mortalidad (6). El ensayo NSABP B-17 de Fisher et al. demostró que añadir radioterapia a la cirugía conservadora reduce la recurrencia local (7), y la revisión Cochrane de Staley et al. mostró que el tamoxifeno tras la cirugía disminuye la recurrencia ipsilateral y contralateral, sin efecto demostrado sobre la mortalidad (8).

Respecto a la desescalada terapéutica, los ensayos LORIS (9) y COMET (10) evalúan la vigilancia activa frente a la cirugía en mujeres con carcinoma ductal in situ de bajo riesgo, con el objetivo de evitar tratamientos innecesarios sin comprometer la seguridad.

### Lesiones lobulillares e hiperplasias atípicas

En cuanto al carcinoma lobulillar in situ, la cohorte de 29 años de King et al. mostró que se comporta como un marcador de riesgo para ambas mamas, con una incidencia anual de cáncer de alrededor del 2 % y una reducción del riesgo en las mujeres que recibieron quimioprevención (11). Hartmann et al. estimaron que el riesgo acumulado de cáncer invasor en mujeres con hiperplasia atípica puede

aproximarse al 30 % a los 25 años, y recomendaron el seguimiento estrecho y la quimioprevención (2).

### Quimioprevención

Por otra parte, la quimioprevención cuenta con evidencia sólida. En el ensayo NSABP P-1, el tamoxifeno redujo el riesgo de cáncer invasor, con un efecto especialmente marcado en mujeres con hiperplasia atípica (12). El ensayo MAP.3 mostró que el exemestano reduce el riesgo en posmenopáusicas de alto riesgo (13), y DeCensi et al. demostraron que el tamoxifeno en dosis bajas, de 5 mg diarios, reduce la recurrencia en la neoplasia intraepitelial de mama con mejor tolerancia (14).

## DISCUSIÓN

De entrada, la evidencia revisada muestra un cambio de paradigma: las lesiones premalignas de mama ya no se tratan de forma uniforme, sino según el riesgo individual (2,6). La verdad es que el diagnóstico de un carcinoma ductal in situ de bajo grado suele generar en la paciente un temor equivalente al de un cáncer invasor, pese a que su pronóstico es mucho mejor; por eso la información clara y la decisión compartida resultan tan importantes como la técnica quirúrgica.

Ahora bien, la vigilancia activa todavía se encuentra en evaluación (9,10), de modo que fuera de los ensayos clínicos la cirugía sigue siendo el estándar para el carcinoma ductal in situ. En el caso de las hiperplasias atípicas y del carcinoma lobulillar in situ, la quimioprevención es una herramienta infrautilizada, en parte por temor a los efectos adversos, que la dosis baja de tamoxifeno podría atenuar (12-14). En América Latina, las recomendaciones de tamizaje de las sociedades brasileñas resaltan la necesidad de adaptar estas estrategias a la realidad regional (15), algo especialmente pertinente para el Ecuador, donde el acceso al tamizaje es desigual.

Entre las limitaciones, gran parte de la evidencia procede de países de ingresos altos, y los resultados de los ensayos de vigilancia activa aún no son definitivos.

## CONCLUSIÓN

Las hiperplasias atípicas y el carcinoma lobulillar in situ actúan como marcadores de riesgo de cáncer de mama bilateral, mientras que el carcinoma ductal in situ tiene un pronóstico favorable, en el que la radioterapia y el tamoxifeno reducen la recurrencia local sin modificar la mortalidad. La quimioprevención con tamoxifeno, incluso en dosis bajas, o con inhibidores de la aromatasa reduce el riesgo en mujeres seleccionadas, y la vigilancia activa de las lesiones de bajo riesgo se encuentra en evaluación. En consecuencia, el manejo debe individualizarse según el riesgo, evitar el sobretratamiento y basarse en una decisión compartida con la paciente.

## FINANCIAMIENTO

No monetario.

## CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

## AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

## REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
2. Hartmann LC, Degnim AC, Santen RJ, Dupont WD, Ghosh K. Atypical hyperplasia of the breast--risk assessment and management options. N Engl J Med. 2015;372(1):78-89.
3. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med. 1985;312(3):146-51.
4. Ernster VL, Ballard-Barbash R, Barlow WE, Zheng Y, Weaver DL, Cutter G, et al. Detection of ductal carcinoma in situ in women undergoing screening mammography. J Natl Cancer Inst. 2002;94(20):1546-54.

5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
6. Narod SA, Iqbal J, Giannakeas V, Sopik V, Sun P. Breast cancer mortality after a diagnosis of ductal carcinoma in situ. JAMA Oncol. 2015;1(7):888-96.
7. Fisher B, Costantino J, Redmond C, Fisher E, Margolese R, Dimitrov N, et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N Engl J Med. 1993;328(22):1581-6.
8. Staley H, McCallum I, Bruce J. Postoperative tamoxifen for ductal carcinoma in situ. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD007847.
9. Francis A, Thomas J, Fallowfield L, Wallis M, Bartlett JM, Brookes C, et al. Addressing overtreatment of screen detected DCIS; the LORIS trial. Eur J Cancer. 2015;51(16):2296-303.
10. Hwang ES, Hyslop T, Lynch T, Frank E, Pinto D, Basila D, et al. The COMET (Comparison of Operative versus Monitoring and Endocrine Therapy) trial: a phase III randomised controlled clinical trial for low-risk ductal carcinoma in situ (DCIS). BMJ Open. 2019;9(3):e026797.
11. King TA, Pilewskie M, Muhsen S, Patil S, Mautner SK, Park A, et al. Lobular carcinoma in situ: a 29-year longitudinal experience evaluating clinicopathologic features and breast cancer risk. J Clin Oncol. 2015;33(33):3945-52.
12. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Redmond CK, Kavanah M, Cronin WM, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Natl Cancer Inst. 1998;90(18):1371-88.
13. Goss PE, Ingle JN, Alés-Martínez JE, Cheung AM, Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, et al. Exemestane for breast-cancer prevention in postmenopausal women. N Engl J Med. 2011;364(25):2381-91.
14. DeCensi A, Puntoni M, Guerrieri-Gonzaga A, Caviglia S, Avino F, Cortesi L, et al. Randomized placebo controlled trial of low-dose tamoxifen to prevent local and contralateral recurrence in breast intraepithelial neoplasia. J Clin Oncol. 2019;37(19):1629-37.
15. Urban LABD, Chala LF, Paula IB, Bauab SDP, Schaefer MB, Oliveira ALK, et al. Recommendations for the screening of breast cancer of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Society of Mastology and Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Association. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023;45(8):e480-8.

**Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**
**https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/**