

LESIONES IMPALPABLES DEL SENO: LOCALIZACIÓN MAMOGRAFICA Y BIOPSIA

Análisis de 164 anomalías

Juan Carlos Bonilla Jassir MD*, Jaime Ortega MD**, Gabriel Bernal MD***, Oscar Eduardo Mendoza. MD****,
Víctor Manuel Gutiérrez MD*****

Resumen

La biopsia guiada mediante mamografía en lesiones ocultas del seno es una herramienta útil para el diagnóstico temprano del cáncer y las lesiones premalignas. En esta revisión de 164 pacientes con lesiones no palpables detectadas mediante este procedimiento durante un período de dos años, a quienes se realizó marcación con arpón y resección quirúrgica, se diagnosticó malignidad en 42 pacientes (25,6%), trece de ellas con carcinoma in situ (7,9%) y 29 infiltrante (17,6%). El diagnóstico benigno más frecuente en esta serie fue fibroadenoma, seguido por otras patologías benignas comunes.

La categorización mamográfica según el sistema de BI-RADS muestra muy buena correlación con el diagnóstico histopatológico definitivo, evidenciando resultados homologables a otros estudios similares. Por tales hallazgos, nos permitimos recomendar esta técnica de diagnóstico temprano en nuestro medio para lesiones no palpables del seno detectadas con mamografía.

Palabras clave: mamografía, BI-RADS, histopatología, lesiones no palpables de mama, biopsia con arpón.

Abreviaturas: BI – RADS, breast imaging reporting and data system.

Introducción

El incremento notable del carcinoma de glándula mamaria en los últimos años, hace necesaria la utilización de múltiples métodos orientados a su detección temprana. A pesar de las controversias recientes en la literatura, no se puede discutir el valor de la mamografía como prueba reina de tamizaje en cáncer de mama, en especial en lo referente a la mayor sobrevida en mujeres mayores de 50 años.¹

En este análisis de 164 casos con localización mamográfica preoperatoria y marcación de la lesión

con un arpón, deseamos alentar a los cirujanos de mama para que éste método diagnóstico de cerca de dos décadas de desarrollo sea utilizado en forma habitual en las pacientes indicadas.

Materiales y métodos

Este estudio se realizó en un total de 164 lesiones localizadas en la mamografía mediante biopsia por arpón en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá, en el período comprendido entre los años 2002 y 2004. Todas las localizaciones fueron realizadas con mamografía en el departamento de radiología de dicha clínica usando técnicas estándar mundiales.² La clasificación de las lesiones se basa en la categorización del Colegio Americano de Radiología conocida como BI-RADS³ (**Figura 1**).

Para el procedimiento quirúrgico la lesión no palpable se marca en el servicio de rayos x bajo guía mamográfica y la paciente se traslada a la sala de cirugía de inmediato. Siempre que se realiza una

Fecha recibido: marzo 14 de 2006

Fecha aceptado: abril 3 de 2006

* Instructor Asistente, servicio de patología, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Médico radiólogo, Clínica San Pedro Claver.

*** Médico ginecólogo, coordinador del servicio de patología mamaria, Clínica San Pedro Claver.

**** Residente II de Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

***** Residente III de Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

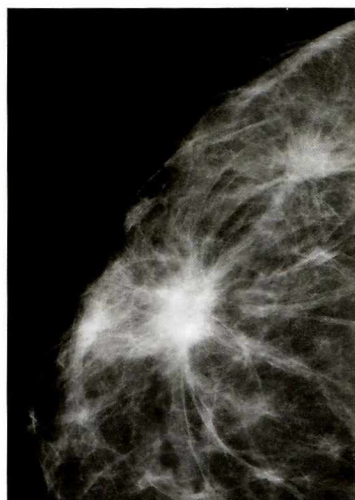


Figura 1. Mamografía categorizada como BI-RADS V que demostró en el estudio histológico un carcinoma infiltrante.

marcación, el radiólogo que ha practicado el procedimiento se pone en comunicación directa con el cirujano que va a practicar el procedimiento de la biopsia, con el fin de definir con exactitud la lesión, su localización y su relación con la punta o el trayecto del arpón. En la medida de las posibilidades el cirujano debe estar en el procedimiento y durante el tiempo transcurrido entre la marcación y el inicio del acto quirúrgico, se debe evitar al máximo la movilización de la paciente, ya que esto puede significar el desplazamiento del arpón.

Una vez en el quirófano bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, se practica una incisión de aproximadamente dos o tres centímetros sobre el sitio donde se ha determinado que está la punta del arpón. La disección se practica con bisturí o tijera con el objeto de preservar al máximo la pieza. Es importante hacer énfasis de que se trata de un procedimiento mínimamente invasivo, solo con el fin de hacer el diagnóstico, por lo tanto el peso máximo de cualquier espécimen quirúrgico no debe sobrepasar los 20 g.

Tan pronto la biopsia se realiza el material se envía de inmediato al servicio de rayos x, donde se le practicará mamografía según el caso para verificar que la lesión no palpable ha sido extraída (**Figura 2**). De forma habitual el radiólogo se desplaza a la sala de cirugía con el espécimen y la imagen respectiva

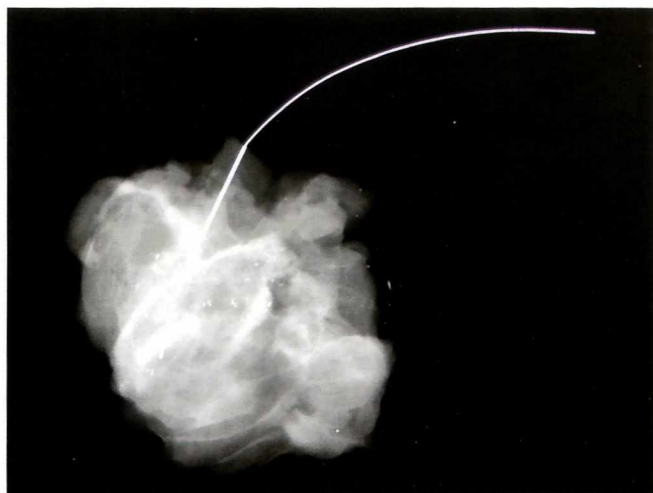


Figura 2. Estudio radiológico del espécimen guiado con arpón en el cual se ratifica la presencia de microcalcificaciones.

del mismo. Si la lesión objeto de estudio no aparece en las imágenes, se practica una nueva excisión, la cual se envía otras vez a rayos x.

Cuando se confirma que la lesión ha sido resecada ya sea total o parcialmente, procedemos a dejar una o dos ligas clip en la profundidad del lecho, previa hemostasia selectiva. Estos clips nos orientan después si la patología es negativa para malignidad, con el fin de practicar seguimiento mamográfico o, si la patología es positiva para malignidad, para dirigir otras modalidades de tratamiento quirúrgico o radio-oncológico. Para finalizar, el cierre se hace por planos conservando siempre la estética. La duración promedio del procedimiento quirúrgico una vez alcanzada la curva de aprendizaje y teniendo en cuenta el tiempo empleado en las imágenes del espécimen es máximo de 40 minutos.

En el departamento de patología de la Clínica se practicó el procesamiento total de las piezas quirúrgicas con demarcación de los márgenes con tinta china, mediante cortes seriados de 3 a 5 mm previa fijación en formol al 10%, posterior inclusión en parafina y cortes histológicos rutinarios con hematoxilina-eosina. A los especímenes enviados por microcalcificaciones las cuales no son identificadas en los cortes histológicos iniciales se les practicó examen mamográfico de los bloques de parafina con el fin de procesar las áreas apropiadas para evaluación.

La clasificación histológica de las lesiones mamarias benignas y malignas se realizó según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.⁴

Resultados

De un total de 164 casos de biopsias guiadas por arpón en lesiones sospechosas localizadas en la mama, se diagnosticó malignidad en un total de 42 pacientes (25.6% de los casos); de estas, 13 correspondieron a carcinoma in situ (7.9%) y 29 a carcinoma infiltrante (17.6%). De los primeros solo uno fue de tipo papilar (0.6%) y los restantes del tipo ductal. Entre los carcinomas infiltrantes tres correspondieron al patrón lobulillar (1.8%), uno al mucinoso o coloide puro (0.6%) y los demás fueron ductal clásico.

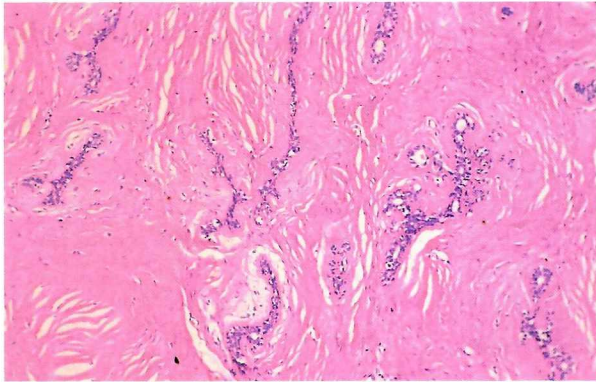


Figura 3. Imagen histológica de un fibroadenoma clásico, que fue el diagnóstico benigno más frecuente.

Los diagnósticos histopatológicos de benignidad más frecuentes fueron fibroadenoma (23.7%), fibrosis del seno (14%), condición fibroquística (9.1%), ectasia ductal (6%) y adenosis (5.4%). Los demás hallazgos benignos incluyen hiperplasias intraductales, necrosis grasa, papiloma intraductal, granuloma de colesterol, mastitis, cambio fibroadenomatoso del seno y un hamartoma (**Gráfico 1**).

De las lesiones categorizadas por estudios mamográficos como BI-RADS IV el 18.1% correspondieron a lesiones malignas, distribuidas así: seis casos de carcinoma in situ (10.9%) y cuatro de carcinoma infiltrante (7.2%) (**Gráfico 2**).

En las lesiones categorizadas por estudios mamográficos como BI-RADS V el 75% correspondieron

El rango de edad de las pacientes con cáncer fue de 24 a 79 años, con un promedio de 57. Cabe resaltar que el diagnóstico más frecuente hallado en el estudio patológico fue fibroadenoma (23,7%), seguido por el carcinoma invasor (17,6%) (**Figuras 3 y 4**).

Se diagnosticaron siete casos de hiperplasia intraductal con atipia, correspondiente al 4,2%. Se documentaron microcalcificaciones en el estudio histológico de 21 especímenes (12,8%), de los cuales dos corresponden a carcinoma ductal in situ y los otros dos a hiperplasia epitelial intraductal con atipia, para un 2,4% de los casos. El resto de las microcalcificaciones se encontraron en lesiones benignas (10.3%).

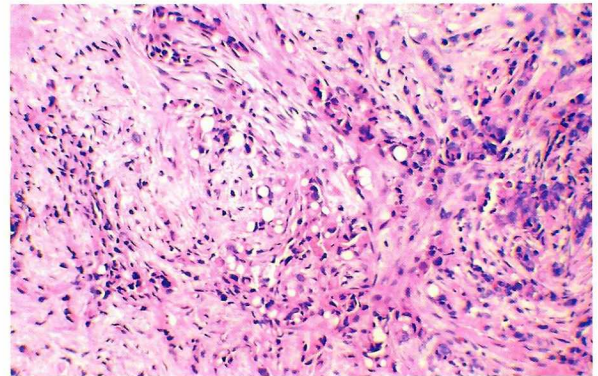


Figura 4. Carcinoma ductal infiltrante clásico. Diagnóstico realizado a lesión categorizada como BI-RADSV.

a lesiones malignas, distribuidas así: 13 casos de carcinoma infiltrante (65%) y 2 a carcinoma in situ (10%) (**Gráfico 3**).

Discusión y conclusiones

El reciente crecimiento de la mamografía como técnica de tamizaje ha resultado en un rápido incremento del número de pacientes que requieren biopsia para el diagnóstico definitivo de lesiones clínicamente ocultas. La detección de lesiones tumorales en la glándula mamaria cuando aún no son palpables representa un importante avance en el manejo y pronóstico del cáncer de seno.⁵

Nuestra experiencia muestra resultados alentadores pues la detección de lesiones malignas mediante

biopsia guiada por arpón es similar a la descrita por otros grupos de investigadores.^{6,7} Así mismo, la correlación entre las categorizaciones mamográficas según el sistema BI-RADS y los diagnósticos histopatológicos definitivos es semejante a la encontrada en otras series.⁸ Por los hallazgos expuestos nos permitimos recomendar la biopsia orientada con arpón en las lesiones sospechosas detectadas

en la mamografía. Es importante anotar que la posibilidad de encontrar lesiones pequeñas y malignas es el resultado del manejo en equipo del cáncer de seno, donde el cirujano interviene basado en imágenes diagnósticas y el patólogo integra toda la información para construir un diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad.

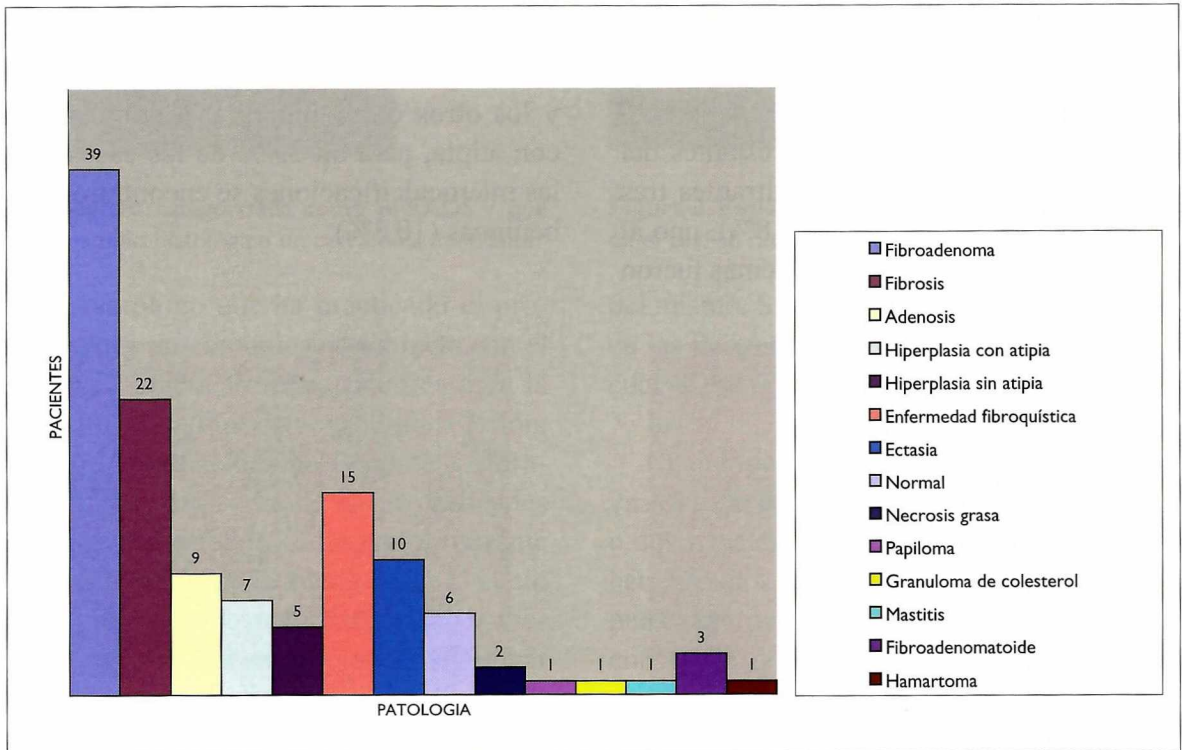


Gráfico 1. Distribución de los diagnósticos benignos.

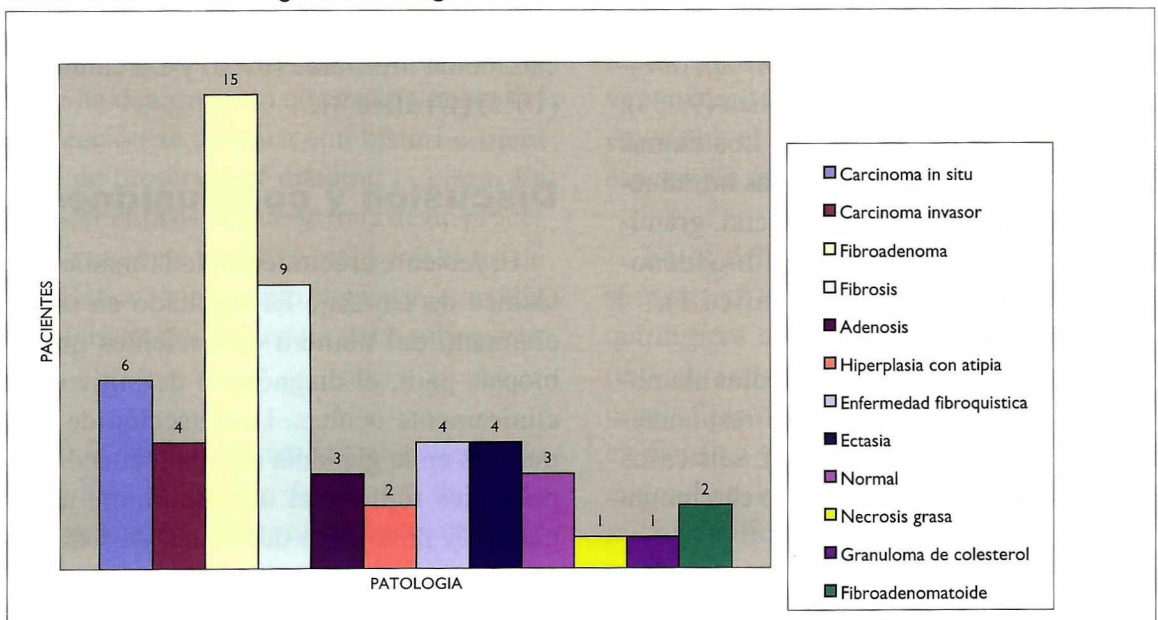


Gráfico 2. Distribución de los diagnósticos histopatológicos de las pacientes con mamografía categorizada como BI-RADS 4.

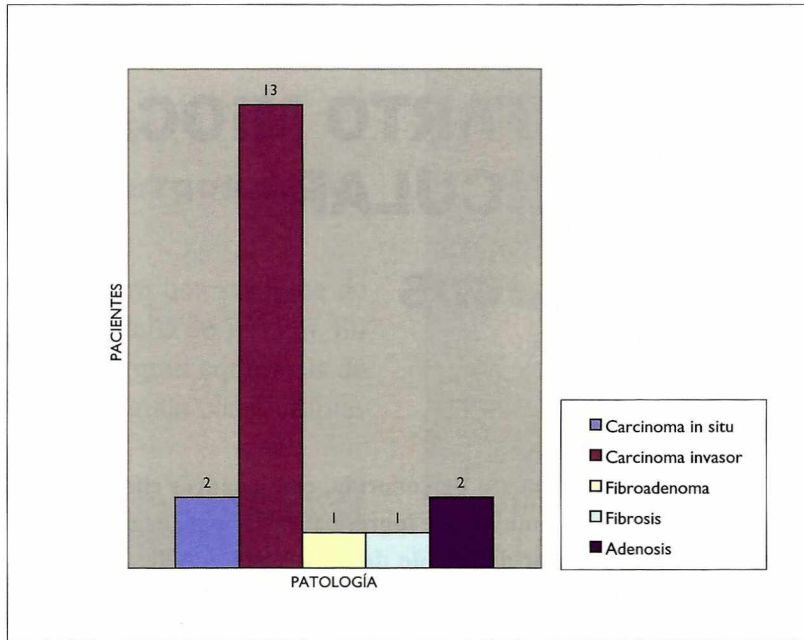


Gráfico 3. Distribución de los diagnósticos histopatológicos de las pacientes con mamografía categorizada como BI-RADS 5.

Referencias

- Gabe R, Duffy SW. Evaluation of service screening mammography in practice: the impact on breast cancer mortality. *Ann Oncol.* 2005;16 Suppl 2:ii153-62
- Kopans DB, Meyer JE, Sadowsky N. Breast imaging. *N Engl J Med.* 1984 Apr 12;310(15):960-7.
- Bassett L, Winchester DP, Caplan RB, Dershaw DD, Dowlatshahi K, Evans WP 3rd, et al. Stereotactic core-needle biopsy of the breast: a report of the Joint Task Force of the American College of Radiology, American College of Surgeons, and College of American Pathologists. *CA Cancer J Clin.* 1997 May-Jun;47(3):171-90.
- Tavassoli Fattaneh, Deville Peter. Tumours of the breast and female genital organs. Lyon: WHO, 2003. p. 10-12.
- Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. BI-RADS categorization as a predictor of malignancy. *Radiology.* 1999 Jun;211(3):845-50.
- González Mariño Mario Arturo. Diagnóstico de lesiones no palpables del seno. *Rev. Colomb. Cir.* 2002.
- Thompson WR, Bowen JR, Dorman BA, Pricolo VE, Shahinian TK, Soderberg CH Jr. Mammographic localization and biopsy of nonpalpable breast lesions. A 5-year study. *Arch Surg.* 1991 Jun;126(6):730-4.
- Meyer JE, Eberlein TJ, Stomper PC, Sonnenfeld MR. Biopsy of occult breast lesions. Analysis of 1261 abnormalities. *JAMA.* 1990 May 2;263(17):2341-3.

