

LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES - Nuestra Experiencia

RESUMEN

Objetivos: analizar la forma de presentación radiológica de cada lesión y establecer la relación entre lesiones benignas y malignas del total de las biopsias realizadas. Conocer el porcentaje de carcinomas in situ e invasores así como también la distribución etarea de las lesiones malignas en nuestra población.

Material y métodos: se realizó el análisis retrospectivo de 59 biopsias mamarias tomadas de 57 pacientes en un lapso de 18 meses. Se realizó marcación preoperatoria con grilla alfanumérica (28 casos), con estereotaxia (26 casos) y con ecografía (5 casos).

Resultados: la relación benignidad / malignidad obtenida es aproximadamente 2/1. La forma de presentación mas frecuente del carcinoma ductal invasor fue la de un nódulo irregular, mientras que la del carcinoma in situ fue como microcalcificaciones agrupadas.

El grupo etáreo mas afectado está entre los 40 y 60 años.

Palabras clave: Cáncer de mama - Biopsia mamaria.

SUMMARY

Objective: to establish the relation between the mammographic findings with the biopsy to detect non palpable carcinoma of the breast and to know the percent of the invasive and the in situ ductal carcinoma.

Material and methods: 59 biopsies taken in 57 patients during a period of 18 months were retrospectively analyzed.

Results: the benignity / malignancy relation was near 2/1. The nodular mammographic imagen is the most frequent in the invasive ductal variety while the cluster microcalcifications prevail in the in situ carcinoma.

The more affected age is between 40 and 60 years old.

Key words: breast carcinoma - Mammary biopsy.

Dra. María E. Tinti, Dra. Gisela Barujel, Dra. María I. Ruata y Dr. Alfredo Boudou, Dr. Guillermo Ruiz Orrico y Dr. Fabián Gomez Balangione
Departamento de diagnóstico por imágenes de servicio de ginecología y obstetricia - Hospital Privado.

INTRODUCCION:

El uso difundido de la mamografía como método de screening ha resultado en el descubrimiento de numerosas lesiones clínicamente ocultas, pero debido a la baja especificidad del método inevitablemente se realizan un número elevado de biopsias en lesiones benignas.

El objetivo de nuestra revisión es el de conocer la relación entre las lesiones benignas y malignas de las biopsias realizadas, el tipo histológico de cada lesión, el porcentaje de carcinomas invasores e in-situ encontrados, además de evaluar la forma de presentación de las diversas lesiones y su distribución etarea.

MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron retrospectivamente los resultados de 59 biopsias mamarias realizadas en 57 pacientes cuyas edades oscilaron entre los 30 y 80 años, en un período de 18 meses. La presentación radiológica de las lesiones fue: 18 nódulos, 28 microcalcificaciones agrupadas, 6 densidades asimétricas, 2 casos de microcalcificaciones asociadas a nódulo y 5 mamografías negativas. Siendo las lesiones diagnosticadas por ecografía: 1 quiste y 4 nódulos sólidos.

En todos los casos se realizó marcación preoperatoria de las lesiones subclínicas. En 28 se colocó arpon bajo sistema de coordenadas con grilla alfanumérica y en 26 casos bajo control estereotáxico. En las lesiones detectadas por ultrasonido se realizó marcación con azul de metileno bajo control ecográfico. En todos los casos, se realizó radiografía de la pieza quirúrgica para confirmar la presencia de las mismas.

RESULTADOS

De las 59 biopsias realizadas, 34 correspondieron a lesiones benignas (58 %), 3 a hiperplasias ductal atípica (5 %), y 22 (37 %) a lesiones malignas. La distribu-

(1) Médica adjunta del departamento de diagnóstico por imágenes - Hospital Privado.
(2) Médicas residentes del departamento de diagnóstico por imágenes - Hospital Privado.
(3) Médico del servicio de ginecología y obstetricia - Hospital Privado.
Departamento de Diagnóstico por Imágenes y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Privado - Córdoba.

ción de estas últimas correspondieron a 15 carcinomas ductales invasores, 6 carcinomas ductales in-situ y 1 carcinoma lobulillar invasor (tabla 1 y 2).

Tabla N° 1

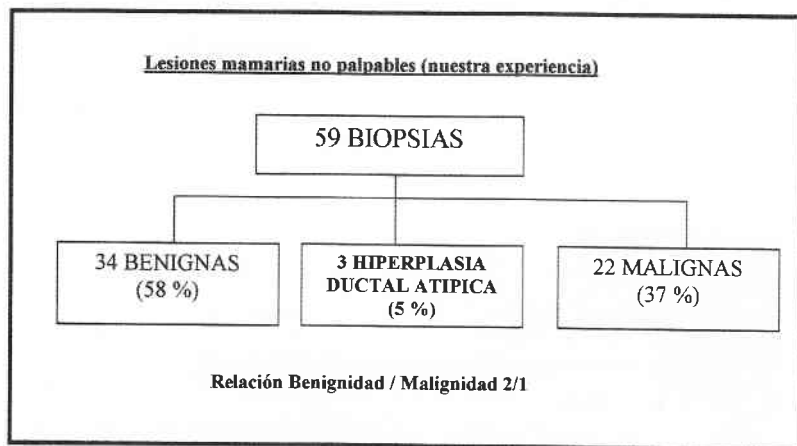


Tabla N° 2

Lesiones mamarias no palpables (nuestra experiencia)

Lesiones malignas subclínicas

Lesión	N°	%
Carcinoma ductal In-situ	6	27
Carcinoma ductal invasor	15	68
Carcinoma lobulillar invasor	1	5

Tabla N°3

Lesiones mamarias no palpables (nuestra experiencia)

Forma de presentación mamográfica de los carcinomas ductales invasores (N= 15)

Forma de presentación	N°	%
Nódulo irregular	8	54
Microcalcificaciones agrupadas	3	20
Microcalcificaciones + nódulo	2	13
Densidad asimétrica	2	13

Los 3 casos de hiperplasia atípica se presentaron como microcalcificaciones agrupadas. Los carcinomas ductales in-situ se manifestaron: 4 como microcalcificaciones agrupadas, 2 como microcalcificaciones + nódulo, 2 como densidades asimétricas. (tabla 3).

El único caso de carcinoma lobulillar se presentó como una densidad asimétrica de bordes espiculados. En cuanto a la presentación mamográfica de los carcinomas ductales invasores (15), 8 se presentaron como nódulos irregulares, 3 como microcalcificaciones agrupadas, 2 como microcalcificaciones mas nódulo, y 2 como densidades asimétricas (tabla 4).

Las lesiones malignas fueron mas frecuentes en el grupo comprendido entre los 40 y 60 años (tabla 5).

DISCUSION

El objetivo de la mamografía es la detección del carcinoma de mama en estadio precoz, antes que este resulte clínicamente evidente. Debido a que muchas lesiones benignas detectadas en mamografías son indistinguibles del cáncer de mama, es necesaria la biopsia, siendo imposible evitarla cuando lo que se busca es la detección temprana del cáncer.

La mayoría de las series publicadas (1-2) sugieren que el valor predictivo positivo (VPP) para la mamografía ante una imagen sospechosa no palpable es del 20 al 35 %.

$$VPP = \frac{\text{verdadero positivo}}{\text{verdaderos positivos mas falsos positivos}}$$

Nuestra revisión revela un VPP de 37/00 teniendo en cuenta que siete de

Tabla N° 4

Lesiones mamarias no palpables (nuestra experiencia)

Forma de presentacion mamografica del carcinoma in-situ (N=6)

Forma de presentación	Nº	%
Microcalcificaciones agrupadas	4	66
Nódulo irregular	2	34

Tabla N° 5

Lesiones mamarias no palpables (nuestra experiencia)

Distribución etarea

Distribución etarea	Nº	%
20 a 40	1	5
40 a 60	12	55
> 60	9	40

las lesiones biopsiadas presentaron bajo índice de sospecha desde el punto de vista de las imágenes. La bibliografía encuadra a estas biopsias como innecesarias, pero agrega que si el criterio quirúrgico utilizado tiene un umbral excesivamente elevado y el radiólogo solo recomienda la biopsia cuando hay criterios inequívocos de malignidad, el índice de carcinomas sería elevado (VPP alto), pero numerosos carcinomas en estadio inicial serían subdiagnosticados. La mayor parte de las lesiones malignas correspondieron a carcinomas ductales invasores, (fig. 1 y 2), los cuales se presentaron predominantemente como imágenes nodulares irregulares (45 %), mientras que la mayor parte de los carcinomas in situ se presentaron como microcalcificaciones agrupadas, lo que reafirma la importancia que tiene la minuciosidad en la observación de las placas mamográficas para pesquisar microcalcifica-

ciones y el estricto control de calidad que se debe perseguir, para hacer diagnóstico temprano; (fig. 3).

Tuvimos un caso de carcinoma lobulillar invasor que se presentó como un área densa irregular en la mamografía. En la ecografía apareció como un nódulo de márgenes mal definidos. Esta es la forma de presentación habitual de este tipo de carcinomas, los cuales generalmente se describen como masas de márgenes mal definidas, o nodularidad difusa en la mamografía. El carcinoma lobulillar no tiene tendencia a la formación de calcio y consecuentemente la detección de estos tumores por mamografía depende del reconocimiento de una masa o un área de desarquitecturización mamaria. (3-4)

También tuvimos un único caso de carcinoma tubular, que es una variedad de carcinoma ductal invasor definido como un tumor altamente diferenciado, cuyas células son regulares y están alineadas en túbulo rodeados por abundante estroma. Las formas puras de carcinoma tubular constituyen menos del 2

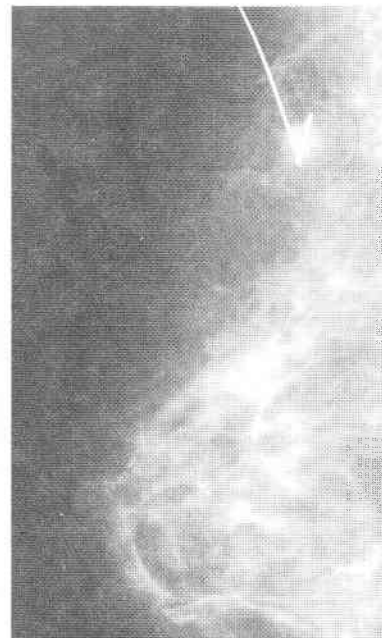


FIG. 1 y 2: Lesión nodular de contornos irregulares que correspondió a un carcinoma ductal invasor. Pieza quirúrgica con nódulo en su interior.

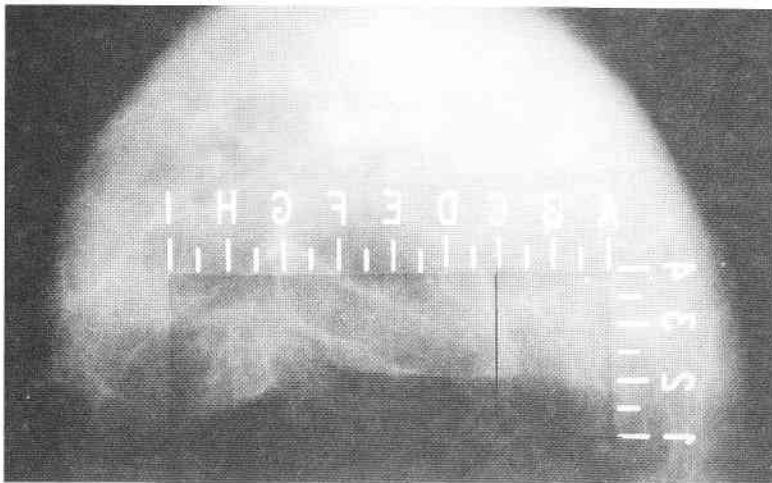
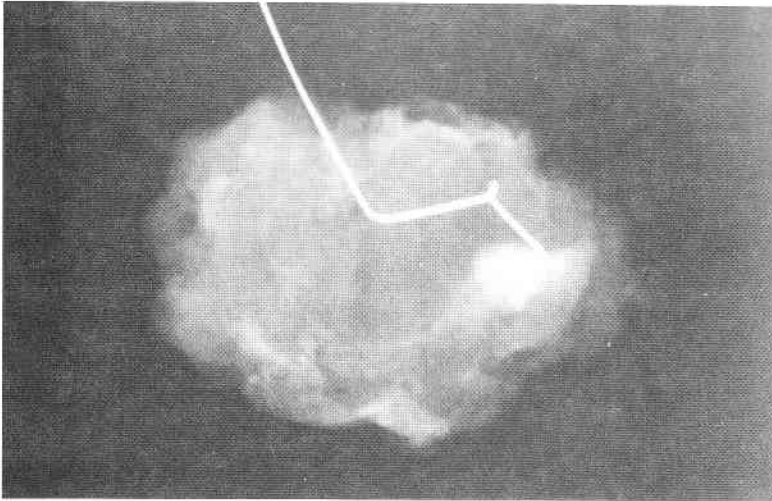


FIG. 3: Grilla alfanumérica - programación previa a la marcación de un grupo de microcalcificaciones agrupadas que correspondieron a carcinoma ductal in-situ.

% de todos los carcinomas mamarios. Tienen un pronóstico favorable aquellos tumores que tienen al menos un 75

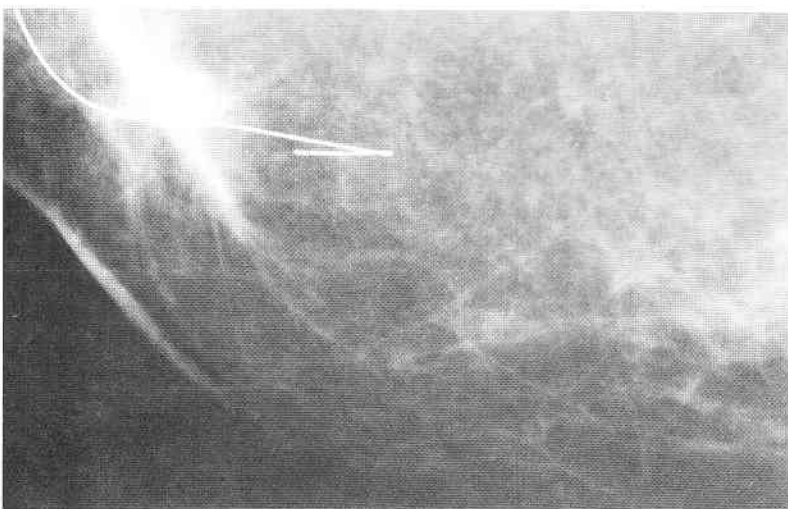


FIG. 4: Imagen nodular de contornos francamente espiculados: carcinoma tubular.

% de elementos tubulares. La frecuencia de metástasis axilares es de aproximadamente el 9 % (5) (fig. 4).

Destacamos en nuestra población 3 casos de hiperplasia ductal atípica (HDA), una entidad que si bien es benigna, su diagnóstico tiene gran relevancia ya que es un indicador de riesgo para el desarrollo ulterior de cáncer de mama. Por otro lado existe cierta dificultad para diferenciar la HDA del carcinoma in-situ. Frecuentemente el diagnóstico anatomopatológico de atipia es usado indiscriminadamente cuando existe dificultad para distinguir entre HDA y cáncer in situ. Dupont y Page (5-6) estudiaron mas de diez mil biopsias mamarias con un seguimiento a 71 años y definieron los criterios microscópicos de HDA como núcleo y nucleolo agrandados y pérdida de la polaridad nuclear asociadas a compromiso de al menos más de un ducto. Otros autores como Tavasso y Norris (5) sostienen que el diagnóstico de cáncer in-situ debe ser limitado a aquellas lesiones con un diámetro de 2 mm. sin tener en cuenta el número de ductos comprometidos.

La importancia de diferenciar entre HDA y cáncer in-situ es determinar el manejo adecuado de las pacientes. En general se acepta que las pacientes con diagnósticos de HDA deberán recibir control periódico, mientras que el tratamiento frente al cáncer in-situ es nodulectomía más radioterapia adyuvante (7-8).

Otro aspecto a destacar en cuanto a la distribución etarea es que el grupo más afectado en nuestra serie es el comprendido entre los 40 y 60 años, lo que reafirma la importancia del screening en este grupo.



CONCLUSIONES

El VPP de la mamografía en nuestra serie es de 37/00, y la relación benignidad/malignidad 2/1 aproximadamente, lo que significa que de cada 2 lesiones biopsiadas 1 fue maligna. La bibliografía al respecto establece que una relación 3/1 aproximada es la correcta y aconseja un VPP de 35/37/00. Esto nos encuadra dentro de lo recomendable para un servicio de mamografía.

Obtuvimos un 27 % de carcinoma in-situ, hallazgo que nos ubica en el límite inferior recomendado (30 %). El carcinoma in-situ y la HDA se manifestaron como microcalcificaciones agrupadas. Esto nos lleva a pensar que debemos mejorar la detección de las microcalcificaciones e insistir en la importancia de biopsiar las mismas.

La forma de presentación mas común del carcinoma ductal invasor es nódulo irregular.

El grupo etáreo más afectado en nuestra población es el comprendido entre 40 y 60 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Gisvild, JJ; Martin Jr., J: Prebiopsy Localization of Nonpalpable Breast Lesions. AJR: 143:447-487. 1984.
2. Rosembreg, AI; Schwartz, GF; Feig, SA; Patchefsky, AS: Clinically Occult Breast Lesions: Localization and Significance Radiology 162: 167-170. 1987.
3. Hilleren, DJ; Amdersson, LT; Lindholm, K; Linnell, FS: Invasive lobular carcinoma: mammographic findings in a 10 year experience. Radiology 178: 149. 1991.
4. Krece, KN; Gisuold, JJ; Invasive lobular carcinoma of the breast: mammographic findings and extent of disease at diagnosis in 184 patients. AJR 161:957. 1993.
5. Atlas of tumor pathology (AFIP) Peter Rosen, Harold Oberman.
6. Page DL, Dupont WD. Surgical Clinics Norths America 1190 Aug.; 831-851. Premalignant conditions and marquers of elevated risk in the breast and they management.
7. Bocker W, Decker T, Ruhnke M, Sneider W. Pathologe 1997 Jan. 18 (1): - 18. Ductal hiperplasia and ductal carcinoma in-situ. Definitios -Classification- Diferential diagnosis.
8. Stomper, PC: Clinically ocult ductal carcinoma in-situ detected with mamografy. Analysis of 100 cases with radiologic pathologic correlation. Radiology. 172:235.1989.