

BI-RADS Y EL MASTÓLOGO

El protagonismo del informe mamográfico en mastología es de una contundencia casi absoluta. A tal punto que para algunos equivale a una interconsulta encubierta. Pareciera que todas las dudas e interrogantes que se suscitan en muchas ocasiones en el examen clínico se disipan rápidamente cuando el informe es por ejemplo taxativamente negativo. De ahí que la aparición de la clasificación BI-RADS en los protocolos mamográficos haya tenido una gran repercusión en todo lo concerniente al proceso del diagrama diagnóstico en mastología.

Aunque la clasificación ha tenido una gran aceptación entre los imaginólogos, no ocurre lo mismo con el médico tratante. Un amplio espectro de profesionales suele ocuparse de las pacientes con patología mamaria, por lo menos en una instancia inicial. Desde generalistas, ginecólogos, cirujanos y, por supuesto, especialistas dedicados exclusivamente a esta disciplina. Para los profesionales no especializados el BI-RADS significa un elemento de gran valor orientador, en cambio para gran parte de los mastólogos, destinatarios y efectores del informe radiológico, el diagnóstico y conducta que conlleva este tipo de clasificación coarta el mecanismo de evaluación personal y menoscaba su posibilidad de disenso. No podemos dejar de considerar en las actuales circunstancias el costo que significaría, en el aspecto legal, contradecir una sugerencia diagnóstica a través de una biopsia.

El BI-RADS no es una clasificación universal. Responde a directivas de un país determinado y no a una institución de aval internacional. Dentro de las sociedades e instituciones que generaron la clasificación, aunque existen cuerpos colegiados como el American College of Surgeons, no figura ninguna sociedad específica de patología mamaria.

Sin embargo, desde el inicio, ha sabido establecerse y afincarse en muchos países americanos y europeos. Un ejemplo significativo y paradigmático ha sido el de Francia, cuna de la mamografía moderna, que recomienda a través de la Agence National D'Accréditation et D'Evaluation en Santé la utilización del BI-RADS en detrimento de otras clasificaciones propias más antiguas como la de Marsella. Es más, para octubre del 2004 la Société Française de Radio-

logie tenía programado publicar una versión francesa del BI-RADS completo, incluyendo mamografía, ecografía y RMN.

El BI-RADS, a diferencia de la clasificación de Amalric y Spitalier, no sólo efectúa un gradiente de sospecha sino que también dicta y sella conducta en cada ítem. Esta situación origina lo que podríamos llamar el "síndrome sello" que determina, y de alguna forma impone, diagnóstico y conducta, obviando y soslayando al mastólogo.

En el análisis crítico de la clasificación encontramos que aunque se enumeran cinco categorías, la introducción de una novedosa y enigmática categoría 0 eleva la cifra a seis.

Se define a la categoría 0 como "estudio incompleto, es necesario otros procedimientos". El BI-RADS 0 es uno de los aspectos más cuestionables de la clasificación; ya que se da la paradoja de que lisa y llanamente "no clasifica". En un ejercicio de logística semántica, el BI-RADS 0 es una definición sorprendente e insólita de una anomalía radiológica. Descarga todo el peso y la responsabilidad del diagnóstico en los métodos complementarios, que podrán o no resolverlo. Por ejemplo, la tan solicitada magnificación no es la panacea que muchos creen.

En el análisis de una mamografía que se pretende clasificar, la aparición de una imagen no bien caracterizada es por lo menos una anomalía radiológica. Esta anomalía de alguna manera debe ser definida en términos imaginológicos. Y para ello existen tres posibilidades básicas: a) anomalía estructural anatómica no patológica (asimetrías); b) anomalía de sospecha de benignidad; c) anomalía de sospecha de malignidad.

Otro de los aspectos digno de comentario de la clasificación es el BI-RADS 3. Esta categoría es quizás el ítem novedoso de la clasificación. Introduce la consideración de una imagen que "parece benigno pero puede no serlo". Sería el caso de los carcinomas tipo medular, papilares e incluso de algún invasor con imagen circular de bordes netos y densidad homogénea. Lo negativo del BI-RADS 3 es que suele y puede significar una cobertura del informante ante una situación adversa no prevista. Esto hace que, quizás subconscientemente, se exagere su indicación y presencia en los protocolos radiológicos.

El BI-RADS 4 es la categoría álgida y determinante de la clasificación. En ella se contempla la "imagen mamográfica de sospecha de atipia", piedra an-

gular de la mamografía en el diagnóstico de los carcinomas iniciales. Quizás debido a esto, en su última actualización, al BI-RADS 4 se lo subclasificó en a, b y c. Esta subclasificación es opcional. En la reciente actualización el porcentaje de las posibilidades de malignidad del BI-RADS 4 salta del 3-20% al 2-95%, un rango de sospecha de una amplitud inusitada.

El BI-RADS 4a incorpora la imagen de opacidad circumscripta del BI-RADS 3, pero con el aditamento de la palpación. Esto es una forma encubierta de aceptar que el sello final del diagnóstico no puede prescindir de la evaluación clínico-palpación del mastólogo. Las conclusiones imaginológicas puras no son suficientes para definir el diagnóstico y mucho menos la conducta a seguir.

El BI-RADS 4c representa un rango de sospecha de malignidad del 41% al 94%. Es obvio que muchas de las imágenes con semejante posibilidad de cáncer compiten y se superponen con el BI-RADS 5. Una imagen con posibilidad de cáncer que orille el 95% deja de ser una simple imagen "de sospecha".

Esta subclasificación ampliadora del BI-RADS 4, en su afán de obtener una mayor precisión en las imágenes de sospecha, lo que consigue es complicar y confundir la clasificación.

El BI-RADS es un intento válido de clasificación de la imagen mamográfica, pero por su misma configuración cerrada no permite definir una serie de situaciones imaginológicas sutiles y de difícil interpretación no contempladas en su esquema. La clasificación trata de unificar el lenguaje mamográfico, pero su instrumentación sigue siendo fundamentalmente subjetiva y operador-dependiente. Su inserción en nuestro medio es bastante aceptable, aunque esta aceptación se da principalmente en el ámbito de los imaginólogos radiólogos y de los profesionales no especializados. La mayoría de los mastólogos tienen serios reparos en su aplicación sistemática y obligatoria.

En resumen, podríamos considerar que la clasificación es un buen esfuerzo para la sistematización de la imagen mamográfica; pero por otra parte significa un evidente avance, no aceptable, en un área de exclusiva responsabilidad del mastólogo, como es la síntesis final clínico-imagenológica del diagnóstico y mucho más aún en lo concerniente a la conducta final.

Dr. Juan Margossian