

CAMBIO DE NOMENCLATURA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA LUEGO DEL INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO: ¿BRQ O TRQ?

La biopsia radioquirúrgica ha recorrido un largo camino desde que comenzó su uso entre nosotros, allá por la década del 70, para la investigación de las lesiones mamarias no palpables, cuando era la única posibilidad diagnóstica. Consideramos que fue el Dr. Juan Margossian quien la introdujo en nuestro medio cuando regresó de su beca en Estrasburgo.

Con sólo esas tres letras BRQ, los mastólogos aprendíamos:

1. Que la lesión era categóricamente no palpable.
2. Que el procedimiento quirúrgico debía ser asistido por imágenes, estereotaxia digital primero y ecografía tiempo después, para su marcación.
3. Que se podía marcar con colorante o dispositivo metálico, y ahora con ROLL si se dispone de la tecnología adecuada.
4. Que era indispensable confirmar en el acto operatorio que la lesión fuera extirpada correctamente a través de una buena mamografía de la pieza operatoria, o más raramente por ecografía.
5. Que era la biopsia más compleja para el mastólogo, quien integrara un grupo de trabajo con el imaginólogo y el patólogo.
6. Que una lesión no extraída, denominada perdida o trans-seccionada, nos enfrentaba a un riesgo legal.

Por todos estos motivos, pero fundamentalmente por su sencillez, esta denominación, biopsia radioquirúrgica, logró el mejor homenaje: imponerse por lo menos en el mundo de habla hispana.

Pero pasaron 30 años. ¿Debemos seguir llamando biopsia radioquirúrgica al procedimiento que se efectúa luego de un intervencionismo percutáneo guiado por imágenes que confirma lesión maligna? Pensamos que no, pues con diagnóstico histológico previo se desnaturaliza el concepto clásico de biopsia: "obtención de tejido vivo para conocer su patología".

Conviene analizar cuál era el objetivo de dicho procedimiento en sus inicios y cuál es en la actualidad. Como de una necesidad de 100% de biopsias radioquirúrgicas para diagnóstico, que podía ser también terapéutica, ese porcentual fue disminuyendo y, más aún, realizado para cumplir otro fin. El intervencionismo mamario fue avanzando a medida que su tecnología se hizo más eficiente.

El principal argumento del intervencionismo era evitar intervenciones innecesarias. El soporte estadístico de la biopsia radioquirúrgica lo fundamentaba, 75% de lesiones absolutamente benignas *versus* 25% de malignas o, dicho de manera más gráfica aún, cada 5 biopsias benignas 1 era maligna.

El intervencionismo avanza. Un reciente Editorial de esta misma revista lo fundamenta (*Rev Arg Mastol* 2004; 23(60): 208-11). Absoluto para lesiones multicéntricas o multifocales, la necesidad de investigar el ganglio centinela en carcinomas no palpables, potencia todavía más la biopsia percutánea.

Como era de esperar, se diagnostica en la actualidad mayor cantidad de casos de malignidad no palpable que en los comienzos de la biopsia radioquirúrgica. Hoy el mastólogo se enfrenta con un informe de lesión maligna, que en muchas ocasiones ni el mismo solicitó, y que la paciente conoce antes que el propio médico tratante abra el sobre.

Con el diagnóstico "consumado" debemos efectuarle ahora el tratamiento adecuado.

Debemos recurrir a la metodología de la biopsia radioquirúrgica para extirpar la lesión neoplásica, pero a diferencia de los fundamentos para lo cual fue creada, el nuevo procedimiento tendrá que ser sí o sí terapéutico. Ya no es una biopsia radioquirúrgica, ahora es un tratamiento radioquirúrgico.

Proponemos entonces la denominación de tratamiento radioquirúrgico a la intervención destinada a la solución global y definitiva del cáncer de la mama no palpable, a cuyo diagnóstico se llegó a través del intervencionismo mamario.

Desde el punto de vista técnico habrá que señalar algunas diferencias con el procedimiento anterior:

1. Es zona previamente puncionada y alterada.

2. Será marcada con colorante o arpón, o ambos, sobre zona resto de microcalcificaciones, del hematoma postpunción, o bien sobre clip.
3. Que en esta ocasión puede ser necesaria la presencia del patólogo para verificar que la lesión es extraída correctamente.
4. Si se efectúa ganglio centinela, se inyectará colorante vital y Tc-99.

Con estos agregados ya no es la biopsia radioquirúrgica que hicimos en los últimos 30 años. Tampoco podemos despedirnos de ella, porque sigue siendo el procedimiento obligado cuando el objetivo es el diagnóstico y no se cuenta con intervencionismo mamario confiable. Es hora de darle la bienvenida al tratamiento radioquirúrgico, cuando el objetivo es necesariamente terapéutico.

Gerardo Müller Perrier