

BIOPSIAS RADIOQUIRÚRGICAS NUESTRA EXPERIENCIA

Graciela E. Scabuzzo,* María Germana Castaño,* Esteban Vincent,* María Julia Pardo **

RESUMEN

Objetivo

Mostrar nuestra experiencia inicial del equipo de trabajo del consultorio de Patología Mamaria del Hospital Regional Español de la ciudad de Bahía Blanca, en la realización de biopsias radioquirúrgicas (BRQ) y analizar la proporción de carcinomas mamarios encontrados.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de las 742 consultas en el período comprendido entre marzo de 2008 y junio de 2012, de las cuales 41 pacientes fueron sometidas a biopsias radioquirúrgicas por presentar lesión no palpable con imagen mamográfica de sospecha.

Se incluyeron todas aquellas pacientes que concurrían con imagen mamográfica no palpable, se realizó en todas las pacientes marcación mamográfica con arpón Mamawire Plus 206A, con control intraquirúrgico.

Las variables que se analizaron fueron la edad, motivo de consulta, antecedente familiar o personal de cáncer de mama, tipo de lesión mamográfica, examen clínico mamario y resultado de anatomía patológica.

Resultados

En dicho período se analizaron 41 biopsias radioquirúrgicas, de las cuales el 31,7% correspondieron a carcinomas mamarios.

El rango de edad de las pacientes fue de 33 a 82 años, con un promedio de 63 años.

Los motivos de consulta por los que concurren al consultorio de Patología Mamaria fueron control en 24 pacientes y por derivación en 15 pacientes.

Dentro de los antecedentes familiares de cáncer de mama 12 pacientes no presentaban, 10 pacientes tenían datos positivos familiares y 5 pacientes positivos personales; y 14 pacientes sin datos, dentro de las que se incluyen aquellas que no los conocían.

Respecto a la patología benigna, el diagnóstico más frecuente fue el de enfermedad fibroquística con 7 casos (17,00%); y con respecto a la patología maligna, carcinoma ductal in situ en 3 casos (7,31%) y carcinoma ductal invasivo en 10 casos (24,40%).

Discusión

La mamografía es el examen de elección en el tamizado mamario, ya que tiene una alta sensibilidad (70-90%). Permite diagnósticos de lesiones no pal-

* Médico ginecólogo, consultorio de Patología Mamaria, Hospital Regional Español.

** Médico radiólogo, Sección Mamografía, Hospital Regional Español.

Correo electrónico para la Dra. Graciela E. Scabuzzo: gracielascabuzzo@hotmail.com

pables, las cuales 14,5% son cánceres en su mayoría precoces, permitiendo un manejo más conservador y una mayor sobrevida de la paciente.

En nuestro servicio y en nuestra ciudad no contamos, todavía, con dichos métodos diagnósticos, pero reconocemos el valor de los mismos para el diagnóstico temprano de la enfermedad y fundamentalmente la influencia en la sobrevida de nuestras pacientes, pero también reconocemos el valor de la BRQ que nos es y será muy útil, ya que nos permite obtener una información histopatológica completa de lesiones mamarias no palpables y de su entorno tisular hasta que logremos acceder a nuevas tecnologías, así como también consideramos importante el entrenamiento del médico mastólogo para detectar e interpretar correctamente las imágenes mamográficas y tomar una conducta apropiada.

Palabras clave

Biopsia radioquirúrgica. Lesiones no palpables.

SUMMARY

Target

Show our initial experience of the team of breast disease clinic of Hospital Regional Español, city of Bahía Blanca, in the radiosurgical biopsies (BRQ) and analyze the proportion of breast carcinomas found.

Material and methods

We performed a retrospective study of 742 consultations in the period between March 2008 and June 2012, of which 41 patients underwent biopsies radiosurgical to present non-palpable lesion with suspicious mammographic image.

We included all the patients attending with non-palpable mammographic imaging was performed in all patients spear mammographic dial 206th Mamawire Plus, intraoperative control.

The variables analyzed were age, chief complaint, family or personal history of breast cancer, mammographic lesion type, BI-RADS classification, clinical breast examination and pathological diagnosis.

Results

During this period, 41 biopsies analyzed radiosurgical of which 31.7% were breast carcinomas.

The age range of the patients was 33-82 years with an average of 63 years. The reasons for consultation by those who attended the breast disease clinic were 24 patients control and bypass 15 patients.

Within a family history of breast cancer, 12 had no patients, 10 had positive data patients, 5 patients family and previous breast carcinoma, and 14 patients no data within including those that do not know.

Mammographic images were heterogeneous microcalcifications in 18 irregular nodule in 18 patients and asymmetries in 3 patients holders.

Regarding benign pathology, diagnosis was the most frequent of fibrocystic disease in 7 cases (17.00%) and with regard to malignancy, carcinoma in situ ductal in 3 cases (7.31%) and invasive ductal carcinoma in 10 cases (24.40%).

Discussion

Mammography is the examination of choice for breast screening as it has a high sensitivity (70-90%). Allows non-palpable lesions diagnoses, which 14.5% are cancers most early, allowing more conservative management and increased patient survival.

We recognize the value of the BRQ to us and will allow us to obtain useful information in complete histopathological breast lesions and their tissue environ-

ment high as we achieve access to new technologies and also consider important mastology physician training to detect and interpret mammographic images correct and involvement of the multidisciplinary team to agree and take appropriate conduct.

Key words

Radiosurgical biopsies. Non-palpable lesions.

INTRODUCCIÓN

En la etapa previa a la imaginología mamaria, la confirmación diagnóstica del cáncer de mama se basaba en la biopsia quirúrgica diferida o por congelación sobre las características clínicas de la palpación.

Con el advenimiento de la mamografía se produce un punto de corte, tanto en la sospecha diagnóstica de lo palpable, como en el comienzo de la detección del carcinoma subclínico.¹

La mamografía, en el diagnóstico de las lesiones no palpables, es un método de alta sensibilidad y de moderada especificidad.³

OBJETIVO

Mostrar la experiencia inicial del equipo de trabajo del consultorio de Patología Mamaria del Hospital Regional Español de la ciudad de Bahía Blanca, en la realización de biopsias radioquirúrgicas (BRQ) y analizar la proporción de carcinomas mamarios encontrados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las 742 consultas de pacientes que concurren al consultorio de Patología Mamaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Español de la ciudad de Bahía Blanca en el período comprendido entre marzo de 2008 y junio de 2012, de las cuales 41 pacientes fueron sometidas a biopsias radioquirúrgicas por pre-

sentar lesión no palpable con imagen mamográfica de sospecha.

Criterios de inclusión

Toda paciente que concurre al consultorio de Patología Mamaria por derivación o control, que presente imagen mamográfica no palpable con índice de sospecha.

Criterios de exclusión

Pacientes que presenten imagen mamográfica con lesión palpable.

Pacientes que concurren con la BRQ realizada en otra institución.

Variables analizadas

- Edad.
- Motivo de consulta.
- Antecedente familiar o personal de cáncer de mama.
- Tipo de lesión mamográfica.
- Clasificación BI-RADS.
- Examen clínico mamario.
- Resultado de anatomía patológica.

Procedimiento

Los procedimientos se llevaron a cabo utilizando mamógrafo Senographe 600T, Senix H.F. y arpón Mamawire Plus 206A (0,7 - 0,5 - 0,10 cm). Las marcaciones fueron realizadas por

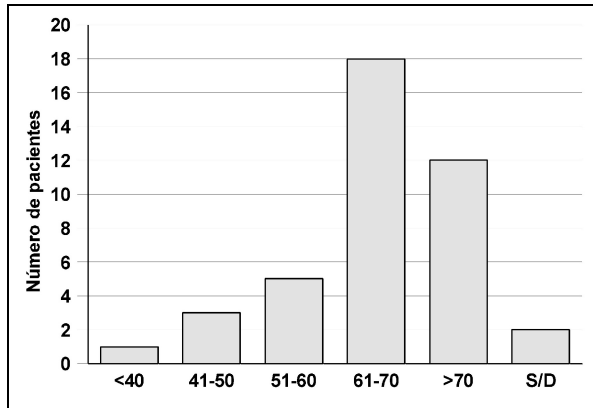


Figura 1. Edad.

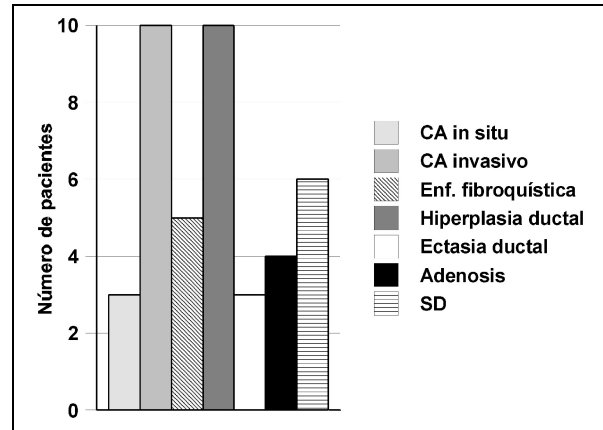


Figura 2. Anatomía patológica.

médico especialista en diagnóstico por imágenes del Servicio de Mamografía del hospital, siempre el mismo, el día previo o el mismo día de la cirugía, con comunicación con el cirujano detallando el procedimiento, incidencia del arpón para mejor ubicación de la lesión a estudiar, con control mamográfico intraquirúrgico y señalización de los bordes externo y cefálico, para facilitar ubicación por anatomía patológica.

RESULTADOS

En dicho período se analizaron 41 biopsias radioquirúrgicas, de las cuales el 31,7% correspondieron a carcinomas mamarios.

El rango de edad de las pacientes fue de 33 a 82 años, con un promedio de 63 años (Figura 1).

Con respecto a la mama afectada, en 23 casos (56,1%) fueron lesiones de mama izquierda

Lesión anatomopatológica	n
Enf. fibroquística / ectasia ductal / adenosis	13
Hiperplasia ductal	9
Fibroadenoma	1
Carcinoma in situ	3
Carcinoma ductal invasivo	10
Sin datos	5

Tabla I

y en 18 casos (43,9%) fueron en la mama derecha, no encontrándose diferencia significativa.

Los motivos de consulta por los que concurrieron al consultorio de patología mamaria fueron:

- Control: 24 pacientes
- Derivación: 15 pacientes.
- S/D: 2 pacientes.

Dentro de los antecedentes familiares de cáncer de mama, 12 pacientes no presentaban, 10 pacientes tenían datos positivos familiares y 5 pacientes con carcinoma mamario anterior; y 14 pacientes sin datos, dentro de las que se incluyen aquellas que no los conocían.

De las 41 biopsias realizadas, la anatomía patológica se ilustra en la Tabla I y Figura 2.

Respecto a la patología benigna, el diagnóstico más frecuente fue el de enfermedad fibroquística con 7 casos (17%).

Las imágenes mamográficas halladas fueron clasificadas como muestra la Tabla II.

Imágenes mamográficas	n
Microcalcificaciones	18
Nódulo irregular	18
Asimetrías tisulares	3
Sin datos	2

Tabla II

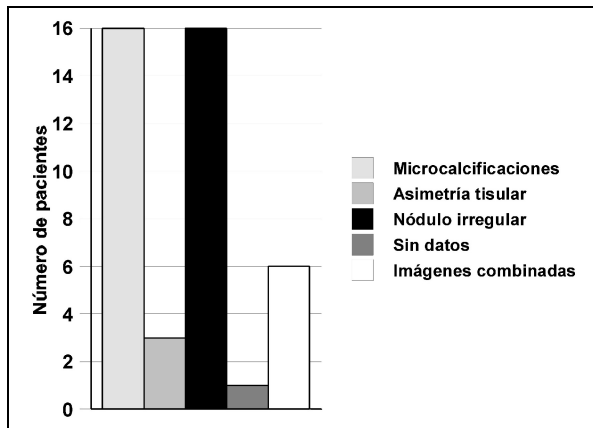


Figura 3. Imágenes mamográficas.

Dentro de las asociaciones de imágenes mamográficas encontramos asimetrías con microcalcificaciones en 2 pacientes, que correspondieron con enfermedad fibroquística y nódulo irregular con microcalcificaciones en 5 pacientes, de las cuales 3 casos fueron de los carcinomas ductales encontrados (Figura 3).

Dentro de la clasificación BI-RADS encontramos: 13 pacientes BI-RADS 4a; 16 pacientes BI-RADS 4b; 9 pacientes BI-RADS 4c; y sin categorización 3 pacientes.

DISCUSIÓN

La mamografía es el examen de elección en el tamizado mamario ya que tiene una alta sensibilidad (70-90%). Permite diagnósticos de lesiones no palpables, las cuales 14,5% son cánceres en su mayoría precoces, permitiendo un manejo más conservador y una mayor supervivencia de la paciente.⁷

Actualmente existen métodos menos invasivos para biopsias de este tipo de lesiones, como son la biopsia core bajo ecografía o mamografía y la biopsia realizada por medio de *Mamotome* (instrumento de biopsia direccional asistido por vacío guiado o estereotaxia).

Este tipo de procedimientos permite disminuir el número de BRQ en 2/3 partes y se obtie-

nen aproximadamente 20 a 100 mg de tejido.

Lamentablemente en nuestro servicio y en nuestra ciudad no contamos, todavía, con dichos métodos de diagnóstico, pero reconocemos el valor de los mismos para el diagnóstico temprano de la enfermedad y fundamentalmente la influencia en la supervivencia de nuestras pacientes, pero también reconocemos el valor de la BRQ que nos es y será muy útil, ya que nos permite obtener una información histopatológica completa de lesiones mamarias no palpables y de su entorno tisular, hasta que logremos acceder a nuevas tecnologías, así como también consideramos importante el entrenamiento del médico mastólogo para detectar e interpretar correctamente las imágenes mamográficas y la participación del equipo multidisciplinario para consensuar y tomar una conducta apropiada.

REFERENCIAS

1. Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Mama. Pautas para el diagnóstico y manejo de las lesiones mamarias subclínicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2006.
2. Lorusso D, Blejman O, Corrao F, Castrobarba M, Guixá H, Orti R, Testa R. Experiencia del Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Servicio de Ginecología del Hospital Italiano en biopsias radioquirúrgicas de 2.587 pacientes. *Rev Arg Mastol* 2004; 23(81): 302-314.
3. Margossian J, Bernardello ETL y col. Protagonismo y liderazgo de la biopsia radioquirúrgica en el diagnóstico definitivo de las lesiones mamarias no palpables. *Rev Arg Mastol* 2001; 20(67): 102-115.
4. Pina L, Apestiguía L, et ál. Técnicas de biopsia para el diagnóstico de lesiones mamarias no palpables. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27(3): 345-358.
5. Mayol A, Gorjon N, Meriño A, Pive A, Mayne S, Sosa E. Confirmación anatomopatológica de imágenes sospechosas de malignidad encontradas en mujeres de 38 a 78 años en el Servicio de Mastología, Hospital Juan C. Perrondo. *Revista Postgrado Cátedra VI Med N° III*. Dic 2001; pp.30-34.
6. Mota AM. Biopsias radioquirúrgicas para el diagnóstico de lesiones mamarias subclínicas. *Rev Arg Mastol* 2005; art.103.

7. Janile Canoch N, Barriga C, Osorio S, Nobo M, Capetillo F. Lesiones no palpables de mama: Resultado biopsias radioquirúrgicas. *Rev Chilena Cirugía* 2002; 54(2): 139-142.

DEBATE

Dr. Allemand: Tal vez es cierto lo que dijo la colega, que el número comparado con centros grandes es un número chico; pero igual, creo que es importante que cada lugar del país cuente su experiencia y que manejen la técnica de manera adecuada. Si no tienen posibilidad de acceder a biopsias con aguja y a *mammotome*, sabemos que la biopsia radioquirúrgica sigue siendo un recurso que se debe utilizar. Me parece que es interesante la eficacia, porque si no me acuerdo mal, casi el 50% fueron atípias, fueron carcinomas.

Dra. Scabuzzo: El 31,7% de carcinomas.

Dr. Allemand: Esto coincide con casi todas las publicaciones anteriores que ha hecho nuestro grupo, el grupo del Francés en su momento, el Italiano. Así que creo que el número de indicaciones que tienen es bueno. Este es el comentario que quería hacer. Me parece muy valioso porque cuando uno va a acreditar una unidad que haga la especialidad, si no tienen *mammotome* también se puede acreditar, porque hacen biopsias radioquirúrgicas de manera adecuada.

Dr. Martín: ¿Nunca marcan con carbón?

Dra. Scabuzzo: No, siempre con arpón. Estamos marcando con carbón pero bajo control ecográfico.

Dr. Coló: Coincido con lo que expresara el Dr. Allemand; creo que es importante destacar el esfuerzo de cada uno de los lugares del interior donde tienen menos recursos y creo que es importante que ellos transfieran a Buenos Aires

cuáles son las dificultades que tienen. Nosotros acá, en Buenos Aires, pensamos que todos disponen de todo, que tienen *mammotome*, que tienen estereotaxia, que tienen resonancia, y esto no es así, la realidad del interior es totalmente distinta. Venir a Buenos Aires, pararse frente a todos nosotros y transmitirnos cuál es su dificultad es muy bueno. Muy lindo su trabajo.

Dr. Castaño: La misma idea tenía yo e iba a transmitir una opinión muy semejante a la que acaba de expresar el Dr. Coló, pero también nos tiene que hacer reflexionar de otra manera. Es muy importante todo este registro de la infraestructura con la que se cuenta en todo el país para realizar la práctica mastológica, porque si una de las ciudades importantes como es Bahía Blanca está comenzando con procedimientos microinvasivos, imagínense en otras ciudades de mucha menor tecnología y posibilidades económicas y desarrollo, en qué situaciones estaremos. Es trascendente que a partir de que este registro comience a funcionar, la gente pueda entender cuándo tenga cerca un centro que pueda hacer un procedimiento microinvasivo o cuándo pueda hacer y a cuántos kilómetros tenga alguien que pueda hacer un asesoramiento genético. Realmente, ¡cuánto nos falta!

Dr. Margossian: Los felicito, la presentación ha sido muy buena. He tenido muchos conocimientos con las personas que hacen mamografías en Bahía Blanca y siempre han tenido un muy buen nivel y han aspirado a hacer una excelencia en la tecnología mamográfica; me han llegado sus placas. Me alegro mucho que se haya hecho esta sistemática de la biopsia radioquirúrgica, muy prolija, muy bien presentada y con los porcentajes habituales de todas las estadísticas, salvo en los carcinomas iniciales que lo veo muy bajo. De todas maneras los felicito, ha sido un buen esfuerzo.