

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN PATOLOGÍA MAMARIA. EXPERIENCIA EN NUESTRA INSTITUCIÓN Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA

Paula De Luca,* Andrea Gersztein,** Claudio Storino,* Josefina Pavón,*
Leticia Ramos,*** Marcelo Villanueva,*** Adrián Sancineto,* María del
Carmen Kordich,***** Javier Casavilla*****

RESUMEN

Introducción

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una técnica segura, efectiva, económica y adecuada para el diagnóstico presuntivo de lesiones mamarias palpables, no palpables y adenopatías.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir la sensibilidad (S), especificidad (E), tasa de falsos positivos (FP) y negativos (FN), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de las PAAF de nuestro servicio para patología mamaria benigna y maligna, comparando los hallazgos citológicos con los resultados histopatológicos.

* Servicio de Tocoginecología, Sector Patología Mamaria, Hospital C. G. Durand.

** Servicio de Anatomía Patológica, Sector Citología, Hospital C. G. Durand.

*** Servicio de Tocoginecología, Sector Ecografía, Hospital C. G. Durand.

**** Servicio de Tocoginecología, Sector Patología Mamaria. Hospital Municipal de Morón.

***** Servicio Anatomía Patológica, Jefa de Sección, Hospital C. G. Durand.

***** Servicio de Tocoginecología, Jefe Unidad Ginecología, Hospital C.G. Durand.

Correo electrónico de contacto: dlpaula@hotmail.com

Material y Método

Estudio de corte transversal de 387 PAAF efectuadas en el Sector de Patología Mamaria del Hospital C. G. Durand. entre enero de 2011 y agosto de 2014.

Se correlacionaron 172 resultados con su estudio histopatológico. Las punciones fueron realizadas por la misma citopatóloga que procesó y analizó las muestras.

Resultados

Se obtuvo una S y una E del 95,3% y del 100%, respectivamente, con una tasa de FN de 4,6% y de FP de 0%, VPN de 92,6 % y VPP de 100%.

Conclusiones

La PAAF es un método altamente sensible y específico para planificar el posterior tratamiento de las pacientes con patología mamaria. Destacamos la importancia de constituir un equipo de trabajo entre un mastólogo y un citopatólogo entrenado.

Palabras clave

PUNCIÓN CON AGUJA FINA. CITOLOGÍA MAMARIA.

SUMMARY**Introduction**

Fine needle aspiration (FNA) is a safe, effective, economical and appropriate technique for the presumptive diagnosis of palpable, non palpable breast lesions, and nodes.

Objective

The objective of this study is to determine the sensitivity (St), specificity (Sp), false positives (FP) and negative (FN) rates, positive and negative predictive value (PPV, NPV) of our Hospital, comparing FNA cytologic and histopathological findings for benign and malignant breast lesion.

Materials and Method

Transversal study of 387 FNA from the Breast Pathology Section of the C. G. Durand Hospital. 172 cytologic specimens were further correlated with the histopathology. The FNA were performed, processed and analyzed by a trained cytopathologist.

Results

The St and Sp were 95.3% and 100% respectively, with a FN rate of 4.6% and FP rate of 0%, obtaining a NPV of 92% and PPV of 100%.

Conclusions

FNA is a highly sensitive and specific method to plan subsequent treatment of patients with breast disease. We point out on the importance of team working with a trained cytopathologist and a clinician specialized in breast assessment and imaging.

Key words

FINE NEEDLE ASPIRATION. BREAST CITOLGY.

INTRODUCCIÓN

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una técnica segura, efectiva, económica y adecuada para el diagnóstico presuntivo de lesiones mamarias. Sus ventajas incluyen: mínima invasión, costo/efectividad, procedimiento rápido, mínimo discomfort de la paciente y diagnóstico preciso con valor predictivo positivo alto.⁽¹⁾

La PAAF para el diagnóstico de patologías mamarias puede realizarse en lesiones palpables –forma de presentación más frecuente del cáncer de mama en nuestra población–,^(2,3) en lesiones no palpables y en adenopatías.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es describir la sensibilidad y especificidad de las PAAF de nuestro servicio comparando los hallazgos citológicos de punciones de nódulos palpables, no palpables y adenopatías realizadas por un único operador capacitado con los resultados histopatológicos obtenidos por ectomía o punción con aguja gruesa (PAG) de la lesión. Evaluar falsos positivos y negativos para patología maligna y benigna, así como VPP y VPN.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal de 387 PAAF de lesiones mamarias y adenopatías efectuadas en el sector de Patología Mamaria del Hospital Carlos G. Durand, entre enero de 2011 y agosto de 2014. Se punzaron 328 tumores palpables de mama, 39 lesiones mamarias no palpables guiadas por ultrasonografía y 19 adenopatías palpables. La técnica consistió en realizar a cada lesión dos punciones con aguja 25 G x 1" y jeringa de 10 ml acoplada a un portajeringa Cameco. Se efectuó la fijación del material en alcohol 96° y tinción según técnica de PAP modificada.⁽⁴⁾ Las punciones fueron realizadas por un único operador junto a una patóloga del hospital especialista en citología, que además procesó y analizó las muestras.

De las 387 lesiones punzadas, 172 fueron comparadas con su estudio histopatológico –163 por ectomía y 9 por PAG–. Las PAG fueron realizadas en pacientes con estadios avanzados de Ca de mama, quienes realizaron tratamiento sistémico primario y en las que no fue factible la ectomía de la lesión.

Los hallazgos citológicos se clasificaron en 9 grupos:⁽⁵⁾

1. *Insatisfactorio*: por muestra hipocelular o material hemático.

2. Tejido mamario oncológicamente negativo:

2a. *Benigno inespecífico*: se incluyeron en esta categoría las citologías oncológicamente negativas, compatibles con hiperplasias ductales de grado variado, procesos cicatrizales, quistes simples.

2b. *Inflamatorio o infectológico (INF)*: muestras oncológicamente negativas, con presencia de infiltrado inflamatorio mononuclear o polimorfonuclear neutrófilo, con o sin componente granulomatoso.

2c. *Compatible con Fibroadenoma (FA)*: muestras oncológicamente negativas, con células epiteliales ductales normotípicas dispuestas en planchas monocapa con presencia de células mioepiteliales y estroma laxo.

2d. *Compatible con Tumor Phyllodes (PHY)*: muestras oncológicamente negativas, con similares características y disposición celular que el FA pero con presencia de estroma denso, celular con disposición mamelonada.

2e. *Fibroadenoma versus Phyllodes (FA vs PHY)*: muestras oncológicamente negativas, con características del estroma no concluyentes para definir FA o PHY.

3. Tejido mamario oncológicamente positivo o sospechoso:

3a. *Lesiones sospechosas de malignidad (M)*: características citológicas que no resultan concluyentes para clasificar la lesión como carcinoma pero que exceden las alteraciones morfológicas contempladas en las lesiones benignas.

3b. *Compatible con Carcinoma (Ca)*: presencia de células epiteliales con grados variables de atipia, sueltas o agrupadas, y ausencia de células mioepiteliales en su mayoría.

4. *Otros diagnósticos de tejido extra mamario*: en esta categoría se incluyeron lipomas, melanomas, linfomas, metástasis mamarias por carcinoma primario de otro origen.

Tabla I. Número de punciones realizadas y promedio de edad de las pacientes según las categorías de diagnóstico citológico

Citopatología	Edad (rango)	PAAF (número)
Insatisfactorio	56 (31-69)	3
Benigno inespecífico	52 (19-83)	111
Inflamatorio	42 (20-81)	33
FA	35 (15-64)	75
PHY	34 (19-46)	17
FA vs PHY	31 (15-48)	19
Sospechoso de M	53 (35-72)	18
Carcinoma invasor	58 (30-96)	107
Otros	56 (31-69)	4
TOTAL		387

Tabla II. Número de PAAF con posterior estudio histológico de la lesión

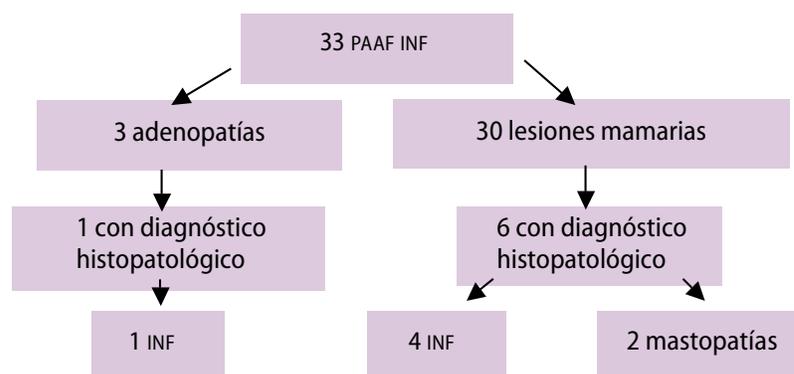
Diagnóstico citológico	PAAF (número)	Lesiones con estudio histopatológico (número)
Insatisfactorio	3	0
Benigno Inespecífico	111	10
Inflamatorio	33	7
FA	75	26
PHY	17	12
FA vs PHY	19	13
Sospechoso de M	18	16
Carcinoma invasor	107	86
Otros	4	2
TOTAL	387	172

Se compararon los resultados citopatológicos con la histopatología en estudio diferido.

Los resultados de la histopatología fueron clasificados como: Mastopatía, Inflamatorio, FA, PHY, Papiloma, Carcinoma y Otros, donde se incluyó una metástasis por carcinoma de vesícula y un linfoma.

RESULTADOS

En la Tabla I se describen la cantidad de punciones realizadas y la edad de las pacientes punzadas según el diagnóstico citológico. La Tabla II muestra el número de lesiones con PAAF que tuvieron diagnóstico histopatológico posterior.

Gráfico 1. Lesiones con diagnóstico citológico benigno inespecífico por PAAF**Gráfico 2.** Lesiones con diagnóstico inflamatorio/infectológico por PAAF

De las 387 PAAF, se obtuvieron 3 muestras *insatisfactorias*, lo que representa el 0,7% del total de las punciones. Dichas lesiones fueron repunzadas, obteniéndose resultados negativos.

De las 172 lesiones con estudio histopatológico posterior, 68 tenían diagnóstico citológico negativo, 102 de sospecha de malignidad o citología oncológicamente positiva y 2 otros diagnósticos

Se informaron 255 citologías negativas. De las 111 lesiones con citología *benigna inespecífica*, diez fueron operadas porque su examen palpatorio o de imágenes resultó sospechoso de malignidad; los resultados histopatológicos correspondieron a 6 mastopatías y 4 carcinomas (Gráfico 1). De estos 4 falsos negativos, un caso fue una punción ecoguiada

que luego se repitió –dando un resultado oncológicamente positivo–, otro caso fue una punción de un quiste cuyo diagnóstico histopatológico por ectomía fue un carcinoma papilar y 2 casos fueron informados como negativos por ausencia de células neoplásicas –una de estas pacientes fue repunzada por sospecha imagenológica y dio un resultado positivo.

De las 33 PAAF informadas como *INF*, 3 corresponden a adenopatías axilares, una de ellas extirpada, coincidiendo con el resultado histopatológico. De las lesiones mamarias, 6 fueron intervenidas, obteniendo 2 mastopatías y 4 histopatologías inflamatorias por abscesos o galactoforitis (Gráfico 2).

De las 75 lesiones punzadas con citología *compatible con FA*, fueron operadas 26, obteniéndose en la

Gráfico 3. Lesiones con diagnóstico compatible con FA por PAAF

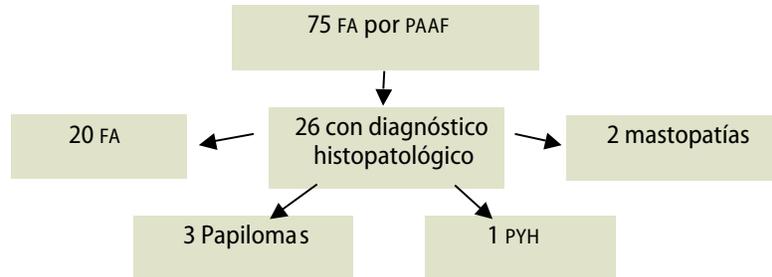


Gráfico 4. Lesiones con diagnóstico compatible con PHY en la PAAF

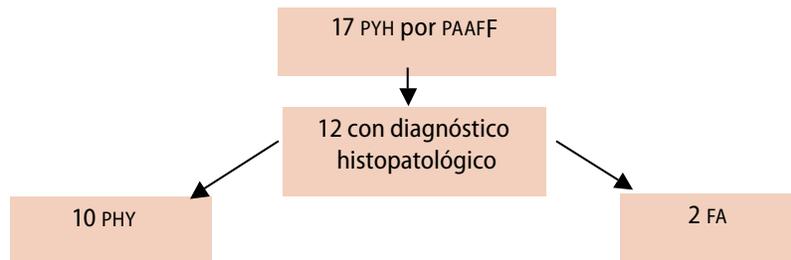
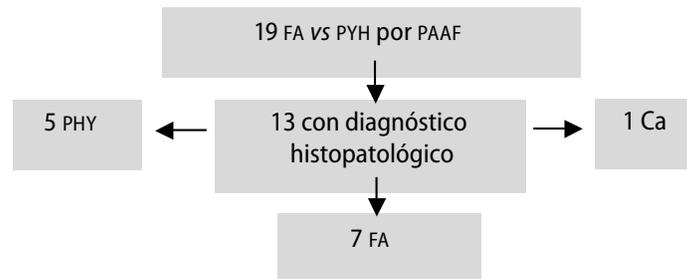


Gráfico 5. Lesiones con diagnóstico compatible con FA vs PHY



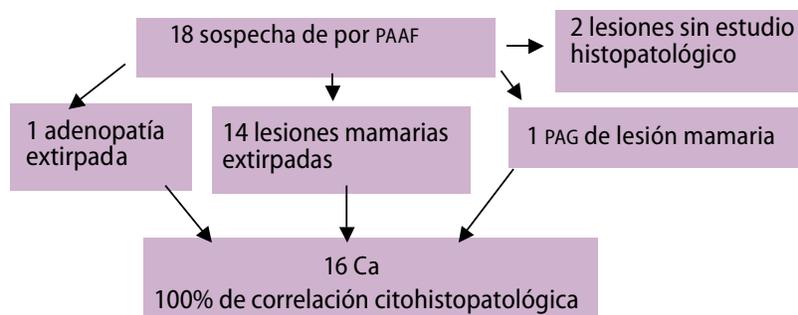
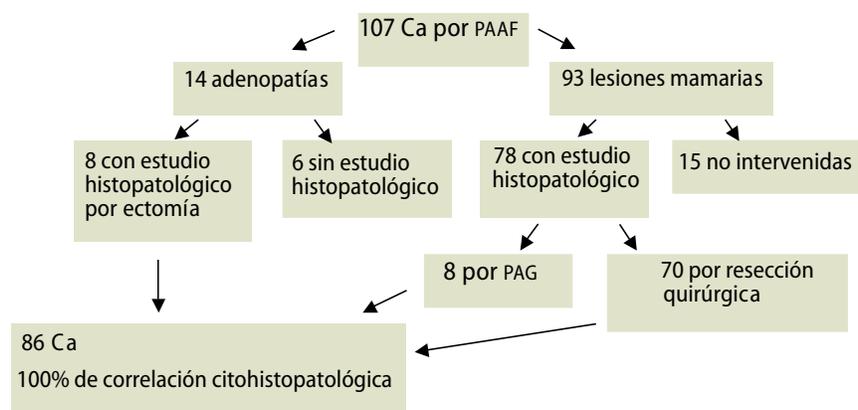
VS

histopatología diferida 20 FA, 3 papilomas, 1 Tumor Phyllodes y 2 mastopatías. Las pacientes sin tratamiento quirúrgico fueron seguidas con controles periódicos (Gráfico 3).

De las 17 lesiones diagnosticadas como *compatibles con PHY*, 12 fueron intervenidas. En el estudio histopatológico se obtuvieron 10 PHY y 2 FA. Las 5

restantes fueron tratadas en otras instituciones (Gráfico 4).

De las 19 catalogadas como *FA vs PHY*, 13 fueron operadas. La histopatología informó: 5 PHY, 7 FA y un carcinoma infiltrante (quinto falso negativo). El resto se trató en otra institución o con control periódico, según preferencia de la paciente (Gráfico 5).

Gráfico 6. Lesiones con diagnóstico citológico sospechoso de malignidad por PAAF**Gráfico 7.** Lesiones con diagnóstico citológico compatible con Ca por PAAF

Se informaron 125 citologías positivas o sospechosas de malignidad.

De las 18 *lesiones sospechosas de malignidad*, 16 fueron comparadas con la histopatología, incluyendo una adenopatía axilar. La obtención de la muestra se realizó por PAG en una paciente y en el resto por ectomía de la lesión. En el estudio histopatológico todas resultaron carcinomas: 14 infiltrantes y 2 *in situ*. Las dos pacientes no intervenidas tuvieron seguimiento en otra institución (Gráfico 6).

Las 107 lesiones *compatibles con Ca* incluyen 14 punciones de adenopatías. De estas, solo 8 fueron operadas, con diagnóstico de metástasis por car-

cinomas en la biopsia diferida en todos los casos. Las otras 6 no fueron intervenidas por tratarse de adenopatías cervicales o supraclaviculares en estadios avanzados (Tabla III). De las 93 PAAF de lesiones mamarias con diagnóstico citopatológico de carcinomas, 8 se analizaron por PAG y 70 por ectomía de la lesión. Todas resultaron carcinomas en su análisis diferido, con una correlación del 100%. Las otras 15 no pudieron ser comparadas con su estudio histopatológico porque no se realizó tratamiento quirúrgico por estadio avanzado o comorbilidades con posterior óbito, o por no estar intervenidas quirúrgicamente al 31 de agosto de 2014 (Gráfico 7).

Tabla III. Correlación del estudio de adenopatías punzadas

Diagnóstico por PAAF	Diagnóstico por histología	Lesiones no extirpadas
3 INF	1 INF	2
1 Sospechosa de M	1 metástasis por carcinoma	
14 Carcinoma	8 metástasis por carcinoma	6
1 Otros (linfoma)	1 Linfoma	

TABLA IV. Correlación según diagnóstico de la citología con la histología

Cito \ Histo	Mastopatía	INF	FA	PHY	Papiloma	Carcinoma	Otros
BENIGNO I (10)	6					4	
INFL (7)	2	5					
FA (26)	2		20	1	3		
PHY (12)			2	10			
FA vs PHY (13)			7	5		1	
SOSP (16)						16	
Ca (86)						86	
OTROS (2)							2
SUBTOTALES	10	5	29	16	3	107	2
TOTALES (172)					63	107	2

De las 4 lesiones catalogadas como *otros diagnósticos de origen extra mamario* en la PAAF, 2 fueron extirpadas, coincidiendo los diagnósticos: un linfoma en una adenopatía axilar y una metástasis de un carcinoma mucinoso de vesícula en un ganglio intramamario punzado.

Las adenopatías positivas no extirpadas fueron supraclaviculares o cervicales en pacientes con estadios avanzados.

Se agrupan los diagnósticos en: Mastopatía, Inflamatorio, Fibroadenoma, Phyllodes y Papiloma en 63 casos de Patología Benigna.

En la Tabla III se aclaran los resultados correspondientes al análisis de las 19 adenopatías punzadas y en la Tabla IV la correlación citohistopatológica de todas las lesiones.

Sin tomar en cuenta "otros diagnósticos", se obtuvieron un total de 63 histopatologías correspon-

Tabla V. Resultados estadísticos

		95% I.C	
		Límite inferior	Límite superior
Prevalencia de lesiones malignas	62,94%	55,68%	70,20%
Sensibilidad	95,33%	91,33%	99,33%
Especificidad	100%	100%	100%
Valor predictivo positivo	100%	100%	100%
Valor predictivo negativo	92,65%	86,44%	98,85%
Cociente de probabilidades negativo	0,047	0,020	0,110

dientes a patologías benignas y 107 a patologías malignas, correspondiendo a una prevalencia del 62,94% para lesiones malignas.

Los 63 casos de patologías benignas fueron verdaderos negativos de la punción, con cero falsos positivos, obteniendo así una tasa de falsos positivos del 0% con una especificidad y VPP del 100%

Los 107 casos de patologías malignas correspondieron a 102 verdaderos positivos de la PAAF y 5 falsos negativos (4 benignos inespecíficos y 1 FA vs PHY), con una tasa de falsos negativos del 4,6%, una sensibilidad del 95,3% y un VPN de 92,6% (Tabla V).

No fue posible calcular el cociente de probabilidades positivo (LHR +) ni el Odds de la prueba, ya que los falsos positivos son 0 (cero).

El análisis estadístico fue realizado con el programa Graph Pad InStat, junto con planillas Excel.

DISCUSIÓN

La punción por aspiración con aguja fina es un recurso diagnóstico de gran utilidad al estudiar una masa mamaria, formando parte de la tríada diagnóstica inicial junto con el examen palpatorio y la imagenología. Las tasas de sensibilidad y especificidad en la bibliografía oscilan entre el 65 y el 98% y el 92 y el 100%, respectivamente, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro estudio.^(6,7,8,9)

Con respecto a la clasificación de los resultados citológicos, si bien, según las recomendaciones del sistema Bethesda (1996), las punciones de mama son informadas dentro de 5 categorías (no satisfactorio, benigno, atípico, sospechoso y maligno), para este trabajo se utilizaron 9 categorías, con mayor especificación en los diagnósticos benignos.^(5,10)

Se obtuvieron en nuestra serie solo 3 muestras insatisfactorias, lo que representa el 0,7% del total. Interpretamos que este bajo porcentaje se debe a la realización del procedimiento por el mismo citopatólogo que procesa y analiza la muestra, quien conoce el examen físico de la paciente y sus imágenes. Analizando los trabajos publicados a través de los años, se observa una disminución del porcentaje de muestras inadecuadas o insuficientes, las que van de un 25,5% en un estudio de 1982 en Milán,⁽¹¹⁾ a un 17% en 1994 en Centroamérica,⁽¹²⁾ un 13% en una serie nacional en 2011⁽⁶⁾ y a un 6,4% en publicaciones de 2014.⁽¹³⁾

El porcentaje de falsos negativos mamarios es muy variable en las revisiones de la literatura: oscila entre el 1,4 y el 12%. En nuestra serie hallamos un total del 4,6%. La mayoría de estos falsos diagnósticos se debe a errores en la obtención del material y, en menor porcentaje, a errores de interpretación. En estudios realizados por profesionales sin experien-

cia, puede presentarse una proporción de falsos negativos que oscila entre el 3 y el 25% de los casos.^(14,15) Sin embargo, se encuentran menores tasas de FP y FN con altos índices de sensibilidad y especificidad en los estudios en los que un citopatólogo entrenado realiza personalmente la punción, los extendidos y la interpretación microscópica,⁽¹⁶⁾ evaluando en conjunto el examen palpatorio e imágenes de la paciente (triple test).⁽¹⁷⁾

Los diagnósticos falsos positivos mamarios se deben, generalmente, a errores en la interpretación y están relacionados también con la experiencia del citopatólogo. Su incidencia en la bibliografía es muy baja: entre el 0,1 y el 2%;^(4,18) en nuestro estudio fue del 0%. Las lesiones que pueden originar estos falsos diagnósticos son: hematomas en organización, ectasia ductal, necrosis grasa, mastitis aguda o abscesos, atipia por radiación, ginecomastia, mastopatía fibroquística con hiperplasia ductal y fibroadenomas.

CONCLUSIONES

La PAAF de lesiones mamarias resulta un excelente método diagnóstico inicial, sobre todo en el ámbito público, debido a su bajo costo, mínima invasión y alta sensibilidad y especificidad. Las tasas de falsos positivos y negativos permiten apoyarnos en su resultado para la planificación adecuada de la cirugía posterior.

La principal causa de error en la citología aspirativa con aguja fina es la obtención de extendidos inadecuados, debido especialmente a la ausencia o escasez de material celular. Con la ayuda del examen palpatorio y de estudios complementarios, como la mamografía y la ecografía, se obtienen mejores muestras.

La realización e interpretación de las PAAF mamarias requiere un adecuado entrenamiento y experiencia. El procedimiento no es dificultoso, pero es necesario que lo realice un citopatólogo capaci-

tado que forme parte de un equipo de trabajo junto con mastólogos e imagenólogos, evaluando en conjunto el examen físico y las imágenes de la paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los Dres. María Victoria Bertolino y Pablo Salgado, CISAP, por su colaboración en el análisis estadístico del trabajo.

REFERENCIAS

1. Phui-Ly L, Tse-Jia L, Mao-Chih H, Hsiu-Pen L, Ching-Fang L, Min-Szu Y, Chi-Long Ch. Rapid Staining and Immediate Interpretation of Fine-Needle Aspiration Cytology for Palpable Breast Lesions: Diagnostic Accuracy, Mammographic, Ultrasonographic and Histopathologic Correlations. *Acta Cytologica* 2011; 55: 30-37.
2. Burruchaga H, Martínez V. Características de los tumores mamarios en la primera consulta en el Hospital Provincial de Pacheco. *Rev Arg Mastolog* 2014; 33 (119): 156-165.
3. Grupo RCM. Características epidemiológicas del cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires y La Plata. *Rev Arg Mastol* 2013; 32 (116): 253-268.
4. Ali S, Parwani A. Breast Cytopathology. NY: Springer Science Ed. 2007. Chap 1.
5. Ali S, Parwani A. Breast Cytopathology. NY: Springer Science Ed. 2007. Chap 2 & 3.
6. Fusari D, Barousse M, Agejas G, Bassi A, Rodríguez P, Yoshida M, Allemand D, Núñez De Pierro A. Punción con Aguja Fina. Nuestra experiencia institucional e indicadores de calidad. *Rev Arg Mastolog* 2011; 30 (107): 119-125.

7. Choi YD, Choi YH, Lee J-H *et al.* Analysis of fine needle aspiration cytology of the breast: a review of 1,297 cases and correlation with histologic diagnoses. *Acta Cytol* 2004; 48: 801-806.
8. Ghosh A, Ghartimagar D, Sathian B, Narasimhan R, Talwar OP. Fine needle aspiration cytology in breast lump. Its cytological spectrum and statistical correlation with histopathology. *Ind J Comm Health*, 25 (4); 451-459.
9. Gary M. T, Puay-Hoon T. Diagnosing breast lesions by fine needle aspiration cytology or core biopsy: which is better? *Breast Cancer Res Treat* 2010, 123: 1-8.
10. Lacruz Pelea C. Citología por PAAF de mama; espectro morfológico. XXXII Reunión Anual de la SEAP. Madrid, febrero de 2009.
11. Pilotti S, Rilke F, Delpiano C, Di Pietro S, Guzzon A. Problems in fine-needle aspiration biopsy cytology of clinically or mammographically uncertain breast tumors. *Tumori* 1982 oct. 31; 68 (5): 407-12.
12. Sánchez M. Papel de la citología por aspiración en el manejo de los tumores de la mama. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 1994; XLI (506): 1-6.
13. Feli F, Arisio R. Breast Cytology. Undetermined Diagnoses and Unsatisfactory Samples. *Acta Cytologica* 2014; 58: 221-222.
14. Giard RW, Hermans J. Fine needle aspiration cytology of the breast with immediate reporting of the results. *Acta Cytol* 1993 May Jun; 37(3): 358-60.
15. Osorio García G. F. (UCALDAS). Confiabilidad del Diagnóstico por Citología Aspirativa con Aguja Fina en Lesiones Mamarias. *Biosalud* 2003; 2: 51-60.
16. De Souza Rocha P, Nadkarni NS, Menezes S. Fine Needle Aspiration Biopsy of Breast Lesions and Histopathologic Correlation. *Acta Cytol* 1997 May-June; 41 (3): 705-12.
17. Lamb J, Anderson T, Dixon M, Alevack P. Role of fine needle aspiration cytology in breast cancer screening. *J Clin Pathol* 1987; 40: 705-709.
18. Bibbo M, Hanau Ch. Cytopathology of the breast. En Tavssoli FA (ed). Pathology of the breast. Appleton and Lange. Stamford, Connecticut, 1999; 75-96.

DEBATE

Dr. Etkin: Para mí sería un poco tendencioso felicitar el trabajo porque fui jefe de este servicio muchos años. A todos estos chicos los he visto crecer, hasta que me jubilé, hace ya unos cuantos años. Me alegra mucho el trabajo, los felicito, es muy importante. Ahora bien, me interesa hacer hincapié y poner énfasis en algo. Tiene que ver con las pacientes en las cuales, por el tumor primario –sea un tumor mamario palpable clínico o infraclínico no palpable–, hay indicación de ganglio centinela para saber conducta. Es decir, hay algo, que tiene vinculación con este trabajo –al que todavía le falta un poco de tiempo– que es la investigación de axilas negativas en pacientes con tumores pasibles de indicación de centinela que permita decidir conducta, con su valor predictivo o negativo. Depende de lo que el ecografista determine por la morfogénesis o morfología y que se haga la punción como la están haciendo ustedes en los primarios, y que pueda ser el equivalente en pacientes que no sean pasibles, por otros motivos, de hacer la investigación del centinela con los métodos como con el azul o también el combinado con el tecnecio.

Dra. De Luca: Sí...

Dr. Etkin: Es decir, me interesa hacer hincapié en esto, en la investigación de la axila.

Dra. De Luca: O sea, hacer hincapié en las adenopatías guiadas por la ecografía.

Dr. Etkin: Trabajo sobre el que, por otro lado, ya hay un poster en el Congreso, presentado al efecto por el grupo del Dr. Rostagno. Nada más.

Dra. De Luca: Sí, estamos empezando a hacerlo en las adenopatías palpables para definirlo; pero, bueno, eso ya es sabido. El tema es empezar a hacerlo en las adenopatías guiadas por ecografía, no palpables.

Dr. Etkin: No con adenopatías palpables, porque era la contraindicación del centinela. Hablo de axilas negativas clínicas.

Dr. Elizalde: Quisiera preguntar a los patólogos que están presentes, porque se mencionó Phyllodes, si es fácil hacer el diagnóstico de un Phyllodes por citología por PAAF.

Dr. Mosto: Sí, es fácil. Es como dijo la doctora: es una tríada diagnóstica donde se debe considerar la imagenología, la clínica y lo que uno ve en la citología. Hay rasgos característicos en la citología que permiten presumir que uno está en presencia de un Tumor Phyllodes, y, si esto se apoya en el tumor rápido, es decir, de rápido crecimiento, y en la imagenología que presenta rasgos ciertos de Phyllodes, se puede tener la certeza casi absoluta. Se dice mucho en la literatura que el Phyllodes es una de las causas más importantes de falsos positivos. Ustedes no lo han tenido, pero el Phyllodes puede ser causa de falsos positivos por su celularidad, sobre todo los que son de moderadamente celulares para arriba y que tienen algún grado de atipia citológica. Uno puede presumir que está en presencia de un carcinoma cuando en realidad se trata de un Tumor Phyllodes y la conducta quirúrgica a seguir sería distinta.

Dr. Mysler: Para la conducta quirúrgica, a las pacientes en quienes la punción les daba duda

entre Phyllodes y Fibroadenoma, ¿las trataban con margen como si fuera un Phyllodes?

Dra. De Luca: Sí, ante la duda sí.

Dr. Elizalde: Por lo que dice el trabajo, tengo entendido que todas fueron a cirugía.

Dra. De Luca: Hubo algunos casos que no fueron, pero después siguieron en otro lado, no en el Hospital.

Dr. Elizalde: Pero si decís “con correlación histopatológica”, esos casos deberían haberse sacado del trabajo. Si el trabajo dice “con correlación histopatológica”, se supone que todas tienen que haber sido operadas.

Dra. De Luca: Sí, por eso aclaramos cuántas hubo con correlación histopatológica.

Dr. Lebrón: Muy interesante el trabajo. Lo que no me quedó claro, que no sé si lo dijiste, es lo siguiente: ¿todas van después a biopsia histológica? ¿O deciden alguna conducta solamente por la citología?

Dra. De Luca: No, depende del resultado. Con respecto a los que son benignos, inflamatorios e infectológicos o fibroadenoma en la citología y se coincide con un tumor palpable que no es sospechoso y una imagenología no sospechosa, muchas veces no. Se controla.

Dr. Lebrón: No, hablo de las que dieron positivo para células atípicas, ¿van siempre a histología?

Dra. De Luca: Sí, todas.

Dr. Lebrón: Este método diagnóstico, la citología, en realidad no es un diagnóstico definitivo.

Dra. De Luca: Es un método diagnóstico presuntivo.

Dr. Lebrón: Se considera un método de presunción ¿no? El sello lo pone siempre la histología.

Dra. De Luca: Sí.

Dr. Elizalde: El punto que te decía justamente

era ese: si no fueron todas a cirugía, esas debieran haber sido sacadas del trabajo.

Dra. De Luca: Está bien.

Dr. Elizalde: Porque el título del trabajo es “en nuestra Institución, correlación histopatológica”.

Dra. De Luca: Sí, los últimos números de las ta-

blas se basan solamente en las que se intervinieron y hay correlación citopatológica; las otras no.

Dr. Elizalde: Hablaste de inflamatorio, por eso te digo.

Dra. De Luca: Claro sí, las otras no, solo las que fueron intervenidas.

Dr. Elizalde: Bueno. Muchas gracias.