

## ¿Cómo entender el nuevo BI-RADS?

Recientemente se presentó la 5<sup>ta</sup> y nueva edición de la clasificación de imágenes del ACR BI-RADS. Desde hace años se esperaban modificaciones a la anterior edición a fin de simplificar su comprensión y aplicación. Recordemos que el espíritu inicial de esta clasificación fue “recibir en una forma clara concisa y estandarizada los resultados de los estudios radiológicos mamarios, en un lenguaje único, simple de entender tanto para definir las imágenes normales o de apariencia benigna como para asegurar un mejor diagnóstico o seguimiento de los hallazgos de apariencia sospechosa”. Por ende, es de esperar que este nuevo BI-RADS nos permita comprender más fácilmente lo que se ve, predecir mejor la benignidad/malignidad de las imágenes, simplificar la información para las pacientes y disminuir errores en la interpretación de las mismas.

Veamos cuáles son las principales fortalezas, las posibles oportunidades y/o las debilidades de esta nueva edición.

La nueva edición contiene 10 años más de documentos y experiencias que la anterior. Hay secciones para Mamografía, Ecografía y Resonancia. Recomienda que el archivo de las imágenes se guarde en formato digital y destaca la importancia de la calidad de las imágenes para la exactitud diagnóstica.

Una de las mayores fortalezas de esta edición es la importancia que le asigna a la densidad radiológica de la mama ahora categorizada como A, B, C y D. Todos sabemos que las mamas con alta densidad radiológica (ACR C y D) se consideran de mayor riesgo relativo (RR) de desarrollar cáncer de mama con el tiempo, y la discusión es si esto se explica por la mayor dificultad que presenta la mama densa para el diagnóstico o si, simplemente, es un factor *per se* que aumenta directamente el RR de enfermarse de cáncer de mama.

Es tal la importancia que tiene este tema hoy que en varios Estados de los Estados Unidos de Norteamérica es ley la obligatoriedad de informar a las mujeres cuya densidad mamográfica sea ACR C y D que presentan un mayor riesgo de enfermarse de cáncer de mama, con el consiguiente impacto que esto genera sobre los financiadores del sistema de salud a los que obliga a cubrir pedidos de ecografías, resonancias, solo por el hecho de que esas pacientes tienen mamas de alta densidad.

BI-RADS 5<sup>ta</sup> edición exige mayor precisión en la descripción topográfica de la imágenes en la mama para los hallazgos por Mamografía, Ecografía y Resonancia. Esta exigencia seguramente redundará en menores errores médicos y en una mayor confianza en el especialista para la toma de decisiones. Porque ¿cuántas veces recibimos informes que no han sido conciliados en su totalidad respecto de las imágenes descriptas en la Mamografía y en la Ecografía y que nos generan dudas por esas imprecisiones?

Con el mismo espíritu, esta edición busca unificar los informes de Mamografía, Ecografía y Resonancia y entregar así un único reporte final, lo que constituye otro aporte importante a la práctica diaria.

Con respecto al reporte del estudio, se destaca que debe consignar, en primer lugar, el motivo de la solicitud del mismo, luego la composición de la mama (densidad), una clara descripción de los hallazgos y la comparación respecto de los estudios previos (debe informarse si se comparó o no, si hubo cambios o si hay estabilidad).

Quizás el aspecto más controvertido de esta edición es la posibilidad que tiene el radiólogo –más allá de evaluar las imágenes– de realizar recomendaciones independientemente de la opinión del médico prescriptor. Veamos cómo impacta esto en las actuales categorías y hagamos algunas consideraciones sobre las mismas.

Es de destacar la importancia que se le da a la necesidad de cerrar los informes BI-RADS o dentro del mes de realizado el primer estudio, así como la obligación de consignar en el reporte qué tipo de estudio se sugiere para ello (compresiones, magnificaciones, ecografía).

Con respecto al BI-RADS 1, en principio no hay nada para destacar, pero, si el paciente consulta por una lesión palpable, permite informarlo como un BR1 aunque también permite sugerir al paciente que debe volver a su médico de cabecera para una eventual biopsia; es decir, la recomendación no es concordante con la categoría del infor-

me. Esto es especialmente importante ya que un paciente con un informe BR 1 puede no regresar a su médico simplemente porque cree que está todo bien.

Respecto del BI-RADS 2, agrupa y simplifica más aún imágenes benignas, pero también se permite hacer sugerencias que podrían condicionar nuestro accionar diario, inclusive por razones médico-legales. En nuestro medio, la mayoría de los radiólogos no conoce al paciente sobre el cual hacen sus informes, muchas veces no lo examina previamente; ahora pueden formular recomendaciones. Valen algunos ejemplos: “Este estudio es normal, pero el implante está roto; usted debe volver a su médico”. Otro caso: “Quiste grande palpable y doloroso; se sugiere su punción evacuadora”.

La categoría BI-RADS 3 es muy controversial. Considerando su alto valor predictivo negativo, la actual edición impide su uso para los programas de *screening*.

¿Es seguro el seguimiento de estas lesiones BR 3? La bibliografía que cita la actual edición es aún más amplia y lo justifica con mucho material. Sostiene que la mitad de las lesiones que terminarán siendo positivas lo demostrarán en el primer control, es decir a los 6 meses (VPN 99,8%).

A pesar de que la mayoría de estas lesiones benignas implica solo un seguimiento a corto plazo (6 meses), hay ocasiones en la práctica diaria en las que, a veces, los especialistas consideramos realizar una biopsia, ya sea por preferencia del paciente, por situaciones clínicas (búsqueda de embarazo, inicio de tratamiento de fertilidad, THR, nódulo nuevo, difícil seguimiento, antecedente de cáncer de mama, futura cirugía estética) o por una eventual conflictividad legal, evidenciando que, otra vez, no actuamos de acuerdo con la clasificación.

También esta edición le permite al radiólogo informar una lesión de aspecto radiológico benigno al control cercano (BR 3) y, al mismo tiempo –por antecedentes (por ej. BRCA positivo)–, sugerir una biopsia. Es decir, es una situación semejante a la antes citada: asumo la imagen como un BR 3 pero la trato como un BR 4. Por lo tanto, ahora sumamos a nuestro accionar no acorde a la clasificación una eventual recomendación del radiólogo también diferente.

Esta nueva edición no termina de definir dónde ubicar exactamente las lesiones palpables y –aunque fue creada para imágenes no pal-

pables– hoy se aplica a todas, lo que podrían generarle dificultades al radiólogo al momento de sentarse a informar un estudio.

La categoría 4 presenta un cambio importante al agrupar las microcalcificaciones solo en dos tipos, 4B y 4C, considerando el VPP de aquellas que resultan sospechosas. No habrá más BR 4a para microcalcificaciones. Asimismo, le sugiere al especialista un gran cuidado si decide controlar estas lesiones cuando la punción dio negativa. Limita el BR 4a al nódulo de bordes parcialmente circunscriptos.

Con respecto a la adenopatía axilar única con Mamografía negativa, se categoriza como BR 4 siempre y cuando no se sospeche enfermedad extramamaria. Es decir, exige considerar los antecedentes clínicos (inflamatorios, oncológicos como linfomas, melanoma, etc.) y, según ellos, el informe podrá ser BR 2/4. Nuevamente el radiólogo debe conocer al paciente que está estudiando y examinarlo bien antes de informar.

“Asimetría en desarrollo” (BR 4) es el nuevo término que se aplica a aquellas asimetrías que aparecen como hallazgos nuevos o de mayor tamaño y densidad cuando se comparan con estudio previo; su VPP es de más del 15%; y se relaciona con CDI, CDIS.

El ducto único solitario es una rara lesión por mamografía, categorizada como BR 4 ya que se asocia, en un trabajo citado, a CDIS y otras misceláneas.

La Ecografía y la Resonancia Nuclear tienen en esta nueva edición una impronta similar a los cambios introducidos para Mamografía. Destaco la importancia de la ecoestructura en la ecografía, en la que introduce cambios de terminología y jerarquiza también la descripción topográfica. En cuanto a la Resonancia, recibió muchos cambios y nueva nomenclatura; probablemente la más importante sea la referida a los realces de fondo.

La nueva edición incluye muchos cambios y nuevas experiencias y sigue dejando muchos matices a la hora de unificar y de informar todos de la misma manera. Hasta que los radiólogos se familiaricen con la misma y la adecuen localmente, deberían tener mucha prudencia al adaptarla.

Seguramente en un lapso menor que el transcurrido en el pasado entre las últimas ediciones, surjan cambios y nuevas aclaraciones. Hasta tanto ello suceda, debemos pensar cómo estamos recibiendo a diario los informes BI-RADS y exigir que los mismos cumplan con los estándares mínimos de calidad y uniformidad de terminología.

Entiendo que el trabajo en equipo, con una comunicación fluida entre el imagenólogo y el mastólogo al momento del diagnóstico, terminará beneficiando a nuestras pacientes, evitando costos innecesarios a los financiadores del sistema de salud y alejando angustias e incertidumbre en nuestras pacientes.

Finalmente, no podemos olvidar que la Mamografía correctamente realizada e interpretada resulta la herramienta más eficaz en la detección precoz del cáncer de mama.

*Dr. Claudio F. Levit*