

LESIONES MAMARIAS INFRACLÍNICAS POSITIVAS PARA CÁNCER HALLADAS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 1992 Y 2000. NUESTRA EXPERIENCIA.

ALEJANDRO FRIZZA, MARÍA J. PARDO, ESTEBAN VINCENT, ARRIGO FRIZZA.
Instituto del Diagnóstico de Patología Femenina. Alsina 575. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

Estudio retrospectivo sobre 185 biopsias radioquirúrgicas, realizadas mediante la aguja localizador (arpón) sobre un total de 8.374 pacientes asistidas en un servicio de diagnóstico en patología mamaria, durante el período comprendido entre septiembre del año 1992 y septiembre del año 2000. Los objetivos fueron analizar la histopatología y demostrar que la mamografía sigue siendo el mejor método para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Se evaluaron las imágenes mamográficas, la edad y el resultado histopatológico. **Resultados:** el 38,4% (n=71) de las biopsias resultaron positivas para cáncer y el

61,6% (n=114) fueron negativas. La imagen radiológica más biopsiada correspondió a microcalcificaciones (51,9%) y el módulo con borde irregular (11,9%). Para el carcinoma: microcalcificación (43,7%) y densificación irregular (16,9%). Los grupos etáreos más afectados fueron: 51 a 60 años (31%) y 41 a 50 años (30%). El resultado histopatológico fue: carcinomas *in situ* (9,8%) y carcinomas infiltrantes (90,2%). **Conclusiones:** la mamografía es el método ideal para diagnosticar lesiones subclínicas.

Palabras claves: Lesión mamaria subclínica, microcalcificaciones, mamografía.

ABSTRACT

This is a retrospective study of 185 radiosurgical biopsies performed using a localizing needle (harpoon-needle) from a total of 8,374 patients treated at a breast pathology diagnostic service between September 1992 and September 2000. The objectives of this study are to analyze the histopathology and demonstrate that mammographies are still the best method for early diagnosis of breast cancer. Mammographic images, age, and histopathological results were assessed. Thus, the following results were obtained: 38.4% (n=71) of biopsies were cancer positive and 61.6% (n=114) were cancer negative. The most common radiologic images on which biopsies were performed, were microcalcifications (51.9%) and irregular-edge nodes (11.9%). In the case of carcinoma, the most common findings were microcalcifications (43.7%) and irregular densification (16.9%). The most affected groups were in the following age ranges: 51-60 years

Correspondencia:
Dr. Alejandro Frizza.
E-mail: INSTITUTODIAGNOSTICO@hotmail.com
Alsina 575. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

Recibido: Julio de 2002
Aceptado: Agosto de 2003

Los resultados presentados fueron publicados en la Revista de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires 2002; 33: 213-9.

(31%) and 41-50 years (30%). The histopathological results were carcinomas *in situ* (9.8%) and infiltrative carcinomas (90.2%). In conclusion, mammography is the ideal method for diagnosis of subclinical lesions.

Key words: subclinical breast lesions, microcalcifications, mammography.

INTRODUCCIÓN

No hay duda que el futuro del cáncer de mama es la quimioprevención. Sin embargo, en el campo de lo asistencial la detección precoz a través de la mamografía es el camino ideal que transitamos para lograr el mayor de los éxitos de curabilidad. La revolución de las imágenes es lo que está cambiando y va a cambiar la historia del cáncer de mama. La detección de lesiones infraclínicas gira alrededor de la calidad de la imagen mamográfica y del lector experimentado. Esta es la regla de oro del diagnóstico imagenológico.

A medida que aumentó el uso de la mamografía, se incrementó el número de lesiones no palpables (1). En estos últimos diez años, la frecuencia de la mamografía en los grupos etáreos de 40 a 49 años representa entre el 25 al 30% de la demanda mamográfica, producto de la educación médica preventiva y de campañas de prevención.

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar los resultados histopatológicos de 185 biopsias radioquirúrgicas para demostrar que la mamografía sigue siendo el método más sensible, accesible y práctico que tenemos, para diagnosticar el cáncer de mama lo más tempranamente posible.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sobre un total de 8.374 pacientes, asistidas en nuestro servicio de diagnóstico en patología mamaria, se analizaron 185 biopsias radioquirúrgicas realizadas mediante la aguja localizador (arpón), durante el período comprendido entre septiembre del año 1992 y septiembre del año 2000. Se evaluaron las imágenes mamográficas, la edad de las pacientes y el resultado histopatológico.

La biopsia radioquirúrgica es un método quirúrgico que consta de dos tiempos: marcación y estudio de la pieza operatoria.

1. Marcación: en nuestro centro se evalúa la imagen a marcar y se elige la vía de abordaje teniendo en cuenta tres objetivos:

1º) Localizar la lesión con el menor error posible (menor de 10 mm) asegurando su exéresis.

2º) Elegir la vía de entrada que sea accesible para el mastólogo, que permita realizar la mínima incisión y que la distancia lesión-piel sea lo más corta posible, para obtener un buen resultado cosmético.

3º) Evitar los desplazamientos de la guía metálica, motivo por el cual, la marcación se realiza próxima al acto quirúrgico (dentro de las 24 horas). Por último, colocando la paciente en decúbitodorsal marcamos la proyección del recorrido de la guía metálica sobre la piel con un lápiz dérmico; inmediatamente, se le informa al mastólogo en forma verbal y por escrito, adjuntando 2 placas mamográficas o la imagen ecográfica, en las cuales, queda documentado nuestro trabajo.

2. Estudio de la pieza operatoria: el segundo tiempo, es el estudio de la pieza operatoria. Consiste

en examinar el trozo de glándula mamaria mediante Rx, a fin de verificar la presencia de la imagen en estudio para que finalice el acto quirúrgico, o en su defecto, si no se identifica la lesión, para que se amplíe la extracción. Luego, se prepara la pieza para enviarla al anatomopatólogo, seleccionando e identificando el trozo sospechoso. De esta manera, se cumple el objetivo de orientar el patólogo.

RESULTADOS

Del total de las 185 biopsias, el 38,4% (71/185) resultaron positivas para cáncer y el 61,6% (114/185) resultaron negativas (Tabla 1).

Imágenes Radiológicas Biopsiadas: la imagen radiológica más frecuentemente biopsiada fue la correspondiente a las microcalcificaciones, que representó el 51,9% del total de pacientes (96/185), le siguió el nódulo con borde irregular con el 11,9% (22/185). Luego, observamos que la densificación de bordes irregulares correspondió al 10,8% del total (20/185), le siguió el nódulo con borde regular con el 10,3% (19/185). En quinto lugar, observamos a la densificación más microcalcificaciones con 9,7% (18/185), y por último, el 5,4% (10/185) a la imagen radiológica correspondiente al nódulo más microcalcificaciones (Tabla 2).

Relación entre imagen radiológica biopsiada y resultados: la imagen radiológica correspondiente a la densificación más microcalcificaciones, y la densificación irregular, tienen mayor probabilidad de ser positivas. En orden decreciente le siguen el nódulo irregular, el nódulo más microcalcificaciones, las micro-

Lesión no palpable	Pacientes (n=185)	%
Negativa para cáncer	114	61.6
Positiva para cáncer	71	38.4

Tabla 1. **Estudio histológico de lesiones no palpables.** Se muestran los resultados histológicos de 185 biopsias realizadas con la metodología descrita en Materiales y Métodos.

Imagen Radiológica	Pacientes (n =185)	%
Microcalcificaciones	96	51.9
Nódulo irregular	22	11.9
Densificación irregular	20	10.8
Nódulo regular	19	10.3
Densificación más microcalcificaciones	18	9.7
Nódulo más microcalcificaciones	10	5.4

Tabla 2. **Distribución de las imágenes radiológicas en las biopsias estudiadas.** Se muestra la distribución porcentual de las imágenes radiológicas de 185 biopsias.

Imagen Radiológica	Biopsias Negativas	%	Biopsias Positivas	%	Pacientes Totales
Microcalcificaciones	65	67.7	31	32.3	96
Nódulo irregular	13	59	9	40.9	22
Densificación irregular	8	40	12	60	20
Nódulo regular	15	79	4	21	19
Densificación más microcalcificaciones	7	39	11	61	18
Nódulo más microcalcificaciones	6	60	4	40	10

Tabla 3. **Distribución de biopsias positivas y negativas basada en la imagen radiológica.** Se muestran los casos positivos y negativos obtenidos por el análisis de imágenes radiológicas de las 185 biopsias estudiadas.

Imagen Radiológica Positiva	Pacientes (n =71)	%
Microcalcificaciones	31	43.7
Nódulo irregular	9	12.7
Densificación irregular	12	16.9
Nódulo regular	4	5.6
Densificación más microcalcificaciones	11	15.5
Nódulo más microcalcificaciones	4	5.6

Tabla 4. **Imagen radiológica de biopsias positivas.** Se muestra la imagen radiológica de 71 carcinomas con biopsia positiva.

calcificaciones, y por último, el nódulo regular (Tabla 3).

Relación específica entre imagen radiológica biopsiada y carcinoma: analizando específicamente el grupo de pacientes con carcinoma (71 casos), se observó que la microcalcificación estuvo presente en el 43,7%, le siguió la densificación irregular con un 16,9%. Se observó que la densificación más microcalcificaciones representó el 15,5%, y el nódulo irregular, con el 12,7%, ocupó el cuarto lugar. Le siguieron la imagen radiológica de nódulo regular más microcalcificaciones con un 5,6% y la imagen nódulo regular con el 5,6% (Tabla 4).

Relación entre edad y carcinoma: las 71 pacientes que presentaron carcinoma se distribuyeron según la edad más frecuente, de la siguiente forma: 1) el grupo etéreo comprendido entre 51 y 60 años fue el más afectado con el 31%; 2) el grupo etéreo comprendido entre 41 a 50 años acompañó a los carcinomas con un 30%; 3) el grupo etéreo de 61 a 70 años, con el 28%, ocupó el tercer lugar; 4) el grupo de las pacientes menores de 31 años representó 1,3%; 5) el grupo 31-40 años representó el 1,3%; 6) las pacientes mayores de 70 años representaron el 8,4% (Tabla 5).

Estudios histopatológicos: el resultado de las biopsias positivas fue: carcinoma *in situ*, 9,8 % total (7/71) y carcinomas infiltrantes, el 90,2% del total (64/71). Con respecto a los carcinomas *in situ*, 5 de ellos correspondieron a carcinomas ductales y 2 a carcinoma lobulillar (Tabla 6). La microcalcificación representó el 71,4% del total de los carcinomas *in situ* (5/7) (Tabla 7).

DISCUSIÓN

La mamografía es el método ideal para diagnosticar lesiones subclínicas. Actualmente, dado el avance de la tecnología, los equipos mamográficos logran máxima calidad en su imagen, con muy poca radiación. Es indudable que biopsiamos imágenes que surgen de un control de rutina, en el cual el examen clínico es totalmente normal.

La experiencia del operador que efectúa la lectura mamográfica es de vital importancia, como así también, la participación del técnico experimentado que realiza el estudio, maneja y corrige las variables del cuarto oscuro, para lograr y mantener la calidad mamográfica.

El médico imagenólogo debe realizar el examen de cada paciente, estar presente durante el estudio para tomar decisiones como, indicar una incidencia adicional minimizando, de esta forma, la posibilidad de error. El trabajo individualista ya no tiene cabida. Para nosotros es de fundamental importancia realizar un trabajo multidisciplinario, dado que los trabajos en equipo son en realidad los que aportan buenos resultados.

En patología mamaria es de fundamental importancia la interacción, del imagenólogo, técnico radiólogo, mastólogo, anatomopatólogo, oncólogo, etc.

Dado que, sólo el 38% de las imágenes que se biopsian son positivas, es necesario realizar la menor extracción de tejido mamario. Esto se logra mediante la realización de la biopsia radioquirúrgica (cirugía guiada). Nosotros utilizamos el método del arpón (2), pudiéndose realizar bajo control mamográfico y ecográfico; de esta forma se iden-

Edad (años)	Biopsias Positivas	%
Menor de 31	1	1.3
31 a 40	1	1.3
41 a 50	21	30
51 a 60	22	31
61 a 70	20	28
Mayor de 70	6	8.4

Tabla 5. **Relación entre los grupos etáreos y las biopsias positivas.** Se muestra la relación entre la edad de las pacientes distribuidas en grupos y el número de biopsias positivas .

Estudio Histopatológico	Pacientes (n=71)	%
Carcinoma <i>in situ</i>	7	9.8
Carcinoma Infiltrante	64	90.2

Tabla 6. **Histopatología de los carcinomas.** Se muestra la clasificación histopatológica de 71 casos de carcinoma con biopsias positivas.

Imagen Radiológica	Pacientes (n=7)	%
Microcalcificaciones	5	71.4
Densificación	1	14.3
Hallazgo Asociado	1	14.3

Tabla 7. **Imagen radiológica de carcinomas *in situ*.** Se muestran los porcentajes de microcalcificaciones hallados en 7 pacientes con carcinoma *in situ*.

tifica la imagen asegurando su extracción, lo cual se confirma estudiando la pieza operatoria que, además, sirve par orientar al patólogo.

La biopsia radioquirúrgica, descrita en Materiales y Métodos, es un método quirúrgico bien reglado que consta de dos tiempos, marcación y estudio de la pieza operatoria (3). Las complicaciones que tuvimos usando este método representaron el 2,7% del total de casos; correspondiendo a los hematomas el 1,08%, al arpón corto el 0,54% y a la resistencia del tejido, el 1,08%.

Con respecto a la edad de las pacientes, nos parece muy importante destacar, que el carci-

noma se presenta con la misma frecuencia en las pacientes entre 41 a 50 años, como en las mayores de 50. En consecuencia, el grupo de riesgo se extiende.

Por lo tanto, creemos necesario implementar como rutina al examen mamográfico en este grupo de pacientes.

Las pacientes de nuestro medio han incorporado la mamografía como parte de su chequeo anual, debido a la influencia de los medios de comunicación y por la información transmitida por los médicos.

El uso de la mamografía, con la aplicación de métodos complementarios como la técnica de magnificación, la compresión focalizada, la ecografía, la punción

aspirativa (obteniendo material para estudio citológico, examen clínico), la experiencia del operador que realiza la lectura mamográfica y el empleo de conductas agresivas en los hallazgos sospechosos, han permitido incrementar la detección del carcinoma en estadios iniciales y lesiones benignas de riesgo (5).

CONCLUSIONES

1) El uso de la alta tecnología es de gran importancia para la prevención secundaria del cáncer de mama.

2) El 38,4% de las lesiones subclínicas biopsiadas, resultó ser positiva.

3) La imagen radiológica más frecuente fue la microcalcificación 51,9%, y el 32,3% fue positiva para cáncer.

4) La densificación irregular, con o sin microcalcificaciones, y el nódulo irregular, con o sin microcalcificaciones, no son tan frecuentes pero son más específicas.

5) En el 43,7% de los carcinomas, las microcalcificaciones estuvieron presentes como única manifestación.

6) Cuando nos referimos al carcinoma *in situ*, las microcalcificaciones representaron el 71,4%.

7) Tuvimos un 9,8% de carcinomas *in situ* versus el 90,2 % de carcinoma infiltrante.

8) Una de cada 2,6 biopsias, resultó ser positiva.

9) Los grupos etáreos más afectados fueron: a) 51 a 60 años; b) 41 a 50 años; c) 61 a 70 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Gafo F, Mendioto B et al. Evaluación en las lesiones mamarias no palpables. Cátedra de Ginecología, Universidad Nacional de Cuyo. Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Mendoza. XI Jornadas Argentinas de Mastología, Bs. As. 2001, Libro Resúmenes: pág. 15.
2. Griffen MM, Welling RE. Needle localized biopsy of the breast. Surg Gynecol Obstet 1990;170: 145-8.
3. Homer MJ. Proper placement if a metallic marker on an area of concern in the breast. Am J Roentgenol 1994;162:33-6.