



Revista Venezolana de Oncología

MANEJO DE LAS LESIONES NO PALPABLES DE LA GLÁNDULA MAMARIA CORRELACIÓN RADIOLÓGICA QUIRÚRGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA RESULTADOS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

DR. GÓMEZ RODRÍGUEZ, ALVARO*; DR. HOFFMAN LANGE, HERNAN**;
DR. VITERU OTAUZA, YOSU*; DRA. DE LIMA ELJURY, MARGARITA***;
DRA. RENNOLA ANTONIETA***; DRA. PARODI, MARTHA****; DR. ALMEIDA, LUIS****;
DR. MARTÍNEZ, JUAN****; DR. ZANCO, ANTONIO****; DR. SALVATIERRA, JESÚS****;
DRA. TORRES, MAGALI****; DR. GONZÁLEZ, JESÚS E.*****; DR. MOTA, DAVID*****

RESUMEN: Se presenta la experiencia en el manejo de lesiones subclínicas de la glándula mamaria mediante biopsia radioquirúrgica en 31 pacientes asintomáticos entre febrero 1996 y abril 1999, en el Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco, a quienes se les realizó mastectomía parcial previa localización con mamografía y/o ecosonograma mamario, utilizando marcajes con colorante y/o arpón. **RESULTADOS:** el rango etario está comprendido entre los 35 y los 69 años, la relación de lesiones benignas/malignas es de 3,8:1, con un porcentaje de lesiones subclínicas malignas diagnosticadas y tratadas del 25,80%. En el grupo etario comprendido entre los 50-59 años se presentó el mayor porcentaje de lesiones subclínicas malignas (16,12%), observándose que en el grupo de lesiones subclínicas tipo microcalcificaciones en el 42% de los casos fueron lesiones malignas de la glándula mamaria. Con respecto al tipo de tratamiento realizado en los casos de carcinoma ductal in situ⁽³⁾, se realizaron cirugías preservadoras de la mama en los 3 pacientes, más radioterapia en 1 de los casos; en los pacientes con carcinoma ductal infiltrante⁽⁵⁾ el tratamiento fue tratamiento preservador de la mama que incluye mastectomía parcial oncológica, disección axilar y radioterapia a la glándulas mamaria en todos los casos, observándose metástasis axilar en solamente 1 de ellos. **DISCUSIÓN:** la utilización de la mamografía como método de pesquisa ha permitido el diagnóstico y tratamiento de un número mayor de lesiones malignas tempranas de la glándula mamaria, siendo la biopsia radioquirúrgica un procedimiento común, útil y frecuente en el manejo de estas lesiones, con garantías de éxito en un equipo de trabajo multidisciplinario, mientras se logran desarrollar otros métodos menos invasivos en el diagnóstico de lesiones tanto benignas como malignas de la glándula mamaria.

INTRODUCCIÓN

La mamografía como método de pesquisa nos permite diagnosticar lesiones tempranas,

subclínicas de la glándula mamaria, las cuales en un alto porcentaje son lesiones malignas (10 al 30%), esto se traduce en beneficio para el paciente en cuanto al tipo de tratamiento a realizar así como en su sobrevida^(1, 7, 9). Es importante mencionar que al hacer diagnóstico de lesiones subclínicas, tempranas, sin enfermedad

* Cirujano General – Cirujano Oncólogo
** Cirujano General
*** Anatomopatólogo
**** Servicio de Radiología Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco. (Urológico San Román)
***** Servicio de Anatomía Patológica del Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco (Urológico San Román).

metastásica axilar, nos permite ofrecer tratamientos conservadores en la mayor parte de los casos, así como desarrollar otro tipo de tecnologías y técnicas quirúrgicas (Ej. Ganglio centinela).

En el caso de las lesiones benignas nos ha permitido, mientras se implementa nuevas tecnologías diagnósticas, (Ej. La estereotaxia, biopsia ecoguiada), la realización de cirugías en las cuales solamente extirpamos el tejido mamario sin patología, lo cual nos hace que los resultados estéticos sean aceptables.

MÉTODOS

Pacientes

Se evalúan 31 pacientes asintomáticas, tratadas en el Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco, entre Febrero de 1996 y Abril 1999, a las cuales se les realizó biopsias radioquirúrgicas (mastectomías parciales previas ecosonogramas o mamografías de localización) por lesiones no palpables, pero evaluables por estudios de imágenes (ecosonograma mamario, mamografía). Se realizó biopsia radioquirúrgica a toda lesión sólida no palpable y a pacientes con presencia de microcalcificaciones sospechosas de malignidad.

Las lesiones no palpables las dividimos en nódulos, microcalcificaciones y distorsión arquitectural. En un principio la lesión es diagnosticada por mamografía, en el caso de las microcalcificaciones se interpretan como sospechosas aquellas que reúnen las siguientes características: microcalcificaciones múltiples, pleomórficas, arracimadas, en número mayor de 3-5 y localizadas en un solo sitio.

Los nódulos mamográficos sometidos a estudio histológico son aquellos acompañados de microcalcificaciones sospechosas, con presencia de espiculaciones, o en su defecto aquellas lesiones nodulares que no reúnen las características anteriores pero al realizar ecosonograma mamario se concluyen como lesiones sólidas, redondas, ovales o lobuladas.

La **metodología** utilizada para la localización de la lesión no palpable de la glándula mamaria:

Localización con mamografía y marcaje con 0.1-0.2 cc de azul de metileno.

Localización con ecosonograma de nódulo sólido y marcaje con 0.1-0.2 cc de azul de metileno.

Arpón/aguja de localización de la lesión por estudio mamográfico o por estudio ecosonográfico.

En el manejo transoperatorio de las lesiones previamente localizadas se decidió no realizar biopsia extemporánea a las lesiones tipo microcalcificaciones, y en el caso de las lesiones nodulares sólidas la decisión la tomó el patólogo, aunque en principio lesiones menores de 1 cm preferimos la no realización de la biopsia extemporánea.

Una vez extirpada la lesión no palpable, en el caso de tratarse microcalcificaciones, la pieza es enviada al Servicio de Radiología, en fresco, previamente orientada con suturas, donde se le realiza radiografía con el objeto de conocer si fueron extirpadas en su totalidad las microcalcificaciones, o si es necesario ampliar algún margen, de comprobarse la extirpación es enviada al patólogo para su evaluación histológica.

RESULTADOS

Se realizaron por lesiones de glándula mamaria no palpables, subclínicas, en un período de 38 meses, comprendido entre febrero de 1996 y abril de 1999, **31 biopsias radioquirúrgicas (mastectomía parcial previa localización)** a un número similar de pacientes del sexo femenino, en el Instituto de Clínicas y Urología Tamanaco, en conjunto con los Servicios de Radiología y de Anatomía Patológica.

Tabla I
Distribución Absoluta y Porcentual según grupos etarios

Edad	N° casos	%
Menores de 39 años	5	16,12
40 – 49 años	12	38,70
50 – 59 años	12	38,70
60-69 años	2	6,45
Total	31	100

El rango etario estuvo comprendido entre los 35 y los 69 años, el mayor porcentaje de lesiones subclínicas malignas diagnosticadas y tratadas, de los 31 procedimientos realizados, las encontramos en el

grupo comprendido entre los 50 y 59 años (16,12%), observándose un porcentaje también importante de lesiones malignas (9,67%) en el grupo etario 40-49 años.

Tabla II
Distribución absoluta y porcentual por grupo etario y diagnóstico de cáncer de mama.

Edad	N° Casos	Casos con cáncer	%
Menores de 39 años	5		
40-49 años	12	3	9,67
50-59 años	12	5	16,12
60-69 años	2		
Total	31	8	25,80

De los 31 pacientes a quienes se les realizó biopsia radioquirúrgica, 8 fueron lesiones malignas, para un porcentaje del 25,80%. Del resto de los diagnósticos

histólogos el mayor porcentaje (38,70%), corresponde a lesiones benignas, que forman parte de los cambios fibroquísticos de la glándula mamaria.

Tabla III
Distribución absoluta y porcentual según tipo histológico.

Histología	N° Casos	%
Cambios fibroquísticos	12	38,70
Fibroadenomas	10	32,25
Papilomas	1	3,22
Carcinoma intraductal	3	9,67
Carcinoma infiltrante	5	16,12
Total	31	100

Las microcalcificaciones sospechosas de malignidad representan el 45,16% de la totalidad de las lesiones subclínicas mamarias tratadas con biopsia radioquirúrgica, siendo lo más interesante el hecho que 6 pacientes de este grupo de

14 lesiones, fueron lesiones malignas, lo que representa un 42% del número de casos por microcalcificaciones manejadas con este procedimiento.

Tabla IV
Distribución absoluta y porcentual de lesiones mamográficas no palpables

Tipo de lesión	N°	%	N° casos malignos	%
Casos				
Microcalcificaciones	14	45,16	6/14	42
Nódulos	16	51,61	2/16	12,5
Distorsión	1	3,22		
Total	31	100	8/31	25,80

En el caso de lesiones nodulares que se corresponden con el 51,61% de las lesiones

no palpables extirpadas, en el 12,5% se trató de lesiones malignas.

Tabla V
Tipo de lesión no palpable y procedimiento de localización en los casos carcinoma ductal in situ

Casos	Tipo de lesión	Tipo estudio imágenes	Técnica
1	Nódulo	Mamografía	Arpón
2	Microcalcificaciones	Mamografía	Arpón
3	Microcalcificaciones	Mamografía	Arpón

En los 3 casos de carcinoma ductal in situ utilizamos la técnica de la localización con arpón, sin complicaciones, recordando que en el caso de las lesiones extirpadas por microcalcificaciones de rutina, orientamos

la pieza quirúrgica marcando los márgenes con sutura, realizamos la radiografía de la pieza y enviamos en fresco al patólogo para su evaluación histológica.

Tabla VI
Tipo de lesión no palpable y procedimiento de localización en los casos de carcinoma ductal infiltrante

Tipo de lesión	Tipo estudio imágenes	Técnica
Nódulo	Mamografía	Azul de metileno
Microcalcificaciones	Mamografía	Arpón
Microcalcificaciones	Mamografía	Arpón
Microcalcificaciones	Mamografía	Arpón
Microcalcificaciones	Mamografía	

Tabla VII
Procedimiento de localización realizados

	N° de casos
Localización de lesión por ecosonografía	12 pacientes
Localización de lesión por mamografía	19 pacientes
Total	31 pacientes

En el caso de las 8 pacientes con lesiones malignas la mamografía fue la metodología por imágenes más utilizada para localizar las lesiones subclínicas, con la utilización de colorante y/o colocación de arpón. En 1 paciente una vez evaluada la radiología de la pieza quirúrgica, se hizo necesario la ampliación de alguno de los márgenes de la misma.

Observamos que, en el caso de las lesiones malignas tipo carcinoma ductal in situ, el procedimiento realizado fue mastectomía parcial, no hubo necesidad de ampliar márgenes una vez conocido este diagnóstico, pero en 1 de los casos,

en el de la lesión nodular, se pidió biopsia extemporánea, la cual se informó como positivo para lesión maligna infiltrante, se realizó disección axilar, en el estudio anatomopatológico definitivo se concluyó como lesión in situ.

En el resto de las lesiones malignas infiltrantes, se realizó tratamiento preservador de la glándula mamaria, que incluye mastectomía parcial oncológica, disección axilar y radioterapia a la mama. En apenas 1 de los 5 casos de carcinoma ductal infiltrante encontramos enfermedad metastásica a la axila.

Tabla VIII
Resultados de la disección axilar en los 5 pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante.

Edad	Tipo de lesión	Estudio	Estado ganglionar
54 a.	Nódulo	Mamografía	0 de 9 ganglios
43 a.	Microcalcificación	Mamografía	2 de 10 ganglios
50 a.	Microcalcificación	Mamografía	0 de 9 ganglios
57 a.	Microcalcificación	Mamografía	0 de 9 ganglios
42 a.	Microcalcificación	Mamografía	0 de 12 ganglios

Tabla IX
Tipo de cirugía en los casos de lesiones subclínicas malignas

Tipo tumor	MP	MP + RT	MPO+DA	MPO+DA+RT	Total
Carcinoma intraductal	1	1	1		3
Ca ductal infiltrante				5	5
Total	1	1	1	5	8

MP: Mastectomía Parcial; MPO: Mastectomía Parcial Oncológica; DA: Disección Axilar; RT: Radioterapia

Como complicaciones, una de las pacientes presentó hematoma que no ameritó drenaje quirúrgico, el resto de los casos evolucionaron en forma satisfactoria.

DISCUSIÓN

La utilización de la mamografía como método de pesquisa ha permitido el diagnóstico de un número importante de lesiones no palpables de la glándula mamaria, aunque sabemos que la mayoría serán lesiones benignas, aproximadamente del 10 al 30% de las lesiones extirpadas serán malignas, de las cuales un porcentaje importante resultarán carcinoma in situ^(1, 7, 9).

La utilización de la mamografía como método de

pesquisa ha permitido el diagnóstico de un número importante de lesiones no palpables de la glándula mamaria, aunque sabemos que la mayoría serán lesiones benignas, aproximadamente del 10 al 30% de las lesiones extirpadas serán malignas, de las cuales un porcentaje importante resultarán carcinoma in situ^(1, 7, 9).

Por otra parte la biopsia radioquirúrgica es un procedimiento quirúrgico común y frecuente, utilizada con la finalidad de diagnosticar y de tratar lesiones subclínicas sobre todo aquellas que sean sospechosas de malignidad^(6, 7, 11).

Es importante la apariencia radiológica a la hora de sospechar la presencia de una lesión maligna no palpable de la glándula mamaria,

observándose en nuestra casuística que es muy similar a la reportada en la Tabla 10, en donde el 45% de los casos las microcalcificaciones sospechosas de malignidad resultaron ser lesiones malignas, en nuestra casuística fue del 42%.

En el caso de las lesiones no palpables redondas, ovales, lobulares el porcentaje de malignidad fue del 19% en la literatura y en nuestros casos resultó ser del 12,5%^(1, 2, 11)

Tabla X
Apariencia radiológica de lesiones con diagnóstico de cáncer (1314 casos)

Hallazgo Mamográfico	Número	%
Microcalcificaciones cúmulo	58	45%
Masa espiculada	355	27%
Nódulo redondo, ovalado, lobular	249	19%
Distorsión Arquitectura	87	7%
Asimetría focal	34	2%

En los actuales momentos el desarrollo de las técnicas de diagnóstico de lesiones subclínicas, no palpables, como lo son las biopsias dirigidas por ultrasonido y las realizadas por estereotaxia, están logrando cambios muy importantes en la filosofía del manejo de estas lesiones^(5, 9, 11).

Pero diferentes autores coinciden que en el caso de las lesiones no palpables de la glándula mamaria que tengan una posibilidad del 25 al 30% de ser lesiones malignas, deben manejarse con marcaje y excisión de la lesión, manteniendo el uso de los otros

procedimientos para el manejo de lesiones de bajo riesgo de malignidad, puntos todavía sumamente controversiales^(1, 2, 3, 4, 7, 11).

Nuestro objetivo con el presente trabajo, es presentar la experiencia en el manejo de este tipo de lesiones, buscando la integración de un equipo de trabajo multidisciplinario, mientras se adquiere y se hace experiencia con otras metodologías diagnósticas, más precisas en el manejo de las lesiones subclínicas sospechosas de malignidad.

Tabla XI
Relación de lesiones no palpables benignas / malignas

Autor	Nº casos	Relación	%e
Hernández, G.	216	2,5:1	28,24
Mata, J.	12	3:1	33,33
HOPM	95	9:1	10,54
Silverstein	653	2,4:1	28,51
Gómez, A.	31	3,8:1	25,80

Los resultados obtenidos son comparables a los observados en la literatura nacional e internacional, obteniendo una relación de lesiones benignas /malignas del **3,8:1**, con un porcentaje del **25,8%** de lesiones subclínicas malignas, pero que se eleva al **42%** cuando la lesión subclínica extirpada son microcalcificaciones^(2, 3, 4, 11).

Otro elemento importante es el hecho de que el diagnóstico precoz de lesiones malignas

infiltrantes se acompaña de un tratamiento preservador y la alta posibilidad de la ausencia de enfermedad metastásica en la axila^(8, 10).

CONCLUSIONES

1. La biopsia radioquirúrgica es un procedimiento que nos permite el diagnóstico y tratamiento de lesiones subclínicas no palpables, de alto riesgo para malignidad.

2. Es importante la integración de un equipo multidisciplinario en donde interviene el cirujano, el radiólogo y el patólogo.
 3. Un elemento importante en el manejo de estas lesiones es la adecuada orientación y realización de radiografía a la pieza quirúrgica, cuando se trata de microcalcificaciones.
 4. Pensamos no debe realizarse biopsia extemporánea a las microcalcificaciones, y tampoco en el caso de las lesiones no palpables nodulares menores de 1 cm.
 5. Aunque en la mayoría de los pacientes con lesiones malignas el tratamiento definitivo se realizará en 2 tiempos, pensamos que esto nos permite planificar el abordaje terapéutico definitivo, sabiendo que en la mayoría de los casos se tratará de lesiones malignas in situ, y en el caso de las lesiones infiltrantes probablemente discutiremos con nuestras pacientes la opción de realizar o no la disección axilar.
 6. Otros procedimientos menos invasivos como la biopsia percutánea por estereotaxia o la biopsia ecoguiada sean probablemente en el futuro inmediato, el abordaje apropiado para el manejo de las lesiones subclínicas no palpables de la glándula mamaria, pero en donde no contemos con estos medios, la biopsia radioquirúrgica debe ser el procedimiento de elección.
-
- BIBLIOGRAFÍA**
1. Mitnick, Julie. Radiologic Assesment, Ch. 13. Editor Roses, Daniel. Breast Cancer Churchill New York Livingstone. 1999; p. 177-216.
 2. Silverstein, Melvin. Coordinated Biopsy Team: Surgical, Pathologic, and Radiologic Issues. Chapter 31. Ductal Carcinoma in Situ of the Breast. Editor M. Silverstein. Williams and Wilkins. 1997; p. 333-42.
 3. Mata, José F. Lesiones subclínicas de la mama. Manejo quirúrgico-radiológico-patológico. Revista Venezolana de Oncología 1998, Julio-Septiembre. 3;10:123-31.
 4. Moreno, Leopoldo. Lesiones mamarias no palpables. Revista Venezolana de Oncología 1992. Enero-Marzo. 4; 1:18-24.
 5. Acosta, Víctor. Biopsia Mamaria Percutánea por Estereotaxia. Revista Venezolana de Oncología 1998. Octubre-Diciembre. 10; 4:192-7.
 6. Reynolds, Handel. Advances in Breast Imaging. Hematology/Oncology Clinics of North America. April 1999; p. 333-48.
 7. Cady, Blake. How to perform adequate local excision of mamographically detected lesions. Surg. Onc. Clin. Of North America, April 1997; p. 315-34.
 8. Page, David. Pathology of mamographically discovered breast cancer/clinical implication of size and histologic differentiation. Surg. Onc. Clin of North America April 1997; p. 335-42.
 9. Pass, Helen. Stereotactic Biopsy of Breast CANCER.PPO Updates, Principles and Practice, Volume 12, 1998, Number 12.
 10. Johnson, Jeanne. Histological Correlation of Microcalcifications in Breast Biopsy Specimens. Arch Surg. 1999; p. 134:712-6.
 11. Hernández, Gerardo. Manejo de las lesiones no palpables de la mama. Capítulo 3.3. Cáncer de mama. McGRAWHill-Interamericana. Autores Latinoamericanos. 1998. P. 171-92.

