

Artículos originales

Biopsia percutánea de mama. Reporte histológico y su relación con la imagen. Experiencia del Instituto Oncológico Nacional. 2002-2005, 2007-2009.

Elba N. García C*, Ilka Guerrero*, Aníbal Urrutia*.

Palabras claves:

cáncer de mama, biopsia, esterotaxia, ultrasonido.

Keywords:

breast cancer, biopsy, esterotaxia, ultrasound.

**Departamento de Radiología e Imágenes del Instituto Oncológico Nacional de Panamá. (ION).*

*Correspondencia a:
Dra. Elba García,
natygar@live.com*

Resumen

El cáncer de mama es la causa más frecuente de mortalidad por cáncer en las mujeres panameñas. La realización de estudios de imágenes como mamografía y ultrasonido así como la realización de biopsia percutánea tiene un papel importante tanto en la detección temprana como en el diagnóstico. El objetivo de este estudio es establecer si hay relación entre la clasificación de las lesiones de mama por imagen según su probabilidad de ser malignas (Sistema de reporte y datos por imágenes de mama, BI-RADS) y el reporte histopatológico. Entre el año 2002 al 2005 y del 2007 al 2009 se revisaron 200 casos de biopsias de mama y sus reportes histológicos. Conclusión: El 42% de las biopsias obtenidas fueron diagnosticadas como patologías malignas. De las categorías BI-RADS 4 y BI-RADS 5, el 56% y 88% fueron malignas, respectivamente.

Abstract

Breast cancer is the most frequent cause of cancer related mortality in Panamanian women. Studies of mammography and ultrasound images as well as the realization of percutaneous biopsy have an important role in the early detection and diagnosis. The objective of this study was to establish whether there was a relationship between the classification of the lesions of breast by image according to its likelihood of being malignant (System of reporting and data imaging of breast, BI-RADS) and the histopathological report. Between 2002 to 2005 and 2007 to 2009, 200 cases of breast biopsies and histological reports were reviewed. Conclusion: 42% of the patients were age 40 or older and the distribution of the lesions is similar in both breasts predominating in the upper quadrants and retro-areolar region. 42% of biopsies obtained were diagnosed as malignant pathologies. Of the categories BI-RADS 4 and BI-RADS 5 categories, 56% and 88% were malignant respectively.

En el 2008 en Panamá, la primera causa de defunción eran los tumores o neoplasias malignas. El cáncer de mama era la quinta causa de muerte por cáncer[1]. Entre los años 1997 y 2003, se diagnosticaron 4,234 casos nuevos de cáncer de mama. El 59% de la población era mayor de 40 años y 61% del total eran carcinomas invasores[2].

Existen políticas estatales para el tamizaje de cáncer de mama en la población femenina mayor de 40 años, con la intención de hacer detección temprana que incluye la realización de campañas gratuitas de mamografías. La mamografía ha sido el único método de imagen que ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama

a pesar de su variabilidad en la especificidad y sensibilidad [3].

Desde la implementación de la Clasificación BI-RADS (del inglés, Breast Imaging Reporting and Data System) se ha establecido un lenguaje homogéneo para la interpretación de las imágenes de la mama [4]. En la experiencia obtenida en campañas realizadas en el Hospital Santo Tomás y en el Instituto Oncológico Nacional utilizando esta clasificación, encontramos que del 40 al 58% de las pacientes se reportan con clasificación 0, que significa que el estudio es incompleto. Cuando lo comparamos con clínicas establecidas de mama donde se deben realizar todos los estudios necesarios antes de

R M P

2014; Volumen 34: (9-13).

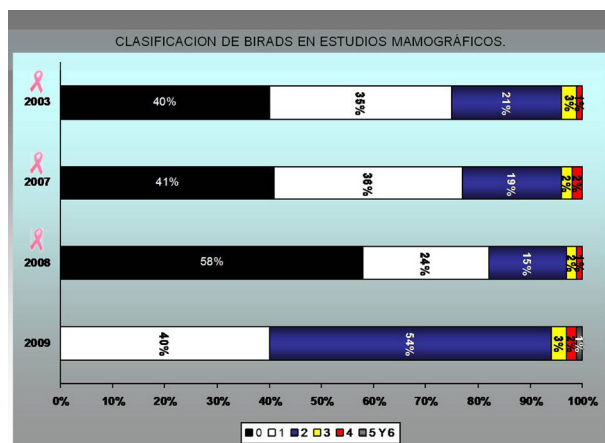


Figura 1: COMPILACIÓN DE CASOS: García, E. et al. Año 2003, Campaña de la Cinta Rosada en Hospital Santo Tomás (500 pacientes). Años 2007 y 2008 en Campaña de la cinta Rosada en ION (100 pacientes cada año). Año 2009 (100 pacientes), estudios diagnósticos de mama cuando se realizan estudios complementarios necesarios para la interpretación (compresión, magnificación, ultrasonido), ION.

reportar la paciente, observamos que se aumenta el porcentaje de clasificación 2 (patología benigna). Lo que si es constante es que 1-2% de las pacientes ameritan la realización de biopsia (categorías 4 y 5) en todas las series. (Ver Tabla 1).

Si bien es cierto que la clasificación BI-RADS nos orienta en la conducta a seguir con las pacientes, se debe tomar en cuenta también factores de riesgo que incluyen la historia familiar, los antecedentes personales y factores clínicos de riesgo como exposición a radiación o hiperplasia ductal[5].

La biopsia de mama se puede realizar vía sonográfica o por mamografía (Estereotáxica). El mayor porcentaje se realizan vía sonográfica por que la gran mayoría de las lesiones son nódulos o masas que se visualizan por este método [6], mediante la utilización de agujas automáticas o mammotome.

Tabla 1. Resumen de Variables Obtenidas según el informe de Patología

	Tejido mamario	Benigno	Proliferativo	Malignidad	TOTAL
TOTAL	22	64	31	83	200
EDAD					
<=34 años	1	5			6
35-40 años	2	5	1	13	21
41-50 años	9	21	12	21	63
51-60 años	5	22	9	22	58
>60 años	5	11	9	27	52
ANTECEDENTES					
SIN ANTECEDENTE	14	42	24	57	137
CONTRALATERAL	8	12	7	18	45
IPSILATERAL		10		8	18
HALLAZGOS EN MAMOGRAFÍA					
NO MAMO	3	8	2	15	28
NO REPRESENTACIÓN	4	10	4	10	28
ASIMETRÍA	1	6	0	3	10
MASA Y MICRO	2	8	3	20	33
MICROCALCIFICACIONES	2	9	8	7	26
MASA	10	23	14	28	75
CLASIFICACIÓN BI-RADS					
NO ESPECIFICA	1	2	2	6	11
0	1	1	2	1	5
6				2	2
5		3		22	25
4	3	16	10	37	66
3	8	24	13	11	56
2	8	17	4	4	33
1	1	1			2

Este trabajo tiene como objetivo general el correlacionar los reportes histológicos de las biopsias de mama con el reporte imagenológico utilizando la clasificación BI-RADS y como objetivos específicos:

- Determinar la distribución de las lesiones según edad y según localización.
- Determinar la frecuencia en que se utilizan las guías sonográfica y mamográficas.
- Establecer el porcentaje de reportes histopatológicos distribuido en lesiones benignas, proliferativas y malignas.
- Describir el porcentaje de lesiones según histopatología y antecedente personal de cáncer de mama y correlacionar los reportes histológicos con la clasificación BI-RADS.

- Antecedente personal de Cáncer de mama: Ipsilateral o Contralateral Sin antecedentes.
- Vía de biopsia : Ultrasonido/ Estereotáxica
- Hallazgos de mamografía
- Masa o nódulo
- Microcalcificaciones
- Masa y microcalcificaciones
- Asimetría
- Localización por cuadrantes o retro areolar: Se dividió en cuatro cuadrantes cada mama y la región retro areolar.

Resultado de Patología

- Tejido Mamario Normal
- Benigna: Tejido conectivo, fibroadenoma.
- Patología proliferativa: Hiperplasia, adenosis, papiloma.
- Cáncer: Carcinoma, Adenocarcinoma u otra patología maligna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional.

Población y Muestra

El total de la población son las pacientes a las que se les realizó biopsia percutánea vía ultrasonido o por esterotáxia en el Departamento de Radiología e Imágenes del ION en los años 2002-2005 y 2007-2009. La muestra se obtuvo de todas las pacientes a las que se les realizó biopsia en estos periodos hasta completar 200.

- 100 biopsias percutáneas 2002-2005.
- 100 biopsias percutáneas 2007-2009.

Se realizó una revisión de archivos de radiología, expediente clínico y resultados de patología.

CRITERIO DE INCLUSIÓN: Todas las biopsias de mama del 2005 retrospectivamente hasta completar 100 y del 2009 retrospectivamente hasta completar 100, que tuvieran reporte de imágenes o expediente clínico y que hubiesen sido hechas en la institución.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN: Biopsia de mama entre 2002-2005 y 2007-2009 que no tenían reporte de imágenes o expediente clínico o biopsias realizadas fuera de la institución.

Variables

- Edad: en años.

RESULTADOS

En la Tabla .2 se hace un resumen de los resultados obtenidos en el estudio.

El 86.5% de las pacientes tenían 40 años o más y el grupo dominante era entre 40 y 50 años con un 31.5% de la muestra.

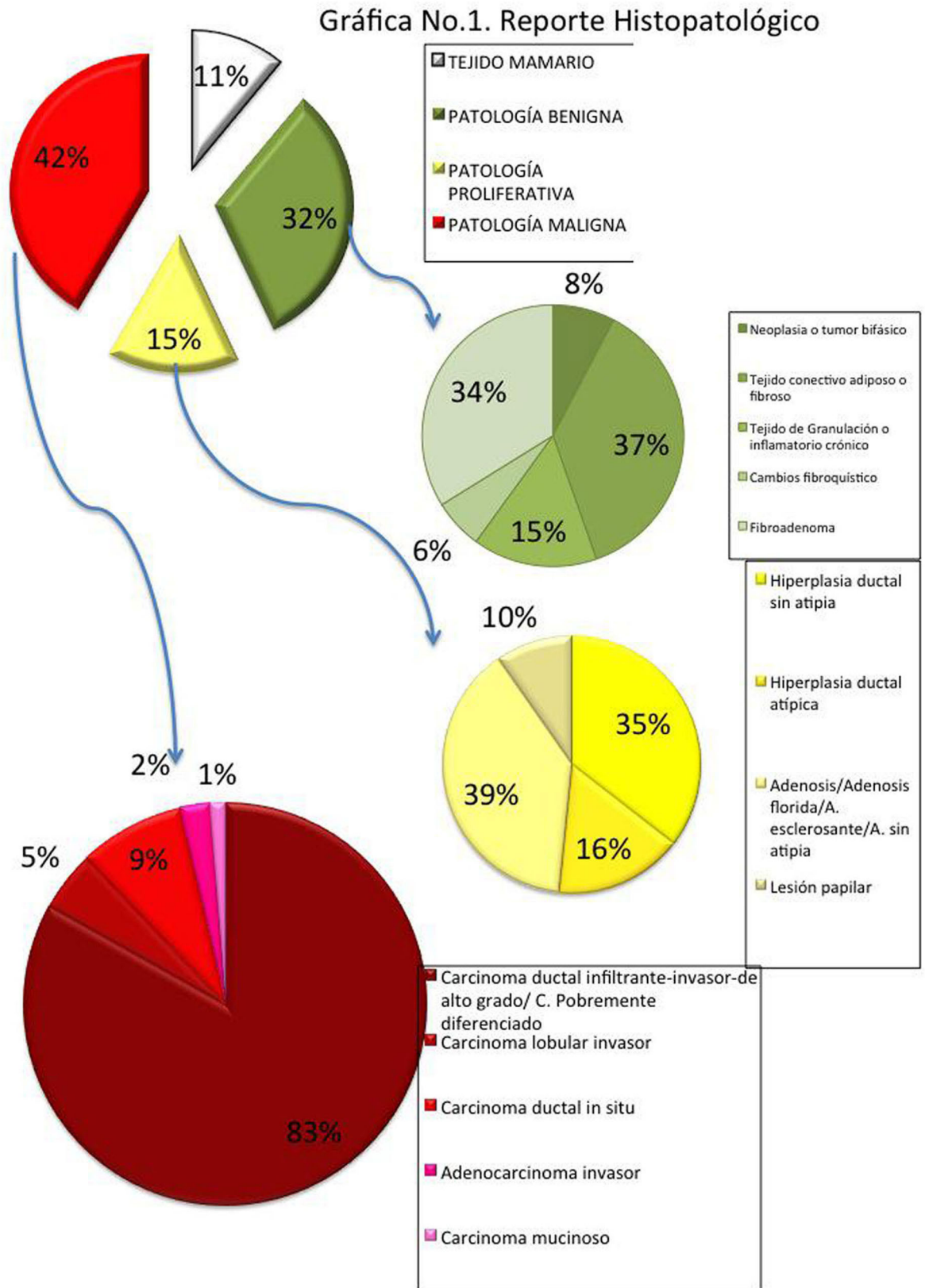
La distribución de las lesiones fue de un 50.5% en la mama derecha y 49.5% en la izquierda. En cuanto a la localización predominó en los cuadrantes supero externo en un 58% y 54% en cada mama respectivamente.

El 84% de las biopsias se realizaron vía sonográfica con biopsia por trucut y 16% por esterotáxica con mamotome.

El 68.5% de nuestras pacientes no tenían antecedente de cáncer de mama. El 44% del grupo que tenía antecedentes de cáncer y el 47% de las pacientes del grupo que no tenía antecedentes se obtuvo patología maligna, por lo que no hay diferencia.

El reporte histológico de malignidad se hizo en el 42% de las pacientes. El 83% reportaron carcinoma ductal invasor. Cuando evaluamos los carcinomas invasores (ductal, lobulillar, mucinoso y adenocarcinoma) encontramos que representan el 93% de todas las lesiones malignas y el 7% son in situ. De las patologías benignas las lesiones de tejido conectivo fibroso o graso en un 37% y el fibroadenoma en un 34% fueron las más frecuentes. En las patologías proliferativas las más frecuentes fueron

Figura 2: Reporte histopatológico



la adenosis en un 39% y las hiperplasias no atípicas en un 35%. (Gráfica No.1)

reportados también en la cercanía de las lesiones neoplásicas[5].

DISCUSIÓN

La mayoría de nuestros pacientes tienen más de 40 años, predominando el grupo de 40 a 50 años, esto se correlaciona con la literatura donde el 59% son mayores de 40 años[2]. La distribución de las lesiones en los cuadrantes externos y región retro areolar se repite al comparar con estudios previos realizados en Panamá sin diferencia entre ambas mamas[2]. Debido a que la mayoría de las lesiones eran masas o nódulos, la vía sonográfica es la más utilizada por lo accesible[6].

Los carcinomas invasores representan el mayor porcentaje de los tumores malignos en nuestra serie y al comparar con el registro nacional de cáncer hasta el año 2003 encontramos que el 61% de las neoplasias eran invasoras y 39% in situ[2].

En nuestro estudio, clasificamos las hiperplasias y adenosis como patologías proliferativas, ya que se ha descrito por un lado que las pacientes con hiperplasia atípica tienen mayor riesgo de cáncer de mama y por otro lado, las hiperplasias y adenosis se han encontrado

CONCLUSIÓN

- Al correlacionar los reportes histológicos de las biopsias de mama con el reporte imagenológico utilizando la clasificación BI-RADS observamos que entre mayor es la clasificación BI-RADS, mayor es el porcentaje de pacientes con neoplasias malignas.
- La mayoría de las lesiones se localizan en el cuadrante superior y externo así como en la región retro areolar.
- A mayor edad, el diagnóstico más frecuente son las patologías malignas.
- Las biopsias de mama se realizan vía sonográfica en el mayor porcentaje.
- El mayor porcentaje de lesiones tienen reporte de patología maligna donde predomina el carcinoma intraductal invasor.
- El mayor porcentaje de las pacientes no tiene antecedente de cáncer de mama.
- Las características de las lesiones más frecuentes son las masas o nódulos, seguidas de masas con microcalcificaciones.

REFERENCIAS

- [1] Panamá en cifras 2009
- [2] Registro Nacional de Cáncer 1995-2004 y 2010.
- [3] Kalager, M. et al. Effect of Screening Mammography on Breast-Cancer Mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010; 363:1203-1210
- [4] ACR. Clasificación BI-RADS 2003
- [5] Saslow D. et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. *CA Cancer J Clin* 2007; 57:75-89
- [6] Vega A. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama. *Radiología*. 2011; 53:531-43.