

BIOPSIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA. CORRELACION CON BIOPSIA QUIRURGICA.

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Sara Plaza Loma, Yolanda Rodríguez De Diego, Cristina Mostaza Sariñena, Ana Arnal Burró, Francois Xavier Emile Brunie Vegas, Manuel Fajardo Puentes

Objetivos

Presentar nuestra experiencia en biopsias guiadas por estereotaxia con sistema direccional asistido por vacío en mesa prono.

Determinar la eficacia de la biopsia percutánea como alternativa válida a la biopsia quirúrgica diagnóstica en el manejo de las lesiones mamarias no palpables.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de las 742 biopsias guiadas por estereotaxia realizadas en nuestro hospital utilizando un dispositivo asistido por vacío con aguja de calibre 10G (vacora®).

Los casos se confirmaron mediante estudio histológico o seguimiento clínico-radiológico.

Las variables estudiadas para determinar la eficacia de la biopsia percutánea frente a la biopsia quirúrgica fueron la tasa de falsos negativos y la subestimación de malignidad. Se considera falso negativo a un carcinoma probado en el estudio histológico de la pieza quirúrgica en el que la biopsia percutánea únicamente evidencia hallazgos benignos. La subestimación diagnóstica en la biopsia percutánea incluye tanto a las lesiones de riesgo en las que se evidencia malignidad en la pieza quirúrgica, como a los CDIS con confirmación histológica posterior de carcinoma infiltrante.

Resultados

En nuestra serie, 499 casos (67%) fueron lesiones benignas, 181 (25%) malignas (138 carcinomas

ductales in situ CDIS y 43 carcinomas ductales infiltrantes CDI) y 62 lesiones de riesgo (8%). [Fig 1](#), [Fig 2](#), [Fig 3](#), [Fig 4](#).

Las lesiones de riesgo diagnosticadas en la biopsia guiada por estereotaxia correspondieron a 3 papilomatosis, 1 lesión esclerosante compleja (LEC), 7 casos de hiperplasia lobulillar atípica (HLA), 11 casos de carcinoma lobulillar in situ (CLIS), 30 casos de atipia focal / atipia de epitelio plano (AEP) y 10 de hiperplasia ductal atípica (HDA).[Fig 5](#).

Un 3,8% de las lesiones benignas fueron sometidas a cirugía por discordancia radiopatológica o bien por tratarse de una biopsia técnicamente incorrecta en la que no se encontraron microcalcificaciones en la comprobación mamográfica que se realiza de las muestras obtenidas. En la biopsia quirúrgica, se encontró un caso falso negativo (0.2%). [Fig 6](#). En el resto de las lesiones benignas no se encontraron casos falsos negativos en el seguimiento clínico-radiológico.

En las lesiones de riesgo, tres de los casos de atipia focal / AEP y tres de los casos de HDA resultaron ser CDIS en la cirugía (10% y 30% de subestimación respectivamente). [Fig 7](#). Tres de los casos de CLIS correspondieron a CDIS, CLI y CDI respectivamente en la cirugía (27% de subestimación). [Fig 8](#). En ninguno de los casos de HLA, LEC o papilomatosis se halló malignidad en la biopsia quirúrgica.

En las lesiones malignas, en 19 de los casos de CDIS se encontró componente infiltrante en la cirugía (14% de subestimación), siendo los carcinomas infiltrantes menores de 1cm en el 84%. [Fig 9](#). Un 21% de estas pacientes necesitó una segunda cirugía para la realización del ganglio centinela.

La [Fig 10](#) muestra la correlación histológica final entre la biopsia percutánea asistida por vacío y la biopsia quirúrgica/seguimiento.

Imágenes en esta sección:

BIOPSIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA

742 biopsias...

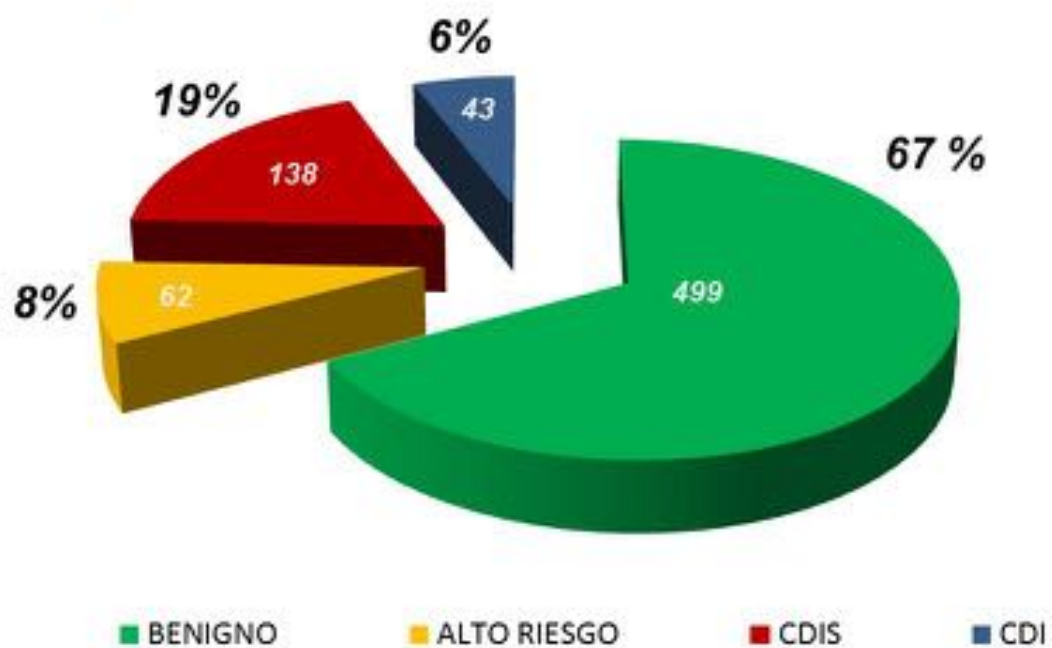
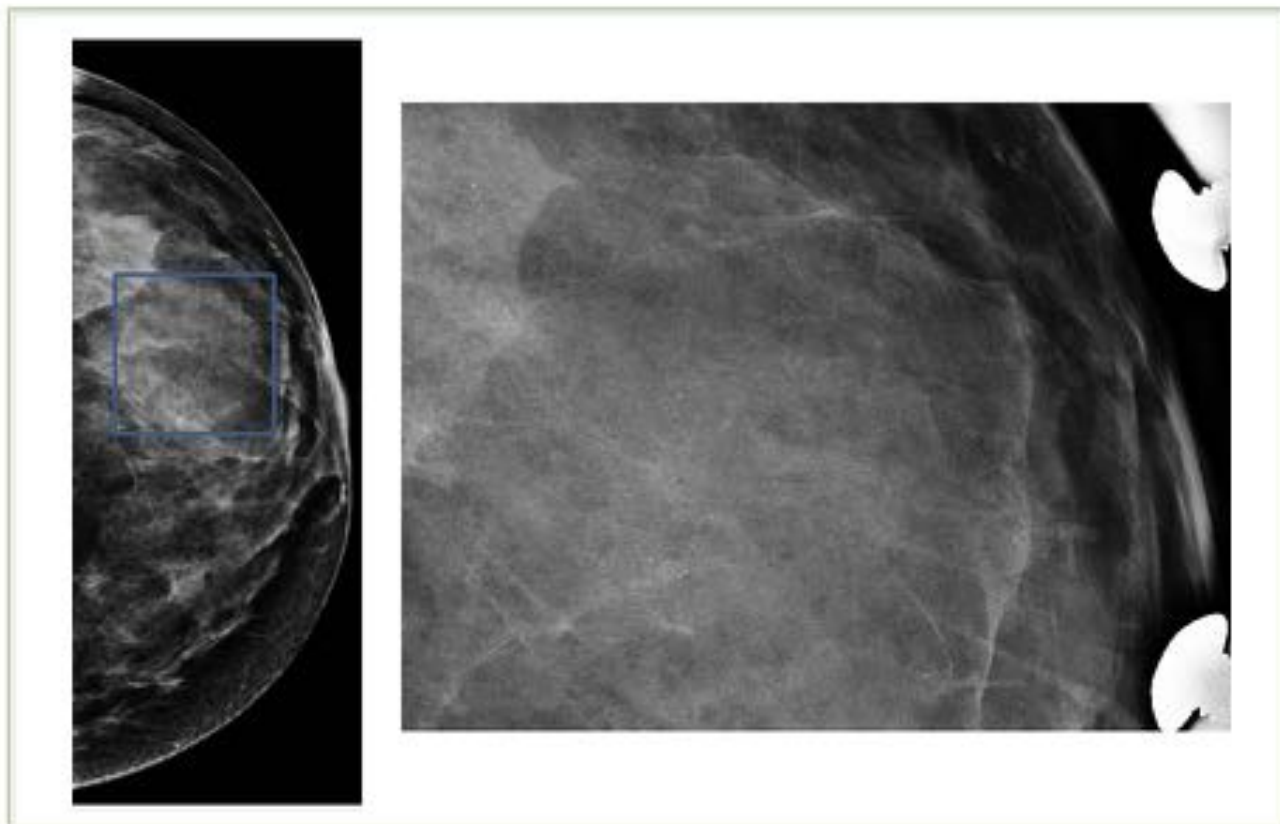
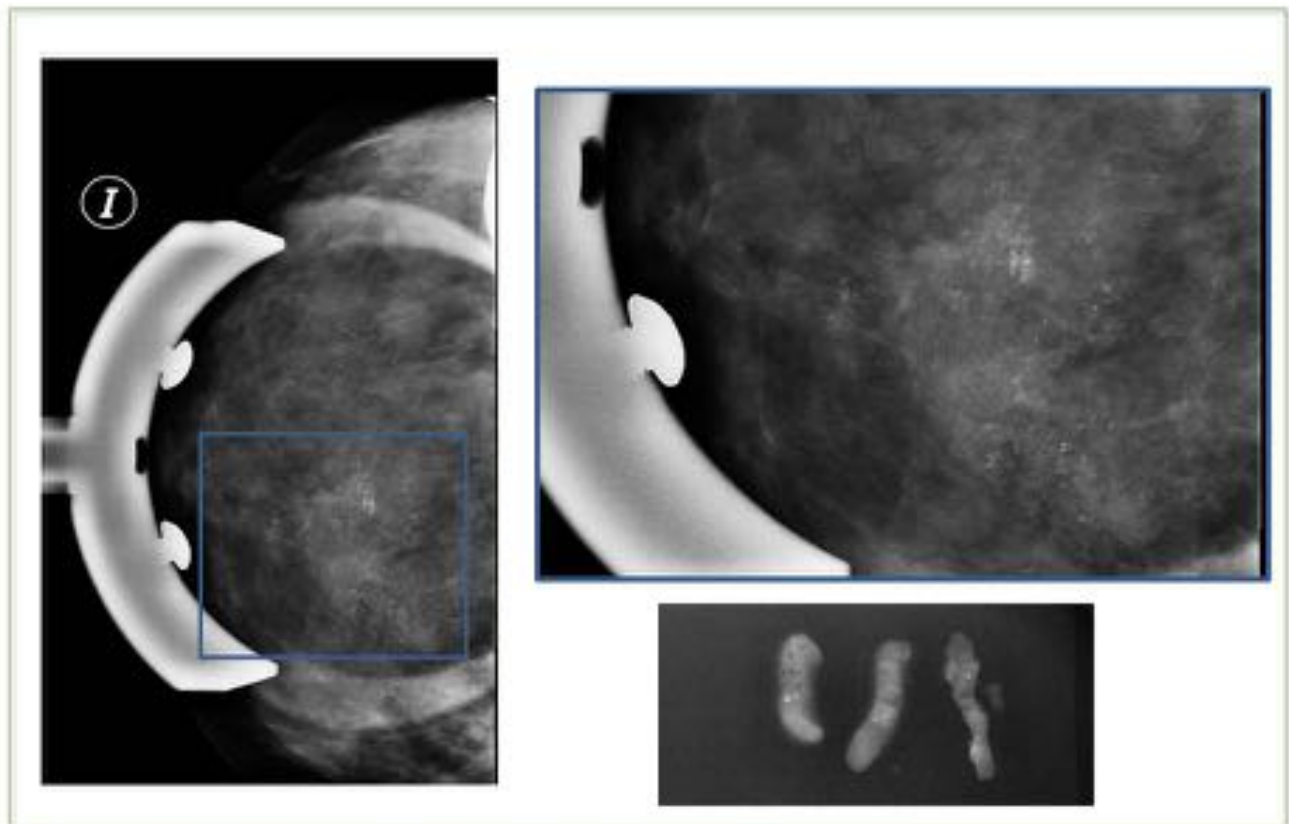


Fig. 1: Resultado histológico de las biopsias guiadas por estereotaxia.



*Anatomía patológica biopsia guiada por estereotaxia: CDIS con comedonecrosis.
Biopsia quirúrgica: CDIS alto grado (tamaño tumoral 7mm).*

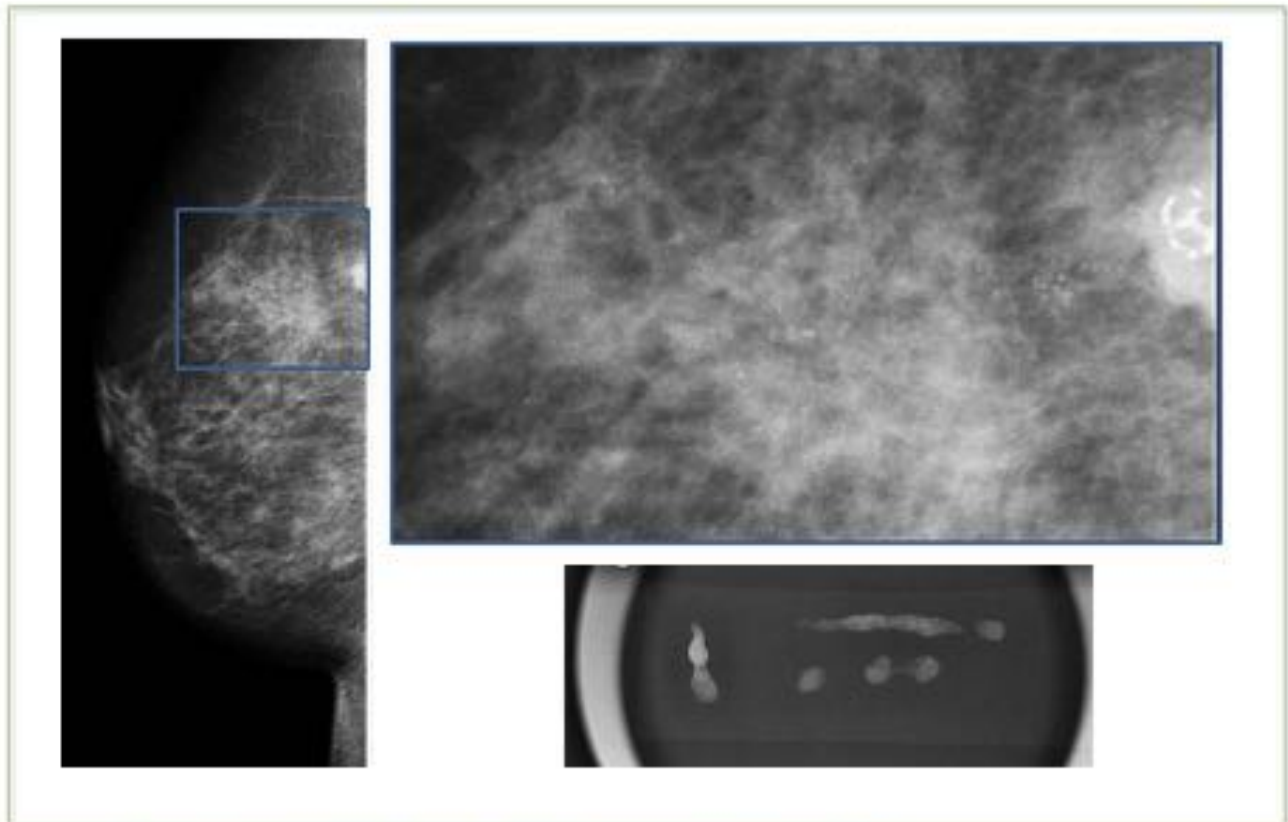
Fig. 2: Biopsia guiada por estereotaxia - Carcinoma ductal in situ.



Anatomía patológica biopsia guiada por estereotaxia: CDI grado II.

Biopsia quirúrgica: CDI multifocal grado II (dos focos tumorales, el mayor de 7mm) con CDIS de alto grado asociado.

Fig. 3: Biopsia guiada por estereotaxia - Carcinoma ductal infiltrante.



Anatomía patológica biopsia guiada por estereotaxia: CDI grado II.

Biopsia quirúrgica: CDI multifocal grado II (dos focos tumorales de 5 y 6mm) con extenso CDIS de alto grado asociado.

Fig. 4: Biopsia guiada por estereotaxia - Carcinoma ductal infiltrante.

BIOPSIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA

Lesiones de alto riesgo...

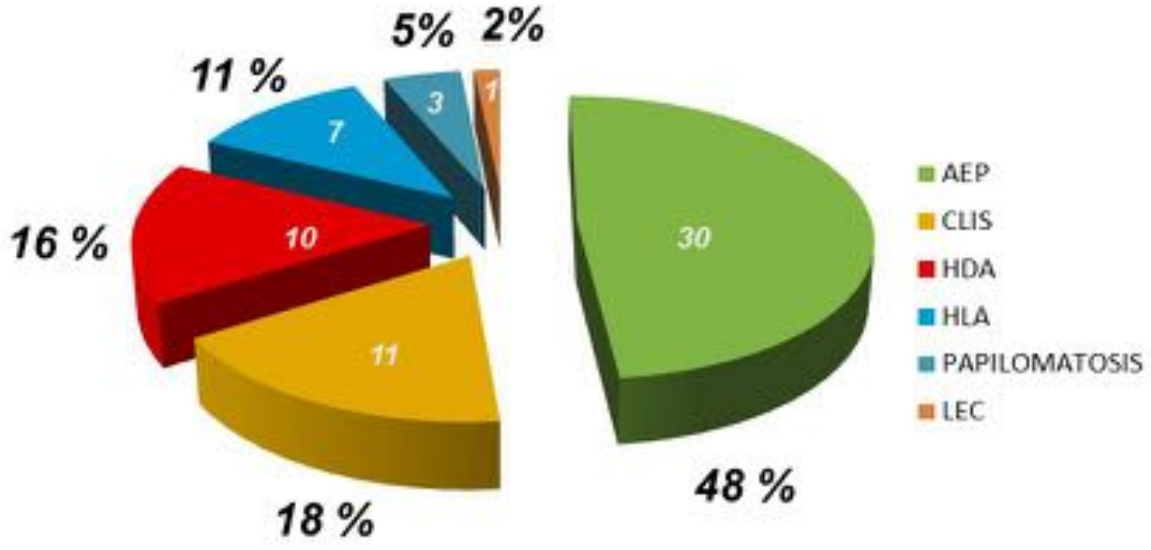
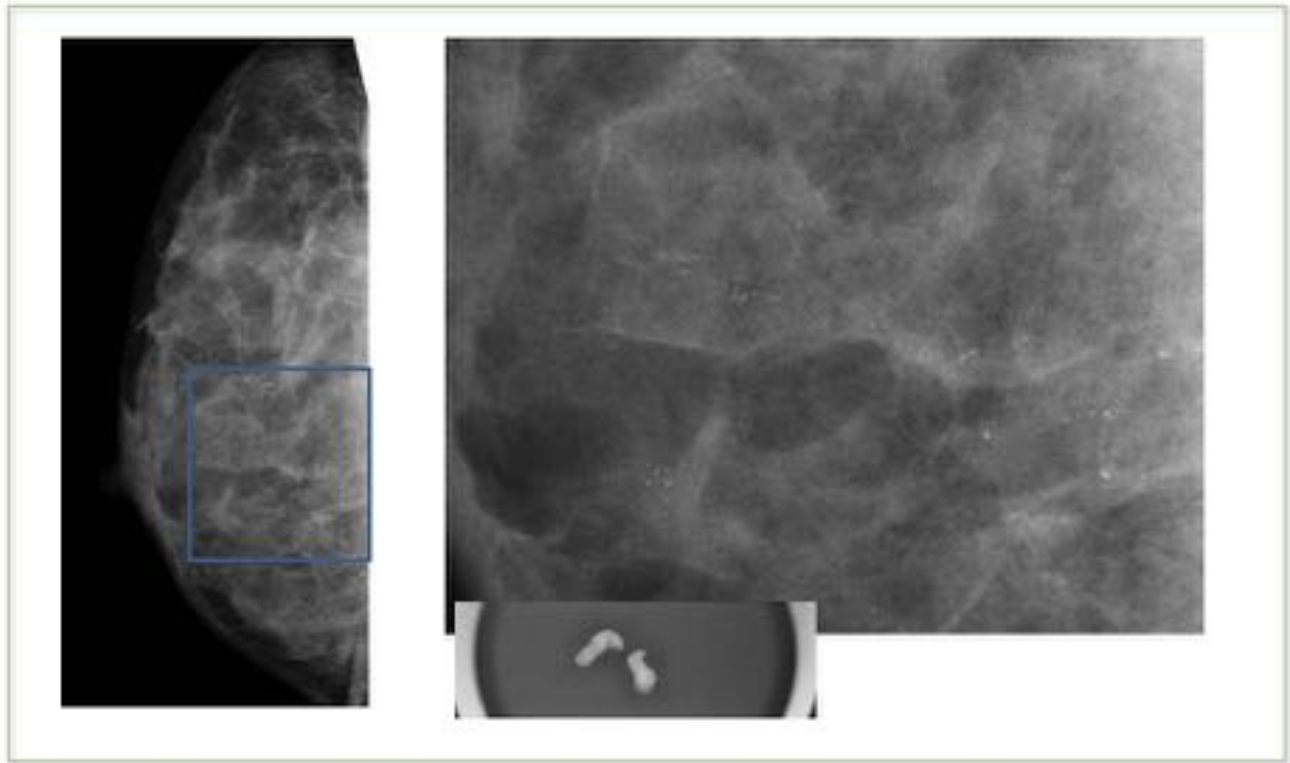
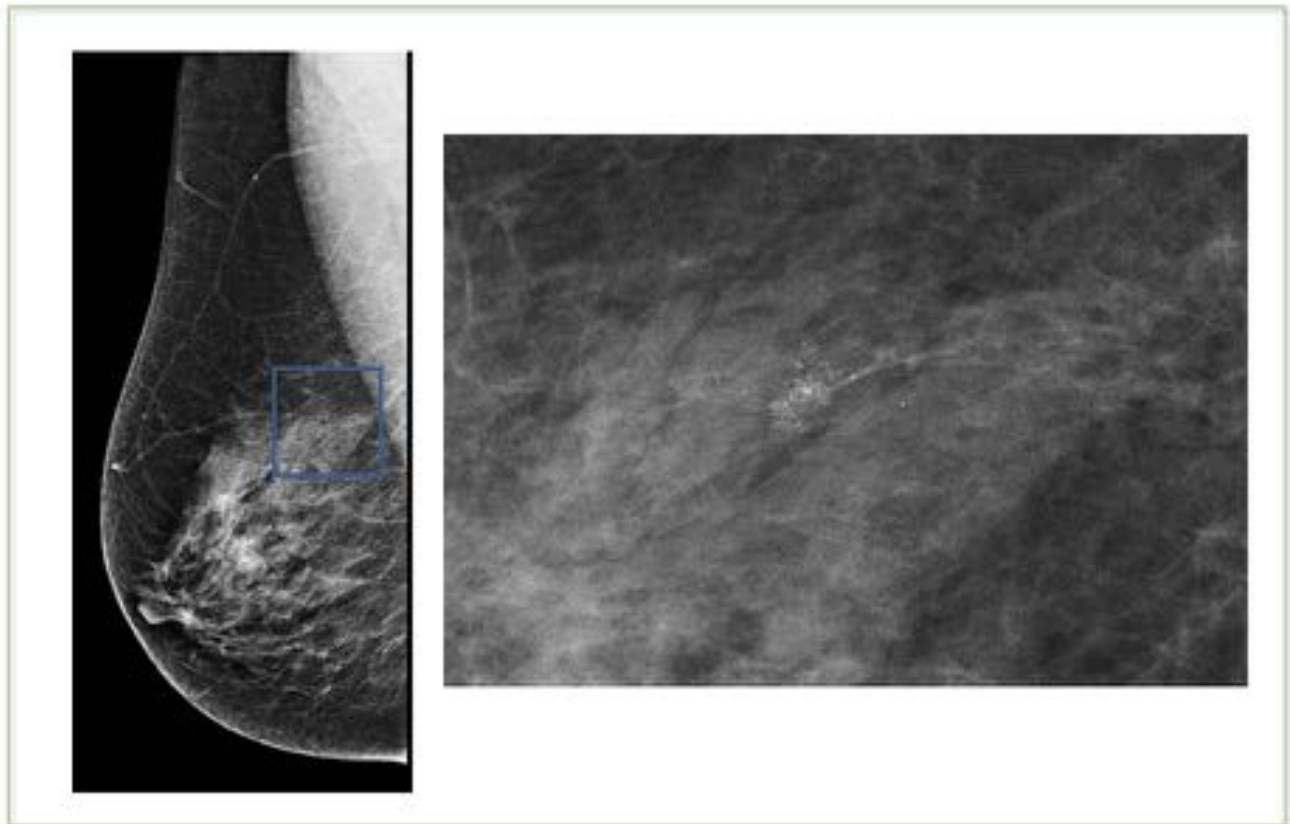


Fig. 5: Lesiones de riesgo diagnosticadas en la biopsia guiada por estereotaxia.



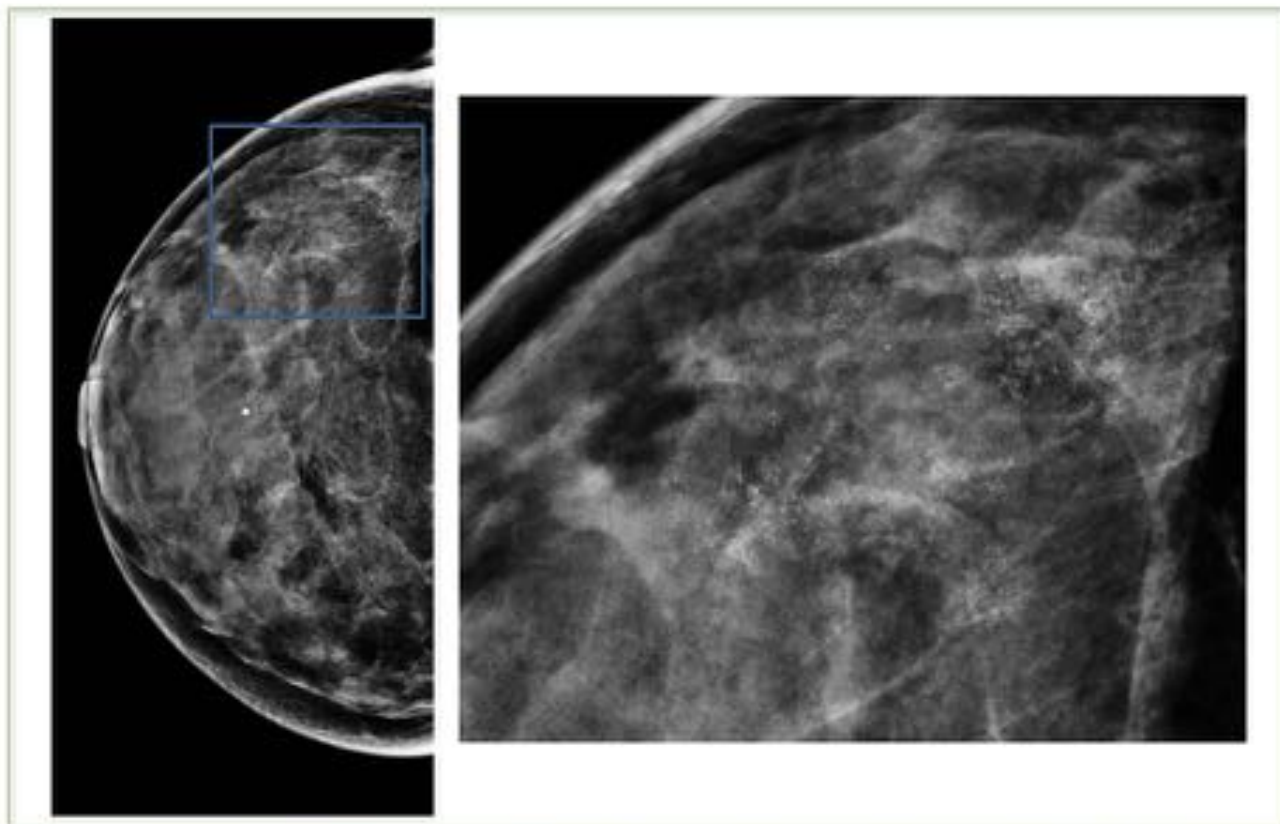
No se visualizan microcalcificaciones en las muestras de la biopsia guiada por estereotaxia.
AP biopsia guiada por estereotaxia: Adenosis con escasas microcalcificaciones.
Biopsia quirúrgica: Extenso CDIS de alto grado y CDI multicéntrico (tamaño tumoral de los focos de 10 y 8mm). CLIS. Micrometástasis en el ganglio centinela.

Fig. 6: Falso negativo en biopsia guiada por estereotaxia. La biopsia fue técnicamente difícil por escaso espesor de la mama en compresión. Únicamente se obtuvieron dos muestras debido a sangrado. No se visualizaron microcalcificaciones en la comprobación mamográfica que se realizó de la muestra obtenida en la biopsia. La paciente fue sometida a biopsia quirúrgica.



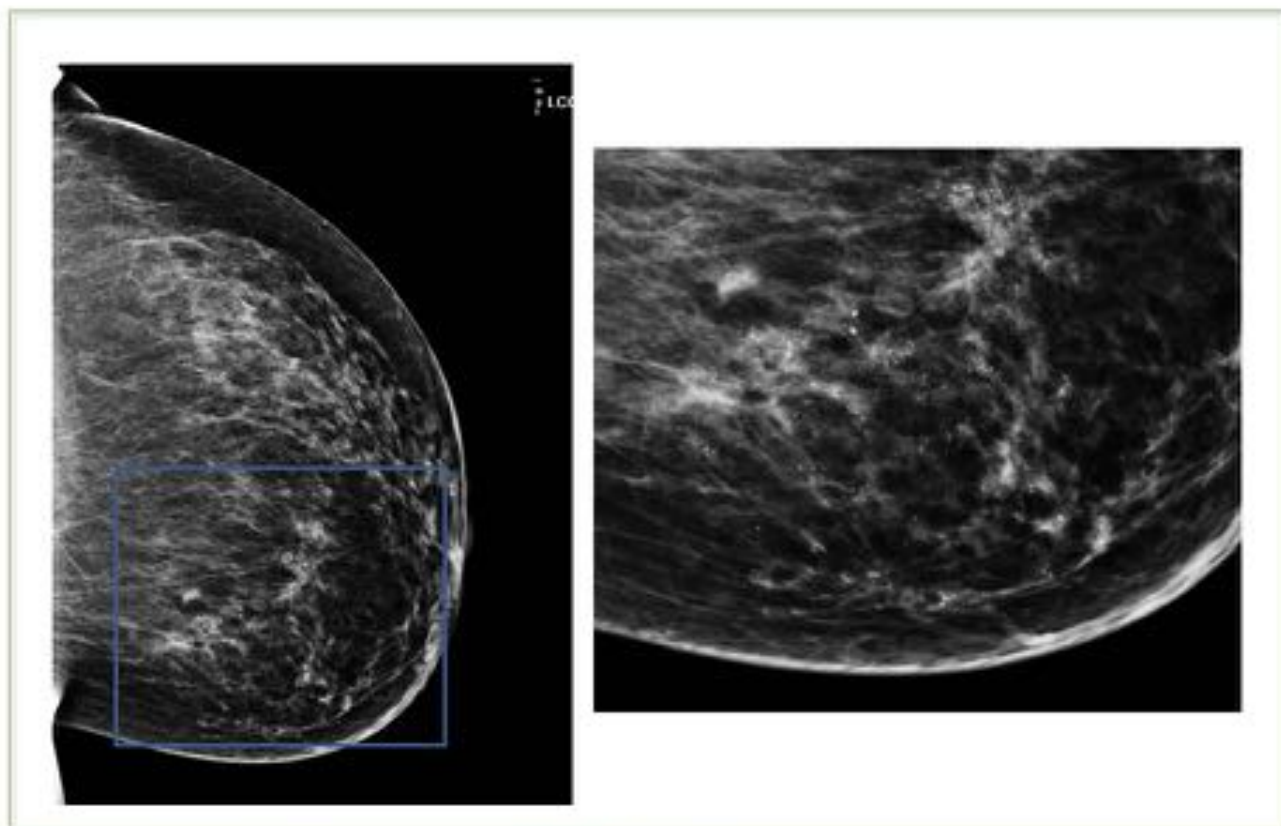
AP biopsia guiada por estereotaxia: Atipia de epitelio plano.
Biopsia quirúrgica: Atipia de epitelio plano y CDIS de bajo grado (tamaño tumoral 0,5 mm).

Fig. 7: Atipia de epitelio plano subestimada en la biopsia guiada por estereotaxia. La biopsia quirúrgica evidenció un foco de CDIS.



AP biopsia guiada por estereotaxia: CLIS. Hiperplasia de células columnares con atipia.
Biopsia quirúrgica: CLIS. CDI (tamaño tumoral 2,75mm) con CDIS de bajo grado. Células tumorales aisladas en el ganglio centinela.

Fig. 8: CLIS subestimado en la biopsia guiada por estereotaxia. La biopsia quirúrgica evidenció malignidad (CDI y CDIS).



AP biopsia guiada por estereotaxia: CDIS alto grado.

Biopsia quirúrgica: CDI grado II (tamaño tumoral 3 mm) con extenso componente de CDIS de alto grado (6cm).

Fig. 9: CDIS subestimado en la biopsia guiada por estereotaxia. La biopsia quirúrgica evidenció un CDI.

BAV	BQ y/o seguimiento			Total
	Benignas	Riesgo	Malignas	
Benignas	498	0	1	499
Riesgo				
AEP	0	27	3	30
HDA	0	7	3	10
CLIS	0	8	3	11
HLA	0	7	0	7
Papilomatosis	0	3	0	3
LEC	0	1	0	1
Malignas	0	0	181	181
Total	498	53	191	743

Fig. 10: Correlación histológica entre la biopsia guiada por estereotaxia y la biopsia quirúrgica/seguimiento clínico-radiológico.

Conclusiones

La biopsia guiada por estereotaxia es una alternativa válida a la cirugía, aunque existe subestimación en relación a la biopsia quirúrgica en algunos casos de CDIS y lesiones de riesgo, especialmente en la HDA y el CLIS.

Bibliografía / Referencias

- Philpotts LE, Lee CH, Horvath LJ, Lange RC, Carter D, Tocino I. Underestimation of breast cancer with 11-Gauge Vacuum Suction Biopsy. *Am J Roentgenol* 2000; 175:1047-1050. 18.
- Subhawong AP, Subhawong TK, Khouri N, Tsangaris T, Nassar H. Incidental minimal atypical lobular hyperplasia on core needle biopsy: correlation with findings on follow-up excision. *Am J Surg Pathol.* 2010; 34:822-8.
- O'Neil M, Madan R, Tawfik OW, Thomas PA, Fan F. Lobular carcinoma in situ/atypical lobular hyperplasia on breast needle biopsies: does it warrant surgical excisional biopsy? A study of 27 cases. *Ann Diagn Pathol.* 2010; 14:251-5.
- Mahoney MC, Robinson-Smith TM, Shauhnessy EA. Lobular Neoplasia at 11-Gauge Vacuum-Assisted Stereotactic Biopsy: Correlation with Surgical Excisional Biopsy and Mammographic Follow-Up. *Am J Roentgenol* 2006; 187:949-954.
- Brem RF, Behrnt VS, Sanow L, Gatewood OM. Atypical ductal hyperplasia: histologic underestimation of carcinoma in tissue harvested from impalpable breast lesions using 11-gauge stereotactically guided directional vacuum-assisted biopsy. *Am J Roentgenol.* 1999; 172:1405-7.