

DISTORSIONES ARQUITECTURALES: DIFICULTADES DE LA CORRELACIÓN RADIOPATOLÓGICA

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Rocío Lerma Ortega, María Arias Ortega, Ignacio Bares Fernandez, Carmen Madrid Muñiz,

Objetivos Docentes

- Estudio retrospectivo de distorsiones visualizadas en mamografía en 2015 en nuestro hospital y la correlación de la distorsión en las diferentes técnicas.
- Valorar las dificultades encontradas en el diagnóstico de las distorsiones y secuencia diagnóstica a seguir.

Revisión del tema

La distorsión arquitectural se define como líneas que confluyen hacia un punto excéntrico del pezón sin que visualizamos una sutil retracción del borde del tejido glandular anterior o posterior (figura 2) que debe hallazgo siempre asocia una categoría BIRADS 4 y por tanto requiere de biopsia para su diagnóstico, des antecedente de biopsia percutánea o traumatismo previo en esa localización.

Hoy día sigue siendo uno de los hallazgos más complicados de diagnosticar, tanto para los radiólogos como no disponemos de Tomosíntesis, técnica que facilita el diagnóstico de esta lesión (figuras 3 y 4).

La principal dificultad comienza por demostrar si la distorsión visualizada se trata realmente de una distorsión de tejido mamario y su localización en las dos proyecciones mamográficas.

Para ello disponemos de proyecciones mamográficas complementarias que nos van a ayudar a "desmotar" visualizar mejor la distorsión. Las más útiles en nuestra experiencia son la compresión focalizada sin o con contraste (figuras 8,9 y 10) y las proyecciones rodadas externa e interna.

La segunda dificultad es correlacionar el hallazgo mamográfico con la ecografía para decidir la técnica en los centros hospitalarios hay mayor disponibilidad de sala de Ecografía que de mamografía (figuras 11). Debemos demostrar que la distorsión en Ecografía no indica que no exista, simplemente que la biopsia debe de realizarse mediante IBC. Si una distorsión es real o no, debemos de realizar las proyecciones mamográficas necesarias hasta demostrarlo. El BI-RADS final sería la ausencia de alteraciones.

El tercer problema aparece cuando el resultado anatomopatológico es benigno, ¿podemos quedarnos tranquilos? En nuestra experiencia el resultado anatomopatológico de lesiones visualizadas como distorsiones en mamografía guiada por Ecografía como por Estereotaxia, han tenido adecuada correlación radiopatológica en la mayoría de los casos. De todas las distorsiones visualizadas en nuestro centro, excluyendo las cicatrices postquirúrgicas, el 62.5% son lesiones ductales infiltrantes y un 30% de Carcinomas Lobulillares infiltrantes. Las lesiones benignas resultaron típicamente marcadoras radioopacas tras la biopsia de este tipo de lesiones ayudan siempre a comprobar que hemos biopsiado correctamente.

quedarnos tranquilos con el resultado patológico de la biopsia.

La RM solo se realizó en los casos de tumores diagnosticados con biopsia para estadificación de los misn

Imágenes en esta sección:

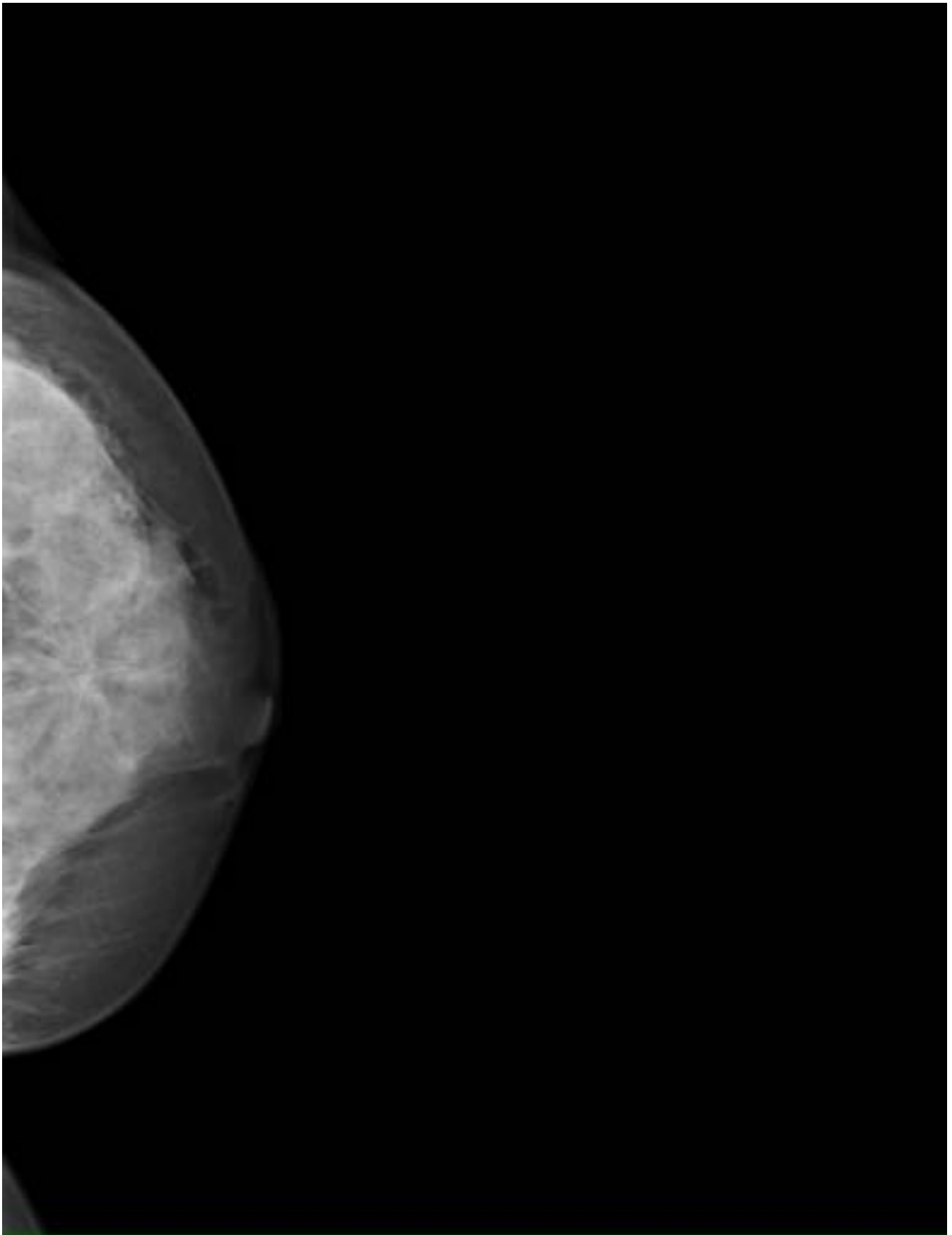


Fig. 1: Imagen típica de distorsión arquitectural central en mama izquierda

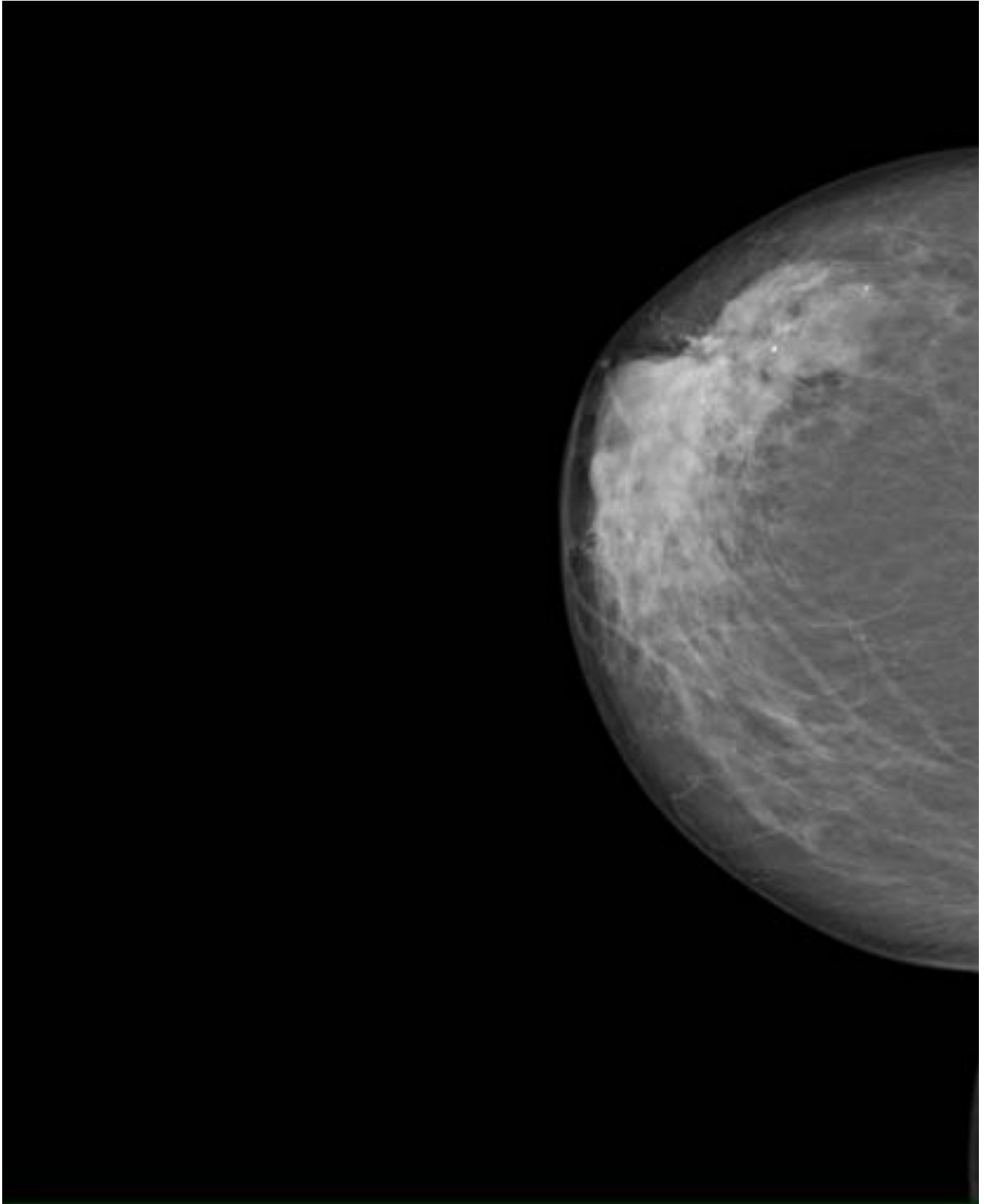


Fig. 2: Distorsión arquitectural visualizada como retracción del borde anterior del tejido mamario de CCI

RCC

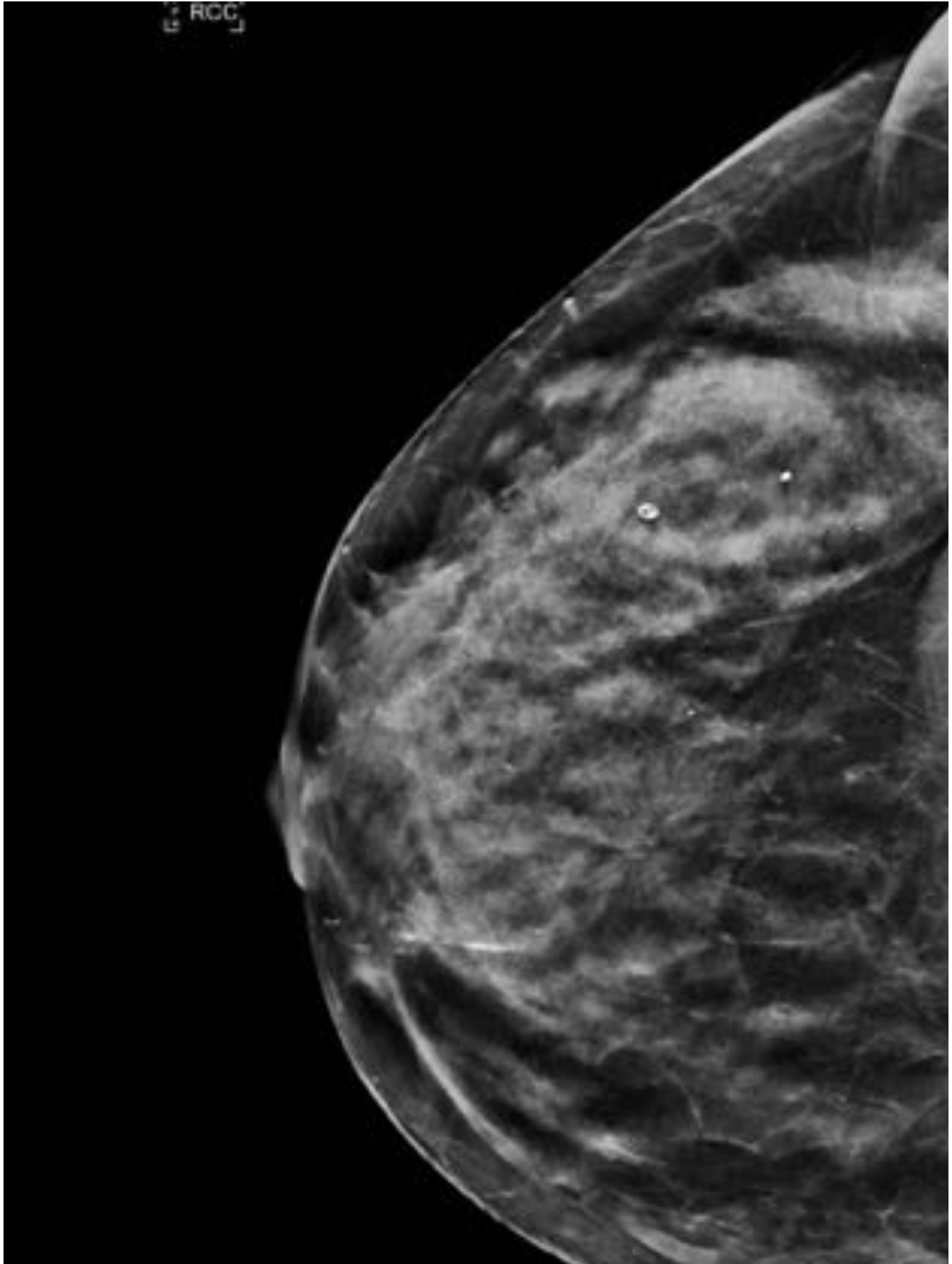




Fig. 3: La distorsiones son más fáciles de detectar por Tomosíntesis. Distorsión central

SE:71300990
IM:756
34:57:01

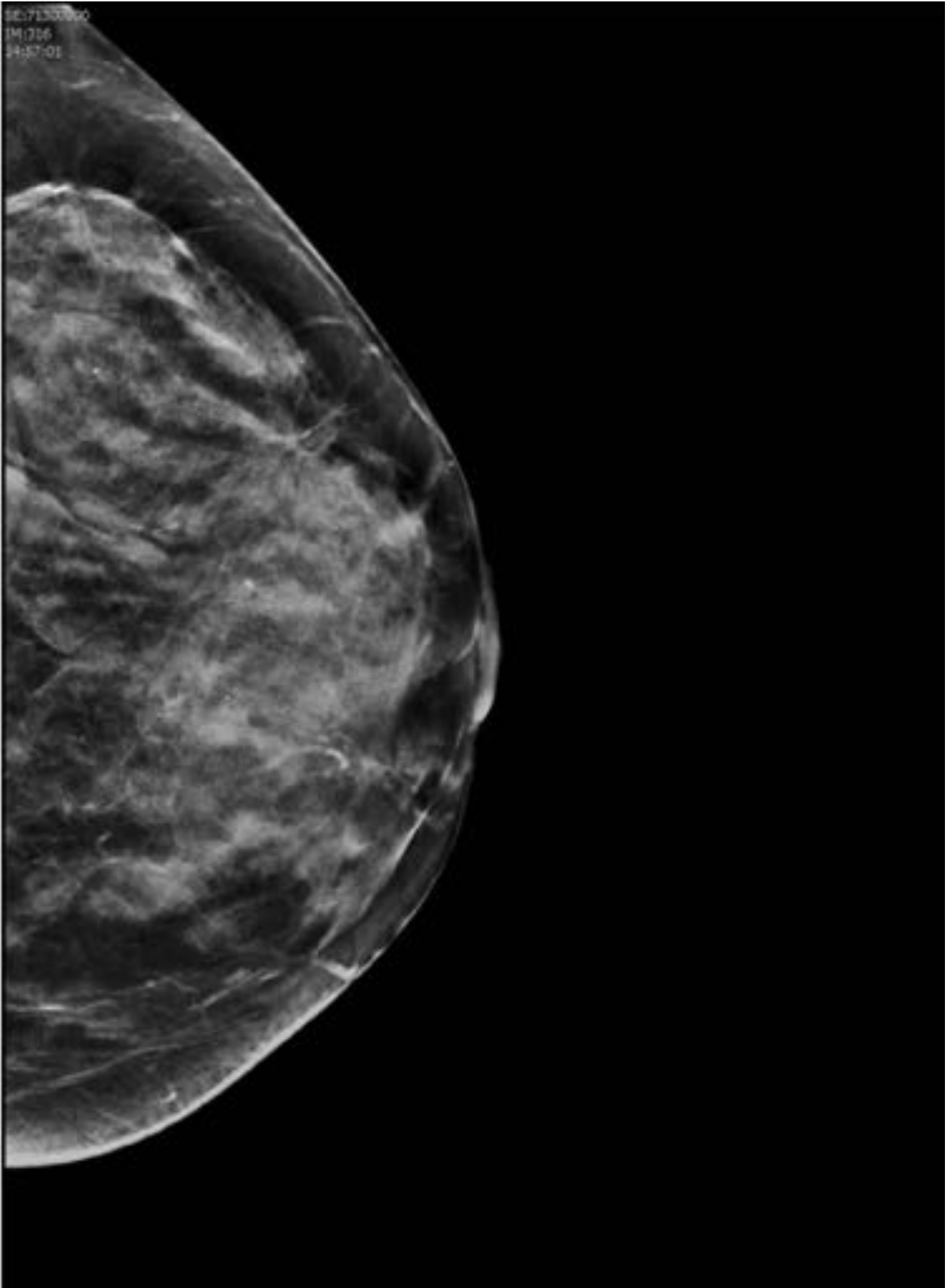


Fig. 4: Tomosíntesis: distorsión en CCEE de mama izquierda

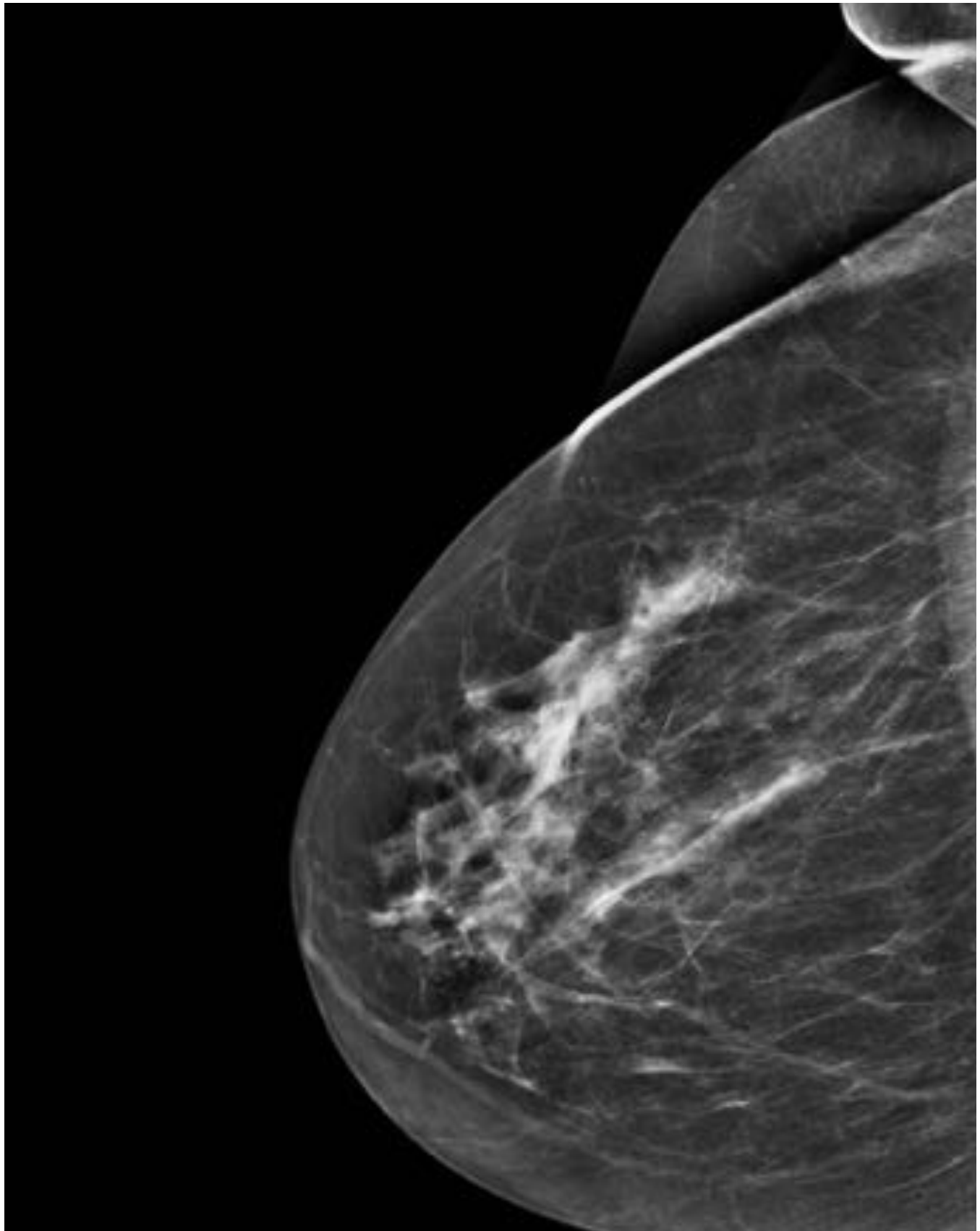




Fig. 5: Distorsión sutil en CSE de mama derecha que se hace mucho más evidente con la compresión foc



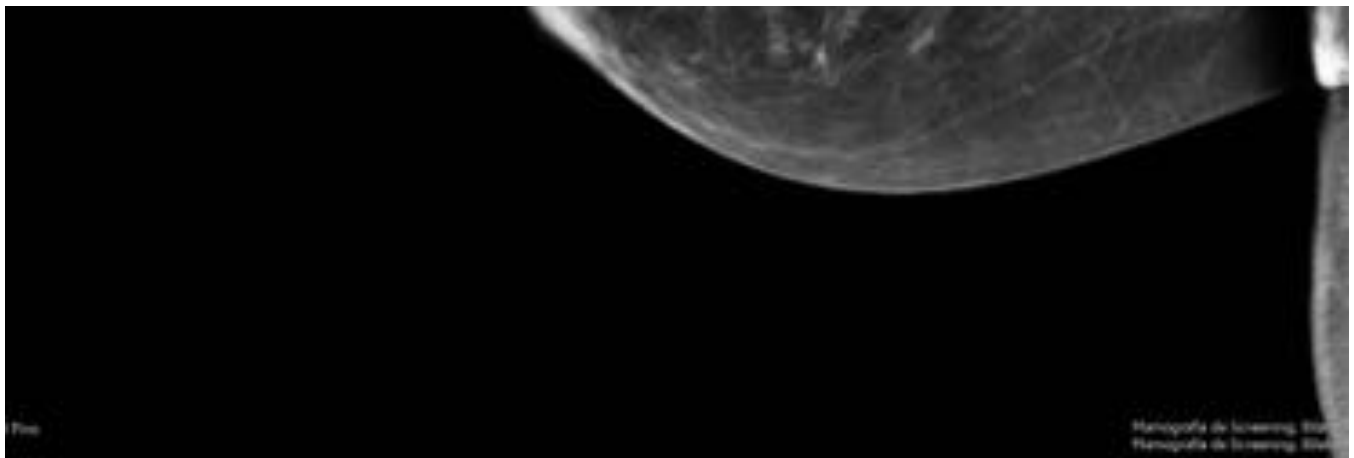
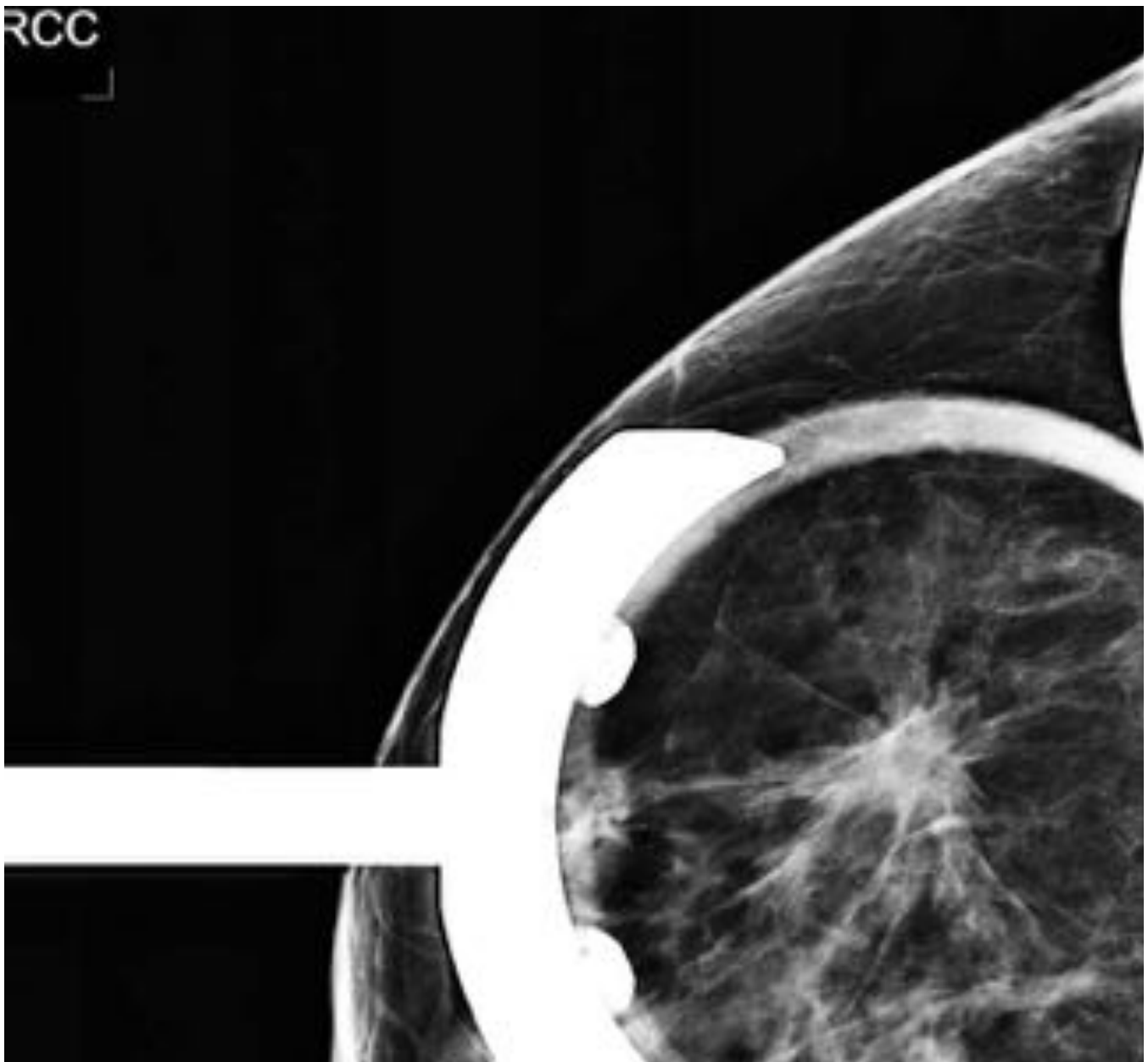


Fig. 6: Distorsión sutil en CSE de mama derecha que se hace mucho más evidente con la compresión foc



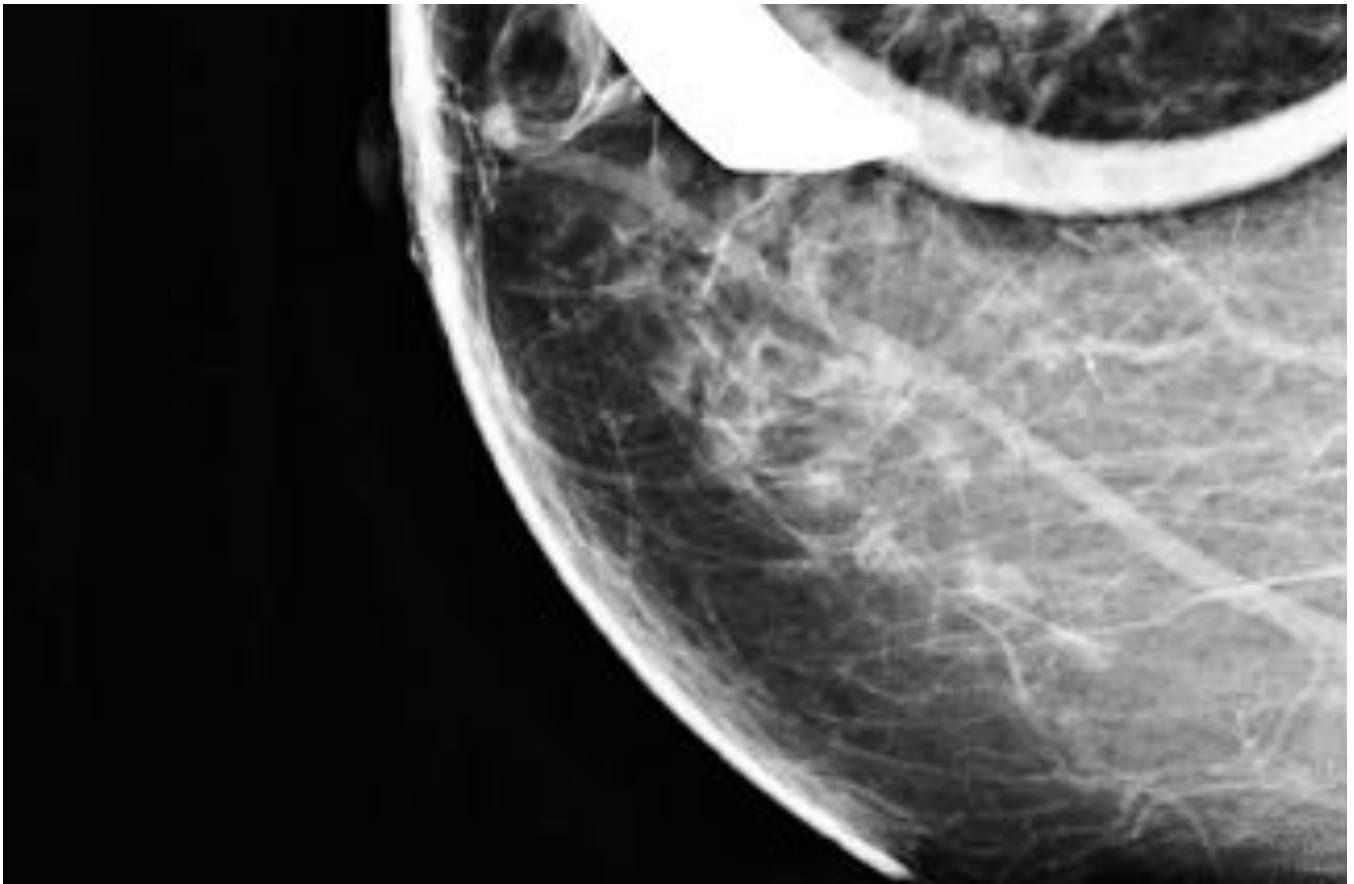


Fig. 7: Distorsión sutil en CSE de mama derecha que se hace mucho más evidente con la compresión foc

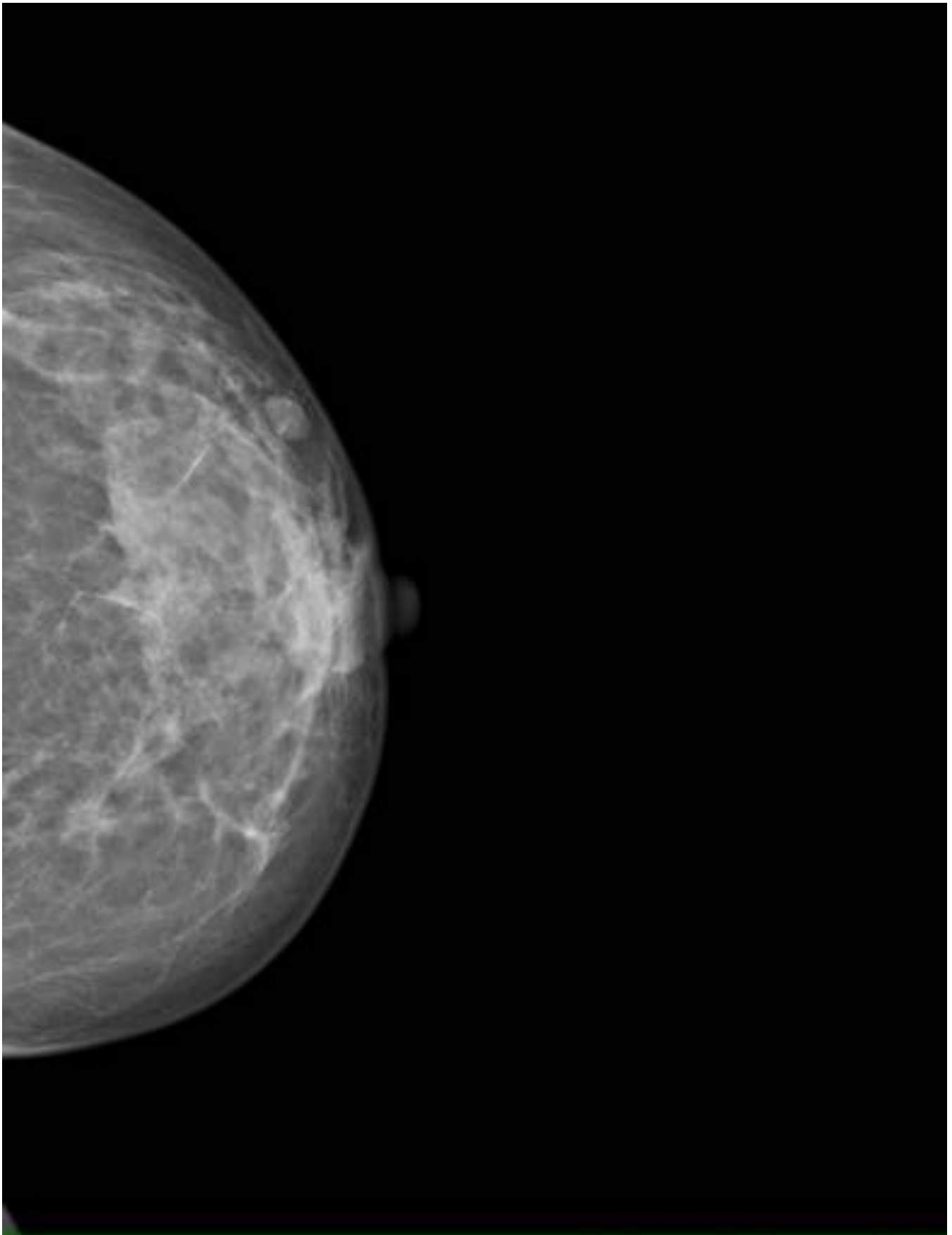


Fig. 8: Proyección CC de Mama Izquierda: Distorsión en tercio posterior de UCINT y en CSI de mama i

distorsión de CSI



Fig. 9: Proyección OML de Mama Izquierda: Distorsión en tercio posterior de UCINT y en CSI de mama;

distorsión de CSI



Fig. 10: Proyección Lateral Estricta de Mama Izquierda: Distorsión en tercio posterior de UCINT y en C

evidente la distorsión de CSI



Fig. 11: Ecografía de la distorsión de mama derecha visualizada por tomosíntesis de la figura 3 (CDI)



Fig. 12: Proyección CC de Mama Izquierda de distorsión en CSE de mama izquierda (CDI)



Fig. 13: Proyección OML de Mama Izquierda de distorsión en CSE de mama izquierda

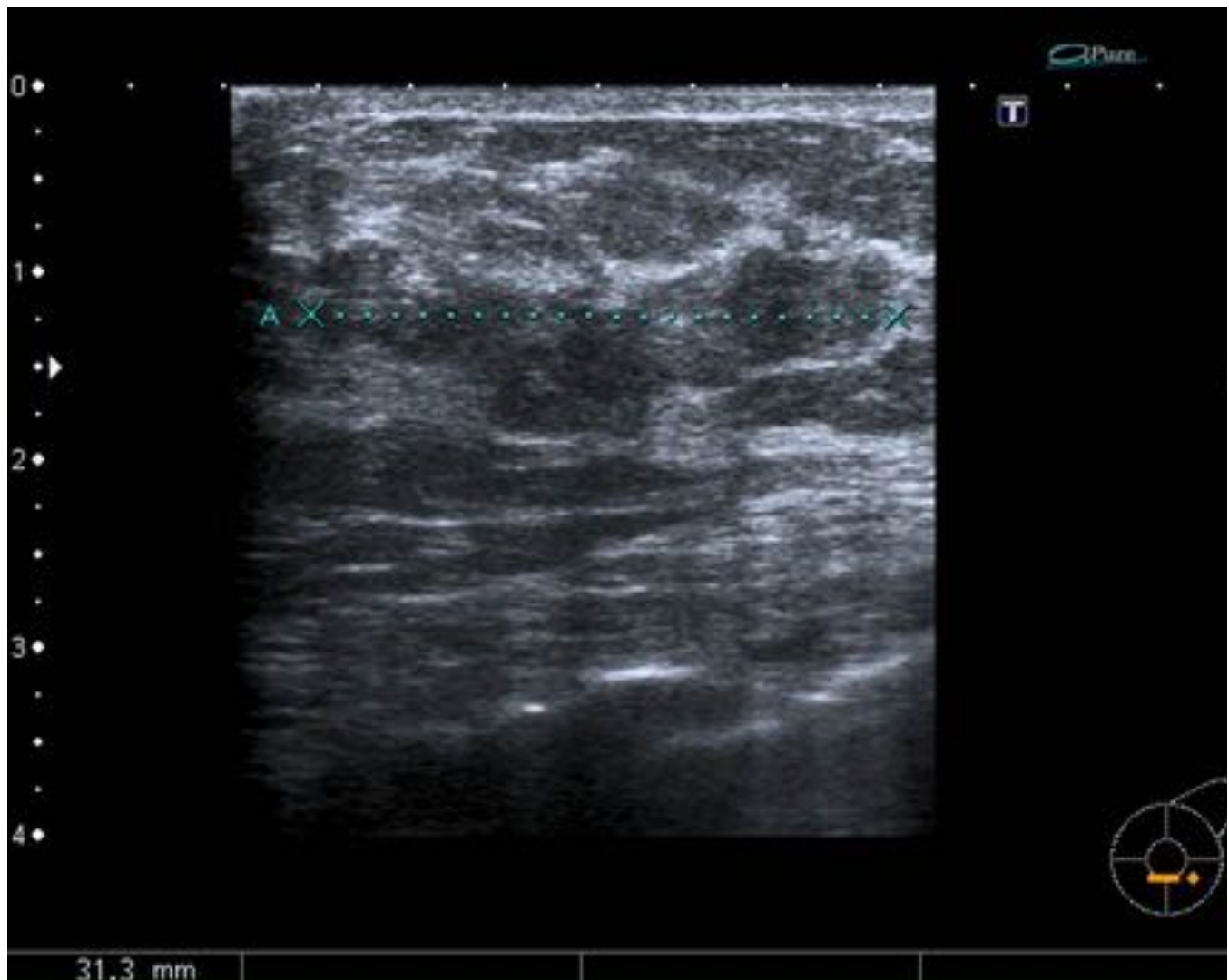


Fig. 14: Ecografía de la distorsión en CSE de mama izquierda donde se visualizaba una masa sólida oval

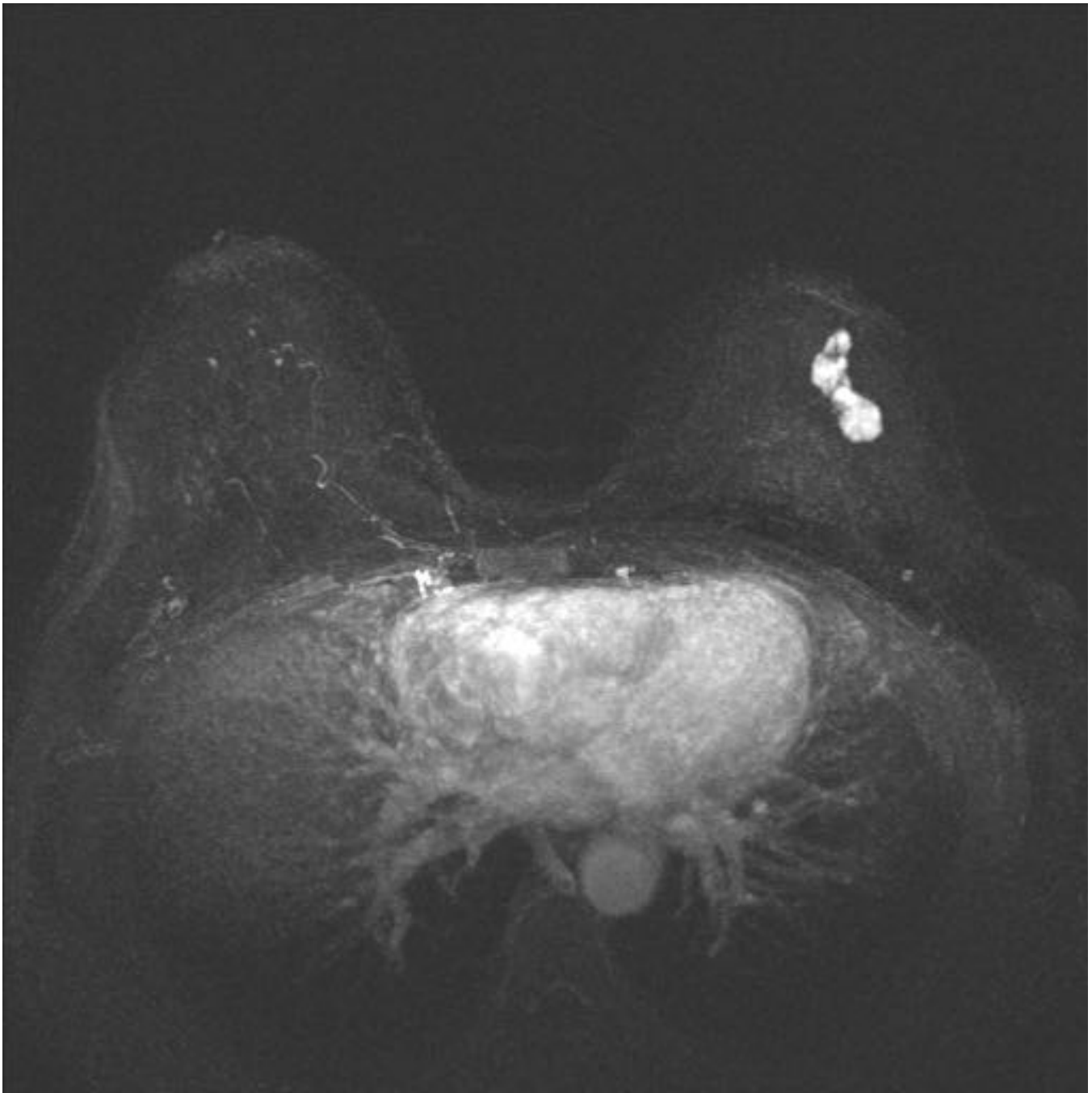


Fig. 15: RM de la distorsión de CSE de mama izquierda (MIP) con buena correlación con la Ecografía. n

Conclusiones

A pesar de que la distorsión sigue siendo un reto diagnóstico para el radiólogo disponemos de proyección diagnóstica, por lo que es imprescindible conocerlas y usarlas hasta que aclaremos si la lesión es real o no esperando a que nos de el diagnóstico de distorsión real o superposición de tejido glandular.

Una vez diagnosticada y localizada, la secuencia diagnóstica debe ser la biopsia asistida por Vacio (BAV)

si asocia nódulo, o mediante Estereotaxia si no se detecta ningún hallazgo en la Ecografía. En nuestra experiencia es suficiente para el diagnóstico, aunque la BAV asegura la ausencia o presencia de atipia en el caso de las cirugías de biopsia quirúrgica.

De los tumores diagnosticados el que con más frecuencia se asoció a distorsión fue el Carcinoma Ductal invasivo. De los CLI se observó aumento del tamaño de la lesión en RM, siendo mucho más fiel esta experiencia que la de las cirugías (figuras 16,17,18 y 19).

Imágenes en esta sección:

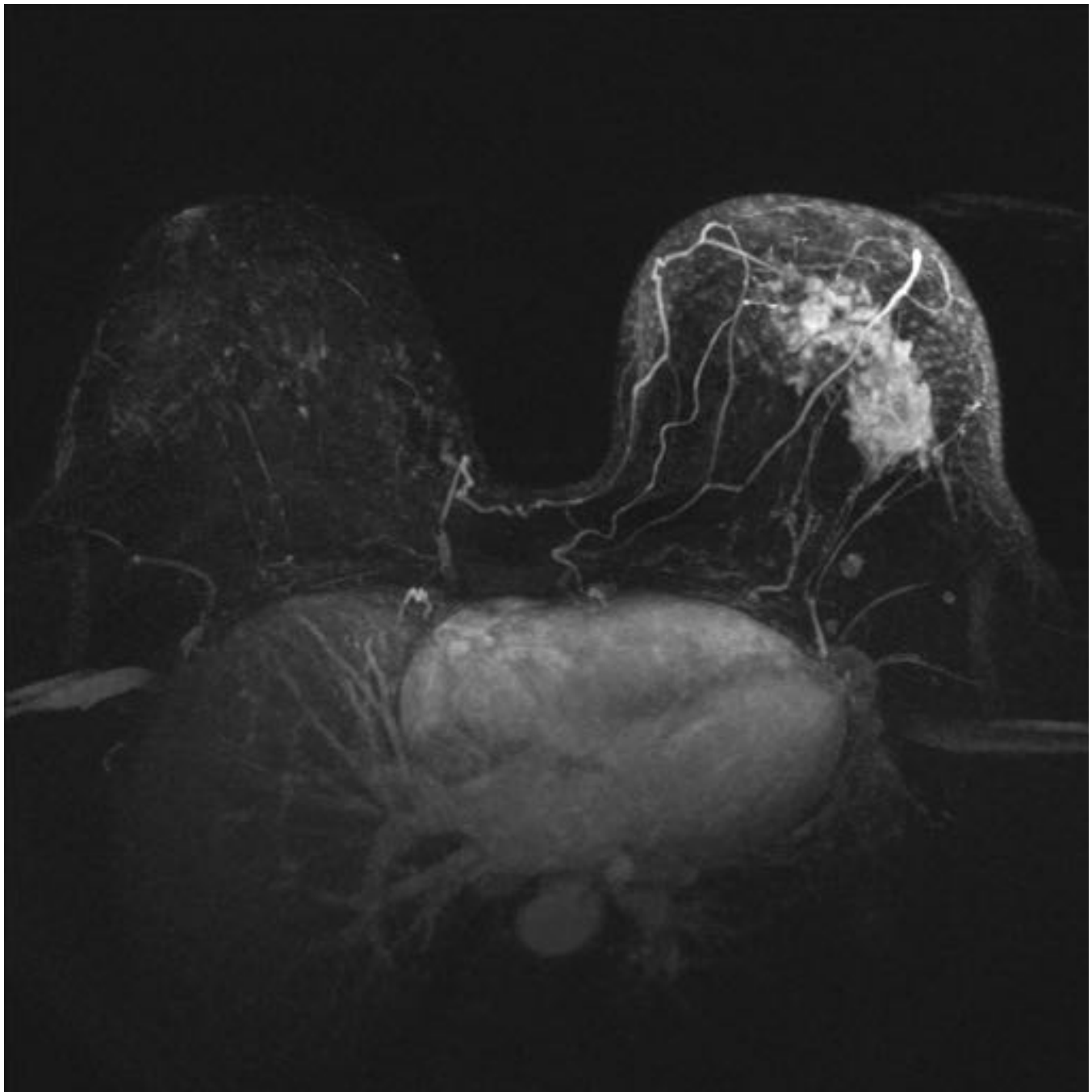


Fig. 16: Estudio de Extensión con RM de CLI en MI donde la lesión resultó ser de mayor tamaño al espe

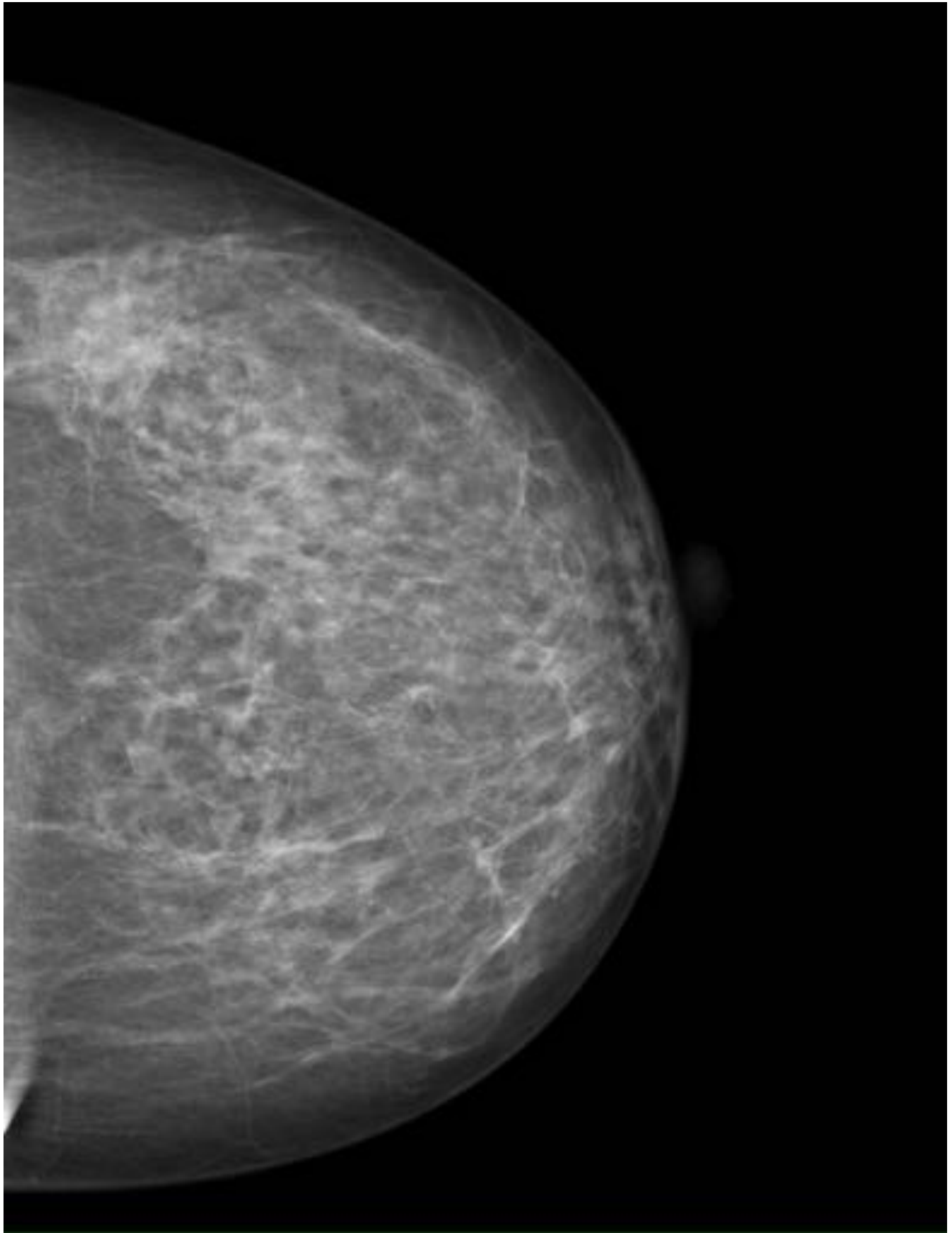


Fig. 17: Proyección CC de Mama izquierda. RM de CLI visualizado en Mamografía como distorsión de la lesión en esta técnica de imagen

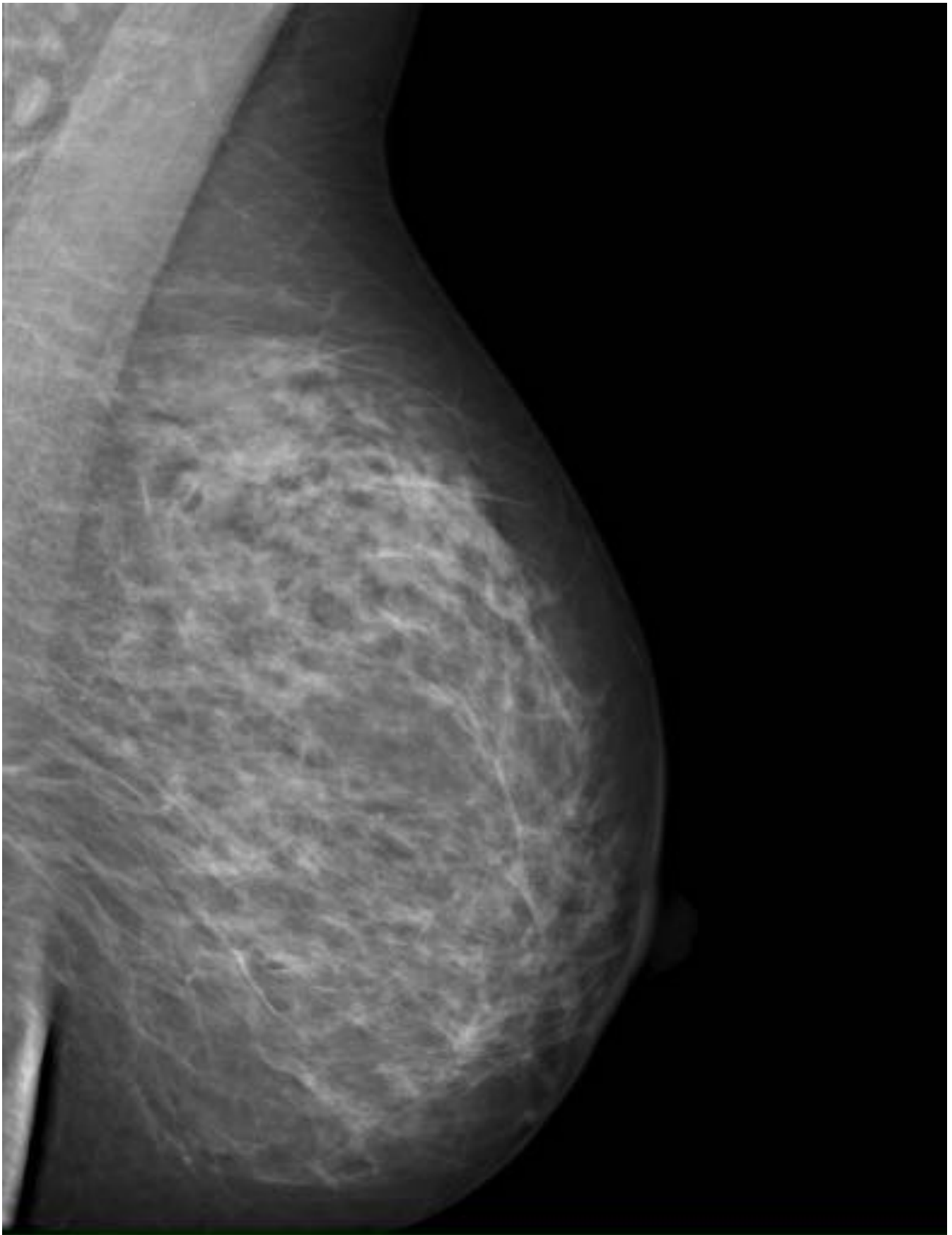


Fig. 18: Proyección OML de Mama izquierda. RM de CLI visualizado en Mamografía como distorsión d

tamaño de la lesión en esta técnica de imagen

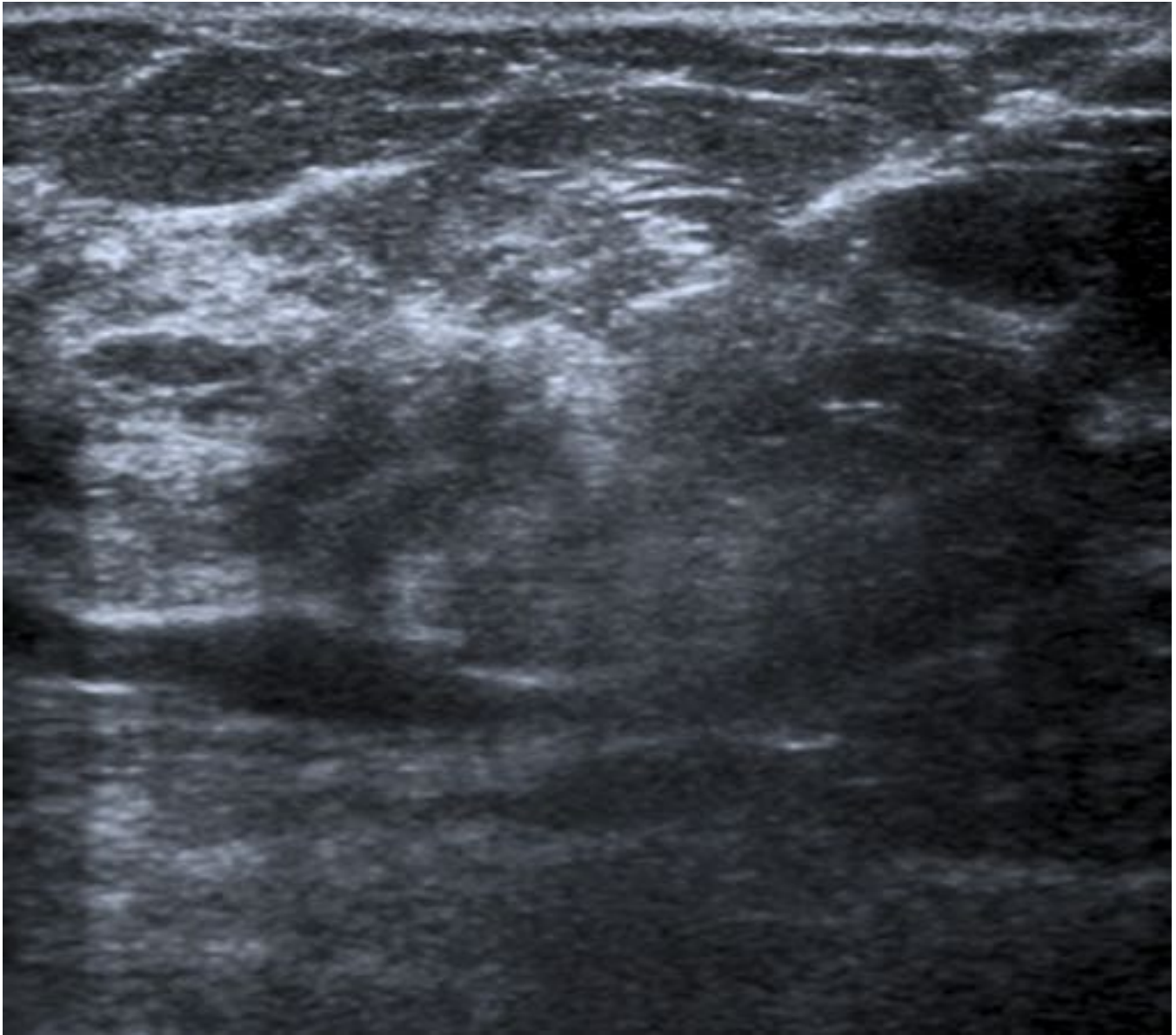


Fig. 19: Ecografía de la distorsión visualizada por Mamografía (CLI).

Bibliografía / Referencias

- American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS, 5th ed. Reston, Va: American College of Radiology.
- Jennifer A. Harvey, Brandi T. Nicholson, Michael A. Cohen. Finding Early Invasive Breast Cancers: A Review of the Literature.
- Brenner, RJ; Jackman, RJ; Parker, SH; et al. Percutaneous Core Needle Biopsy of Radial Scars of the Breast. *Journal of Breast Imaging* 2014; 6(4): 1179-1184.
- Cawson J, Malara F, Kavanagh A, Hill P, Balasubramaniam G, et al. Fourteen-gauge needle core biopsy of mammographically evident radial scars. Is excision necessary? *Cancer* 2014; 125(1): 1-7.
- J, Schuyler P, Plummer W, Dupont

W. Interdependence of radial scar and proliferative disease with respect to invasive breast carcinoma risk in patients
Lee A, Zuley M, Chivukula M, Choksi N, Ganott M, Sumkin J. Risk of malignancy when microscopic radial scars are
AJT 2012; 198:141-454. López-Medina A, Cintora E, Múgica B, Operé E, Vela A, Ibañez T.
Radial scars diagnosed at stereotactic core-needle biopsy: surgical biopsy findings. Eur Radiol 2006; 16:1803-10
W, Philpotts L, Deuth B, et al. Percutaneous core needle biopsy of radial scars of the breast: when is excision necessary?
Lawton T. Variations in physician recommendations for surgery after diagnosis of a high-risk lesion on breast core
198:256-637. Krishnamurthy S, Bevers T, Kuerer H, Yang