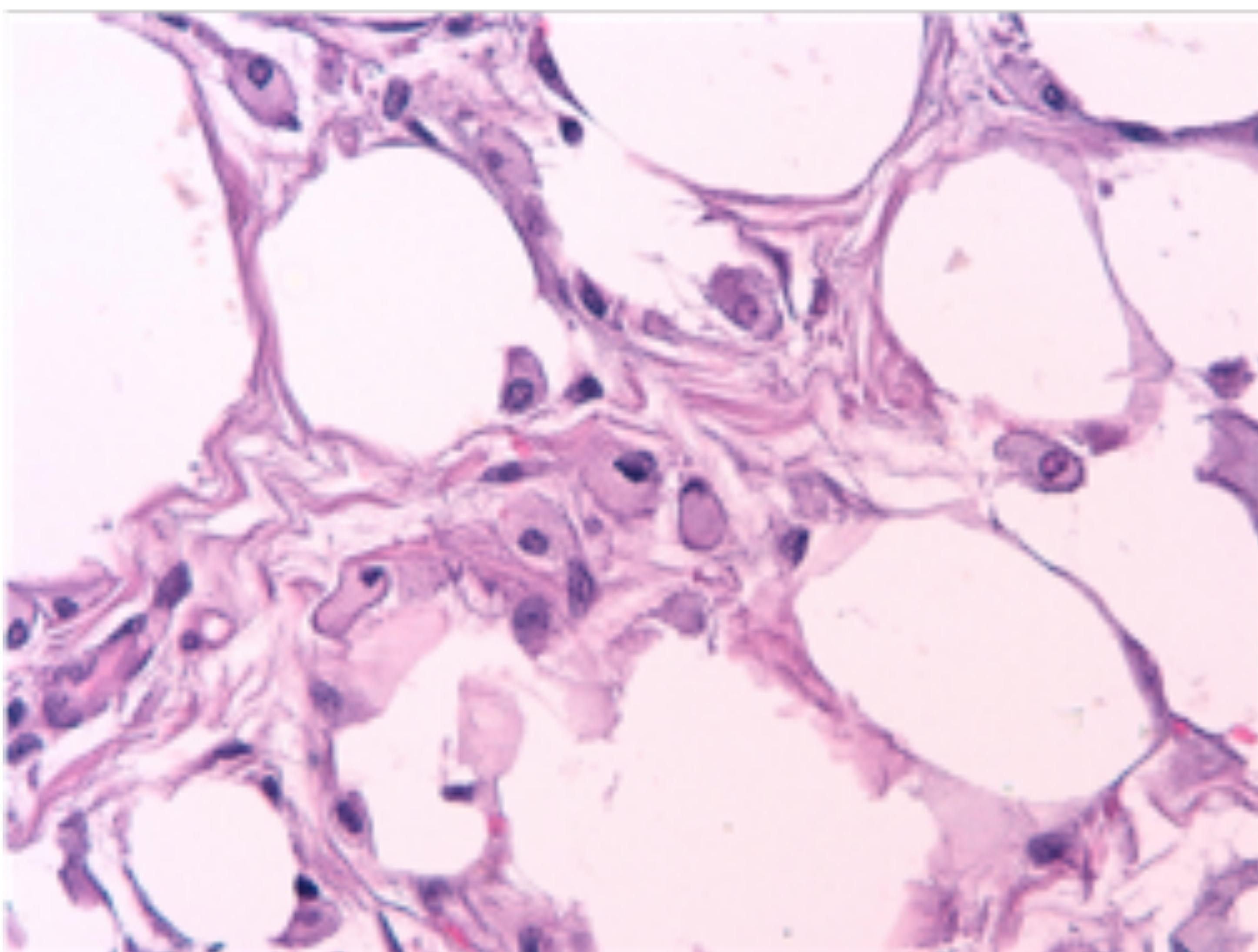
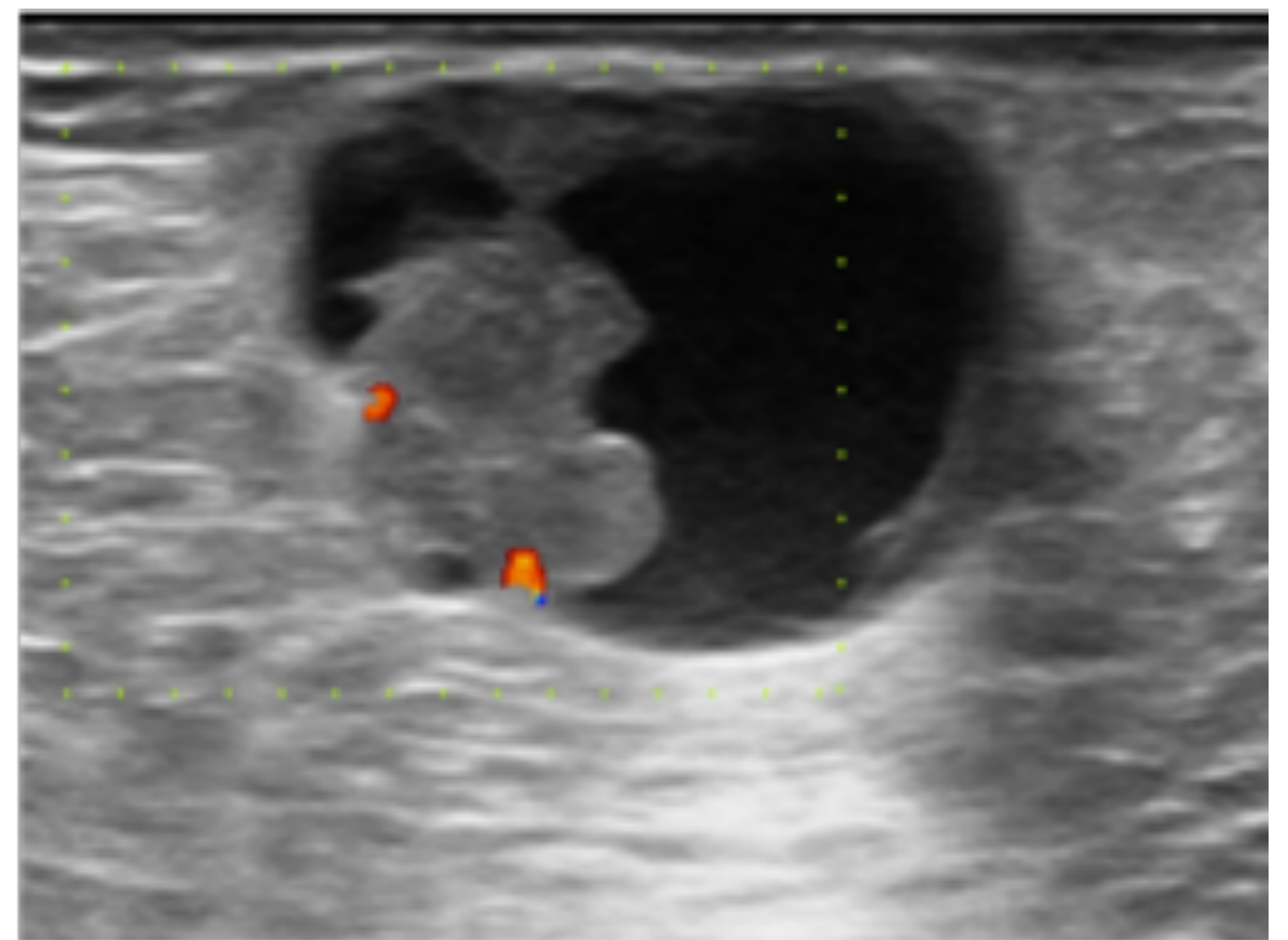
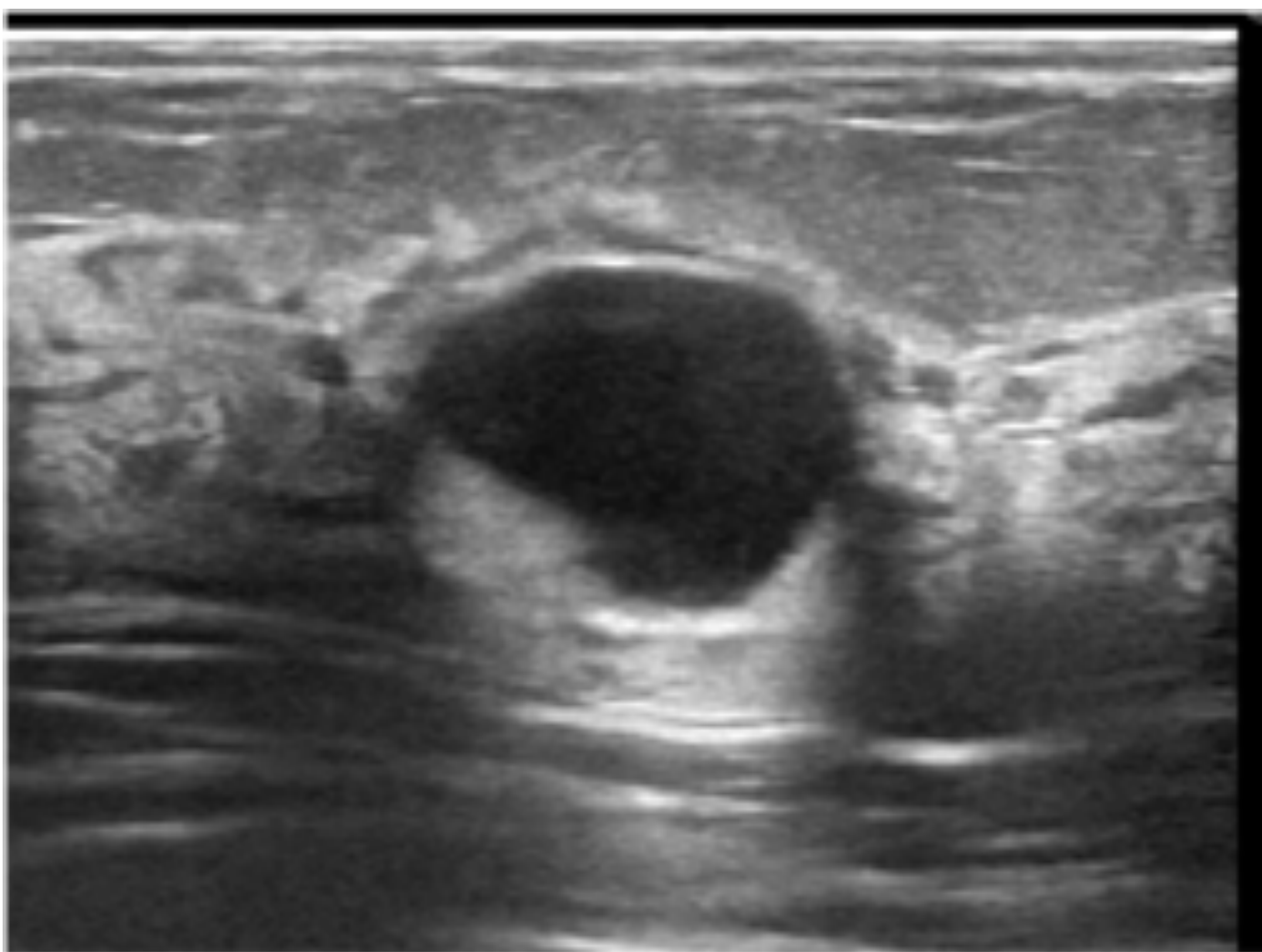


Quiste Complicado vs Quiste Complejo. ¿Cómo Diferenciarlos?



**Tania Díaz Antonio¹, Gema Díaz Córdoba¹,
Guadalupe Garrido Ruiz¹, Lidia Pérez Villa²**

1) Servicio de Radiodiagnóstico

2) Servicio de Anatomía Patológica

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

1. Objetivo docente.

- Revisar las características ecográficas que permiten tipificar una lesión como quiste complicado o complejo.
- Analizaremos los diferentes resultados histológicos derivados del estudio anatomopatológico de estas lesiones, que incluyen un amplio espectro de patologías tanto benignas como malignas.

2. Revisión del tema.

Los quistes son las lesiones **más frecuentes** de la mama. Por lo general, son asintomáticos y su diagnóstico es incidental.

La **ecografía** es la técnica de elección en la caracterización de las lesiones quísticas de la mama. Además, es la principal herramienta utilizada como guía de imagen para la obtención de muestras.

Entre las novedades de la 5ª edición del sistema BIRADS del Colegio Americano de Radiología (ACR) se encuentra la **sustitución del término “quiste complejo” por el de “nódulo con patrón ecogénico mixto quístico y sólido”** con el objeto de reducir la confusión entre quiste complejo y complicado.

Tipos de quistes en la mama

■ Quiste simple

De contenido anecoico, paredes finas y bien definidas.
BIRADS 2.

■ Quiste complicado

Contiene ecos internos móviles, sin paredes gruesas, septos ni componente sólido.

Riesgo de malignidad menor del 2% (**BIRADS 3**).

El manejo varía entre seguimiento o PAAF en caso de quistes sintomáticos, de nueva aparición o con aumentado de tamaño.

■ Quiste complejo

Paredes y/o septos gruesos, polo sólido o componente sólido. Incluye un amplio espectro de lesiones tanto benignas como malignas y requiere análisis histológico ya que se incluye dentro de la categoría **BIRADS 4**.

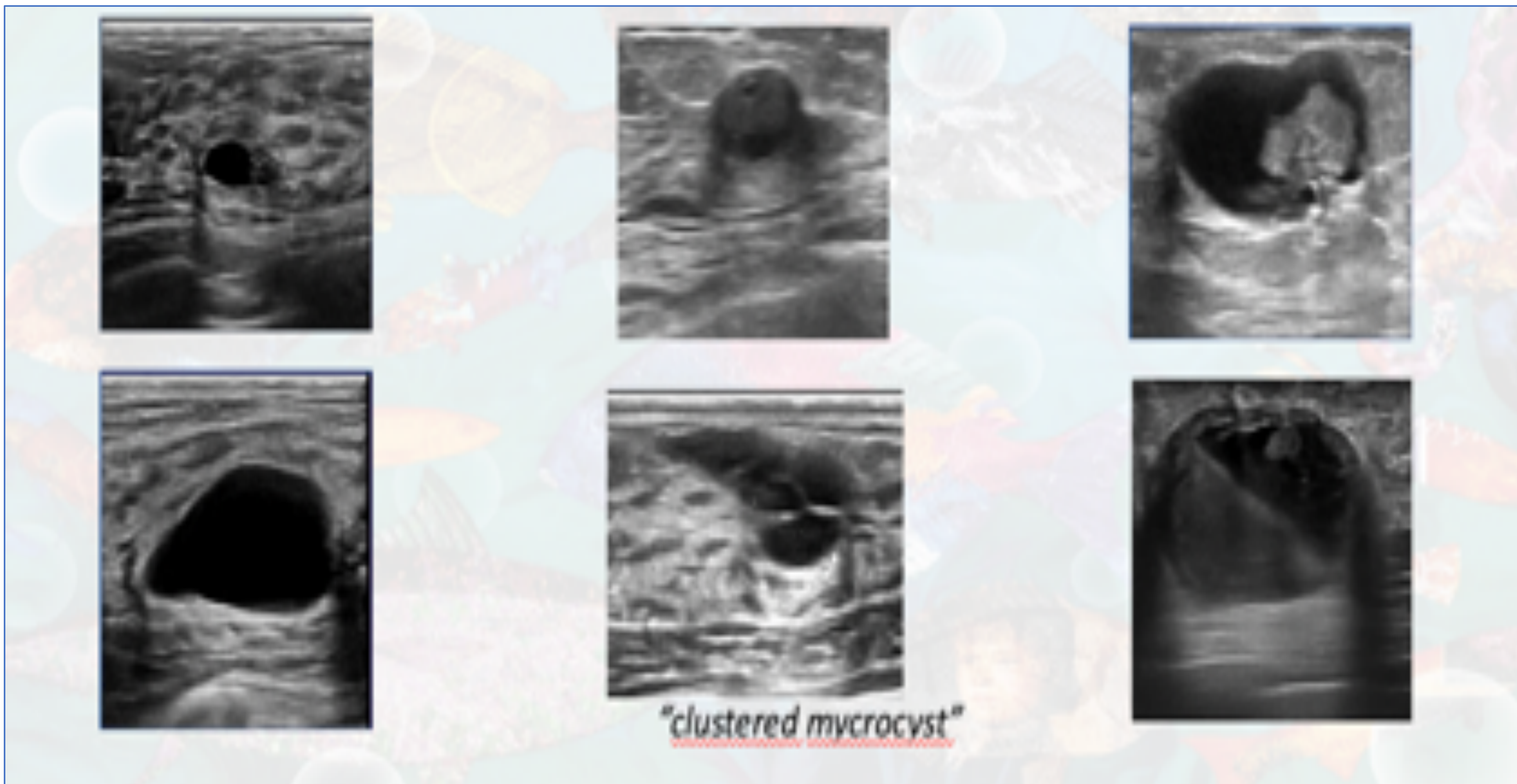
Category	Description	BIRADS	PPV
Simple cyst	Imperceptible wall Anechoic content Posterior acoustic enhancement	2	0
Complicated cyst	Thin wall Echogenic content Fluid/fluid level Posterior acoustic enhancement	3	< 2%
Complex cystic mass	Thick wall > 0.5 mm Thick septa > 0.5 mm Intracystic mass Solid cystic mass > 50%	4	2-95%

Tipos de quistes en la mama

Simple

Complicado

Complejo



En muchos casos diferenciar un quiste complicado de uno complejo implica un **verdadero desafío para el radiólogo**.

¿De qué herramientas disponemos?

> **Movilizar al paciente.**



¿se mueve el contenido ecogénico?

SÍ → Quiste complicado

NO → PAAF

> **Doppler color.**

¿doppler color en el contenido ecogénico?

SÍ → Quiste complejo

NO → PAAF

Si el contenido ecogénico no se moviliza ni capta doppler color, **no es posible diferenciar un nódulo parietal del contenido hemorrágico/inflamatorio adherido a pared → realizar PAAF.**

CASOS CLÍNICOS

Fig. 1: QUISTE COMPLICADO

a y b) Ecografía: quiste con ecos internos que se movilizan con los cambios posturales (flecha). c) Histología. En la izquierda, se observa quiste con pared de epitelio simple y contenido con restos amorfos acelulares (punta de flecha), alguna célula inflamatoria y cristales de colesterol. A la derecha, hay otro quiste más pequeño (asterisco).

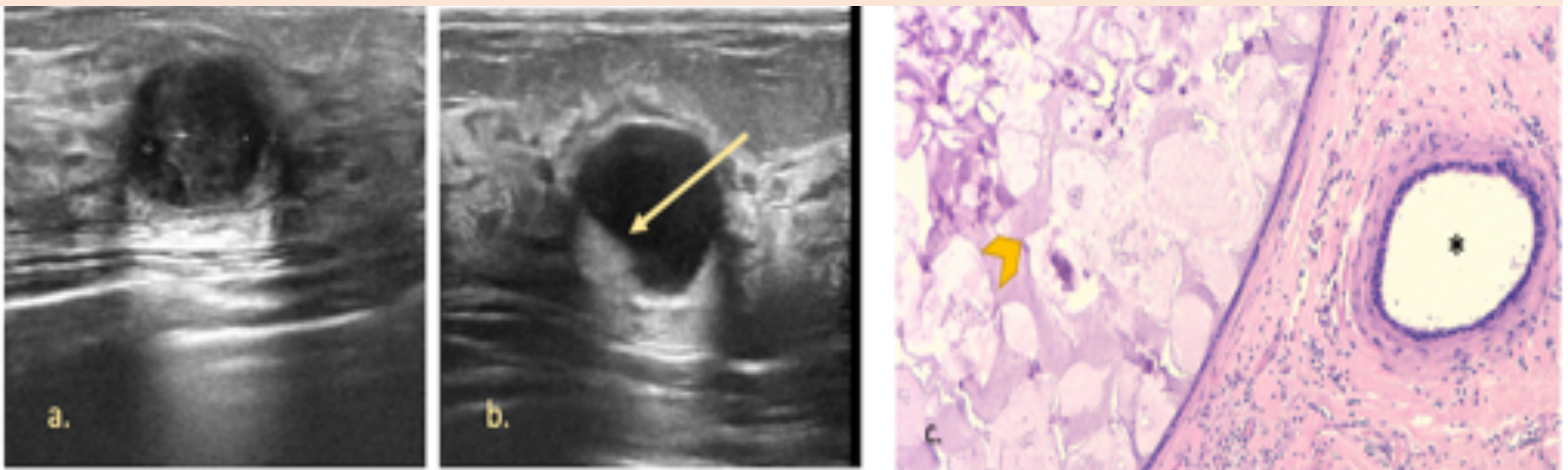
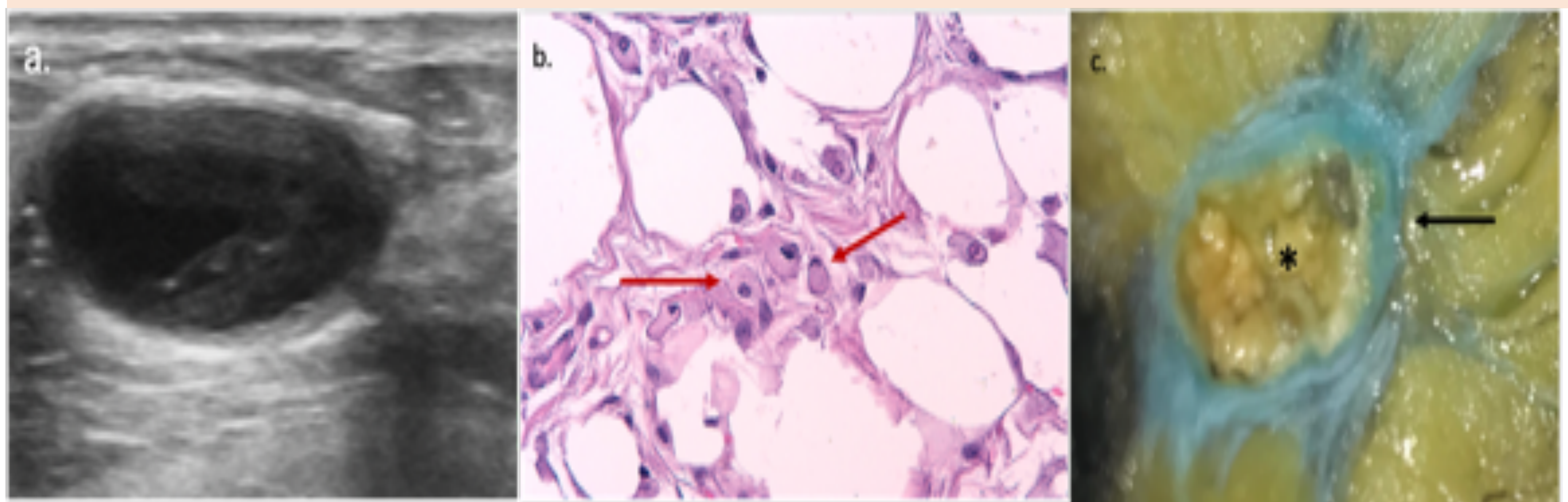


Fig. 2: NECROSIS GRASA.

Mujer de 75 años con antecedentes de cáncer de mama. En el seguimiento, se observa una lesión nodular en íntima relación con los clips quirúrgicos.

a) Ecografía: lesión quística con paredes engrosadas y ecos internos. b) La imagen histológica muestra tejido adiposo junto a macrófagos espumosos (flechas rojas). c) Pieza macroscópica: el área central de color naranja amarillento es el área de necrosis grasa (asterisco) que está rodeada por una cápsula fibrosa (flecha negra).



CASOS CLÍNICOS

Fig. 3: ABSCESO.

Mujer de 15 años con fiebre y nódulo doloroso retroareolar izquierdo.

a) Ecografía: lesión quística bilobulada con paredes gruesas, contenido ecogénico y algunos focos hiperecoicos (flechas) secundarios a burbujas aéreas. b) Ecografía_doppler con señal en la periferia de la lesión. c) PAAF: material purulento con abundantes polimorfonucleares en citología. El cultivo fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa*.

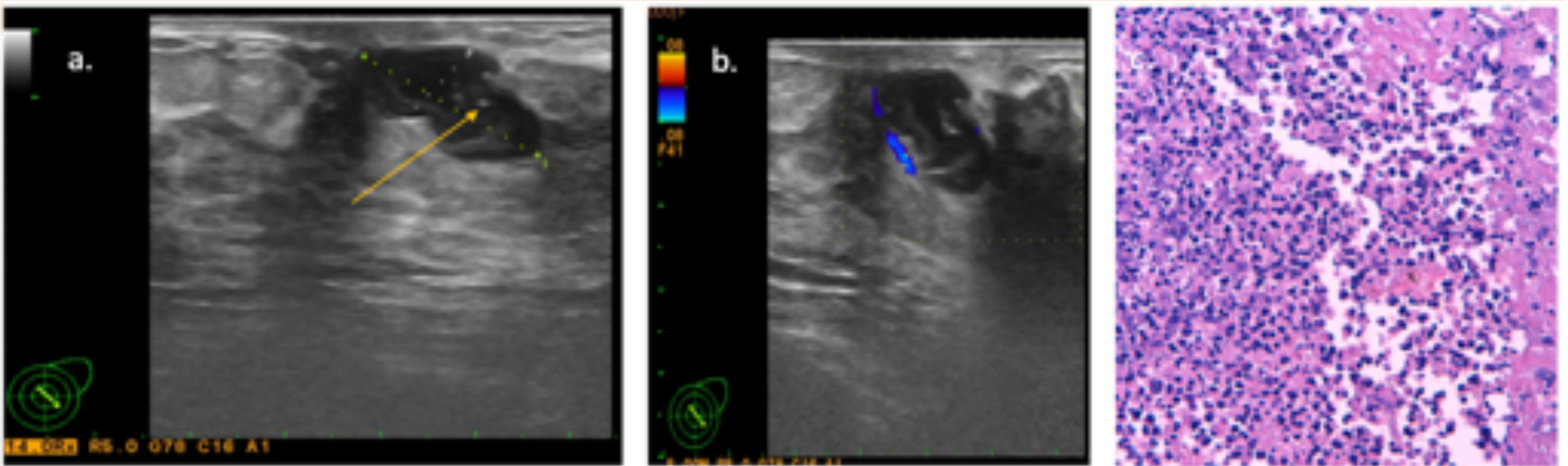
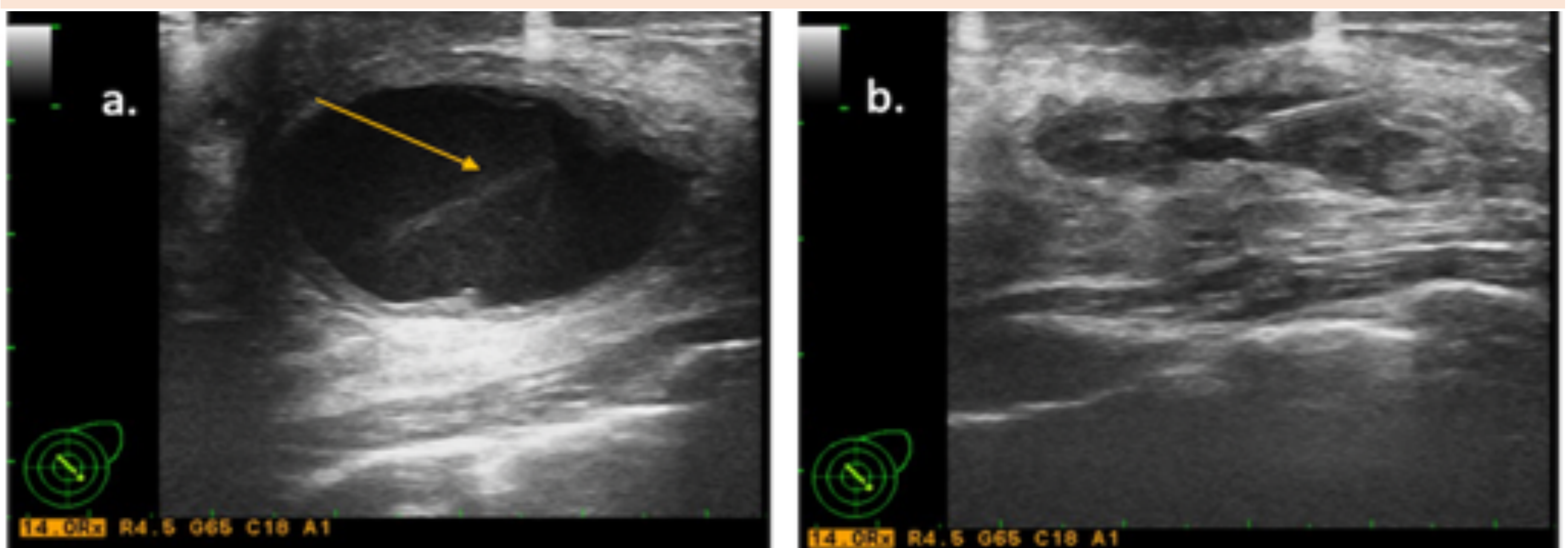


Fig. 4: ABSCESO.

a) Otro ejemplo de un gran absceso, visualizado como una lesión quística de paredes gruesas que contiene nivel líquido-líquido (flecha). B) Imagen de la lesión después de la aspiración guiada por ecografía.



CASOS CLÍNICOS

Fig. 5: HEMATOMA ORGANIZADO

Varón de 55 años intervenido de cáncer de mama hace dos semanas. Acude por tumoración con crecimiento progresivo en relación con cicatriz quirúrgica.

Ecografía: gran colección anecoica, ovalada, con septos y contenido ecogénico. Se realizó PAAF obteniendo 80cc de material hemático. La citología fue negativa para células malignas, sin evidencia de células ductales.

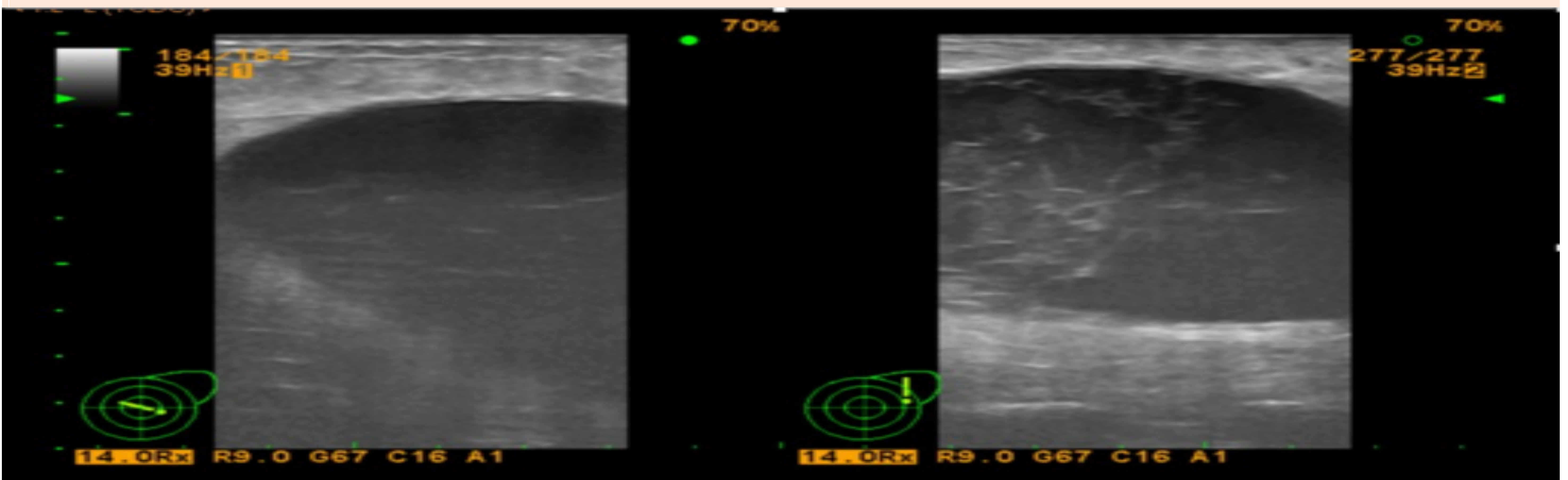
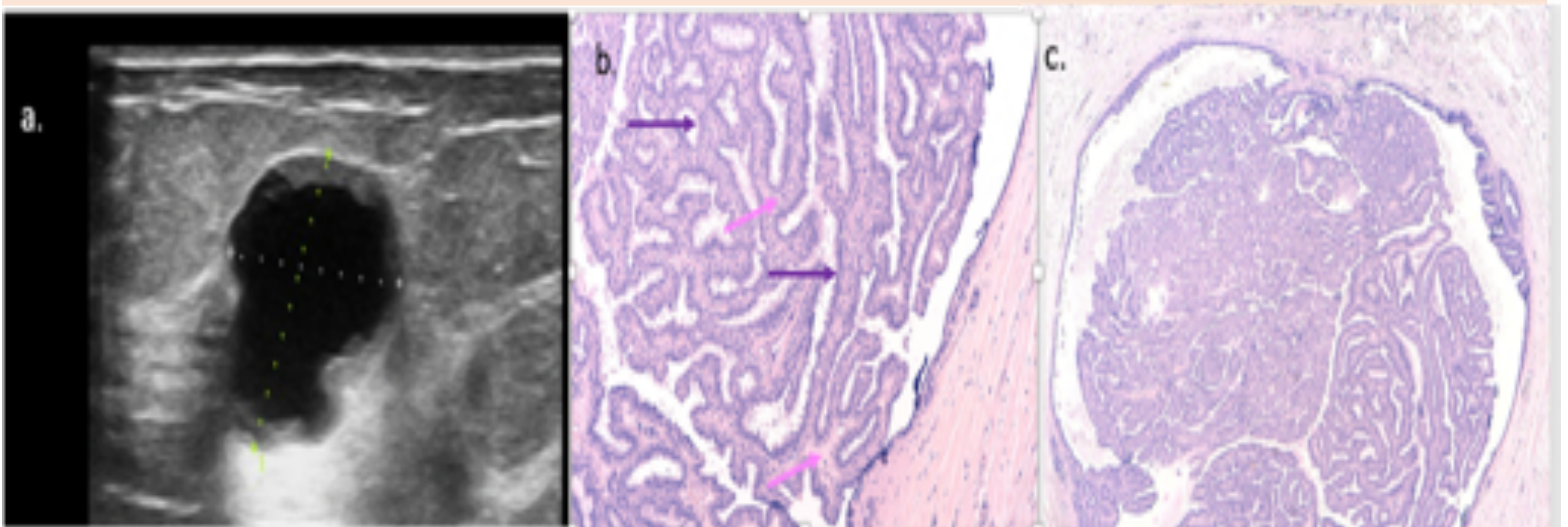


Fig. 6: PAPILOMA INTRAQUÍSTICO

a) Ecografía: lesión quística anecoica con paredes irregularmente gruesas. Corresponde a un quiste complejo. b) Histología: se muestran las papilas, compuestas por ejes conectivos (flecha rosa) revestidos por células epiteliales (flecha lila). c) Imagen a menor aumento que muestra la localización intraquística de la lesión.



CASOS CLÍNICOS

Fig. 7: CA. INTRADUCTAL DE ALTO GRADO CON NECROSIS.

Mujer de 70 años intervenida de cáncer de mama hace 28 años. Acude por tumoración no dolorosa de 5 meses de evolución.

A) Ecografía: Lesión quística con pared difusamente engrosada y nódulo mural (flecha). Se aprecia, además, nivel líquido-líquido en su interior. B) Carcinoma intraductal de alto grado con necrosis. Nótese el componente de necrosis central (*) así como las células neoplásicas con marcada atipia (flecha), que no sobrepasan la membrana basal.

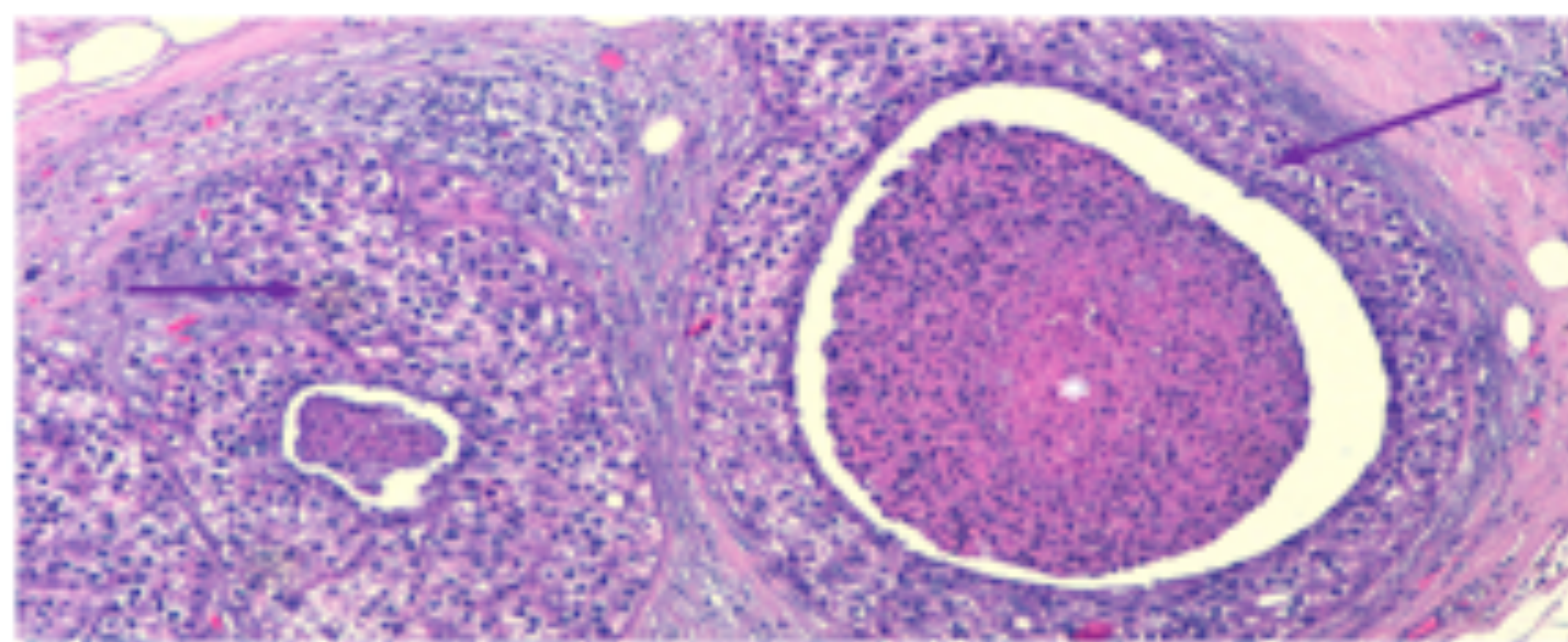
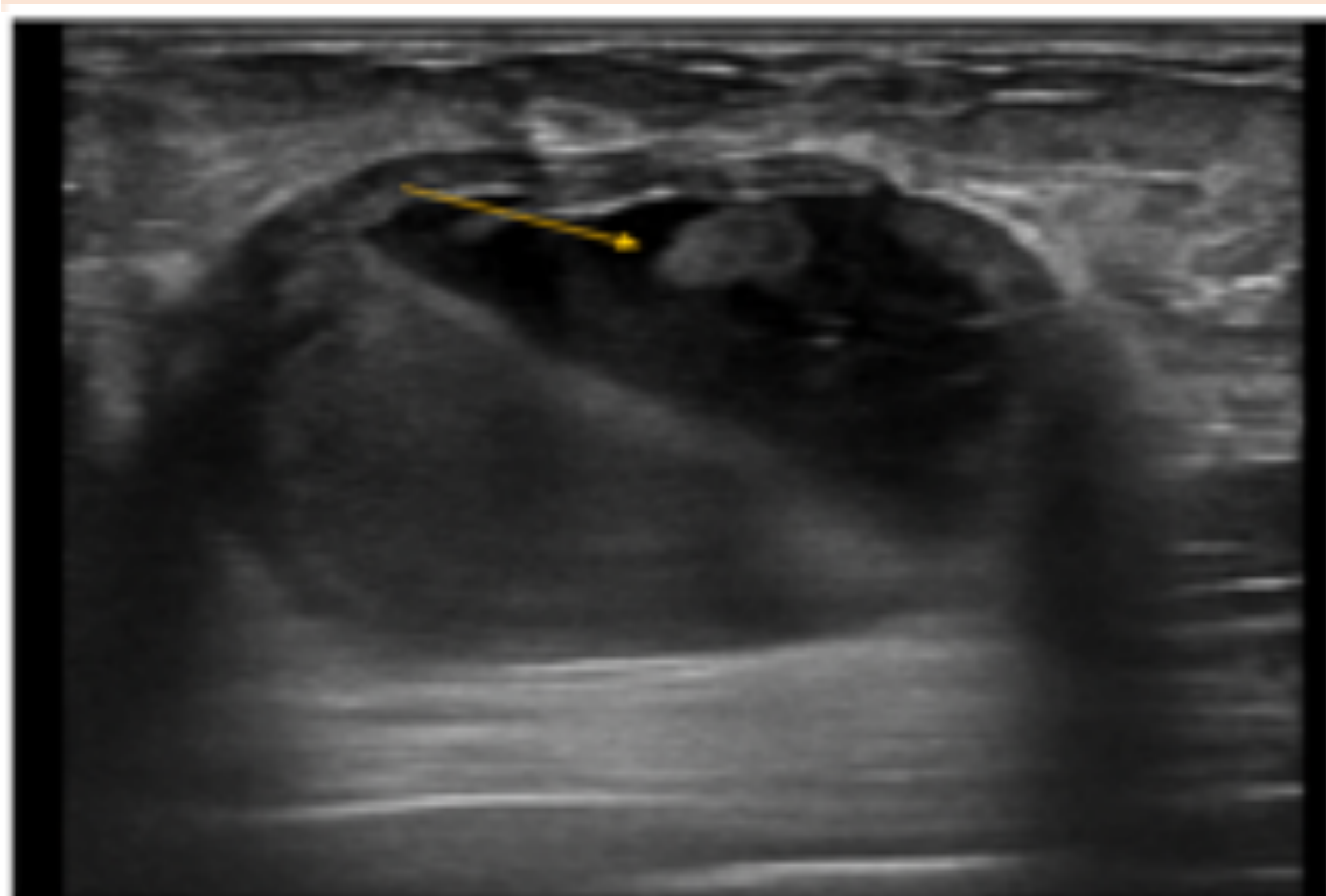
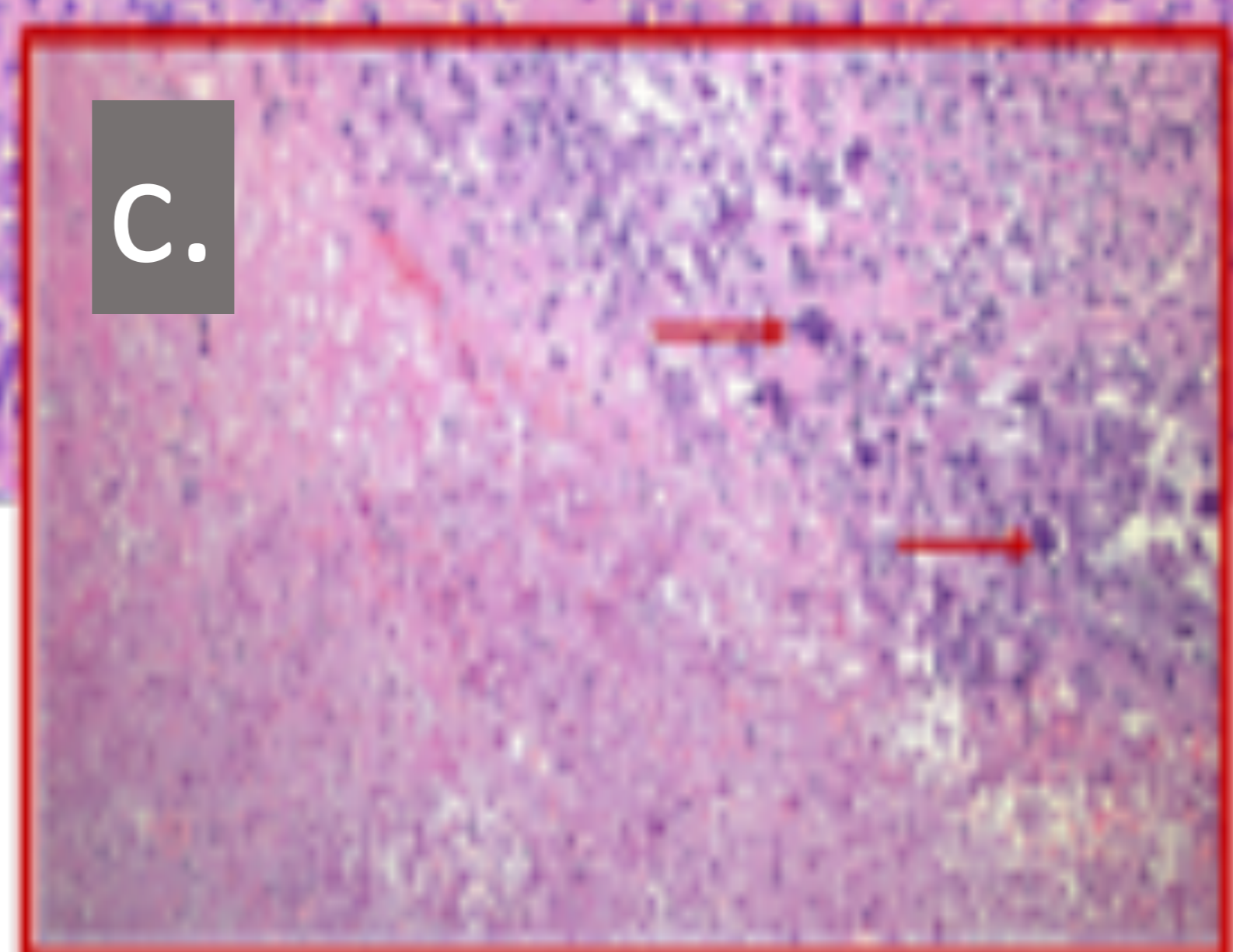
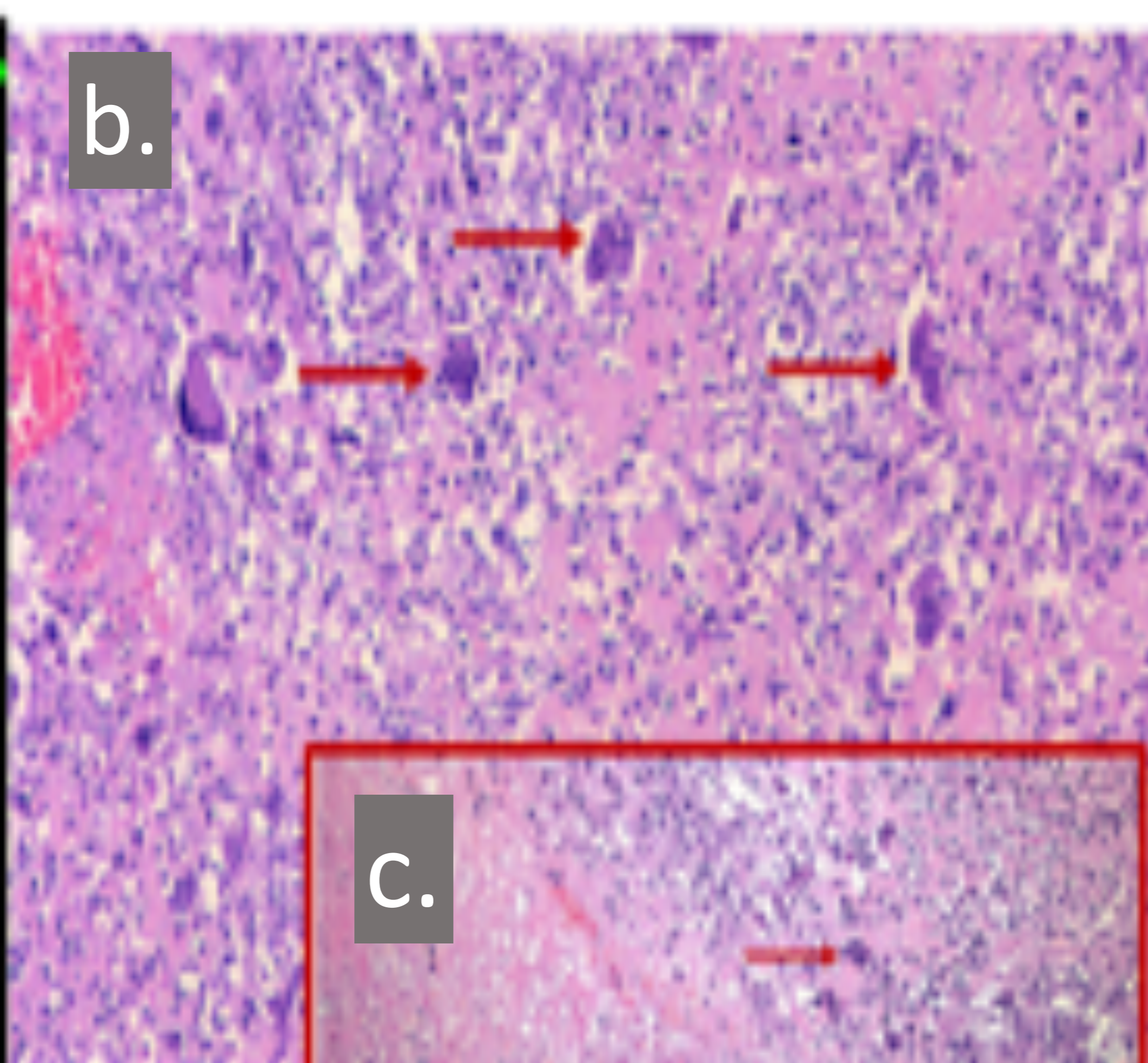
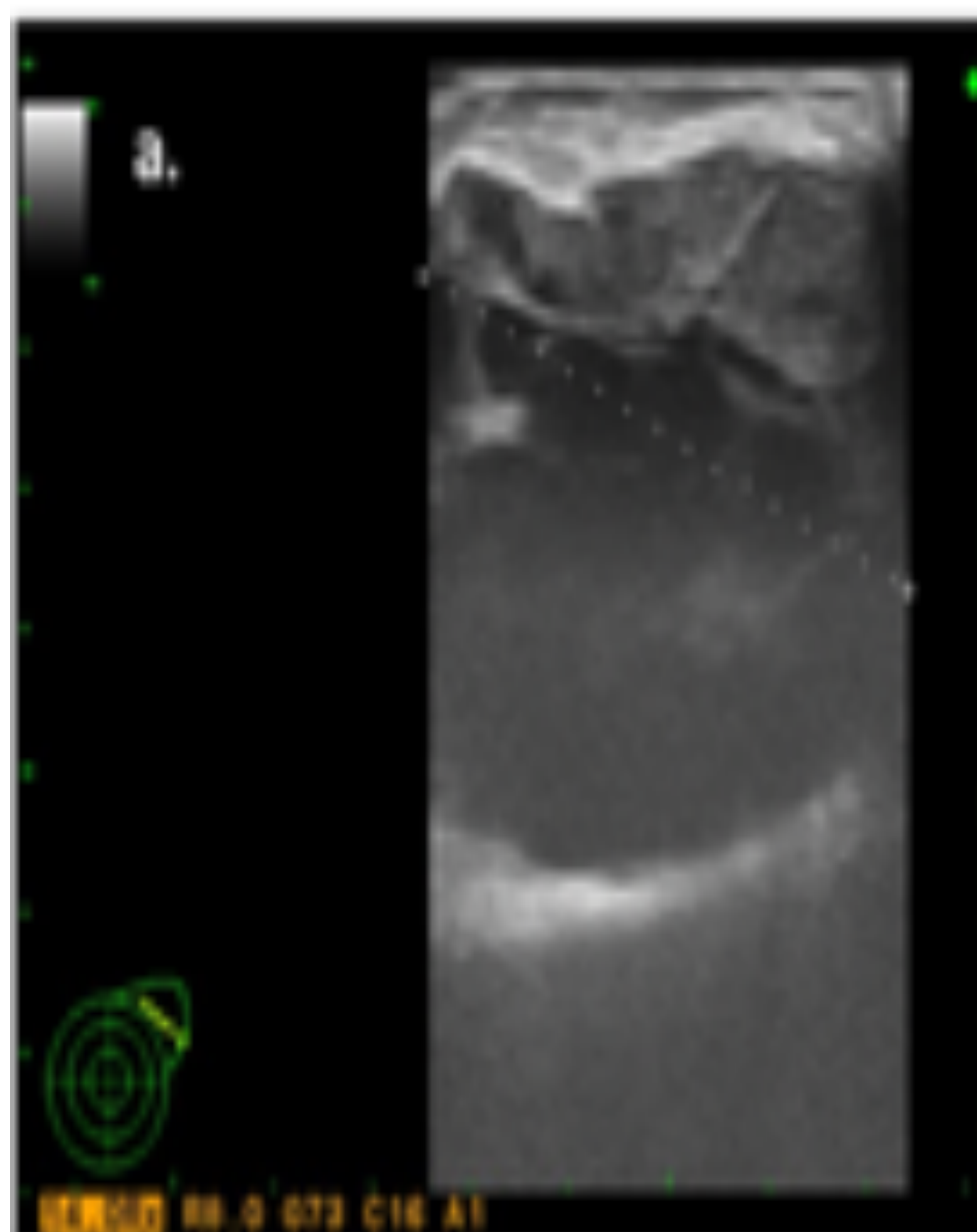


Fig. 8: CA. METAPLÁSICO DE MAMA CON CÉLULAS GIGANTES DE TIPO OSTEOCLÁSTICO.

a) Ecografía: Masa compleja predominantemente quística. B) Histología: neoplasia compuesta por células gigantes de tipo osteoclástico (flechas). c) Imagen a menor aumento donde podemos ver la necrosis en el margen izquierdo y las células gigantes (flechas) en el margen derecho y superior. d) Pieza macroscópica que confirma la naturaleza quística de la lesión con centro necrótico.

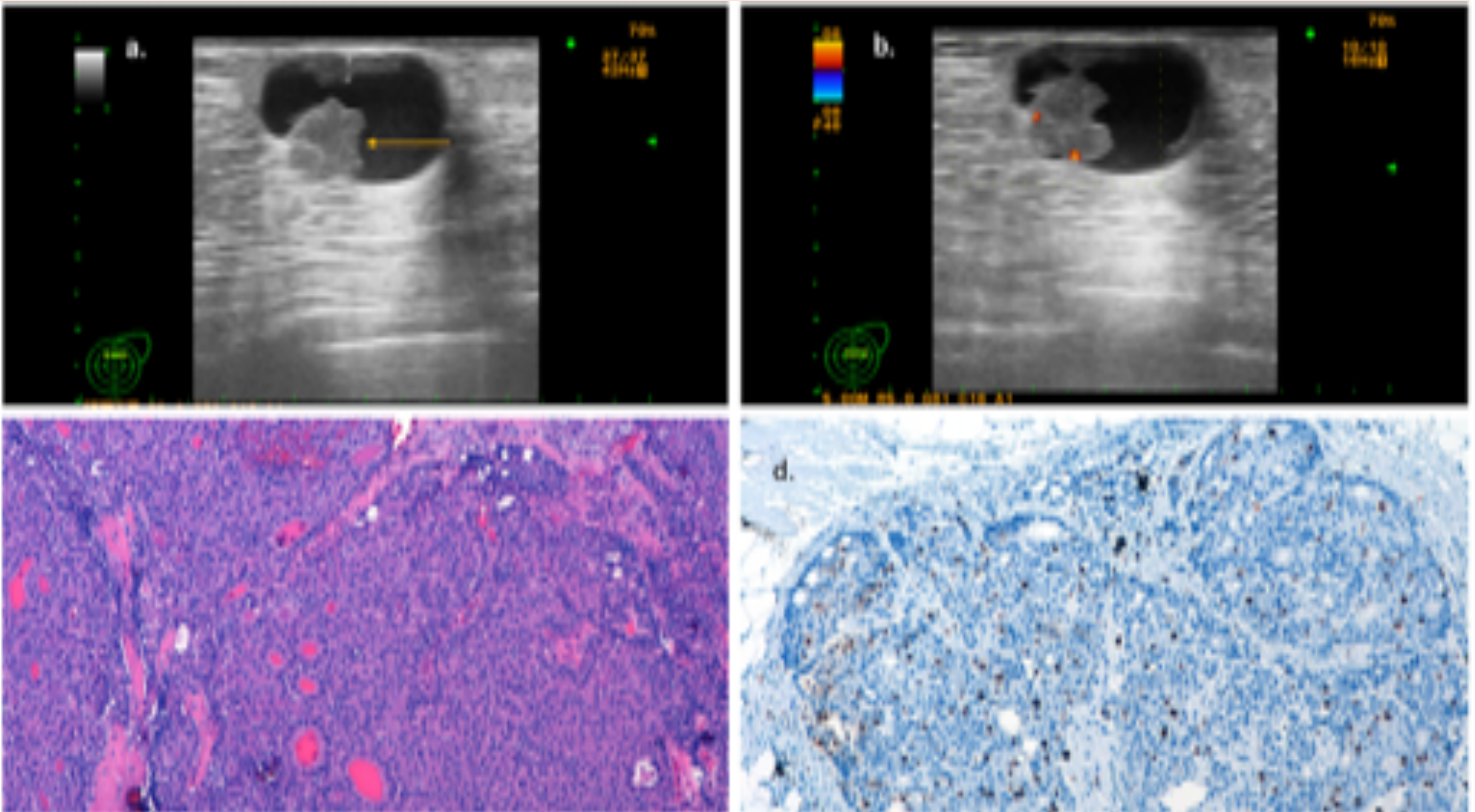


CASOS CLÍNICOS

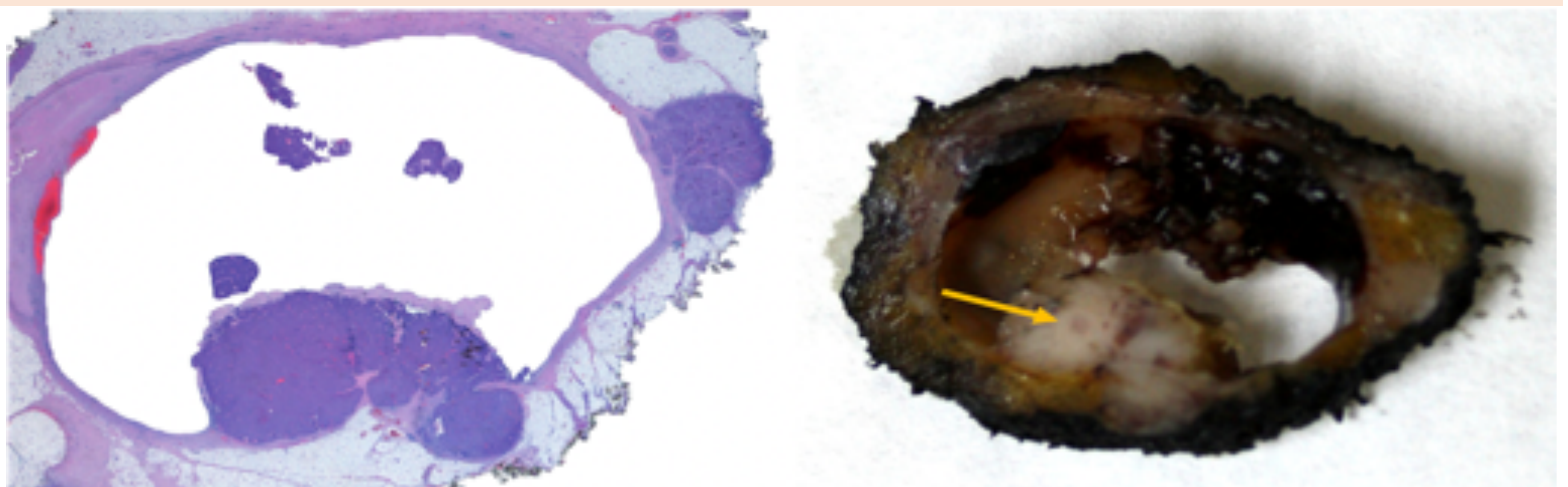
Fig. 9 CA. PAPILAR

Varón de 63 años con tumoración no dolorosa en mama derecha, adherida a planos profundos.

a) Ecografía muestra lesión quística con mamelón sólido (flecha). B) Ecografía doppler: vascularización intralesional confirma la naturaleza sólida de la lesión. C) Tinción hematoxilina-eosina: la neoplasia está formada por células de disposición papilar que infiltran tejidos adyacentes. D) Inmunohistoquímica P63: expresión negativa que implica una ausencia de células mioepiteliales.



En la pieza macroscópica se observa una lesión quística con un polo sólido de coloración blanquecina (flecha).

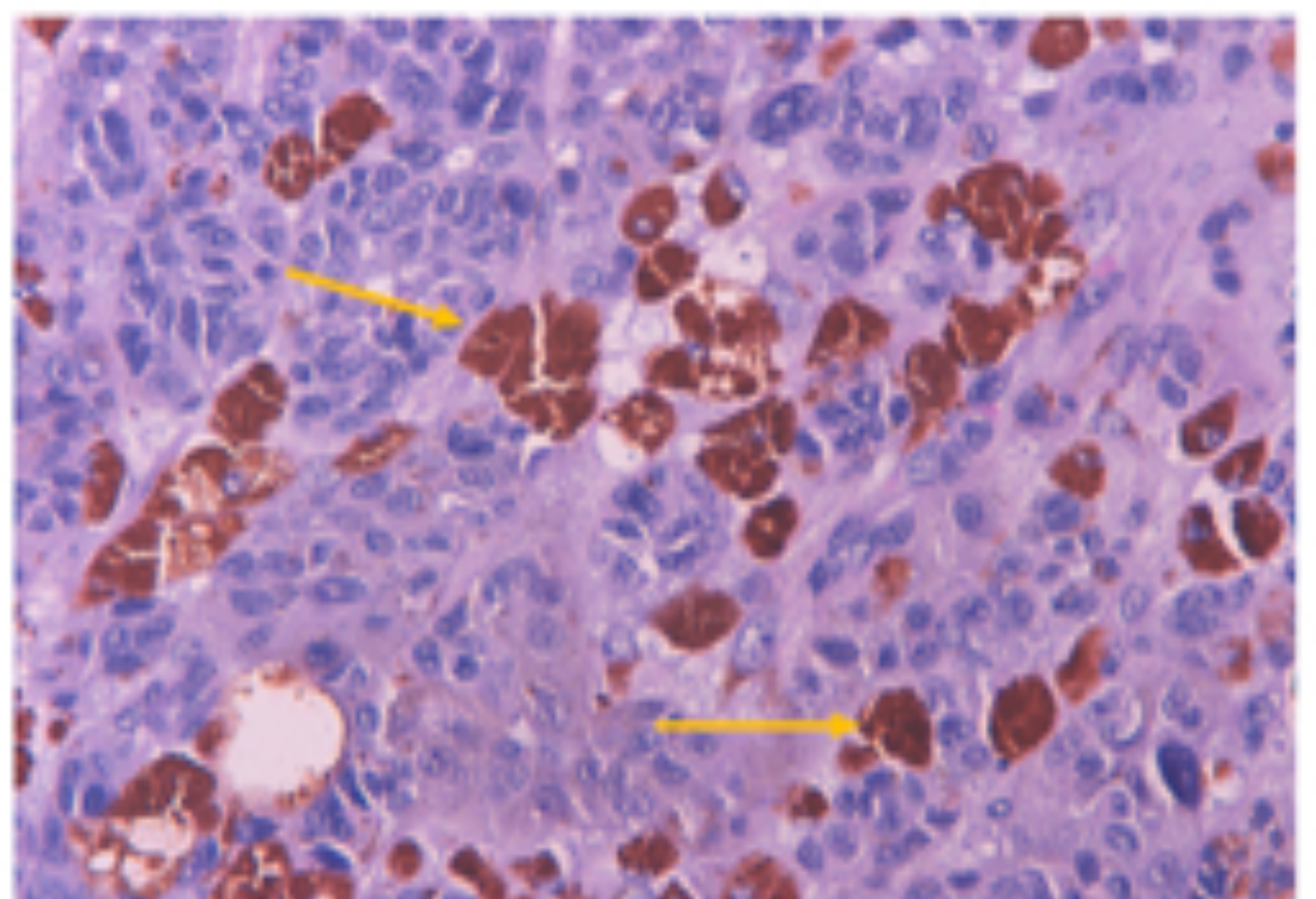


CASOS CLÍNICOS

Fig. 10 MELANOMA METASTÁSICO

Mujer de 63 años con antecedentes mastectomía izquierda en 1999 y melanoma uveal en 2008.

a) Ecografía: varios quistes que presentaban algún eco interno aislado. Estas lesiones no estaban presentes en controles previos de imagen, por lo que se realizó PAAF dados los antecedentes descritos. B) Células con marcada atipia citológica y presencia de pigmento melánico (flechas).



3. Conclusiones

- * **La distinción entre quiste complicado y complejo es fundamental** puesto que son lesiones con distinta categoría BIRADS y, por ende, distinta actitud terapéutica.
- * **Los quistes complejos** incluyen un amplio espectro de patologías benignas y malignas, y requieren análisis histológico puesto que se incluyen en la **categoría BIRADS 4**.
- * **La movilización del paciente y el uso de ecografía doppler son herramientas útiles** en la distinción del componente sólido del quiste complejo frente al contenido inflamatorio/proteináceo del quiste complicado.

Bibliografía

- A. Athanasiou, E. Aubert, A. Vincent, A. Tardivon. **"Complex cystic breast masses in ultrasound examination."** Diagnostic and Interventional Imaging (2014); 95:169—179
- Hooley RJ, Scoutt LM, Philpotts LE. **"Breast ultrasonography. State of the Art."** Radiology (2013); Volume 268: Number 3
- Doshi DJ, March DE, Crisi GM, Coughlin BF. **"Complex Cystic Breast Masses: Diagnostic Approach and Imaging-Pathologic Correlation"**. RadioGraphics 2007; 27:S53-S64
- D'Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, Morris EA, et al. **"ACR BI- RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System."** American College of Radiology; 2013.
- Torres M. **"Novedades de la 5ª edición del sistema breast imaging reporting and data system (BI-RADS) del Colegio Americano de Radiología."** Rev Senol Patol Mamar. 2016;29(1):32-39
- Graf O, Helbich TH, Hopf G, Graf C, Sickles EA. **"Probably benign breast masses at US: is follow-up an acceptable alternative to biopsy?"** Radiology (2007); 244(1):87-93.
- Mercado CL. **"BI-RADS update."** Radiol Clin North Am. (2014); 52:481-7.
- Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Zhang Z. **"Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience."** Radiol Clin North Am (2010); 48(5):931—87.