

Lesiones quísticas de mama con potencial maligno

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Antonio Navarro Ballester, Pilar Fernández García, Santiago F. Marco Domenech, Antonio Lorenzo Górriz

Objetivos

Las Lesiones quísticas son un hallazgo común en la mama, siendo la ecografía el mejor método para su diagnóstico y seguimiento, además de ser una guía de imagen adecuada para su biopsia y drenaje. Los quistes se clasifican en simples, complicados y complejos según sus características morfológicas, poseyendo cada tipo un potencial o probabilidad de desarrollar malignidad diferente, lo cual conlleva una actitud terapéutica distinta y adaptada.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y de imagen de las masas mamarias quísticas, así como los diagnósticos anatomopatológicos derivados de su examen tras biopsia. Para ello, partimos del análisis de la casuística observada en nuestro centro durante el año 2013.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en nuestro centro entre enero de 2013 y diciembre de 2013. Sobre un total de 154 biopsias de nódulos mamarios, 13 tenían un componente quístico. De éstas pacientes se recogió información como antecedentes y resultado de la exploración física, prestando especial atención a su aspecto imagenológico y al resultado del estudio anatomopatológico de las muestras biopsiadas.

Resultados

De las 13 lesiones quísticas, la mayor parte fueron biopsiadas con aguja gruesa (7 casos), siendo la ecografía utilizada como guía de imagen del procedimiento. Las mujeres incluidas en nuestro estudio tienen una edad media de 55 años. La presentación clínica más frecuente fue en forma de nódulo palpable en mama (11 pacientes), siendo en su mayoría indoloro (6). El aspecto ecográfico de las lesiones fue de quiste complejo en 8, de quiste complicado en 4 y de quiste simple en 1. Cinco de los 13 nódulos biopsiados mostraron estudio histopatológico compatible con malignidad. Los quistes

complicados presentaron histología compatible con naturaleza maligna en el 25% de las biopsias, mientras que fue del 50% en los quistes complejos. La palpación mamaria fue sugestiva de malignidad en dos de estas mujeres.

Imágenes en esta sección:

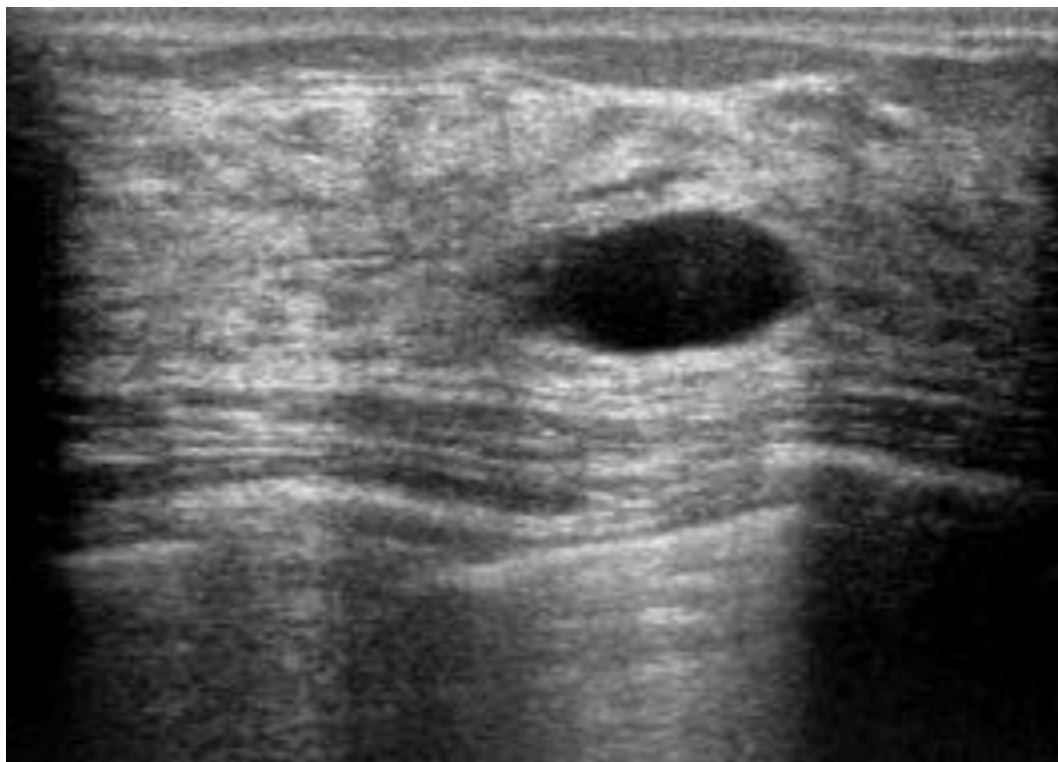


Fig. 1: Ecografía mamaria en la que se observa una imagen anecoica ovoidea, de bordes bien definidos y refuerzo acústico posterior, en relación con quiste simple.

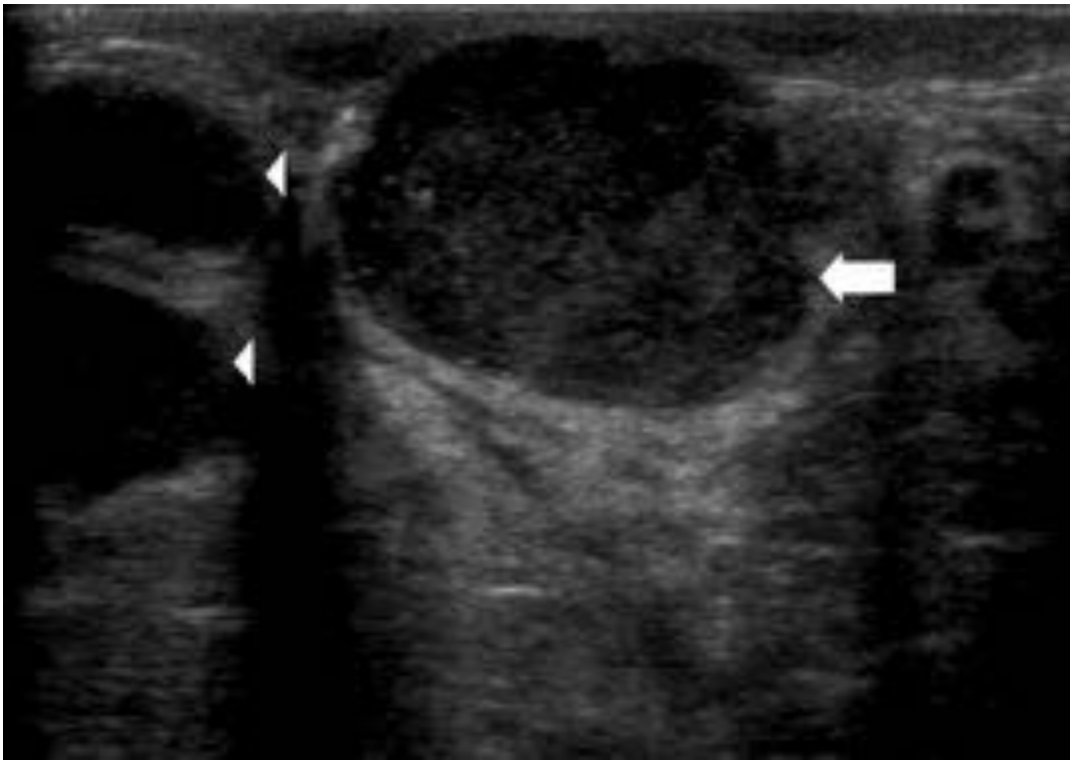


Fig. 2: Imagen de ecografía con transductor en región periareolar. Se observa una lesión quística con ecos en su interior y refuerzo acústico posterior (flecha blanca). Junto a ella, se detecta otras lesiones quísticas de menor tamaño (puntas de flecha).

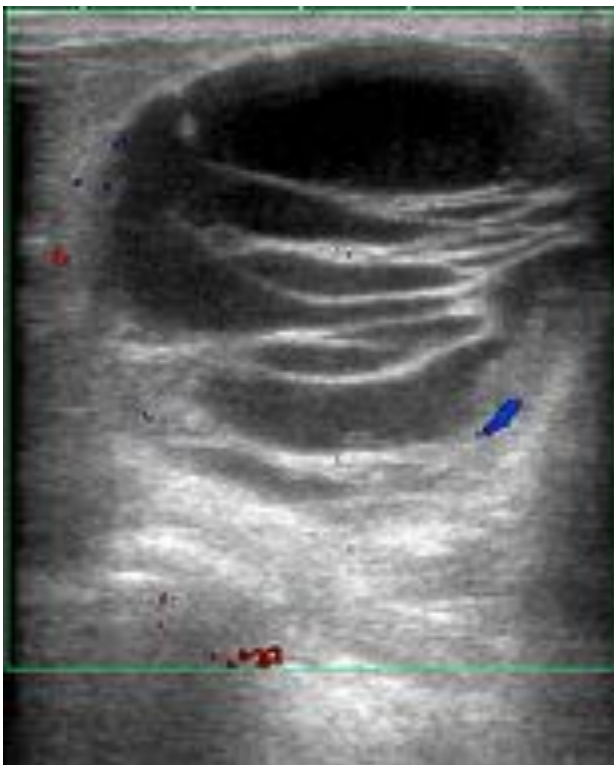


Fig. 3: Ecografía en la misma paciente, en la que se detecta un quiste complejo, con tabiques de más de 0,5 mm en su interior y engrosamientos nodulares en su pared. Se demuestra la presencia de Doppler

color en la pared de la lesión. El informe anatomopatológico de la biopsia determinó que se trataba de un carcinoma ductal infiltrante.

	Edad	Antecedentes	Exploración	Mamografía	Ecografía	Múltiple o quistes	Biopsia	Anatomía patológica
1	68	Quiste/ectasia MI por neo mama	Induración dolorosa de MI y fiebre	No realizada	Quiste complejo de 3 cm en LIC	NO	BAV	Eosteonecrosis
2	51	No AP ni AF	Nódulo doloroso en CIE de MI	Mamas densas. Sin hallazgos.	Quiste complejo de 1,1 cm	NO	PAAF	Sin hallazgos de malignidad
3	33	No AP ni AF	Nódulo doloroso en LIC de MI	Masa de bordes mal definidos	Quiste complicado de 4 cm	NO	BAG	Infiltrado inflamatorio (abceso)
4	66	Neoplasia de colon 30 años atrás.	Nódulo retroareolar MD que aumenta de tamaño	Mamas densas. Sin hallazgos.	Quiste complicado de 3 cm en región retroareolar de MD	SI	PAAF	Sin hallazgos de malignidad
5	48	No AP ni AF.	Masa palpable en cuadrantes superiores de MD	Masa de bordes mal definidos	Quiste complicado retroareolar de 6 cm	SI	BAG	Carcinoma ductal infiltrante
6	47	Neoplasia cervical intraepitelial (II)	Mastalgia MD	Nódulo bien definido CSE	Quiste simple retroareolar de 1,6 cm	SI	BAV	Sin hallazgos de malignidad
7	45	No AP ni AF.	Nódulo de características malignas en CSE MI	Nódulo espiculado	Quiste complejo de 2,1 cm	NO	PAAF	Carcinoma ductal infiltrante
8	90	No AP ni AF.	Seguimiento de fibroadenoma en MD	Microcalcificaciones malignas periarrolares	Quiste complicado de 1,5 cm en CSE de MD	NO	BAG	Carcinoma ductal infiltrante
9	39	No AP ni AF.	Galatografía MD	Pérdida de sensibilidad por mamas densas	Quiste complejo retroareolar de 1,7 cm	NO	Biopsia excisional	Papiloma con adenosis glandular y metaplasia escamosa focal
10	81	No AP ni AF.	Nódulo de características malignas en CSI MD	Asimetría fibroglandular en CSI de MD	Quiste complejo de 2 cm	NO	BAG	Sin hallazgos de malignidad
11	56	Mastoplasia de reducción.	Nódulo CSI y Telorragia en MD	Múltiples nódulos bien definidos	Quiste complejo de 1,2 cm	NO	BAG	Carcinoma ductal infiltrante
12	36	Neoplasia cervical intraepitelial (II)	Nódulo CSE de MI	Múltiples nódulos bien definidos	Quiste complejo de 3 cm	SI	PAAF y BAG	Sin hallazgos de malignidad
13	58	Melanoma. Neo mama en madre.	Nódulo CSE de MI.	Nódulo espiculado (2,3 cm)	Quiste complejo de 2,5 cm	NO	PAAF y BAG	Carcinoma ductal infiltrante

Fig. 4: . Lesiones puncionadas. Significado de las abreviaturas: neo: neoplasia; MI: mama izquierda; MD: mama derecha; AP= Anatomía patológica; AF = Antecedentes familiares; CIE: cuadrante inferoexterno; LIC: línea intercuadrántica superior; CSI: cuadrante superointerno; BAV: biopsia de aspiración en vacío; BAG: biopsia con aguja gruesa; PAAF: punción-aspiración con aguja fina.

Conclusiones

En conclusión, las lesiones quísticas de mama no son caracterizables por mamografía. Por tanto, suele ser necesaria la ecografía para su correcto diagnóstico, siendo además una técnica de guía por imagen útil para la biopsia percutánea de las mismas, en caso de estar indicada. Una vez diagnosticado un quiste simple, se clasifica como BI-RADS 2, no siendo necesario un seguimiento ulterior más allá del screening por edad. De acuerdo con la literatura, la mayoría de lesiones no palpables que se detectan incidentalmente y que presentan aspecto ecográfico de quiste complicado pueden ser clasificadas como benignas. No obstante, en nuestra serie se ha demostrado un potencial maligno mayor en las biopsias de este tipo de lesiones, con respecto a lo observado en otras series de referencia. En cuanto a los quistes complejos, descritos como aquellos que presentan un engrosamiento mural o tabiques gruesos (>0,5 mm), es necesario prestar una atención especial a sus características de imagen, tanto como al contexto clínico acompañante. Sólo así se podrá establecer el diagnóstico diferencial y una actitud terapéutica adecuada a las características de cada paciente.

Bibliografía / Referencias

1. Bassett LW. Imaging of breast masses. *Radiol Clin North Am* 2000;38:669-691.
2. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology* 1995;196:123-134.
3. Mendelson EB, Berg WA, Merritt CR. Toward a standardized breast ultrasound lexicon, BI-RADS ultrasound. *Semin Roentgenol* 2001;36:217-225.
4. Lindfors KK, O'Connor J, Acredolo CR, Liston SE. Short-interval follow-up mammography versus immediate core biopsy of benign breast lesions: assessment of patient stress. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:55-58.
5. Berg WA, Campassi CI, Ioffe OB. Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 2003;227:183-191.
6. Donegan WL. Evaluation of a palpable breast mass. *N Engl J Med* 1992; 327:937-942.
7. D'Orsi CJ. The American College of Radiology mammography lexicon: an initial attempt to standardize terminology. *AJR Am J Roentgenol* 1996;166:779-780.
8. Hines N, Slanetz PJ, Eisenberg RL. Cystic masses of the breast. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 194:122-133.
9. Hams VJ, Jackson VP. Indications for breast imaging in women under age 35 years. *Radiology* 1989;172:445-448.
10. Paredes A, Agüero J. Sensibilidad, especificidad y valor predictivo del examen físico y la mamografía en el diagnóstico preoperatorio del cáncer de mama. *Rev Inst Nac Cancerol (Mex)* 1995;41:89-92.
11. Ciatto S, Cariaggi P, Bulgaresi P. The value of routine cytologic examination of breast cyst fluids. *Acta Cytol* 1987;31:301-304.
12. Bodian CA, Lattes R, Perzin KH. The epidemiology of gross cystic disease of the breast confirmed by biopsy or by aspiration of cyst fluid. *Cancer Detect Prev* 1992;16:7-15.
13. Doshi DJ, March DE, Crisi GM, Coughlin BF. Complex cystic breast masses: diagnostic approach and imaging-pathologic correlation. *Radiographics* 2007;1:53-64.
14. Buchberger W, DeKoekoek-Doll P, Springer P, Obrist P, Dunser M. Incidental findings on sonography of the breast: clinical significance and diagnostic workup. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 173:921-927.
15. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Occult cancer in women with dense breasts: detection with screening US—diagnostic yield and tumor characteristics. *Radiology* 1998;207:191-199.
16. Venta LA, Kim JP, Pelloski CE, Morrow M. Management of complex breast cysts. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:1331-1336.
17. Berg WA. Sonographically depicted breast clustered microcysts: Is follow-up appropriate? *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:952-959.
18. Doshi DJ, March DE, Coughlin BF, Crisi GM. Accuracy of ultrasound-guided percutaneous biopsy of complex cystic breast masses. En: *Radiological Society of North America scientific assembly and annual meeting program*. Oak Brook, Ill: Radiological Society of North America, 2006; 655.
19. Sickles EA. Nonpalpable, circumscribed, noncalcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patient. *Radiology* 1994;192:439-42.
20. Varas X, Leborgne F, Leborgne JH. Nonpalpable, probably benign lesions: role of follow-up mammography. *Radiology* 1992;184:409-14.