



BIOPSIA MAMARIA DE CALCIFICACIONES MEDIANTE AGUJA ASISTIDA POR VACÍO GUIADA POR ESTEREOTAXIA. NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS.

M^ªCarmen Fernández, Kenza Machan, Eloy Vivas
Hospital Costa del Sol, Marbella.

OBJETIVOS:

Las microcalcificaciones y la distorsión de la arquitectura glandular son dos formas de presentación radiológica del cáncer de mama.

La manifestación más frecuente del carcinoma in situ es la presencia de microcalcificaciones en una mamografía de cribado de una mujer asintomática, si bien pueden aparecer tanto en el carcinoma in situ de bajo grado como en el de alto grado así como en múltiples lesiones histológicas benignas.

Esto hacía necesario que estas lesiones mamarias radiológicamente de sospecha y no palpables fueran biopsiadas tradicionalmente en quirófano tras la colocación de arpón en radiología. Dada la elevada tasa de lesiones benignas biopsiadas así como el elevado coste y agresividad para la paciente se fue potenciando la aparición de la biopsia percutánea asistida por vacío (BAV) y guiada por estereotaxia.

Este método se ha impuesto a la biopsia con aguja gruesa por la capacidad de obtener mayor volumen de muestra, aspecto esencial en la interpretación de lesiones anatomopatológicamente a veces muy complejas y, muy importante, disminuir así la tasa de falsos negativos.

El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia y describir nuestros resultados de las biopsias percutáneas (BAV) guiadas por estereotaxia realizadas en el año 2019 en nuestro centro y correlacionar los resultados anatomopatológicos con la pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que hemos recogido 69 biopsias mamarias de microcalcificaciones mediante BAV guiadas por estereotaxia realizadas en el Hospital Costa del Sol durante el año 2019.

Las biopsias fueron realizadas utilizando un dispositivo de sistema unidireccional (vertical) asistido por vacío con aguja de calibre 10G acoplado a mesa de estereotaxia digital con la paciente en sedestación o decúbito lateral.

Durante la recogida de datos de las pacientes se han evaluado diferentes variables como la edad, la categoría BI-RADS, la realización o no de la prueba, motivo por el que no se realiza, resultado anatomopatológico de la biopsia, presencia de microcalcificaciones en la muestra de biopsia, correlación con los hallazgos de la pieza quirúrgica de las que tenían indicación de cirugía y, por último, el seguimiento de dichas pacientes.

En el análisis histológico de las muestras se obtuvieron los siguientes resultados:

- Benignos: fibrosis, adenosis esclerosante, hiperplasia epitelial, cambios fibroadenomatoides y papiloma intraductal sin atipia.
- De riesgo: carcinoma lobulillar in situ (CLIS), hiperplasia ductal atípica (HDA) y papilomatosis.
- Malignos: carcinoma ductal in situ (CDIS), carcinoma ductal invasor (CDI), carcinoma lobulillar invasor (CLI).

Para evaluar la eficacia de la BAV se estimó la subestimación diagnóstica. Se consideró subestimación diagnóstica cuando el resultado anatomopatológico de la biopsia percutánea fue de lesión de riesgo y en la pieza quirúrgica fue de carcinoma.

No hemos encontrado falsos negativos en nuestro estudio.

RESULTADOS:

El número total de biopsias incluidas en el periodo de estudio fue de 69.

La distribución de las lesiones biopsiadas según la categoría BI-RADS se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

CATEGORÍA BI-RADS:	BAV (nº de lesiones)
3	18 (25.7%)
4	1 ((1.4%)
4A	39 (55.7%)
4B	7 (10%)
4C	4 (5.7%)

La mayoría de las microcalcificaciones biopsiadas fueron clasificadas como categoría BI-RADS 4A (58%) y, en segundo lugar, BI-RADS 3 (18%).



Con respecto a los grupos de edad se realizaron en edades comprendidas entre los 40 y los 80 años. La distribución de las pacientes por grupos de edad fue la siguiente: 7 pacientes en el grupo de edad más joven (40-44 años), 9 en el grupo de edad comprendido entre 45-49 años, 13 pacientes en el grupo de edad 50-54 años, siendo este el más prevalente, 8 en el grupo de edad de 55-59 años, 11 en el grupo de edad de 60-65 años, 12 pacientes en el grupo de edad de 65-69 años y 3 pacientes en el grupo de 75-84 años.

De las 69 biopsias incluidas en nuestro estudio se realizaron finalmente 63.

De las 6 pacientes que no se sometieron a biopsia percutánea guiada por estereotaxia en un caso se debió a que no se identificaron las microcalcificaciones el día de la prueba por lo que se realizó un seguimiento mamográfico estable; en otro caso porque la paciente no toleró la realización de la prueba por lo que se hizo biopsia con aguja gruesa guiada por estereotaxia con resultado de benignidad; y en el resto (4) por imposibilidades técnicas (normalmente cercanía de las microcalcificaciones a la piel,...) de las cuales a una de ellas con categoría BI-RADS 4A se le hizo biopsia con aguja gruesa con resultado de malignidad, otra paciente se hizo arpón quirúrgico con resultado de benignidad y el resto se optó por el seguimiento con resultado de benignidad.

Los diagnósticos histológicos de las lesiones sometidas a BAV se exponen en la tabla 2.

Tabla 2.

Tipo de lesión	BAV N° de lesiones (%)
<i>Benignas</i>	43 (66.7%)
<i>De riesgo</i>	1 (1.6%)
CLIS	0
HDA	1
Papilomatosis	0
<i>Malignas</i>	19 (31.7%)
CDIS	11
CDI	8
CLI	0

El 66.7% de las microcalcificaciones sometidas a biopsia correspondieron a lesiones benignas siendo los cambios fibroadenomatoides (*figura 1*) los más frecuentemente encontrados. De estas lesiones una de ellas, por discordancia radiopatológica y clasificada como categoría BI-RADS 4B, fue sometida a arpón quirúrgico con resultado anatomopatológico de benignidad.

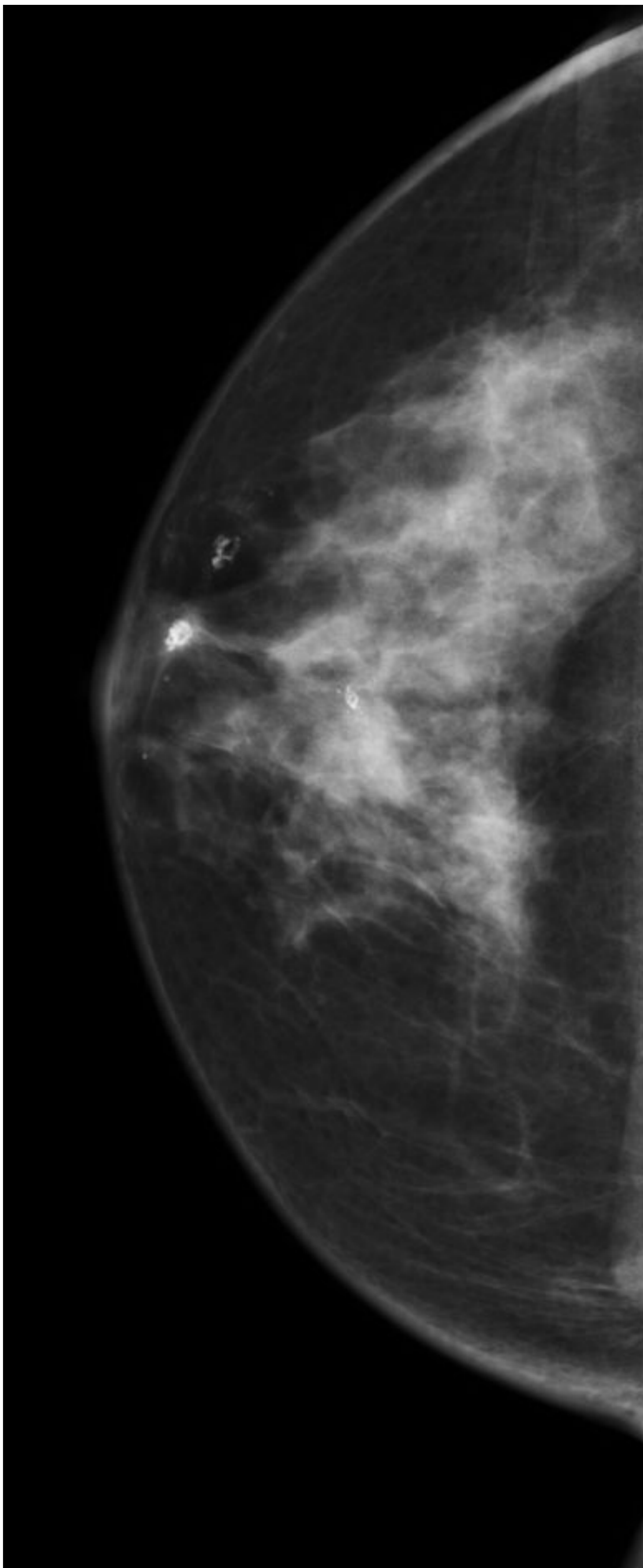


Figura 1: cambios fibroadenomatoides.

Solo fueron clasificadas como lesiones de riesgo 1 caso (3.1%), con resultado anatomopatológico de hiperplasia ductal atípica (*figura 2.*) En la pieza quirúrgica de la hiperplasia ductal atípica no se evidenciaron hallazgos de lesión de riesgo ni de malignidad, probablemente por extirpación completa de la lesión durante la BAV. No hubo ningún falso negativo.

Fueron clasificadas como lesiones malignas el 31.7% de casos, siendo el carcinoma ductal in situ lo más prevalente (*figura 3*).

Solo hubo un caso con resultado de malignidad en la BAV (carcinoma ductal in situ) en el que en la cirugía no había evidencia de neoplasia, únicamente de hiperplasia ductal atípica.

El resto de las pacientes con diagnóstico de lesión maligna en la BAV obtuvieron un diagnóstico de malignidad confirmado en la pieza quirúrgica (valor predictivo positivo 92%).

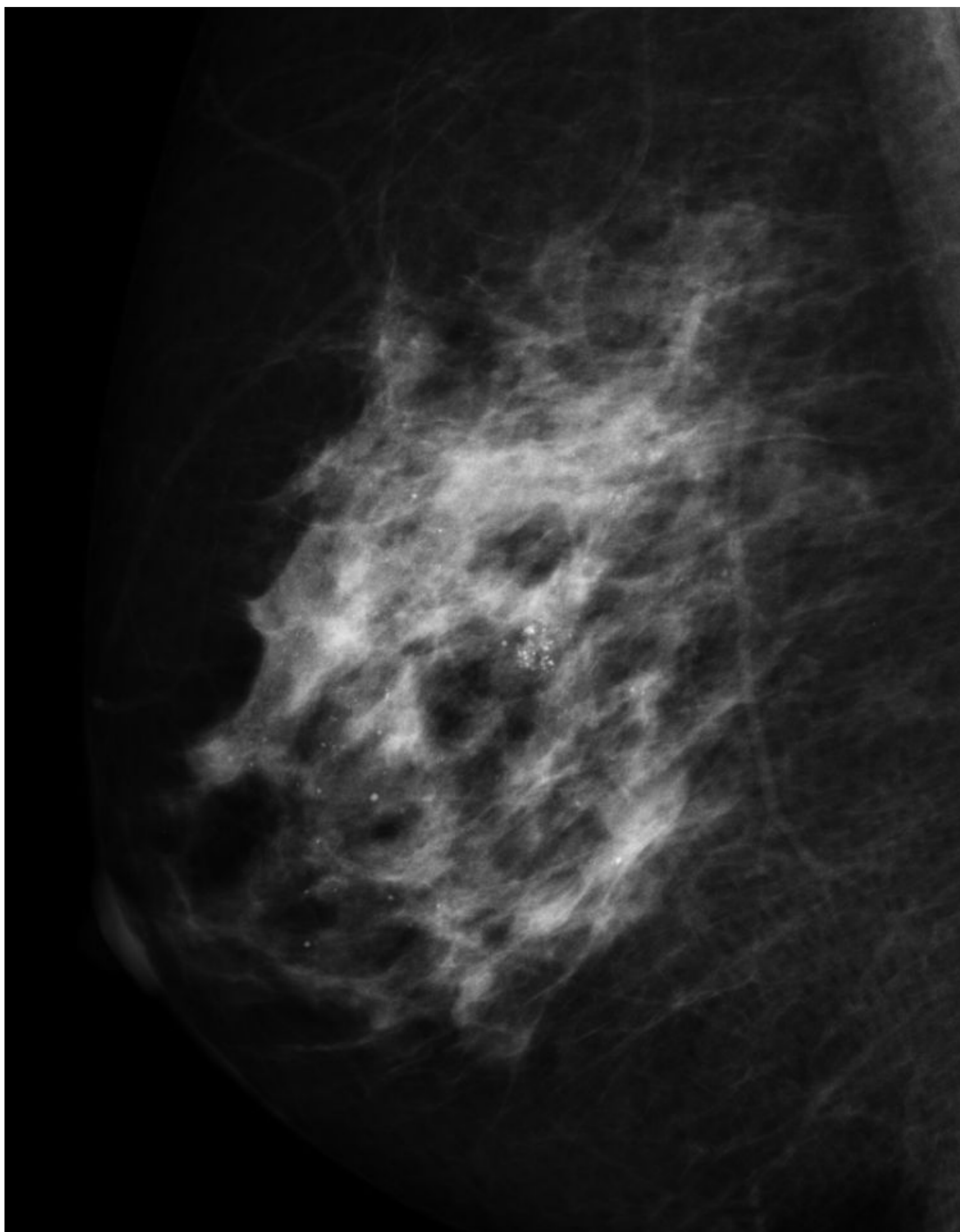


Figura 2: hiperplasia ductal atípica.

De las 11 lesiones diagnosticadas como carcinoma ductal in situ la cirugía evidenció carcinoma invasor en uno de ellos (9.1%), considerándose este un caso de subestimación diagnóstica (*figura 4*).

Las pacientes con resultado de benignidad tuvieron seguimiento mamográfico anual estable.

La correlación histológica de las lesiones malignas diagnosticadas en la BAV con los resultados obtenidos en la biopsia quirúrgica se expone en la tabla 3.

Tabla 3.

BAV	Pieza quirúrgica		Total
	CDIS	CDI	
CDIS	11	1	12
CDI	0	7	7
Total	11	8	19

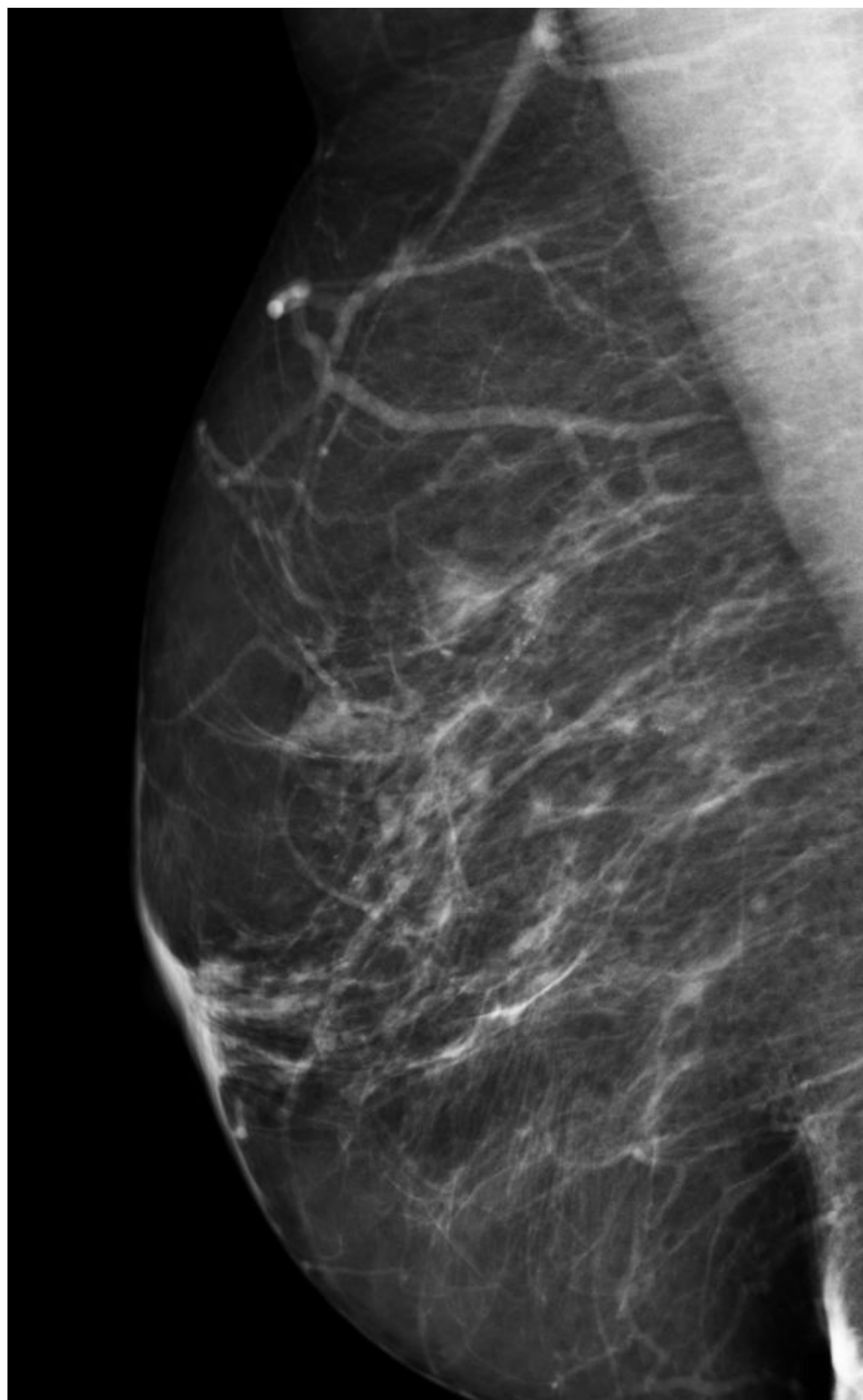


Figura 3: CDIS.

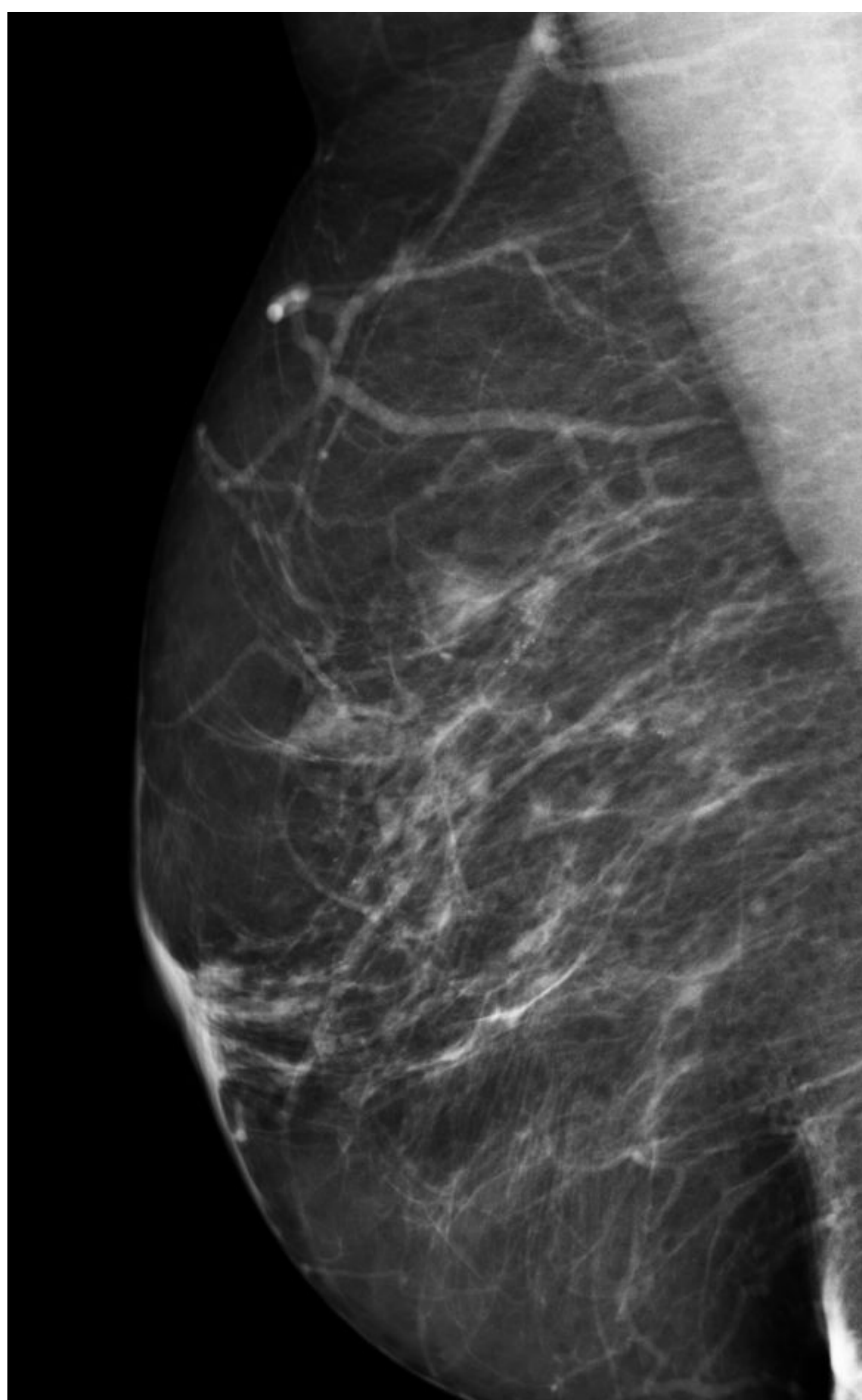


Figura 4: CDIS y en cirugía CDI.

DISCUSIÓN:

La BAV guiada por estereotaxia con agujas de calibre 10G se ha convertido en una alternativa válida a la biopsia quirúrgica diagnóstica en el manejo de las lesiones mamarias no palpables, siendo especialmente útil en el caso de las microcalcificaciones.

Estos sistemas permiten obtener cilindros de mayor calibre que los que se pueden obtener con aguja gruesa (14G o 16G) permitiendo de esta manera disminuir la tasa de falsos negativos.

Sin embargo, y a pesar de la obtención de muestras de mayor volumen, persiste la posibilidad de error de muestreo y la subestimación diagnóstica en el CDIS y en las lesiones de riesgo, especialmente en los casos de HDA y CLIS, en los que será necesario realizar una biopsia quirúrgica posterior.

CONCLUSIÓN:

A modo de conclusión, podemos afirmar que la BAV guiada por estereotaxia se ha convertido en el método diagnóstico de elección en el manejo de las lesiones mamarias sospechosas por técnicas de imagen y no palpables.

Sin embargo sí que existe la subestimación diagnóstica mediante este método y debemos tenerla presente, siendo en nuestro estudio del 9.1%, aunque la tasa de falsos negativos en nuestro estudio haya sido del 0%.

REFERENCIAS:

- Lomoschitz FM, Helbich TH, Rudas M, Pfarl G, Linnau KF, Stadler A, et al. Stereotactic 11-gauge vacuum-assisted breast biopsy: Influence of number of specimens on diagnostic accuracy. *Radiology*. 2004;232:897—903.
- 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.
- Salem C, Sakr R, Chopier J, Marsault C, Uzan S, Darai E. Accuracy of stereotactic vacuum-assisted breast biopsy with a 10-gauge hand-held system. *Breast*. 2009;18:178—82.