

## **PUNCIÓN BIOPSIA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES**

### **Transcripción del Editorial publicado en 1994 \***

El mejoramiento de los métodos de diagnóstico por imágenes en medicina en general y en mastología en particular, obliga a potenciar, por un lado, la apreciación y categorización de las imágenes focalizadas sin expresión clínica y, por otro, a determinar o no la introducción de la punción biopsia aspiración con aguja fina o bien la *core biopsy*. La determinación no es fácil y la hipótesis de trabajo es compleja. Trataremos de efectuar un breve enfoque sobre profesionales, imágenes, informes y conductas.

El mastólogo, en especial si es muy intervencionista, debe decidir si continuar con la resección radioquirúrgica de toda imagen focalizada no palpable sólida, o bien, si cree que llegó la hora de tener una conducta expectante ante imágenes que a criterio del equipo mastológico no tienen riesgo de malignidad. Si va a seguir operando todo, la punción no tiene ningún sentido y, más aún, en determinadas circunstancias, las menos, puede crearle inconvenientes locales innecesarios. Pero si decide no indicar resección frente a imágenes fuertemente presuntivas de benignidad, tendrá que optar entre confiar exclusivamente en la imagen u obtener un "documento" patológico que avale su apreciación de benignidad. Logan-Young y col. (*Radiology* 1994; 190:313-314) defienden la *core biopsy* para las probables lesiones benignas que tienen la posibilidad muy baja para carcinoma (Sickles, *Radiology* 1991; 179:463-468).

El mastólogo, sea o no muy intervencionista, debe valorar el aporte que le puede brindar la información histológica de lesiones no palpables fuertemente sospechosas de malignidad. Si se la confirma, seguramente poco influirá en la táctica definitiva, pero si se la niega, enfrenta una indicación de biopsia radioquirúrgica acertada que puede cuestionarle la propia paciente ante un informe patológico negativo para carcinoma.

---

\* *Rev Arg Mastol* 1994; 13(41):153-155.

El perfeccionamiento del imagenólogo lo lleva ya no sólo a describir las imágenes, sugerir conductas, sino también, para casos seleccionados, a obtener un diagnóstico histológico. Tal vez es él mismo quien frente a imágenes de muy difícil interpretación y sobre las que se sabe que existe hasta un 33% de divergencias entre expertos (Feinstein y col., *JAMA* 1993; 269:2616-2617), precisa el diagnóstico histológico. Experiencia y máquina lo alejan de sus comienzos de "radiólogo" y lo transforman en "mastólogo", hecho positivo, pues este mastólogo es imprescindible para el equipo de mastología.

En cuanto a la paciente, si bien ella va a aceptar que no le operen una opacidad de bordes regulares cuya punción biopsia confirme la naturaleza benigna de la misma, ¿aceptará la punción de aquella que por su imagen inexorablemente será operada, aunque no la convalide la punción? Aquí es obligación del mastólogo que indica la punción de imagen estrellada, dejar aclarado frente a la enferma que, sea cual fuere el resultado de la punción biopsia, procederá a reseca la lesión.

Uno de los pilares de los que defienden la punción de las lesiones no palpables, es el de evitar biopsias innecesarias frente a imágenes benignas. Para ello, sería obligatorio puncionar de preferencia toda imagen con esas características. De hacerse así, la proporción entre biopsias malignas y benignas (1 a 5) disminuiría, pero seguramente disminuiría también el porcentaje de lesiones preneoplásicas, que no es despreciable en patología no palpable y de las que en la actualidad desconocemos realmente su evolución.

Con el mismo enfoque, evitar biopsias innecesarias, no debemos indicar la punción frente a imágenes dudosas o sospechosas de malignidad, pues lo prudente es resecarlas, aun frente a un informe negativo.

De los dos tipos de imágenes fundamentales para lesiones mamarias no palpables, opacidades y grupo de microcalcificaciones sospechosas, la distorsión trabecular y las microcalcificaciones merecen un comentario especial. La confiabilidad de las tomas en el lugar preciso deja hoy pocas dudas (se observan microcalcificaciones en los tacos de la *core biopsy*), pero la posibilidad de que la verdadera lesión aceche en los alrededores de las microcalcificaciones, casos de carcinoma lobulillar *in situ* (Margossian y col., *Rev Arg Mastol* 1991; 10(30):1878-232) o de hiperplasias atípicas como expresión de lesión paraneoplásica (Mosto y col., *Rev Arg Mastol* 1987; 6(17):22) o como marcadores de presencia de cáncer de mama (Bernardello y col., III Congreso Internacional y VI Congreso Argentino de Cancerología, Buenos Aires 1994, sin publicar) no deja de ser un toque de atención, que quienes efectúan

las punciones tratan de superar obteniendo tomas de la periferia del foco de la lesión.

Los informes histológicos o citológicos, respetables, merecen también su análisis. El resultado negativo frente a lesión presumible de benignidad no ofrece comentario. Los positivos para carcinoma ¿cuánto ayudan al mastólogo? ¿Existe ya el suficiente entrenamiento para encarar el tratamiento definitivo (segmentectomía más vaciamiento axilar) en casi todos los casos? No son preguntas fáciles de resolver en el momento actual, pues aun con diagnóstico de carcinoma ductal no invasor, el mastólogo tendrá dudas en indicar sólo una segmentectomía amplia o realizar también vaciamiento axilar, que tal vez no fuera necesario, de acuerdo a la extirpe histológica de ese carcinoma no invasor, del que no conoce la verdadera extensión pues ésta sólo puede definirse en el estudio de la pieza de resección.

Pero no todo debe ser duda. El contar con la apreciación mamográfica y la certificación patológica, va a permitir encarar a la paciente con diagnóstico de certeza unos días previos a la terapéutica definitiva, y ello no es despreciable cuando la incertidumbre y la incredibilidad de ciertas pacientes necesita de esos días para madurar la aceptación de la conducta definitiva.

La punción biopsia de las lesiones mamarias no palpables es una realidad. Es un aporte de la tecnología moderna, y todos debemos discutirlo para que este aporte se convierta en una ayuda apreciable no sólo para el mastólogo, sino también para la paciente. No indicarla jamás sería negar el progreso, indicarla a ultranza, sobredimensionarla. Pero felizmente nuestro medio tiene una sólida experiencia en imágenes, punciones en general e interpretaciones patológicas. No hagamos un consenso que sería la opinión de unos pocos, hagamos un uso racional del método. Y aunque tal vez se cumpla una aseveración personal, la malignidad será patrimonio de la cirugía y la benignidad de la citología (1993), nadie puede ignorar un método moderno que nos permite conocer la naturaleza histológica de una lesión no palpable, que quienes vivimos la década del 60 ni siquiera soñamos.

**Edgardo T. L. Bernardello**

## PUNCIÓN BIOPSIA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES DIEZ AÑOS DESPUÉS

En 1994 publicamos un Editorial sobre la punción biopsia de lesiones mamarias no palpables [*Rev Arg Mastol* 1994; 13(41):153-155] en la cual fijábamos la posición sobre el tema, basados en nuestras publicaciones como mastólogos con la biopsia radioquirúrgica y la relativa poca experiencia con las biopsias estereotáxicas de las lesiones mamarias no palpables, la mayoría de ellas con aguja fina para citología o con agujas tipo *core* para histología. Durante los 10 años transcurridos hubo una verdadera explosión en la literatura nacional e internacional sobre el tema. Cada vez más la punción aspiración con aguja fina fue suplantada por la toma de muestras con agujas de mayor calibre, que permitió especímenes para apreciación histológica; se introdujeron sistemas que producen vacío asistido con tomas de mayor volumen, se difundió la clasificación de BI-RADS (Breast Imagen Reporting and Data System) —tanto la primera de 1993 como la nueva de 2003 que agrega un BI-RADS ultrasónico— que además de agrupar los tipos de lesiones mamarias no palpables con gradientes de menor a mayor posibilidad de cáncer, sugiere normas sobre la actitud a tomar ante dichas imágenes. Pareciera que el imagenólogo mamario (especialización que jerarquiza el tema) ha adquirido derecho para insinuar la conducta (aunque tal vez haya que utilizar la palabra "proponer").

Pero aquí no terminan los fenómenos de los últimos 10 años en relación a las biopsias de las lesiones mamarias infraclínicas, pues la aceptación de la investigación del ganglio centinela obliga a considerar llegar al diagnóstico de cáncer de mama no palpable antes de inutilizar, por una resección previa, el drenaje linfático hacia la axila del sector donde está ubicado el cáncer. Tanto para el mastólogo como para el imagenólogo (y hay que agregar al patólogo): "todo ha sido mucho para pensar como en 1994". He aquí por qué volvemos sobre el tema 10 años después sobre los mismos ítem: profesionales, imágenes, informes y conductas, tal cual lo hicimos entonces.

El primer profesional es el imagenólogo mamario, quien informa sobre una inesperada imagen no palpable y que ahora casi siempre la clasifica de acuerdo al BI-RADS ([http://www.acr.org/departments/stand\\_accred/birads/contents.html](http://www.acr.org/departments/stand_accred/birads/contents.html)), y con la clasificación acompaña (aunque esté tácito) una sugerencia, clasificación y sugerencia que llega antes a la paciente que al mastólogo y que

siempre será motivo de preguntas inquisitorias. Hoy dicho imagenólogo se siente frustrado si él mismo no realiza la maniobra cruenta para llegar al diagnóstico patológico. Su capacidad, su especialización, y los sistemas de agujas que posee lo hacen apto para tal fin. Dentro del equipo de mastología su accionar forma parte de un algoritmo consensuado, pero en forma aislada y autorizado por el profesional no especializado que envía la paciente, si es un cáncer, su maniobra cruenta puede obstaculizar la posterior táctica quirúrgica apropiada (ubicación de las incisiones para segmentectomía o bien para mastectomía con conservación de piel).

Clasificar una imagen tiene vertientes positivas y negativas. Positivas en el hecho de que la descripción va seguida de una frecuencia de posibilidad de cáncer que permite tomar conductas avaladas internacionalmente. Negativa en el hecho de que los límites entre un BI-RADS 3 y 4 llevan una carga subjetiva que puede hacer demorar (y hasta perder) el momento ideal para el diagnóstico de ese cáncer no sospechado. En esta franja la punción reina.

El segundo profesional, el que debe decidir los pasos a seguir, es el mastólogo, el que para la enferma puede ser la segunda opinión, pues ella ya leyó el informe del imagenólogo, y aunque no es su médico, sabe que es un especialista de la imagen.

Al mastólogo, que hace 10 años ya vislumbraba la seguridad de la punción y de su informe, hoy no le caben dudas de la utilidad de la misma, y debe dar la última palabra: control, punción histológica, o biopsia radioquirúrgica. Para tal decisión no debe pensar en BI-RADS (aunque figure en el protocolo), debe pensar en la imagen y en la paciente. Como expresáramos en otras oportunidades, cada MASTÓLOGO (con mayúsculas) debe ser su propio imagenólogo (desde el punto de vista interpretativo).

El tercer profesional, que también ha adquirido especialización en mastología, es el patólogo, y ya se emplea el término "patólogo mamario". Hace 10 años, el patólogo casi no tenía cabida en los diagnósticos de lesiones mamarias no palpables, pues las muestras obtenidas por punción aspiración con aguja fina eran resorte de los citólogos. Cuando comenzaron a utilizarse las agujas gruesas, el patólogo debió enfrentarse por primera vez con tomas pequeñas, cuando su experiencia en mama lo había sido siempre sobre piezas de resección. Demandó años adaptarse a la nueva modalidad dada la poca frecuencia de los estudios en los comienzos, necesitó hacer su propia experiencia para definir un cáncer con mínimos elementos o sospecharlo con signos indirectos, y acopió imágenes de hiperplasias atípicas como no lo había

hecho en décadas a través de piezas quirúrgicas. Tampoco es el patólogo de 1994. Pero a los fines de esta Editorial, la decisión final de qué hacer frente a esa imagen mamaria no palpable que debe tomar el mastólogo, se debe exponer de acuerdo a la nueva clasificación en BI-RADS.

La proposición general frente a una lesión no palpable clasificada como BI-RADS 3 es el seguimiento en un intervalo corto, lo que significa control en 6 meses. Para nosotros no debe existir para imágenes en mastología el concepto "control en 6 meses", y el equipo de mastología debe decidir sobre algún tipo de biopsia o repetir los estudios al año: "es hoy o dentro de un año". Cuando la imagen es el grupo de microcalcificaciones bien clasificada como BI-RADS 3, se impone la biopsia estereotáxica con dos objetivos: certificar la naturaleza benigna (si resulta premaligno o maligno no se demora el diagnóstico), y quitar la incertidumbre y la angustia de la paciente hasta la espera de los futuros estudios. Para ésta y también para otras imágenes BI-RADS 3 como los nódulos sólidos circunscriptos y las asimetrías, si la mujer va a recibir terapia hormonal de reemplazo, se debe indicar una biopsia con aguja.

Cuando la imagen ya avanza hacia la posibilidad de cáncer (cada vez el mastólogo va a recibir menos BI-RADS 3 y más BI-RADS 4) y a pesar de la baja, intermedia o moderada sospecha de malignidad, siempre priva para determinar la conducta diagnóstica si se trata de grupo de microcalcificaciones, distorsión o nódulo sólido. Para las dos primeras situaciones somos partidarios del intervencionismo mamario con aguja gruesa: sistema de vacío asistido para lesiones muy focalizadas o tipo core si el grupo de microcalcificaciones es más amplio. Si es nódulo sólido bien definido y se va a utilizar en caso de cáncer la investigación del ganglio centinela sólo con colorante sin material radioactivo, preferimos también el intervencionismo. Para el mismo nódulo sólido reservamos la biopsia radioquirúrgica con estudio por congelación (equipo de mastología con calificaciones como expresaba hace 30 años Villanova) si no se va a emplear la técnica de investigación del ganglio centinela.

Cuando ya está casi seguramente frente a una imagen de cáncer, rigen las mismas apreciaciones expuestas en el párrafo anterior: biopsia con aguja gruesa para el grupo de microcalcificaciones, biopsia con aguja o biopsia por congelación para el nódulo espiculado de acuerdo a la posibilidad de ganglio centinela.

Existen situaciones particulares para indicar el intervencionismo mamario antes de decidir una conducta definitiva: dos imágenes BI-RADS 4 ó 5 que

pueden obligar a indicar una mastectomía y no un tratamiento conservador; una imagen en el cuadrante superior interno de la mama que a través de una biopsia radioquirúrgica ocasionaría una cicatriz muy visible, innecesaria si la lesión fuera benigna; una lesión en el cuadrante superior externo que no va a ser estudiada por congelación, que de ser cáncer en la biopsia diferida anula la posibilidad de investigación de ganglio centinela.

Hoy, si no se va a utilizar el ROLL (radioguided occult lesion localization) y prima la investigación del ganglio centinela frente a axila clínicamente negativa, la punción biopsia de lesiones mamarias no palpables ha ampliado sus indicaciones.

Lo expuesto hasta aquí pareciera que relega la biopsia radioquirúrgica en el concepto clásico de maniobra quirúrgica diagnóstica y en muchas ocasiones terapéutica. Sin embargo, es un paso obligado cuando no existe concordancia entre un diagnóstico de benignidad por aguja y la imagen. Además, no se debe olvidar que el diagnóstico por intervencionismo se hace a través de numerosas muestras que han perdido su ordenamiento primario, mientras que por biopsia radioquirúrgica se hace en un "bloque". No tiene el mismo significado certificar un diagnóstico patológico de lesión altamente proliferativa sobre las tomas dispersas obtenidas por una aguja, que sobre el espécimen marcado de una biopsia radioquirúrgica. Pero no estamos en 1994, la biopsia histológica por punción se ha jerarquizado y ha ganado su lugar dentro de la mastología moderna.

**Edgardo T. L. Bernardello**