

SUBESTIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN PUNCIONES HISTOLÓGICAS DE LESIONES MAMARIAS

Freijido Ana Sofía, García Alejandra M, Uriburu Juan Luis, Vuoto Héctor Daniel,
Isetta Juan AM, Cogorno Lucas, Candás Gabriela B, Bernabó Oscar L

RESUMEN

Objetivo

Analizar la subestimación diagnóstica de malignidad y de cada categoría histológica de las lesiones sometidas a punción histológica de pacientes del servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires.

Material y método

Análisis retrospectivo de los resultados de las punciones percutáneas solicitadas por el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires en el período comprendido entre mayo de 2000 y mayo de 2011. Se analizaron 843 punciones histológicas seguidas de cirugía en dicha institución.

Resultados

La subestimación diagnóstica global fue de 7,7% (65 casos). Según el tipo de lesión imaginológica los nódulos mamográficos y/o ecográficos presentaron un 3,5% de subestimación diagnóstica ($p < 0,0001$), las desestructuraciones tisulares un 8,1% ($p < 0,1$) y las microcalcificaciones un 14,5% ($p < 0,0001$). En cuanto al tipo de lesión histológica, las lesiones papilares tuvieron 7 subestimaciones diagnósticas (23,0%) ($p = 0,001$), la cicatriz radiada presentó 1 caso de subestimación diagnóstica (7,1%) ($p = 0,2$), la atipia epitelial plana tuvo 2 casos de subestimación diagnóstica (25,0%) ($p < 0,01$), la HLA presentó 2 casos de subestimación diagnóstica (11,0%), el CLIS no presentó casos de subestimación, la HDA presentó 16 subestimaciones diagnósticas (30,8%) ($p < 0,0001$), y por último el CDIS presentó 34 subestimaciones diagnósticas (20,0%) ($p < 0,0001$). De acuerdo a la clasificación BI-RADS, la categoría 3 presentó el mayor porcentaje de subestimación diagnóstica, con un 13,6% ($p = 0,1$).

Conclusión

Las lesiones histológicas con mayor subestimación diagnóstica fueron la HDA, la AEP, las lesiones papilares y el CDIS. En cuanto al tipo de lesión imaginológica, las microcalcificaciones presentaron el mayor porcentaje de subestimación diagnóstica. En todas ellas la subestimación diagnóstica fue mayor con *core biopsy* en comparación con la obtenida mediante punción tipo *mammotome*.

Palabras clave

Subestimación diagnóstica. Punciones histológicas.

SUMMARY

Objective

Analyzing the diagnostic underestimation of malignancy and of each histological category of histologically punctured lesions from patients treated at the Breast Pathology Service of the Hospital Británico de Buenos Aires.

Materials and method

Post hoc analysis of percutaneous punctures results, requested by the Breast Pathology Service of the Hospital Británico de Buenos Aires, between May 2000 and May 2011. Eight hundred forty-three (843) histological punctures followed by surgery in that institution were analyzed.

Outcomes

The overall diagnostic underestimation was 7.7% (65 cases). According to the type of imagenologic lesions, nodes detected by mammography and/or ultrasound presented 3.5% of diagnostic underestimation ($p < 0.0001$), tissue destructure 8.1% ($p < 0.1$) and microcalcifications 14.5% ($p < 0.0001$). Regarding the type of histological lesion, there were 7 (23%) ($p = 0.001$) diagnostic underestimations in papillary lesions, radiated scar presented 1 case of diagnostic underestimation (7.1%) ($p = 0.2$), there were 2 cases of diagnostic underestimation (25.0%) ($p < 0.01$) of flat epithelial atypia, HLA presented 2 cases (11.0%) of diagnostic underestimation, CLIS did not present any cases of underestimation, HDA presented 16 diagnostic underestimations (30.8%) ($p < 0.0001$) and, lastly, CDIS presented 34 diagnostic underestimations (20%) ($p < 0.0001$). According to the BI-RADS classifications, category 3 presented the greatest percentage of diagnostic underestimation, which accounted for 13.6% ($p = 0.1$).

Conclusion

Histological lesions with the greatest diagnostic underestimation were HDA, AEP, papillary lesions and CDIS. As regards the type of imagenologic lesion, microcalcifications presented the highest percentage of diagnostic underestimation. In all of them, diagnostic underestimation was higher with core biopsy when compared to the one obtained by mammotome type puncture.

Key words

Diagnostic underestimation. Histological punctures.

INTRODUCCIÓN

Las punciones percutáneas mamarias han mostrado ser un método preciso en el muestreo de lesiones mamarias y proveen información sobre el diagnóstico histológico, como primera aproximación diagnóstica. Tienen alta sensibilidad en la identificación de cáncer, utilizando varios tipos de agujas y mediante diferentes estudios por imágenes.

Por medio de las punciones se han reducido el número de cirugías por patología benigna (especialmente las biopsias radioquirúrgicas), y

de márgenes comprometidos en las lesiones malignas.²¹

La forma de evaluar la precisión diagnóstica de las punciones histológicas es calculando el grado de subestimación de malignidad en las mismas. Éste es un importante aspecto, ya que las lesiones mamarias tienen un amplio espectro (desde una hiperplasia atípica hasta una lesión invasiva) y las mismas pueden coexistir.¹

OBJETIVO

Analizar la subestimación diagnóstica de

malignidad y de cada categoría histológica, de las lesiones sometidas a punción histológica de pacientes del servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo analizando los resultados de las punciones percutáneas solicitadas por el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires en el período comprendido entre mayo de 2000 y mayo de 2011. Para el presente estudio se analizaron 843 punciones histológicas seguidas de cirugía en dicha institución.

Las punciones histológicas fueron realizadas en diferentes centros de diagnóstico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus alrededores.

Las agujas utilizadas fueron 14 gauge para *core biopsy* y 11 gauge para *mammotome*, en su mayoría.

Los resultados de las punciones biopsia fueron categorizadas en lesiones benignas; promalignas, dentro de las cuales encontramos lesiones papilares, cicatriz radiada, atipia epitelial plana (AEP), hiperplasia lobulillar atípica (HLA), hiperplasia ductal atípica (HDA), carcinoma lobulillar in situ (CLIS); y malignas, hallando carcinoma ductal in situ (CDIS), carcinoma lobulillar infiltrante (LINF) y carcinoma ductal infiltrante (DINF).

El número de lesiones benignas por punción fue de 47 (5,5%). Las lesiones promalignas fueron 133 (15,7%); dentro de las cuales se encontraron 30 lesiones papilares (3,5%), 14 cicatriz radiada (1,6%), 8 AEP (0,9%), 18 HLA (2,1%), 52 HDA (6,1%), 11 CLIS (1,3%). Las lesiones malignas por punción fueron 663 (78,6%); obteniendo en este grupo 167 CDIS (20%), 80 LINF (9,6%), 390 DINF (46,2%) y otros tumores malignos en 26 casos (3%).

BI-RADS	N° pacientes	%
2	1	0,1
3	22	2,6
4	687	81,5
5	133	15,7

Tabla I. Clasificación BI-RADS.

No se encontró neoplasia residual en la cirugía; es decir, toda la lesión fue removida con la punción histológica en 15 casos. De los cuales en 9 casos fue con punción tipo *mammotome*.

Se solicitó punción bajo guía ecográfica para los nódulos ecográficos y masas palpables. La guía estereotáxica se utilizó para las microcalcificaciones y lesiones mamográficas no palpables.

Las lesiones en estudio eran no palpables en el 70,5% de los casos (594 pacientes).

Con respecto al tipo de lesión imaginológica, las microcalcificaciones representaron el 38% del total de las lesiones y 49% considerando únicamente las lesiones no palpables.

Se realizaron 568 punciones tipo *core biopsy* (67,4%) y 275 punciones tipo *mammotome* (32,6%).

Según la clasificación de BI-RADS, los casos estudiados se enumeran en la Tabla I.

La edad promedio de las pacientes fue de 53 años, con un rango entre 18 y 86 años.

Definimos subestimación diagnóstica a los hallazgos histopatológicos de lesión proneoplásica y CDIS en la punción, que luego corresponden a un mayor grado en la biopsia quirúrgica; y falso negativo a un resultado benigno (no proneoplásico) en la punción, que luego se demuestra maligno en la biopsia quirúrgica.

Los resultados se presentan como mediana y rango para variables numéricas y porcentajes en las variables categóricas. Para comparar proporciones se utilizó test de chi cuadrado. Para comparar variables numéricas se utilizó prueba de Mann-Whitney. En todos los casos se consideró

Tipo de lesión	Nro. total	Subestimación diagnóstica		Core biopsy			Mammotome		
		Nro.	%	Nro. (%)	Nro. SD	% SD	Nro. (%)	Nro. SD	% SD
Nódulos	515	18	3,5*	503 (97)	18	3,5	12 (2)	0	0,0
Desestructuración tisular	37	3	8,1	31 (84)	2	6,4	6 (16)	1	16,6
Microcalcificaciones	291	42	14,5*	33 (11)	6	18,2	258 (89)	36	13,9

* p<0,0001. Nro. SD: Número de casos con subestimación diagnóstica.
% SD: Porcentaje de subestimación diagnóstica.

Tabla II. Lesión imaginológica y porcentaje de subestimación.

Resultado punción	Total	Subestimación diagnóstica		Core biopsy			Mammotome		
		Nro.	%	Total	Nro. SD	% SD	Total	Nro. SD	% SD
Lesiones papilares	30	7	23,0*	23	6	26,0	7	1	14,2
Cicatriz radiada	14	1	7,1	10	1	10,0	4	0	0,0
AEP	8	2	25,0*	2	1	50,0	6	1	16,6
HLA	18	2	11,0	8	1	12,5	10	1	10,0
CLIS	11	0	0,0	3	0	0,0	8	0	0,0
HDA	52	16	30,8*	16	5	31,2	36	11	30,5
CDIS	167	34	20,0	37	12	32,0	130	22	17,0

* p<0,05. Nro. SD: Número de casos con subestimación diagnóstica.
% SD: Porcentaje de subestimación diagnóstica.

Tabla III. Lesión histológica y porcentaje de subestimación.

significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La subestimación diagnóstica global fue de 7,7% (65 casos). El porcentaje de falsos negativos fue de 0,7% (6 casos).

Tomando en cuenta el tipo de lesión imaginológica (Tabla II); los nódulos mamográficos y/o ecográficos fueron 515 casos, de los cuales se constató un 3,5% de subestimación diagnóstica; todas ellas fueron por *core biopsy*, no hubo subestimación diagnóstica mediante punción tipo *mammotome*, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). Las desestructuraciones tisulares fueron 37 casos, con un 8,1% de subestimación diagnóstica. Dentro de los casos subestimados, hubo un 6,4% por *core biopsy* y 16,6% por *mammotome*, no siendo es-

te resultado estadísticamente significativo. Las microcalcificaciones representaron 291 casos, con un 14,5% de subestimación diagnóstica; siendo de 18,2% con *core biopsy* y 13,9% con *mammotome* (resultado estadísticamente significativo, $p < 0,0001$).

Según el tipo de lesión histológica (Tabla III); obtuvimos 30 casos de lesiones papilares con 7 subestimaciones diagnósticas (23%), resultado estadísticamente significativo ($p = 0,001$). Obteniendo como resultado 1 CDIS, 5 DINF y 1 carcinoma papilar infiltrante (PINF). De las 30 lesiones papilares, 23 fueron por *core biopsy*, con 6 subestimaciones (26%). Mediante biopsia tipo *mammotome*, fueron 7 casos con 1 caso de subestimación (14,2%).

En cuanto a la cicatriz radiada hubo 14 lesiones, con 1 caso de subestimación diagnóstica (7,1%) a CLIS ($p = 0,2$). Del total, 10 fueron

BI-RADS	N° pacientes	Casos subestimación	% subestimación
2	1	0	0,0
3	22	3	13,6
4	687	58	8,4
5	133	4	3,0
Total	843	65	7,7

Tabla IV. Clasificación BI-RADS y porcentaje de subestimación.

mediante biopsia tipo *core biopsy*, obteniendo 1 caso de subestimación diagnóstica (10%). No hubo subestimación en los 4 casos de cicatriz radiada por *mammotome*.

Dentro de los 8 casos de atipia epitelial plana, se encontraron 2 casos de subestimación diagnóstica a CDIS (25%), resultado estadísticamente significativo ($p < 0,01$). De los 2 casos por *core biopsy*, 1 caso presentó subestimación (50%) y con *mammotome* encontramos 1 caso de 6 (16,6%).

Hubo 18 casos de HLA, de los cuales 2 casos (11%) presentaron subestimación diagnóstica, obteniendo 1 CDIS y 1 DINF. Con biopsia tipo *core* fueron 8 casos, obteniendo una única subestimación (12,5%); y 10 casos con *mammotome*, presentando también 1 caso subestimación (10%).

El CLIS, con 11 casos, no presentó subestimación con ninguno de los dos tipos de biopsia. Mediante *core biopsy* fueron 3 casos y con *mammotome* 8 casos.

Con respecto a la HDA, hubo 52 casos y se hallaron 16 subestimaciones diagnósticas (30,8%), resultado estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). En la anatomía patológica definitiva se encontraron 13 CDIS y 3 DINF. Con *core biopsy* encontramos 5 subestimaciones de 16 lesiones (31,2%), y con *mammotome* 11 subestimaciones de 36 (30,5%).

Por último, el CDIS con 167 casos, presentó 34 subestimaciones diagnósticas (20%) encontrando 33 casos de DINF y 1 caso LINF, resultado estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). Se realizaron 37 *core biopsy*, obteniendo 12 casos de subestimaciones (32%). Mediante *mam-*

motome, se obtuvieron 22 subestimaciones de 130 casos (17%).

De acuerdo a la clasificación BI-RADS (Tabla IV), la categoría 3 presentó el mayor porcentaje de subestimación diagnóstica, con un 13,6%. Resultado estadísticamente no significativo ($p = 0,1$).

Las lesiones fueron palpables en 249 casos. En este grupo encontramos 5 casos de subestimación diagnóstica (2%), de los cuales fueron 2 papilomas y 3 CDIS en la punción, resultando carcinomas invasivos en la biopsia quirúrgica. Hubo 2 casos de falsos negativos (0,8%). Las lesiones no palpables (594 casos) presentaron una subestimación del 10% ($p = 0,001$) y 4 casos de falsos negativos (0,6%). Resultado estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

El porcentaje de subestimación diagnóstica global fue menor que lo publicado en la literatura, siendo en nuestra serie un 7,7% en comparación a otros autores, en los que este número llega hasta un 27%.^{1,14}

La lesión con mayor subestimación diagnóstica fue la HDA con 30,8%, hallando 81% CDIS y 19% DINF en la biopsia quirúrgica. Analizando la subestimación según el tipo de biopsia, obtuvimos un 31,2% con *core biopsy* y 30,5% con *mammotome*. Esto se debe a la dificultad en diferenciar entre HDA y el CDIS de bajo grado en una muestra de tejido obtenida por punción. Cualitativamente, la HDA es una lesión que comparte algunas pero no todas las características histológicas con el CDIS de bajo grado.

Cuantitativamente, se define como el compromiso de menos de 2 conductos o lesión menor a 2 mm.^{2,3} Además, focos de HDA pueden estar presentes en áreas periféricas de CDIS. Nuestro resultado es similar al encontrado en la literatura, que va del 17% al 65% con *core biopsy*^{3,5,6,8,17,22} y del 16,0% a 35,3% con *mammotome*.⁴⁻⁸ En un estudio de Jackman y col.,² con diagnóstico de HDA por punción, sin antecedentes familiares, lesiones menores a 10 mm y remoción completa de la imagen proponen seguimiento sin cirugía, debido a que tuvieron un 9% de subestimación diagnóstica en este grupo.

En nuestra serie, las lesiones papilares tuvieron un 23% de subestimación diagnóstica. Siendo la misma de 26% con *core biopsy* y 14,2% con *mammotome*. Dicho resultado se encuentra dentro del rango publicado en la literatura, de 7% a 29%.^{9,18}

El porcentaje de subestimación diagnóstica de la cicatriz radiada en nuestro trabajo fue del 7,1%, llegando a un 10,0% en los casos estudiados por *core biopsy*. En un estudio de Becker y col.,⁹ obtuvieron 100 casos de cicatriz radiada por *core biopsy* con 5% de subestimación y 25 casos por *mammotome* con 0% de subestimación diagnóstica. En otros estudios con menor número de casos, la subestimación llegó hasta el 22%.¹⁰

En el presente trabajo, la AEP presentó un 25% de subestimación diagnóstica. En estudios donde el resultado de la cirugía fue de malignidad, el rango fue de 14% a 21%. También se han publicado resultados con 0% de subestimación, donde se recomienda seguimiento estricto sin resección quirúrgica.⁹

La HLA presentó un 11% de subestimación diagnóstica en nuestro trabajo. Con *core biopsy* fue de 12,5% y con *mammotome* de 10%. En cuanto a lo publicado en la literatura mundial, el porcentaje de subestimación con *core biopsy* presenta un rango de 12% a 25%.^{11,15,18,24} En los trabajos que utilizaron *mammotome*, la subestimación diagnóstica es de 6,6% a 10,0%.^{23,25}

No hubo ninguna subestimación diagnóstica en el CLIS. En contraste con nuestro resultado, los valores de subestimación diagnóstica por otros autores oscilan desde 22% a 33%.^{11,18,23-25} También se han publicado valores mayores de subestimación, llegando hasta un 60%.¹⁵

En cuanto al CDIS, en nuestro estudio la subestimación diagnóstica fue del 20%. Mediante *core biopsy* dicho resultado fue de 32% y con *mammotome* del 17%. En la literatura, con la utilización de *core biopsy* la subestimación diagnóstica presenta un rango que va de 11,0% a 31,5%,^{12,13,20,22} y con *mammotome* de 10% a 16%.^{3,7,12,17} El impacto de este resultado es en el manejo, especialmente por la necesidad de más intervenciones quirúrgicas (por ejemplo, biopsia del ganglio centinela).

Otro factor importante para medir la eficacia del muestreo de la punción es el porcentaje de falsos negativos. En nuestra serie fue de 0,7%, el cual es menor que lo publicado en la literatura, de 1,2% a 6,7%.^{1,7,14,16,19}

En nuestra serie, las variables influyentes en la subestimación diagnóstica fueron el tipo de lesión, siendo las microcalcificaciones las que tuvieron mayor porcentaje de subestimación diagnóstica; el tipo histológico con la HDA, la AEP, las lesiones papilares y el CDIS; y por último las lesiones no palpables fueron las que presentaron mayor subestimación diagnóstica. Según la clasificación BI-RADS, la mayor subestimación se registró en la categoría 3.

CONCLUSIÓN

La subestimación diagnóstica global de las punciones histológicas fue de 7,7%.

Las lesiones histológicas con mayor subestimación diagnóstica fueron la HDA, la AEP, las lesiones papilares y el CDIS.

En cuanto al tipo de lesión imaginológica, las microcalcificaciones presentaron el mayor porcentaje de subestimación diagnóstica.

En todas ellas la subestimación diagnóstica

ca fue mayor con *core biopsy* en comparación con la obtenida mediante punción tipo *mammotome*.

REFERENCIAS

- Houssami N, Ciatto S, Ellis I, Ambrogetti D. Underestimation of malignancy of breast core-needle biopsy. *Cancer* 2007; 109: 487-495.
- Jackman R, Birdwell R, Ikeda D. Atypical ductal hyperplasia: can some lesions be defined as probably benign after stereotactic 11-gauge vacuum assisted biopsy, eliminating the recommendation for surgical excision? *Radiology* 2002; 224: 548-554.
- Rosenfield M, Smith D, Lester S, et al. Atypical ductal hyperplasia and ductal carcinoma in situ as revealed by large-core needle breast biopsy: results of surgical excision. *ARJ* 2000; 175: 1341-1346.
- Eby P, Ochesner J, DeMartini W, Allison K, Peacock S, Lehman C. Frequency and upgrade rates of atypical ductal hyperplasia diagnosed at stereotactic vacuum-assisted breast biopsy: 9 -versus 11-gauge. *AJR* 2009; 192: 229-234.
- Byung C, Lee A, Song B, Jung S. Predictive factors for breast cancer in patients diagnosed atypical ductal hyperplasia at core needle biopsy. *World J Surg Oncol* 2009; 7: 77.
- Vance S, Zachary A, Garth H, et al. Atypical ductal hyperplasia: improved accuracy with the 11-gauge vacuum assisted versus the 14-gauge core biopsy needle. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 2497-2501.
- Pfal G, Helbich T, Riedl C, et al. Stereotactic 11-gauge vacuum-assisted breast biopsy: a validation study. *AJR* 2002; 179: 1503-1507.
- Jang M, Cho N, Moon W, Park J, Soeng M, Park I. Underestimation of atypical ductal hyperplasia at sonographically guided core biopsy of the breast. *ARJ* 2008; 191: 1347-1351.
- Georgian-Smith D, Lawton T. Controversies on the management of high-risk lesions at core biopsy/pathology perspective. *Radiol Clin N Am* 2010; 48: 999-1012.
- Lopez-Medina A, Cintora E, Mugica B, Opere E, Vela A, Ibañez T. Radial scars diagnosed at stereotactic core-needle biopsy: surgical biopsy findings. *Eur Radiol* 2006; 16(8): 1803-1810.
- Brem R, Lechner M, Jackman R, et al. Lobular neoplasia at percutaneous breast biopsy: variables associated with carcinoma at surgical excision. *AJR* 2008; 190: 637-641.
- Jackman R, Burbank F, Parker S, et al. Stereotactic breast biopsy of nonpalpable lesions: determinants of ductal carcinoma in situ underestimation rates. *Radiology* 2001; 218: 497-502.
- Chan M, Lim S. Predictors of invasive breast cancer in ductal carcinoma in situ initially diagnosed by core biopsy. *Asian J Surg* 2010; 33(2): 76-82.
- Ciatto S, Houssami N, Ambrogetti D, et al. Accuracy and underestimation of malignancy of breast core needle biopsy; the Florence experience of over 4000 consecutive biopsies. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 101: 291-297.
- Londero V, Zuiani C, Linda A, Vianello E, Furlan A, Bazzocchi M. Lobular neoplasia: Core needle breast biopsy underestimation of malignancy in relation to radiologic and pathologic features. *Breast* 2008; 17: 623-630.
- Jackman R, Marzoni F, Rosenberg J. False-negative diagnoses at stereotactic vacuum-assisted needle breast biopsy: long-term follow-up of 1280 lesions and review of the literature. *AJR* 2009; 192: 341-351.
- Destounis S, Skolny M, Morgan R, et al. Rates of pathological underestimation for 9 and 12 gauge breast needle core biopsies at surgical excision. *Breast Cancer* 2009; 18(1): 42-50.
- Elsheikh T, Silverman J. Follow-up surgical excision in indicated when breast core needle biopsies show atypical lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ. *Am J Surg Pathol* 2005; 29: 534-543.
- Yaniuk MA, Müller Perrier G, Otero Vázquez D, Molina C, Horton G. Punción histológica core en tumores de la mama, experiencia inicial en el grupo de trabajo de patología mamaria. *Rev Arg Mastol* 2011; 30(106): 12-25.
- Mc Lean I, Beccar Varela E, Comercio L. Estudio descriptivo de las pacientes sometidas a biopsia radioquirúrgica de mama en los últimos tres años. *Rev Arg Mastol* 2008; 27(97): 274.280.
- Vuoto HD, García AM, Urriburu JU. Impacto de los procedimientos microinvasivos en el resultado del diagnóstico y tratamiento del carcinoma de mama subclínico. *Rev Arg Mastol* 2011; 30(105): 297-307.
- Verkooijen HM, Peeters PHM, Buskens E. Diagnostic accuracy of large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: a meta-analysis. *British J Cancer* 2000; 82(5): 1017-1021.
- Foster M, Helvie M, Gregory N. Lobular carcinoma in situ or atypical lobular hyperplasia at core-needle biopsy: Is excisional biopsy necessary? *Radiology* 2004; 231: 813-819.
- Cohen MA. Cancer upgrades at excisional biopsy after diagnosis of atypical lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ at core-needle biopsy: some reasons why. *Radiology* 2004; 231: 617-621.

25. Mahoney M, Robinson-Smith T, Shaughnessy E. Lobular neoplasia at 11-gauge vacuum-assisted stereotactic biopsy: correlation with surgical excisional biopsy and mammographic follow-up. *ARJ* 2006; 187: 949-954.

DEBATE

Dr. Billinghamurst: La felicito, los números del trabajo son una cantidad importante y coinciden con los números que yo presenté hace algunos años para presentarme a miembro titular. La pregunta es ¿por qué se indicó punción en el caso de las lesiones papilares que en general se trata con la presunción temática de evitar la punción.

Dra. Freijido: En realidad es una lesión promaligna. Está publicado acá y se la trata como tal y que requiere una respuesta quirúrgica. No entendí la pregunta.

Dr. Uriburu: ¿Puedo responder como coautor?

Dr. Castaño: Sí, por supuesto.

Dr. Uriburu: La muestra, en el caso de la pregunta, es una lesión nodular, que luego tuvimos un hallazgo de lesión papilar por punción. No había una lesión previa al indicar la punción. Hoy si tenemos presunción por una imagen ecográfica de una lesión papilar o por una distorsión sospechosa. En ambos casos indicamos directo la biopsia radioquirúrgica y no indicamos la punción.

Dr. Mysler: Quería felicitarlos por el trabajo. Hay cosas en los números que no nos coinciden, quizás con lo que uno está acostumbrado, pero es la realidad de ustedes. En carcinomas lobulillares 0% me parece muy bajo. Que el *mammotome* y *core biopsy* les de el mismo porcentaje respecto a la lesión atípica en la subestimación, tampoco es frecuente, pero cada uno tiene sus valores. Me gustaría saber cuántas tomas hicieron en el caso de las microcalcificaciones y me parecería interesante saber si en todos los casos de microcalcificaciones lo hicieron con

mammotome.

Dra. Freijido: Con respecto a la primer pregunta, no tengo el dato de cuántas tomas se realizaron. Como no hacemos punciones nosotros, no guardamos ese dato. Sería interesante empezar a hacerlo y poder tener ese factor excluyente en la subestimación diagnóstica. Con respecto a las microcalcificaciones, se realizaron algunas *core biopsy*, pero la mayoría se hizo con *mammotome*. Hubo un bajo porcentaje por *core biopsy*.

Dr. Lehrer: De las que nos tocó, puedo decir que son los valores habituales; el número de muestras varía en nuestro centro entre 15 y 20. Respecto de las subestimaciones de las hiperplasias ductales, tienen un valor más discordante tanto en *core biopsy* como en *mammotome*. La pregunta es si tenían en cuenta el tamaño de la lesión y si la lesión había sido totalmente removida, para valorar qué es lo que pasó por uno u otro método, o si fue la punción de una única lesión en la mama o fue la resultante de que esa paciente tenía más de una punción, entonces hubo algún foco más grande que resultó un intraductal o uno más pequeñito que resultó una hiperplasia atípica y luego valoraron todo el resultado.

Dra. Freijido: No se analizó cuántas punciones tenía cada paciente o cada caso.

Dr. Lehrer: Me parece que a lo mejor fue incluido, por ejemplo, el que haya un intraductal para lo cual en una lesión se hicieron dos biopsias y una resultó ser un carcinoma intraductal y la otra una lesión atípica, porque el porcentaje es mucho más alto en el trabajo que los datos que nosotros presentamos de hiperplasias ductales atípicas.

Dra. Freijido: Cuando a una paciente se le realizaron dos punciones, anotamos la lesión de mayor importancia, si tenemos una hiperplasia ductal atípica y un carcinoma ductal in situ, seguramente guardamos el in situ, que es lo que nos importaba.

Dr. Dávalos: También me adhiero a la fe-

licitación del trabajo, es muy prolijo. Quería preguntarle a la Doctora en los carcinomas ductales in situ, si en el porcentaje de subestimación tuvo algo que ver la extensión de la lesión o el grado de la lesión. Es decir, si hubo más subestimación en los carcinomas ductales in situ de alto grado.

Dra. Freijido: No se hizo el análisis, para poder responder. Sería interesante.

Dr. Castaño: Quizás la Dra. Maciel nos pueda agregar algo más. Sobre todo por la diferencia entre una hiperplasia ductal atípica y un carcinoma ductal in situ de bajo grado. No sé Dra. Maciel si nos puede aportar algo más. Me imagino que eso responde la pregunta del Dr. Dávalos sobre las probabilidades de diferencia o de variación entre los ductales in situ de bajo grado o alto grado respecto de la hiperplasia ductal atípica.

Dr. Dávalos: Sí, porque por ahí uno indica un ganglio centinela para hacer la cirugía.

Dra. Maciel: Sin duda, seguramente que es mucho mayor el porcentaje de subestimación en los carcinomas ductales in situ de alto grado, extensos y sobre todo con marcadas alteraciones reactivas del estroma periductal, ése también es un elemento a tener en cuenta. En realidad, nosotros prácticamente en este tipo de carcinomas ductales in situ de alto grado y con marcadas alteraciones reactivas del estroma periductal, muchas veces ponemos literalmente que no podemos descartar invasión, porque realmente es una toma limitada y la verdad es que seguramente es mucho mayor la subestimación diagnóstica en esos casos que en pequeños focos de carcinoma ductal in situ de bajo grado. Yo creo que son elementos a tener en cuenta, el tamaño de la lesión imaginológica y el grado del carcinoma ductal in situ. Otro comentario que puedo hacer es con respecto al tema de las lesiones papilares. Definitivamente las lesiones papilares no son para el diagnóstico de punción por biopsia percutánea, eso está fuera de discusión en la literatura mundial. La cicatriz radiada es más discutida, realmente quiero que le pregunten a los

patólogos y personalmente, prefiero diagnosticar una cicatriz radiada en una buena toma de biopsia por punción percutánea, ya sea de *core biopsy* y mucho más de *mammotome*, que en una biopsia intraoperatoria. Así que el tema de la limitación de la indicación de biopsia por lesión percutánea en una imagen sospechosa de cicatriz radiada es muy discutible y está en la literatura; desde el ganglio centinela se considera que no está contraindicado, sino que realmente el diagnóstico puede ser mucho más sencillo para el patólogo. Por supuesto que hay riesgo de subestimación en la cicatriz radiada, sabemos que se asocia con lesiones atípicas. Esos quizás serían los comentarios desde el punto de vista anatomopatológico. También me llama atención la no subestimación del carcinoma lobulillar in situ, pero creo que es por una cuestión de bajo número. De todas maneras, también en las lesiones lobulillares es importante tener en cuenta algunos otros elementos, como que no se asocien a masa o distorsión, no queden microcalcificaciones residuales; es decir, habría que subdividir a la neoplasia lobulillar para evaluar el riesgo de subestimación, pero llama la atención la no subestimación en carcinoma lobulillar in situ y sí en hiperplasia lobulillar atípica.

Dr. Martín: ¿Le puedo hacer una pregunta a la Dra. Maciel?

Dr. Castaño: Supongo que sí, si ella puede contestarle.

Dr. Martín: En la cicatriz radiada si en la punción histológica no se acompaña, por ejemplo de una hiperplasia ductal atípica, ¿puede decir que no es necesario hacer una BRQ?

Dra. Maciel: No puedo decir que no es necesario hacer una BRQ. Lo que puedo decir es que no es necesario hacer ganglio centinela, ese es el punto clave de la cosa.

Dr. Martín: Pero hay quien no hace BRQ si no hay acompañamiento de hiperplasia ductal.

Dra. Maciel: Totalmente. Hay grupos que proponen, en condiciones ideales (es decir, que no quede una imagen), que no queden micro-

calcificaciones, no hacer biopsia quirúrgica hasta en lesiones papilares, no sólo en cicatriz radiada. También en lesiones papilares, estudiadas en la biopsia por punción percutánea por inmunohistoquímica. En mi experiencia, la lesión papilar tiene muchísimo más porcentaje de subestimación y yo personalmente no me animaría a no hacer la biopsia quirúrgica, excepto en un caso de un pequeño papiloma comprendido en el espesor de un cilindro. Ese es el único caso en el que yo me animaría a no hacer una biopsia quirúrgica. Porque si uno ve una punción percutánea de una lesión papilar, ve la proliferación papilar desvinculada de su contexto, entonces es muy difícil de evaluar; cosa que no ocurre con la cicatriz radiada. Yo no digo que no es necesaria la biopsia quirúrgica en la cicatriz radiada, porque hay que ver toda la cicatriz radiada para ver que no haya un poquito de hiperplasia ductal atípica o un poquito de atipia epitelial plana; es decir, es importante verla. Pero para ustedes cirujanos, es muy importante planificar una biopsia radioquirúrgica con estudio diferido o certificar un carcinoma y hacer la planificación del ganglio centinela. Para el patólogo es más sencillo un estudio diferido, aunque sea de biopsia por punción percutánea, que el estudio intraoperatorio.

Dr. Mysler: Yo había interpretado que el patólogo era el mismo, en base a lo dicho por el Dr. Lehrer; interpreto entonces que las puncio-

nes se hicieron afuera. Entonces habría que ver también en los casos *borderline* cuál es realmente la subestimación, porque si son dos patólogos distintos, si el segundo patólogo no revió lo que informó el patólogo que hizo la punción, capaz que la lesión es la misma, entonces ahí el valor es más relativo.

Dra. Maciel: Ése es un dato importantísimo. Lamentablemente en nuestro medio no es el mismo patólogo el que estudia la biopsia por punción percutánea y la biopsia quirúrgica. Ahí ya hay seguramente un primer punto que justifica o explica la discordancia, porque para uno puede ser una hiperplasia ductal atípica y para el otro puede ser un carcinoma ductal in situ de bajo grado. Quizás no es el tema exacto que estamos discutiendo. La verdad que en el último tiempo uno se plantea como patólogo, hasta si es necesario hacer el diagnóstico exacto, en ese caso, eventualmente, poner proliferación epitelial atípica intraductal a definir en biopsia quirúrgica. Lo ideal sería ver los dos materiales en la misma persona o las dos personas. Aun en el caso de los carcinomas invasivos, en el último tiempo se ve mucho, que hasta cambia el tipo histológico, en el diagnóstico de biopsia por punción percutánea y la biopsia quirúrgica. Es decir que evaluado por distintos patólogos, siempre va a haber un primer motivo de discordancia, que a veces puede ser importante, hasta para cómo lo interpreta la paciente.