

1. Análisis y consideraciones de la nueva clasificación BI-RADS. Mamografía

Dr. Gustavo Mysler*

INTRODUCCIÓN. ACTUALIZACIÓN BI-RADS

La clasificación BI-RADS empezó en 1993 y, desde entonces hasta ahora, tuvo nuevas ediciones. La última estuvo a disposición en 2014. Estas son las sucesivas ediciones:

1993 - 1ª edición

1995 - 2ª edición

1998 - 3ª edición

2003 - 4ª edición

2013/14 - 5ª edición

A continuación se reseñan los cambios más significativos introducidos en esta nueva edición. En cada tema se indica entre paréntesis la referencia de página respectiva para facilitar la consulta.

MX. DENSIDAD MAMARIA

(MX.P.123-132)

Lo primero que se modificó es la *densidad mamaria*, un aspecto que ha revestido importancia discutible. Sin embargo, hoy se sabe que una densidad incrementada implica un riesgo mayor de cáncer y que la mama más densa tiene más probabilidad de esconder una lesión.

Hasta la edición anterior, la densidad mamaria se clasificaba con números; pero esto daba lugar a confusión, porque, por ejemplo, si uno ponía que era un BI-RADS 2 y que la densidad era ACR4, el profesional que recibía el informe –especialmente, en el caso de los no experimentados– podía dudar de si ese 4 era porque se trataba de un BI-RADS 4 o de una densidad 4. Por eso, en esta edición se dejan los números para la clasificación y las letras para la densidad: A, B, C y D.

*Hospital Militar Central, Centro de la Mujer

Correo electrónico de contacto:
mysler@gmail.com

Además, se eliminan los cuartiles de densidades (0% a 25%, 25% a 50%, 50% a 75%, 75% a 100%).

Entonces, se caracterizan los siguientes tipos:

ACR A (ya no 1): *Fibroadiposo* (ya no 0 al 25%)

ACR B (ya no 2): *Fibro-Glandular Disperso* (ya no 25 al 50%)

ACR C (ya no 3): *Heterogeneamente Denso* (ya no 50 al 75%)

ACR D (ya no 4): *Extremadamente Denso* (ya no 75 al 100%)

En los casos en que se observa una densidad diferente entre ambas mamas, se considera la más densa.

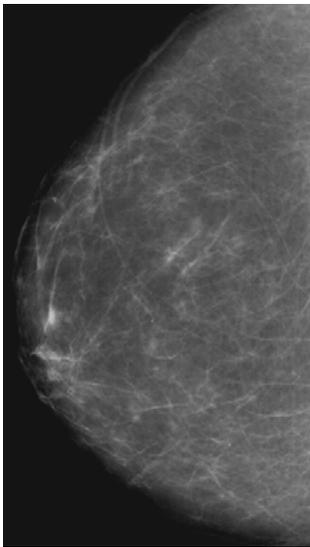


Figura 1.
ACR A: Fibroadiposo

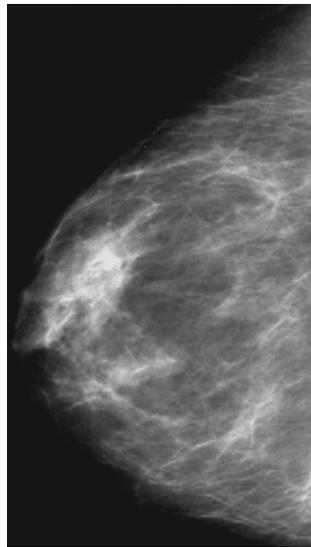


Figura 2.
ACR B: Fibro-Glandular
Disperso

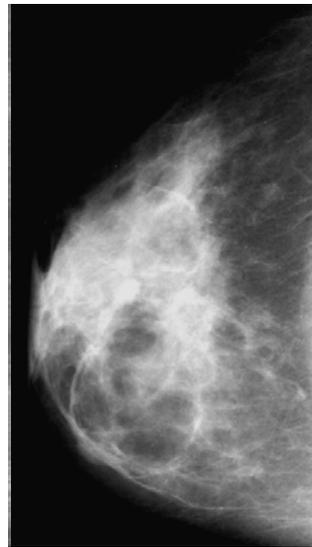


Figura 3.
ACR C: Heterogeneamente
Denso

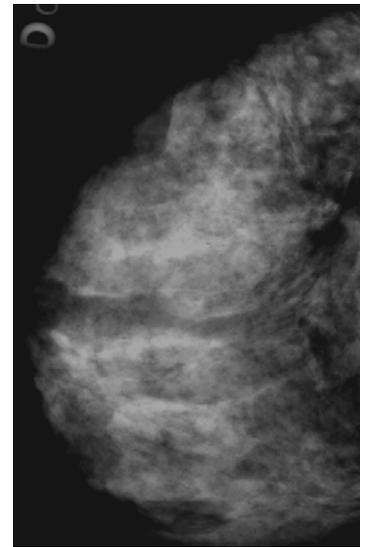


Figura 4.
ACR D: Extremadamente
Denso

MASAS

Masas: For-Ma-De

En las masas se describe la forma, los márgenes y la densidad.

1. Forma:

- Redonda
- Oval
- Oval-(lobulada) [Lobulada/ Oval hasta 3 ondulac.]
- Irregular
- Distorsión arquitectural

La modificación más importante en esta edición es que se eliminó la Forma Lobulada y ahora, cuando hay dos o tres ondulaciones –que era lo que antes de llamaba Lobulado–, se llama Oval. Es decir que se unificó la terminología en *Forma Oval*.

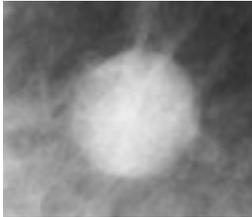


Figura 5. Forma. Redonda

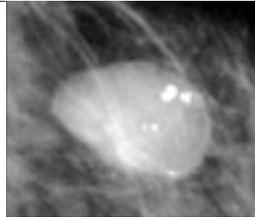


Figura 6. Forma. Oval

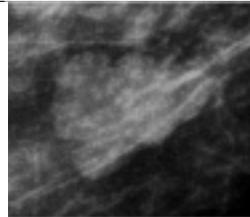


Figura 7. Forma. Oval- (lobulada) [Lobulada/Oval hasta 3 ondulac.]

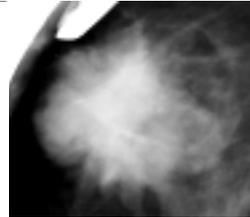


Figura 8. Forma. Irregular

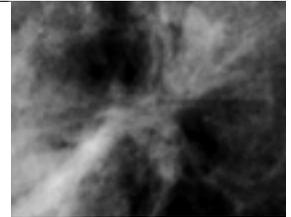


Figura 9. Forma. Distorsión arquitectural

2. Margen:

- *Circunscripto*
- *Oscurecido*
- *Microlobulado*
- *Indefinido*
- *Espiculado*

En general, se han hecho muchos cambios en cuanto a la terminología, porque la idea del BI-RADS es que hablemos todos el mismo idioma, que utilicemos las mismas palabras para los mismos descriptores. Por eso, ya no se habla de bordes ni contornos.

Por lo demás, se sigue sustancialmente la misma clasificación. De todos modos, conviene resaltar las siguientes observaciones incluidas en esta nueva edición:

- Se aclara que en el *Margen Oscurecido*, que es precisamente aquel en que no podemos precisar el margen porque el tejido denso se superpone y no permite determinarlo, se puede usar, dentro de los estudios radiológicos, la Compresión Focalizada o la Tomosíntesis. Este es, precisamente, uno de los pocos lugares en que en la 5ta Edición se habla de la Tomosíntesis. (MX.P.20)
- En *Margen Microlobulado*, aunque la forma sea *Oval*, se considera *Forma Irregular*. Es decir, si ponemos *Margen Microlobulado*, la forma se considera *Irregular*. (MX.P.24)
- Cuando hay más de 3 lobulaciones, se considera *Forma Irregular*. (MX.P.26 F23)
- El Margen puede ser *Parcialmente Circunscripto*. (P.32)

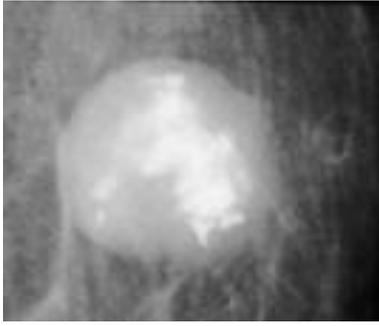


Figura 10. Margen. Circunscripto

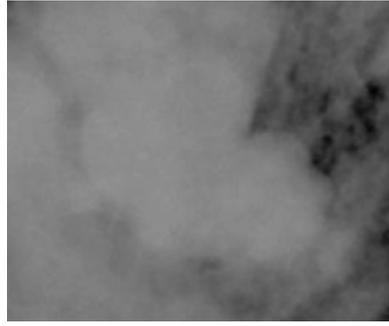


Figura 11. Margen. Oscurecido

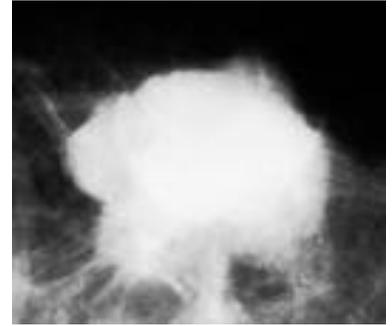


Figura 12. Margen. Microlobulado

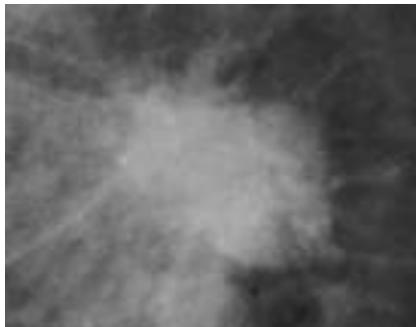


Figura 13. Margen. Indefinido

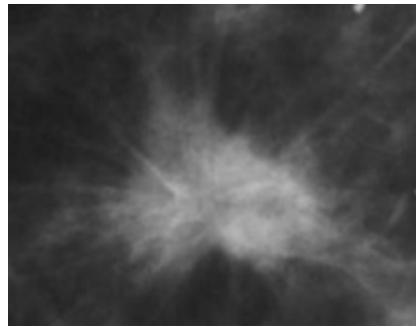


Figura 14. Margen. Espiculado

3. Densidad (en relación con el tejido glandular):

- *Hipodensa (menor densidad)*
- *Isodensa (igual densidad)*
- *Hiperdensa (mayor densidad)*

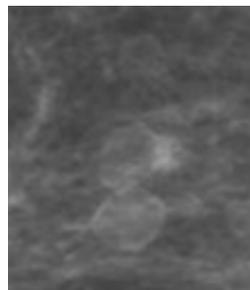


Figura 15. Densidad. Hipodensa

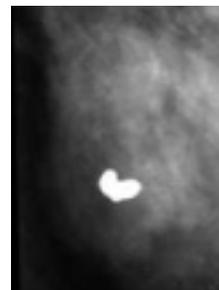


Figura 16. Densidad. Isodensa

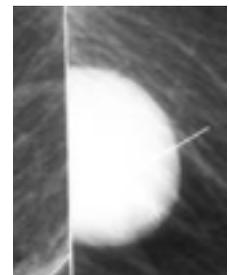


Figura 17. Densidad. Hiperdensa

Entonces, resumiendo los tres aspectos de Masa (Forma, Margen, Densidad) en términos de *benignidad – sospecha de/o malignidad*, podemos decir que:

Forma: Redonda. Oval. Oval-lobulada → Benignidad
Irregular. Distorsión Arquitectural → Sospecha de malignidad

Margen: Circunscripto → Benignidad
Oscurecido → No define
Microlobulado, indefinido, espiculado → Sospecha de malignidad

Densidad:

Lo que importa es si es densidad grasa, que es lo que nos haría pensar en benignidad.

Antes se decía que todas las lesiones grasas eran benignas, Pero en esta edición se dice que, si bien los cánceres no contienen grasa, pueden atrapar grasa. (MX.P.29)

Masas: Mx. Terminología estricta

Para resumir, la nueva terminología en la descripción de las Masas de acuerdo con la 5ª Edición BI-RADS es la siguiente:

1. Forma

- Redonda
- Oval / Oval-lobulada 2 o 3
- Irregular
- Distorsión arquitectural

2. Margen

- Circunscripto (*ya no bien definido; ya no claramente definido*)
- Oscurecido (*ya no oculto*)
- Microlobulado
- Indefinido (*ya no mal definido; ya no infiltrado*)
- Espiculado

3. Densidad (en relación con el tejido glandular)

4. Características Especiales (Macrocalcificaciones., calc. pared, etc.)

Tamaño y Localización (cuadrante y hora de reloj). En esta edición se insiste en la necesidad de determinar del modo más estricto posible la localización: cuanto más chica y sospechosa es una lesión, más importante es definir la localización con precisión.

CALCIFICACIONES

Concepto general (MX.P.37)

Benignas

Las calcificaciones benignas son grandes, groseras; redondas; con márgenes lisos y más fáciles de ver.

La 5ª Edición indica que si son “típicamente benignas” “podrían no describirse”. Pero, sin embargo, advierte que ello puede dar lugar a malinterpretación: el que recibe el estudio puede pensar que el radiólogo no vio la lesión o quedar en la duda. Entonces, al mismo tiempo, recomienda describirlas. Se puede definir su tipo sin aclarar características.

Por otra parte, si esas calcificaciones no son “típicamente benignas”, es *obligatorio* describir morfología y distribución.

Malignas

Estas calcificaciones son más pequeñas, con márgenes no lisos y difíciles de ver. Casi siempre requieren magnificación.

Distribución (MX.P.144)

La distribución es sumamente importante en las calcificaciones Puntiformes y Amorfas.

La distribución puede ser:

- *Difusa*
- *Regional (>2 cm)*
- *Segmentaria* (En la distribución segmentaria tiene más que ver la forma triangular del área con vértice en pezón)
- *Agrupada (≤ 2 cm)*
- *Lineal*

Desde el punto de vista de la benignidad – sospecha de malignidad, se observa que:

- la distribución *difusa* tiende más a caracterizar calcificaciones benignas;

- la distribución *regional* es intermedia;
- y las distribuciones *segmentaria*, *agrupada* y *lineal* indican mayor sospecha de malignidad.

En esta edición hubo cambios en cuanto al área que ocupa la distribución regional y la agrupada. Antes se consideraban *agrupadas* las que ocupaban hasta 1 cm y *regionales* las que ocupaban un área de más de 2 cm. Esto dejaba un intervalo incierto entre 1 cm y 2 cm. Ahora, se considera calcificaciones *agrupadas* a aquellas cuya área es menor o igual a 2 cm y *regionales* a las que ocupan más de 2 cm.

También cambió el criterio de medición. Antes se hablaba en términos de cm^3 , pero, en verdad, en la práctica, ningún radiólogo evaluaba en cm^3 sino que medía con una regla el diámetro más grande. En esta edición se aceptó esto como valedero. Entonces, ahora se habla de cm lineal: el diámetro máximo medido en forma lineal.

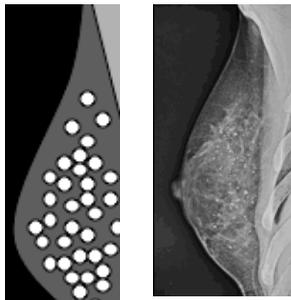


Figura 18. Calcificaciones.
Distribución. Difusa

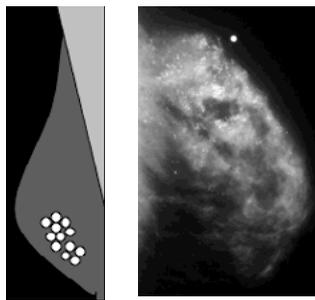


Figura 19. Calcificaciones.
Distribución. Regional (>2 cm)

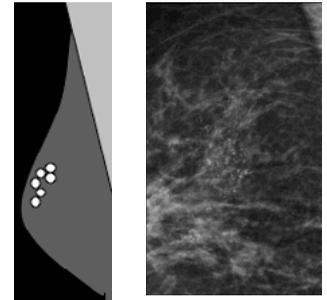


Figura 20. Calcificaciones.
Distribución. Segmentaria

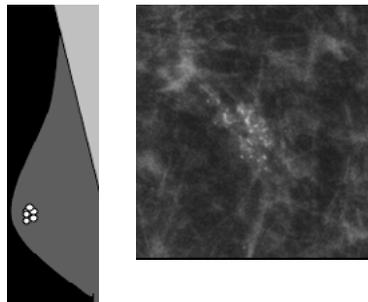


Figura 21. Calcificaciones. Distribución.
Agrupada (≤ 2 cm)

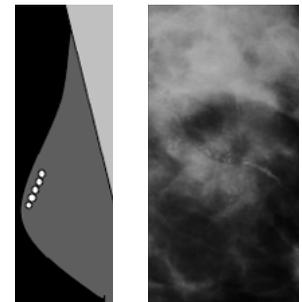


Figura 22. Calcificaciones.
Distribución. Lineal

Otra novedad en la 5ª Edición BI-RADS es la apoyatura en bibliografía. Es decir –y esto vale para todas las técnicas y no solo para mamografía–, en esta nueva edición se incluyen trabajos científicos para apoyar lo que se plantea. Vale como ejemplo la Tabla I. Allí se ve que la distribución segmentaria y lineal tienen un importante porcentaje de malignidad y que las agrupadas también presentan una significativa proporción de malignidad, aunque menor que las otras dos.

Tabla I. Calcificaciones. Distribución (MX.P.71)

Distribution Descriptor	Liberman et al. ¹	Burnside et al. ³	Bent et al. ⁴	Total
Diffuse	0/1 (0)	0/1 (0)	0/0 (0)	0/2 (0)
Regional	6/13 (46)	0/1 (0)	0/9 (0)	6/23 (26)
Grouped	93/254 (37)	14/76 (18)	19/81 (23)	126/411 (31)
Linear	13/19 (68)	8/11 (73)	14/28 (50)	35/58 (60)
Segmental	17/23 (74)	3/8 (38)	9/16 (56)	29/47 (62)

*Data are presented as cancer cases/all cases biopsied, with percentage of cancer cases in parentheses.

BI-RADS. CATEGORÍAS

En la nueva edición no hay cambios en cuanto a los porcentajes de malignidad (VPP) que definen las categorías.

Tabla II. BI-RADS. Categorías

Categoría	Estudios complementarios	VPP (Valor Predictivo Positivo) (malignidad)
Categoría 0: Incompleta	Faltan estudios complementarios	???
Categoría 1: Negativo		≈ 0
Categoría 2: Hallazgos Benignos		≈ 0
Categoría 3: Probablemente Benigno		< 2%
Categoría 4: Anormalidad Sospechosa	Definitivas	2 – 95%
Categoría 5: Muy Alta Sospecha		> 95%
Categoría 6: Malignidad Confirmada Sin terapia definitiva		100%

BI-RADS 0. Incompleta (MX.P. 134, 135-162)

En la Categoría 0 o Incompleta, los estudios son insuficientes, siendo necesario efectuar otros procedimientos para llegar a un diagnóstico.

En esta edición se hace hincapié en que el radiólogo debe aclarar o sugerir con qué estudios completar (Ultrasonido, Placas Magnificadas, etc.).

Se subraya que la falta de RMN no torna válido poner BI-RADS 0. Es decir, hay que definir con los elementos que se tienen y después, aparte, se puede sugerir que se complete con RMN.

Radiología

Se deberá efectuar estudios adicionales:

Microcalcificaciones	→	Técnica de Magnificación
Nódulos, densificaciones y desestructuraciones radiológicas	→	Técnica de Magnificación, Ultrasonido y/o Posiciones adicionales

Se requiere comparación con estudios previos.

Auditoría (MX.P.149)

a) Cuando se requiere comparación con estudios previos: una vez que se dispone de ellos, se efectúa la comparación y, si procede, se modifica el BI-RADS 0 al BR definitivo. Pero debe definirse antes de un máximo de 30 días. Es decir, si no se tiene las placas previas, no se puede esperar más de un mes para establecer el BR definitivo.

b) Cuando se requiere completar con estudios adicionales: una vez efectuados los estudios, se deja el BR 0 como válido y se agrega el BR definitivo que surja de los estudios adicionales.

BI-RADS 2. Hallazgos Benignos

El estudio es negativo, pero se pueden describir algunos hallazgos típicamente benignos.

Algunos radiólogos no describen los hallazgos y ponen BR 1 (MX.P.136)

En esta edición se señala que se debe unificar el criterio en la misma institución. Es decir, no es aceptable que algunos describan todos los hallazgos en los BR 2 y otros no lo hagan. (MX.P.150)

BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (RX)

En este tema, no hay cambios significativos en esta edición.

Incluye los siguientes tipos:

1. *Fibroadenoma en involución*
2. *Quiste oleoso*
3. *Ganglio linfático intramamario*
4. *Lesiones de piel*
5. *Nódulos con tejido adiposo:*
 - Lipoma
 - Fibroadenolipoma

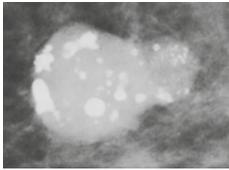


Figura 23. BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (Rx). Fibroadenoma en involución

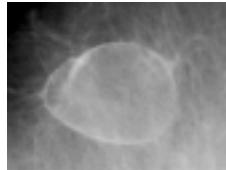


Figura 24. BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (Rx). Quiste oleoso

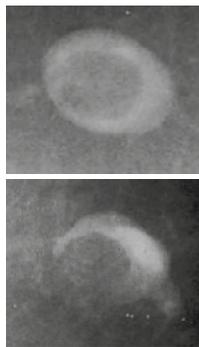


Figura 25. BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (Rx). Ganglio linfático intramamario

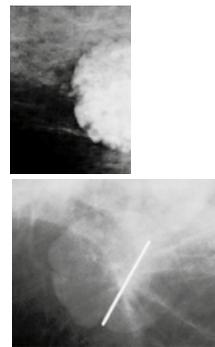


Figura 26. BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (Rx). Lesiones de piel



Figura 27. BI-RADS 2. Nódulos típicamente benignos (Rx). Nódulos con tejido adiposo: Lipoma; Fibroadenolipoma

BI-RADS 2. Calcificaciones típicamente benignas (RX) (MX.P. 47)

En la nueva edición, las calcificaciones típicamente benignas se clasifican y designan de la forma siguiente:

1. *Anulares*: las en *Cáscara de huevo* y otras con *Centro Rx lúcido* de diferentes etiologías se agruparon en *Anulares*.
2. *Arteriales*
3. *Lineales gruesas* (antes *Ectasia ductal/Plasma cell. Mastitis*)

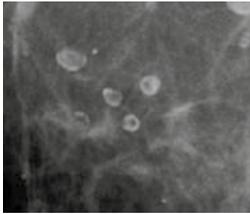
4. *Fibroadenoma calcificado*5. *Calcificaciones post-quirúrgicas*6. *Leche cálcica*7. *Redondeadas difusas*

Figura 28. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Anulares

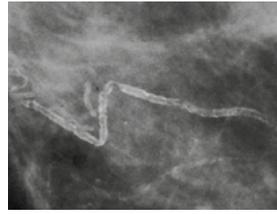


Figura 29. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Arteriales



Figura 30. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamen-
te benignas (Rx). Lineales
gruesas

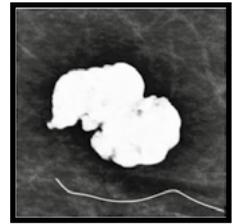


Figura 31. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Fibroadenoma
calcificado

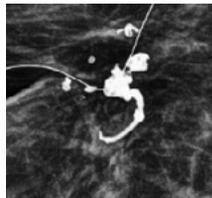


Figura 32. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Calcificaciones
post-quirúrgicas

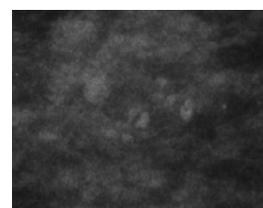
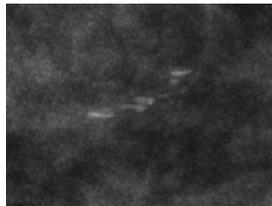


Figura 33. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Leche cálcica



Figura 34. BI-RADS 2.
Calcificaciones típicamente
benignas (Rx). Redondeadas
difusas

BI-RADS 3. Probablemente Benigno (MX.P.137, 147 y 150)

Respecto de estas lesiones, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El estudio muestra lesiones probablemente benignas.
- El imagenólogo sugiere establecer estabilidad.
- No se recomienda colocar BI-RADS 3 cuando la lesión progresó, es decir, si hay modificaciones en el tiempo.
- No es un intermedio entre 2 y 4; es para lesiones específicas.
- Debe establecerse un seguimiento estricto (esta indicación ya estaba en la edición anterior): un primer control a los 6 meses unilat.; luego bilateral a los 12 - 24 - 36 meses.

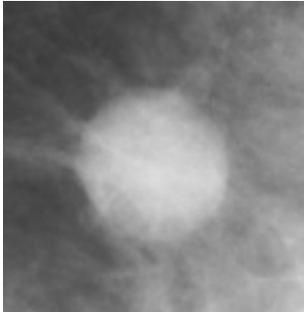


Figura 35. BI-RADS 3. Lesiones probablemente benignas. Radiología. Nódulo circunscripto no calcificado

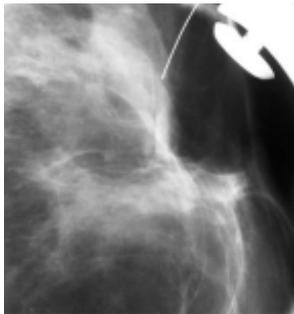


Figura 36. BI-RADS 3. Lesiones probablemente benignas. Radiología. Asimetría focal que se atenúa a la compresión

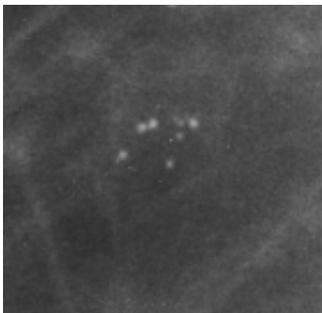


Figura 37. BI-RADS 3. Lesiones probablemente benignas. Radiología. Grupo de Microcalcificaciones puntiformes

BI-RADS 3. Probablemente Benigno. Auditoría (MX.P. 150)

En tamizaje antes se consideraba *negativo*. Ahora: en tamizaje sin evaluación complementaria adicional es *positivo*; con evaluación complementaria sí es *negativo*.

Se incentiva a reducir su frecuencia efectuando estudios complementarios y comparación con Rx anteriores en el momento.

Podemos considerar que la principal causa de un elevado número de BR 3 en un esquema con cobertura médica media o superior es la *falta de estudios previos para comparar*. Es decir: cuando una paciente con BR 3 se controla, si a los 2-3 años está estable debería pasara a BR 2; y si progresa, debería pasar a BR 4. Es responsabilidad de los mastólogos pedir a la paciente que lleve estudios complementarios para comparar.

BI-RADS 3. Lesiones probablemente benignas. Radiología

No se plantean cambios significativos en esta edición.

1. Nódulo circunscripto no calcificado
2. Asimetría focal que se atenúa a la compresión
3. Grupo de Microcalcificaciones puntiformes

BI-RADS 4. Anormalidad sospechosa (MX.P.154- US127)

Son lesiones que no presentan todas las características morfológicas del cáncer de mama, pero tienen alguna probabilidad de serlo. Antes se señalaba que: “deberá considerarse tomar material histológico de la lesión mediante algún método de biopsia”. En la 5ª Edición se recomienda biopsia excepto contraindicación y se sugiere recomendar la guía.

Cabe notar que en esta Edición la responsabilidad de no biopsiar pasa del lado del médico que recibe el informe.

Esta categoría abarca lesiones de entre >2% al <95% de Probabilidad de Malignidad.

Se “tiende” a subdividir las en A, B y C, es decir: 4A, 4B y 4C.

Subdivisión 4A, 4B y 4C en la 4ª Edición

Se trata de un capítulo controvertido y en desarrollo.

4A

- Son lesiones que tienen BAJA pero suficiente sospecha de malignidad como para requerir un conocimiento histológico.
- Un resultado biopsico negativo sería lo esperado.

4B

- Son lesiones con sospecha INTERMEDIA de malignidad.
- Una biopsia negativa requerirá una muy segura concordancia anátomo-imagenológica para considerarse válida.

4C

- Son lesiones con MODERADA sospecha de malignidad sin ser la imagen clásica del carcinoma.
- Un resultado histológico maligno sería lo esperado.

Subdivisión 4A, 4B y 4C en la 5ª Edición (MX.P.135 y 153/4)

Sigue siendo un capítulo controvertido y que se encuentra en desarrollo.

En esta edición lo novedoso es que se modifica la terminología en cuanto a sospecha de malignidad en 4B (*Moderada* en lugar de *Intermedia*) y en 4C (*Alta* en lugar de *Moderada*). Además, se oficializan los porcentajes que se venían usando de un modo menos preciso.

4A: >2% al 10%

- Son lesiones de BAJA pero suficiente sospecha que pueden ser seguidas con confianza luego de un intervencionismo negativo.
- Algunos pacientes pueden incluso preferir solo control.
- Ej.:
 - Nódulo sólido, margen (<75%) parcialmente definido.
 - Quiste complicado solitario palpable.
 - Posible absceso.

4B: >10% al 50%

- Son lesiones con sospecha MODERADA de malignidad.
- Una biopsia negativa requerirá una muy segura concordancia anátomo-imagenológica para considerarse válida.
- Ej.:
 - Mc+ de sospecha intermedia (véanse Tablas III y IV y Figuras 38, 39 y 40).
 - Nódulo sólido, margen indefinido.

4C: >50% a <95%

- Son lesiones con ALTA sospecha de malignidad sin ser la imagen clásica del carcinoma.
- Un resultado histológico maligno sería lo esperado.
- Ej.:
 - Nuevo grupo de Mc+ lineales (véanse Tablas IV y V y Figura 41).
 - Nuevo nódulo irregular.

Microcalcificaciones sospechosas

Con respecto a las Microcalcificaciones Sospechosas, aquí nos encontramos con otra novedad: se eliminan las 4A y quedan las 4B y 4C. Entonces, las menos sospechosas de las sospechosas son las 4C. ¿Por qué? Porque tienen un VPP de más del 10%. Ya no se habla más de sospecha *Intermedia* o *Alta* en las microcalcificaciones. Son todas sospechosas y se las divide como se indica en las Tablas III, IV y V.

Tabla III. Microcalcificaciones Sospechosas 4B (MX.P.62- 64- 66)

Microcalcificaciones Sospechosas	VPP (malignidad)
<i>Amorfas</i> (en esta edición se elimina <i>Indistinguibles</i>) (Figura 38)	21%
<i>Coarse Heterogéneas</i> (≠ FA o <i>distróficas</i> /gral. 0,5-1 mm) (Figura 39)	13%
<i>Finas Pleomórficas</i> (gral. < 0,5 mm) (Figura 40)	29%



Figura 38. Microcalcificaciones Sospechosas 4B. Amorfas

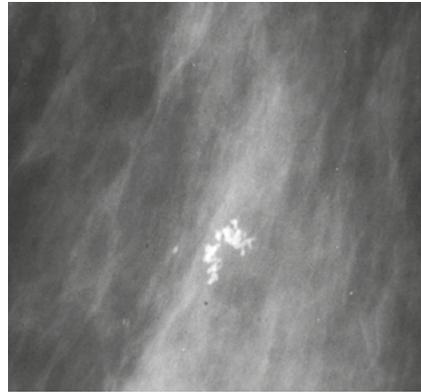


Figura 39. Microcalcificaciones Sospechosas 4B. Coarse Heterogéneas

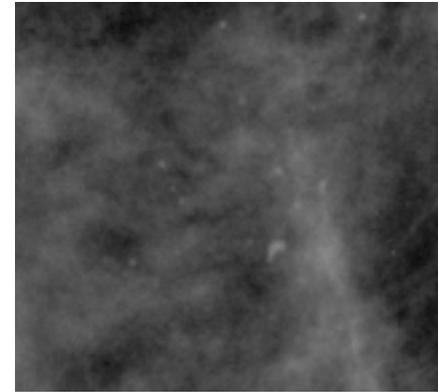


Figura 40. Microcalcificaciones Sospechosas 4B. Finas Pleomórficas

Tabla IV. Microcalcificaciones Sospechosas 4B-C (MX.P.61 y 144 Guidance Chapter)

Morphology Descriptor	Liberman et al. ¹	Berg et al. ²	Burnside et al. ³	Bent et al. ⁴	Total
Amorphous	9/35 (26)	30/150 (20)	4/30 (13)	10/51 (20)	53/266 (21)
Coarse Heterogeneous	N/A ^b	N/S ^c	1/14 (7)	2/10 (20)	3/24 (13)
Fine Pleomorphic	N/A ^b	N/S ^c	10/34 (29)	14/50 (28)	24/84 (29)
Fine Linear or Fine-Linear Branching	26/32 (81)	N/S ^c	10/19 (53)	16/23 (70)	52/74 (70)

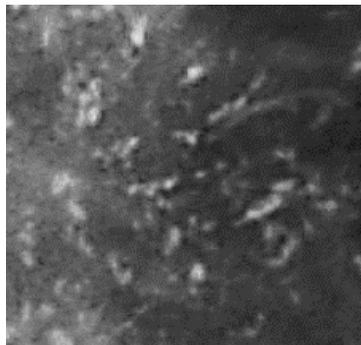
Notas:

Ya no se usa más *Intermedia* y *Alta Sospecha* para diferenciar *Amorfas* y *Coarse Heterogéneas* de *Finas Pleomórficas*. Son todas BR 4B.

Las *Finas Lineales* o *Finas Lineales Ramificadas* son BR 4C.

Tabla V. Microcalcificaciones Sospechosas 4C (MX.P.62- 64- 66)

Microcalcificaciones Sospechosas	VPP (Malignidad)
<i>Lineales Finas</i>	70 %

**Figura 41. Microcalcificaciones Sospechosas 4C. Lineales Finas****BI-RADS 5. Muy alta sospecha de malignidad (MX.P.154)**

Abarca a aquellas lesiones con >95 % de probabilidad de malignidad

Dado que se trata de lesiones con muy alta probabilidad de ser malignas, es necesaria su confirmación histológica.

Incluye aquellas lesiones con hallazgos clásicos de carcinoma.

En la 5ª Edición, al igual que para BR 4, se recomienda biopsia excepto contraindicación y se sugiere recomendar la guía.

En la misma edición se plantea la siguiente pregunta: si todos los BR 4 y 5 se punzan, ¿para qué los distinguimos? La diferencia no está en qué hacer antes de la biopsia sino después. Aquellas lesiones clasificadas como BI-RADS 5 cuya BP percutánea resulte negativa implican automáticamente discordancia y requieren cirugía.

Ejemplo:

- Nódulo irregular, espiculado, de alta densidad y asociado a Mc+.
- Nuevas Mc+ lineales delgadas (<0,5 mm) ramificadas de distribución segmentaria.

Lo más importante que establece la 5ª Edición respecto del BI-RAD 5 es que no debe considerarse como tal con un solo hallazgo. Si yo veo solo un descriptor (por ej. un grupo de microcalcificaciones de alta sospecha) no puedo categorizar BI-RADS 5. Al igual que en US y en RMN, en Mx un solo hallazgo no define BR 5.

En este punto, podemos resumir los tipos de microcalcificaciones según BI-RADS, como se muestra en la Tabla VI.

Tabla VI. Microcalcificaciones según Categorías BI-RADS

Típicamente Benigno	Probablemente Benigno	Sospecha de Malignidad		
BR-2	BR-3	BR-4B	BR-4C	BR-5
Anulares	a. Puntiformes (grupo)	a. Amorfas	a. Finas lineales o FL ramific	FL Nuev ?
Arteriales	b. Amorfas (Bilateral, difusa)	b. Groseras heterogéneas	b. Cualq Mc++ distrib. como lineal o segmentaria	
Lineales gruesas		c. Finas pleomorfas		
Coarse o "Palom.maiz"	c. Groseras heterogéneas (múltiple bilateral)	Puntif. grupo nuevo, increm. o adyacente a Ca.conocido		
Post quirúrgicas				
Leche Cálcica				
Redondas difusas				

BI-RADS 6. Lesión Maligna (MX.P.62- 64- 66)

Paciente con lesión imagenológica ya biopsiada con resultado maligno previo a su terapia definitiva (incluyendo Quimioterapia Neoadyuvante, Cirugía Conservadora, Radioterapia o Mastectomía).

En esta edición se incluye solo Cáncer mama –no sarcoma, ni linfoma, ni leucemia, ni MTTs–.

En la 5ª Edición esta categoría NO se incluye en la Auditoría porque, si bien la imagen determina la sospecha, la BP previa determina la categoría.

Como conducta a seguir, se establece “Terapia Definitiva de la Lesión Maligna”.

DISCORDANCIA BI-RADS

Conducta (MX.P.147-148)

- El BI-RADS y la recomendación de conducta DEBEN ser concordantes, excepto:

BR 1. Posible recomendación de BP en:

- Lesión palpable (sospechosa)
- Sospecha de Paget
- Lesión dérmica sospechosa (Melanoma-Ca. piel)

BR 2. Posible recomendación terapéutica en:

- Quiste simple doloroso → aspirac. sintomática
 - Ruptura de prótesis → Interconsulta Cx para decidir
 - Abscesos, edemas o hematomas
 - Algunos casos de cuerpos extraños
 - Algunos casos de ginecomastia masculina
- En todos los BR discordantes se debe colocar la recomendación del BR original MÁS la nota. Es decir, se informa con el BR que le corresponde por la imagen, pero se pone nota adicional de recomendación.

Discordancia BI-RADS entre modalidades (MX.P.148-149)

En caso de discordancia de BI-RADS entre modalidades o métodos o ante discrepancia BI-RADS entre mamas D/I: *se colocará el BR más sospechoso.*

Tabla VII. Escala de anormalidad

Birads	Grado de jerarquía
1	Menor
2	
3	
6	
0	
4	
5	Mayor

