

Biopsias percutáneas en pacientes jóvenes menores de 35 años: correlación anátomo-radiológica

Pamela Franchini, Paola Pucci,* Lucía Santamarina Zubizarreta,** Verónica Fiore,*** Camila Rostagno,* Román Rostagno**

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres, aunque es de baja incidencia en pacientes jóvenes.

Objetivos

Analizar retrospectivamente las biopsias realizadas en pacientes menores de 35 años, en el Grupo Médico Rostagno en el período comprendido entre enero de 2010 y enero de 2015, clasificarlas según edad, presentación clínica e imagenológica y realizar una correlación anátomo-radiológica.

Material y método

Se estudiaron 381 biopsias realizadas a pacientes de hasta 35 años en el período comprendido entre enero de 2010 y enero de 2015.

Resultados

La mayoría de las biopsias –247(66%)– se realizaron en pacientes mayores de 30 años. Únicamente 28 (8%) fueron clínicamente palpables.

Sobre el total, 328 (89%) correspondieron a lesiones nodulares diagnosticadas por ecografía, según categoría BI-RADS; 187 (50%) se clasificaron BI-RADS 4.

* Grupo médico Rostagno, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

** Centro de Estudios Médicos Penta, Comodoro Rivadavia, Chubut.

*** Instituto de Ecografía y Radiodiagnóstico “Dr. O. García”, Pergamino, Provincia de Buenos Aires

Correo electrónico de contacto:
p-franchini@hotmail.com

Por otra parte, 301 (81%) fueron core biopsia bajo guía ecográfica. Únicamente 20 (5%) fueron malignas, y el carcinoma más frecuente fue el Carcinoma Ductal Infiltrante (55%).

Conclusiones

Las pacientes jóvenes presentan, en su mayoría, lesiones nodulares, con una baja incidencia de lesiones malignas.

La lesión maligna más frecuente fue el Carcinoma Ductal Infiltrante tipo NOS de alto grado histológico.

Palabras clave

Cáncer de mama. Mujeres jóvenes. Menos de 35 años.

SUMMARY

Introduction

Breast cancer is the most frequent in women, although it is of low incidence in young patients.

Objectives

To analyze retrospectively biopsies performed in patients under 35 years of age, classify them according to age, clinical and imaging presentation and perform an anatomico-radiological correlation.

Materials and method

We studied 381 biopsies performed on patients up to 35 years of age in the period between January 2010 and January 2015.

Results

The majority of biopsies 247 (66%) were performed in patients older than 30 years, only 28 (8%) were clinically palpable.

328 (89%) corresponded to nodular lesions, diagnosed by ultrasound, according to BI-RADS category 187 (50%) were classified BI-RADS 4.

301 (81%) were Core biopsy under ultrasound guidance. Only 20 (5%) were malignant, and the most frequent carcinoma was Infiltrating Ductal Carcinoma (55%).

Conclusions

Young patients have mostly nodular lesions, with a low incidence of malignant lesions.

The most frequent malignant lesion was nos type Infiltrating Ductal Carcinoma of high histological grade.

Key words

Breast Cancer. Young women. Up to 35 years old.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer. Se estima que se presenta en una de cada 8 mujeres a lo largo de su vida. En la Argentina –donde se considera un problema de salud pública por ser la primera causa de muerte por cáncer en mujeres– tiene una incidencia de 71 en 100.000 mujeres con una tasa de mortalidad de 18/100.000 mujeres. La incidencia varía de acuerdo con la región estudiada. Influyen en eso factores ambientales, dietarios y raciales.

Se observa un aumento creciente de los índices de incidencia específica por edades, hasta la menopausia. La probabilidad de presentación aumenta progresivamente desde los 30 años y sigue un incremento formando dos picos de máxima incidencia: el primero entre los 35 y 45 años y el segundo después de los 55 años. El predominio corresponde claramente a la raza blanca: hay una mayor incidencia en mujeres caucásicas (13,1%) que en afro-americanas (9,5%) o japonesas, con un RR francamente menor, cercano al 3%.

Es menos frecuente entre las mujeres jóvenes. No obstante, en los Estados Unidos, aproximadamente el 5% de todos los casos de cáncer de seno ocurre en mujeres menores de 40 años y es reconocido como un factor de mal pronóstico. Según los datos procedentes de un informe elaborado por el Cancer Research UK, se ha detectado actualmente un incremento de aproximadamente 11% de cánceres en el grupo de edades tempranas (menores a 50 años) en comparación con la década anterior.

Las mujeres que son diagnosticadas a una edad más joven tienen una probabilidad mayor de tener una mutación en el gen BRCA1 o BRCA2. Las que presentan una mutación genética tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de seno o de ovario: una mujer que porta una mutación del gen

BRCA1 o BRCA2 tiene una probabilidad de entre el 40% y 70% de desarrollar cáncer de mama en el transcurso de su vida. Los antecedentes familiares de cáncer de mama también aumentan el riesgo en mujeres jóvenes.

Es significativo el incremento en la práctica diaria de lesiones de sospecha pasibles de ser biopsiadas, en pacientes de edades cada vez más tempranas. Las biopsias percutáneas guiadas por imágenes son el método de elección para diagnóstico en estas pacientes, debido principalmente al bajo valor predictivo positivo en este grupo etario.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis retrospectivo de las biopsias realizadas en pacientes de hasta 35 años de edad en el Grupo Médico Rostagno en el período comprendido entre enero de 2010 y enero de 2015,

Objetivos primarios

1. Determinar la incidencia por edad de las biopsias percutáneas.
2. Caracterizar las imágenes de sospecha y clasificarlas según criterio BI-RADS (nódulo, distorsión, asimetría o microcalcificaciones), evaluando su método diagnóstico.
3. Correlacionar los hallazgos imagenológicos con los resultados de anatomía patológica.

Objetivos secundarios

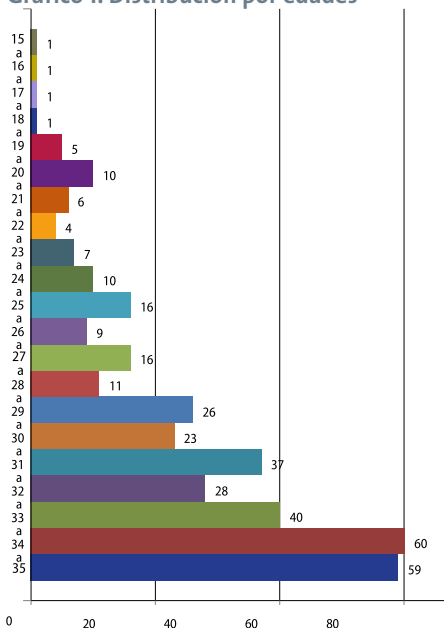
1. Describir la forma de presentación clínica (palpables, no palpables).
2. Describir tipo de biopsias realizadas y frecuencias de acuerdo con el tipo de lesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un análisis de la base de datos de las biopsias percutáneas realizadas a pacientes de hasta 35 años de edad en el Centro de Diagnóstico Mamario “Grupo Médico Rostagno” en el período comprendido entre enero de 2010 y enero de 2015.

Se analizaron 381 biopsias. Se dividió la muestra estableciendo las siguientes variables: edad, forma de presentación (palpables y no palpables) y criterio BI-RADS, método de diagnóstico, tipo de biopsia realizada y resultado de anatomía patológica.

Gráfico 1. Distribución por edades



El diseño del estudio es retrospectivo, descriptivo, analítico, utilizándose la estadística descriptiva para graficar los resultados.

RESULTADOS

Del total de las 381 biopsias analizadas, 10 arrojaron resultados no concluyentes por lo cual fueron excluidas de este estudio. Del análisis de las 371 biopsias restantes, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación.

Distribución por edades

Se estudiaron pacientes con edades de entre 15 y 35 años: el mayor porcentaje de lesiones se observa en las pacientes mayores de 30 –n=247 (66%)–, identificándose el mayor número a los 34 años –n=60 (16,12%)– seguido por el grupo de 35 años –con 59 (15,86%)–. (Gráfico 1)

Forma de presentación clínica e imagenológica

En relación con la forma de presentación clínica, 28 de las 371 biopsias que se llevaron a cabo fueron nódulos palpables (7,54%). (Gráfico 2)

Se observa que 328 de las 371 biopsias fueron realizadas por imágenes nodulares, lo que corresponde a un 88,40%. (Gráfico 3)

El resto de las biopsias (11,60%) se divide en las realizadas sobre: microcalcificaciones n=29; masas sólido-quísticas complejas n=5; ganglios n=3; desestructuraciones n=3; asimetrías focales n=2; y quiste tabicado n=1.

Gráfico 2. Presentación clínica de las lesiones

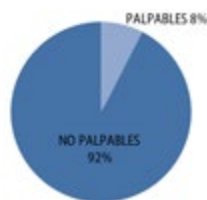
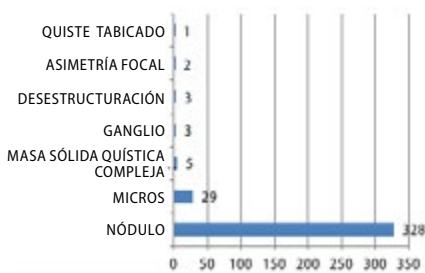


Gráfico 3. Presentación de las lesiones por imágenes



Categorización BI-RADS de las lesiones

Al realizar la evaluación de las biopsias según la categorización BI-RADS, el mayor porcentaje de las mismas presenta categorías BI-RADS 3 (39% n=144) y BI-RADS 4 (50% n=187), en tanto que las lesiones categorizadas como BI-RADS 5 (n=9) correspondieron al 3% del total. (Gráfico 4)

Distribución de acuerdo con el tipo de biopsia realizada

Según el tipo de biopsia realizada, de las 371, 301 (81,13%) fueron core biopsias bajo guía ecográfica con aguja 14G sobre lesiones nodulares y solo una para biopsiar microcalcificaciones extensas que eran visibles ecográficamente.

En dos oportunidades (0,53%) se realizaron core biopsias bajo guía estereotáxica para biopsiar microcalcificaciones.

37 biopsias (9,97%) de nódulos fueron realizadas con aguja fina bajo guía ecográfica.

Gráfico 4. Clasificación BI-RADS

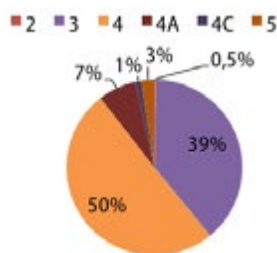


Gráfico 5. Tipos de biopsias realizadas

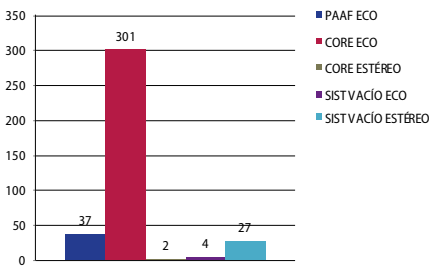


Gráfico 6. Distribución anatómo-patológica de las lesiones



Gráfico 7. Resultados de Anatomía Patológica. Distribución de las lesiones

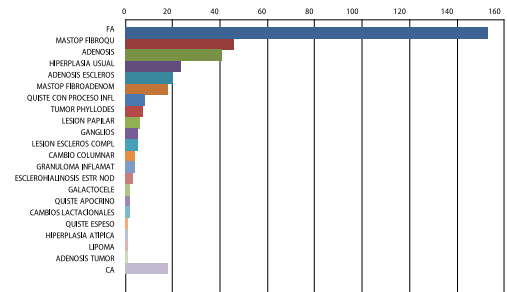
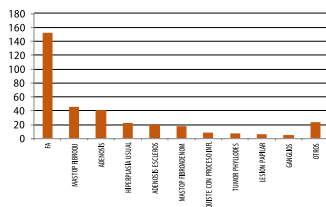
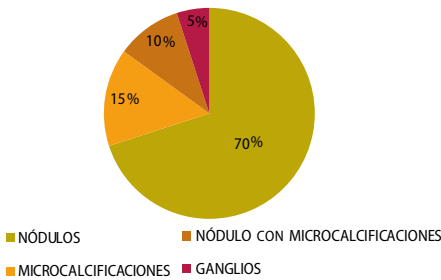


Gráfico 8: Distribución de las lesiones no malignas (benignas y con potencial maligno incierto)



El sistema de vacío se utilizó en 31 biopsias (8,35%): en 27 (7,27%) bajo guía estereotáxica para microcalcificaciones y asimetrías focales visibles solo radiológicamente; y en 4 (1,07%) con guía ecográfica en dos imágenes nodulares, una masa sólido-quística compleja y una de microcalcificaciones. (Gráfico 5)

Gráfico 9. Presentación imagenológica de las lesiones malignas



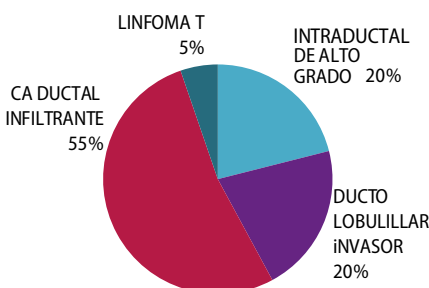
Clasificación anatómo-patológica

Al revisar los resultados de anatomía patológica, observamos un franco predominio de lesiones benignas –328 (88,40%) (Gráfico 6)–, las cuales se dividen en: 153 (41,23%) fibroadenomas; 64 (17,25%) mastopatías, el 39% fibroquísticas; 23 (6,19%) hiperplasias ductales usuales; y 61 (16,44%) adenosis, de las cuales 20 (5,39%) tuvieron diagnóstico de adenosis esclerosante.

Se observaron también 23 (6,19%) lesiones clasificadas como “con potencial maligno incierto”, entre otras: 7 (1,88%) Tumor Phyllodes, 6 lesiones papilares (1,61%) (Imagen 1) y 5 lesiones esclerosantes complejas (1,33%) del total de las lesiones (Gráfico 7 y 8).

Un bajo porcentaje del total de las biopsias (5%) correspondió a lesiones con diagnóstico de malignidad (Gráfico 6): 18 carcinomas mamarios y 2 lesiones ganglionares que correspondieron a metástasis de cáncer de mama y linfoma T.

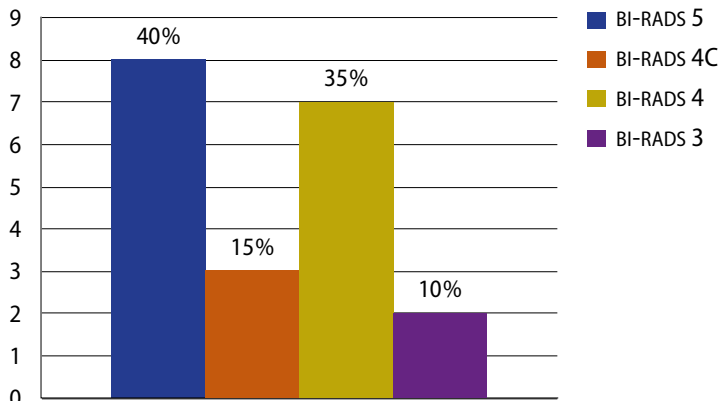
Gráfico 10. Clasificación anatómo-patológica de las lesiones malignas



Sobre las biopsias malignas se realizó un análisis más detallado, del cual hemos obtenido la siguiente información: estas lesiones predominan en pacientes con edades mayores a 30 años (50%); en su gran mayoría (70%) se presentan como imágenes nodulares –dos (10%) de los cuales fueron nódulos con microcalcificaciones asociadas– y en 15% como microcalcificaciones. (Gráfico 9, Imágenes 2, 3, 4, 5 y 6)

Por su estirpe histológica se dividen en: 11 carcinomas ductales infiltrantes (55%), 4 carcinomas ductolobulillar invasores (20%), 4 carcinomas intraductales de alto grado (20%), 1 Linfoma T (5%). (Gráfico 10)

Gráfico 11. Categorización BI-RADS de las lesiones malignas



Las lesiones malignas fueron categorizadas BI-RADS 3 en un 10%, BI-RADS 5 en un 40% y BI-RADS 4 en un 50%, de los cuales el 15% se categoriza como BI-RADS 4C. (Gráfico 11)

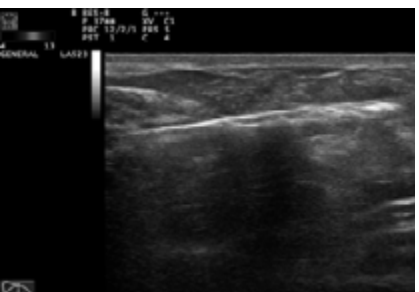
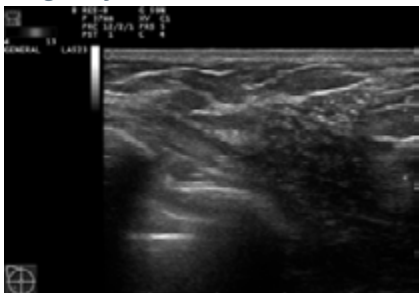
DISCUSIÓN

La idea de que la edad es un factor condicionante del pronóstico del cáncer de mama continúa siendo tema de controversia. Debido a que múltiples factores influyen en la evolución de esta enfermedad, no es sencillo establecer la edad como un factor independiente.

Imagen 1. Masa sólido-quística por ecografía. Biopsia Core: Lesión Papilomatosa



Imagen 2 y 3. Microcalcificaciones



La media de edad que se menciona en la literatura cuando nos referimos a pacientes menores de 35 años oscila en los 32 años,^{1, 2, 7, 8} lo cual es coincidente con lo visto en nuestro estudio donde el mayor porcentaje de pacientes supera los 30 años con una media de 31 años.

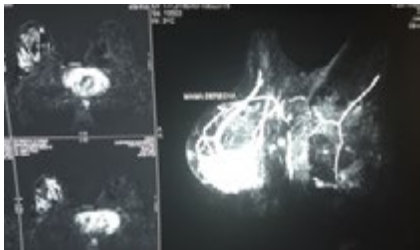
En relación con los antecedentes familiares –dato que no es posible evaluar en nuestra serie–, creemos que tienen una influencia cada vez mayor en la cantidad de biopsias realizadas a mujeres de edades tempranas, tanto porque la concientización acelera la consulta como por el mayor temor que genera angustia en la paciente. En determinados casos, esto lleva a la realización de biopsias en lesiones de apariencia benigna, categorizadas BI-RADS 2 y 3, y en otros casos adelanta la oportunidad diagnóstica.

La detección de los tumores mamarios en pacientes jóvenes es dificultosa debido principalmente a la densidad del tejido glandular; esto es más pronunciado en las mujeres embarazadas o lactantes, situaciones que suceden con bastante frecuencia en el grupo etario analizado.

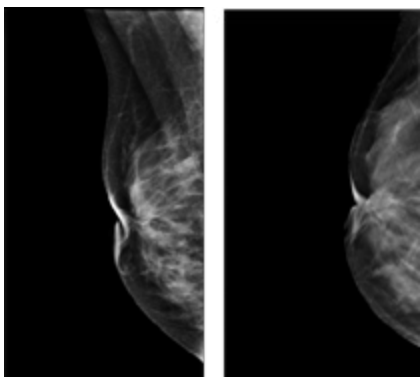
Por estos motivos, resulta imprescindible destacar la importancia de la ecografía mamaria en el diagnóstico de estas pacientes,^{1, 8} dado que –según ha quedado demostrado en nuestro estudio– es mediante este método que se realiza la mayoría de los diagnósticos y biopsias (92,17%).

Al realizar el análisis de la forma de presentación clínica, hemos encontrado discordancia con los trabajos revisados; estos refieren que, en este grupo etario, se encuentra mayor porcentaje de lesiones palpables;^{1, 4, 7, 8, 13, 17, 18} en cambio, en nuestro estudio, el porcentaje de lesiones palpables es bajo (8%), y, si solo evaluamos las que resultaron malignas, el porcentaje es menor (5%), lo que, se interpreta, se debe a que este dato es frecuentemente omitido tanto por la paciente al momento de la realización del estudio como también por el médico derivante en la orden de referencia.

Imagen 4. RMI corte axial con contraste y reconstrucción MIP, MD: realce heterogéneo con predominio inferior y externo: Carcinoma intraductal de alto grado



Imágenes 5 y 6. Lesión nodular con contornos espiculados y microcalcificaciones, Mamografía MLO y Tomosíntesis de MD. Carcinoma invasor tipo NOS



Al analizar nuestra serie, se puede ver que, de las lesiones sometidas a una biopsia percutánea, el porcentaje que representan las lesiones malignas es bajo (5%), lo que coincide con las cifras descriptas en numerosos trabajos, donde oscilan entre el 2 y el 7%.^{1, 4, 5, 8, 12}

También es coincidente, en el caso de la serie estudiada, con la clasificación BI-RADS asignada a las lesiones al momento del diagnóstico, donde el 96% de las mismas estaban clasificadas como BI-RADS 4A o menor.

La estirpe histológica es concordante con la observada en diversos trabajos, los cuales describen que las pacientes jóvenes poseen tumores de mayor agresividad y, en su mayoría, de tipo ductal infiltrante.^{1, 4, 7, 8, 9, 19} en nuestra serie, los ductales infiltrantes superan el 50% .

Al realizar análisis comparativo con el grupo etario de mayor edad, las diferencias que más se destacan en la bibliografía radican principalmente en el tamaño de la lesión al momento del diagnóstico, el estatus tumoral y la incidencia de lesiones con tipos histológicos más agresivos y, por supuesto, mayor porcentaje de lesiones de estirpes malignas. Estas lesiones rondan, en estas pacientes, en el 30%, y la mayor incidencia se observa –según las series– a los 46 años, si hacemos referencia a mujeres pre menopáusicas, y a los 55-58 años en otras series que incluyen a todas las pacientes sin límite de edad.^{1, 2, 7, 8}

En lo que respecta al diagnóstico, es en este grupo etario, de mayor edad, donde aumenta la utilidad de la mamografía como método diagnóstico debido principalmente a que la densidad mamaria de las pacientes jóvenes disminuye la sensibilidad del método.

CONCLUSIONES

La interpretación de los resultados nos ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

1. La forma de presentación más frecuente, en lo que respecta a las imágenes, corresponde a lesiones nodulares, destacándose la importancia de la ecografía para el diagnóstico de las mismas y como método de elección para la realización de biopsias por punción.
2. De las lesiones biopsiadas en pacientes de 35 años o menos, la mayoría corresponde a lesiones benignas, lo que coincide con los datos obtenidos al analizar la clasificación BI-RADS al momento del diagnóstico.
3. Coincidiendo con los datos aportados por la literatura, se observó preponderancia de tumores de mayor agresividad en estas pacientes, con mayoría de tumores de tipo ductal infiltrante.

REFERENCIAS

1. Crosbie ML, Ursino A, Santiso N, Calissano M. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. *Rev Arg Mastol* 2013; 32 (114): 32-45.
2. Di Sibio A, Sánchez ML, Zimmermann A, Santillán F. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. *Rev Arg Mastol* 2013; 32 (114): 6-20.
3. American Cancer Society. Disponible en: <<http://www.cancer.org>>. Acceso: julio de 2015.
4. Cogorno L. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. *Rev Arg Mastol* 2001; 20 (67): 120-132.
5. Di Nubila B, Cassano E, Urban L *et al.* Radiological features and pathological-biological correlations in 348 women with breast cancer under 35 years old. *Breast* 2006; 15: 744-53.
6. Kothari A, Fentiman I. Breast cancer in young women. *Inst J Clin Pract* 2002; 56: 184.
7. Robles-Castillo J, Ruvalcaba-Limon E, Maffuz A, Rodríguez-Cuevas, S. Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. *Ginec Obstet Mex* 2011; 79 (8): 482-488.
8. Allemand D, Núñez de Pierro A, Agejas G, D'Andrea D, Barousse M, Fusari D, Durand G, Berardo C. Evolución del cáncer de mama en mujeres de 35 años o menos. *Rev Arg Mastol* 2003; 22 (76): 246-265.
9. Gerson R, Serrano A, Flores F *et al.* Cáncer de mama en pacientes menores de 35 años. *Anales Médicos del Hospital ABC* 1997; 42 (2): 50-58.
10. Miller BA, Kolonel LN, Bernstein L, Young JL Jr, Swanson GM, West D, Key CR, Liff JM, Glover CS, Alexander GA *et al.* (eds). *Racial/Ethnic Patterns of Cancer in United States 1988-1992* Bethesda, MD: National Cancer Institute NIH Pub. No. 96-104, 1996.
11. Rosen P, Lesser M, Kinne D *et al.* Breast Carcinoma in women 35 years of age or younger. *Annals of Surgery* 1984; 199: 133-142.
12. Bullier B, MacGrogan G, Bonnefoi H *et al.* Imaging features of sporadic breast cancer in women under 40 years old: 97 cases. *Eur Radiol* 2013; 23: 3237-3245.
13. Adami H, Malke B, Holmberg L. The relation between survival and age at diagnosis in breast cancer. *N Engl J Med* 1986; 513: 559-563.
14. Acevedo Soto D, López Barrera Y *et al.* Lesiones Mamarias Histológicas de alto riesgo. Correlación radio-patológica y seguimiento. II Congreso Español de la Mama (Poster), 2015.
15. Martínez-Cruz G *et al.* Cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Una evolución desfavorable cada vez más frecuente en la práctica clínica. *GAMO* 2010; 9 (6): 242-245.
16. Alonso Roca S, Torres Tabanera M. Lesiones Mamarias Histológicas de alta riesgo, un dilema aristotélico: actualización respecto a su manejo-controversias. *SERAM*, 2014 (Poster).
17. Bernardello E, Margosian J, Otero D, Villavicencio L. Demora en la consulta en la paciente con cáncer de mama. Análisis de más de 20 años. *Rev Arg Mastol* 1986; 5 (14): 8-11.
18. Wlaker RA, Lees E, Webb MB, Dearing SJ. Breast carcinomas occurring in young women (<35 a) are different. *Br J Cancer* 1996; 74: 1796-800.
19. Jimor H, Al-Sayer SD, Heys S, Payne I, Miller A *et al.* Breast cancer in women aged 35 and under: prognosis and survival. *J R Coll Surs Edinb* 2002; 47(5): 693-699.

DEBATE

Dr. Bustos: Muy prolijo el trabajo. La observación que surge es que ustedes “pinchan” demasiados BI-RAD 3. La mayoría seguramente fueron fibroadenomas, por ser pacientes jóvenes.

Dr. Billinghamurst: Cuando ustedes ven, como dice el doctor Bustos, BI-RAD 3 o quistes complejos que consideran que deben ser operados, ¿ustedes rebotan la punción?

Dra. Franchini: No.

Dr. Billinghamurst: ¿La hacen aunque no estén convencidos de que corresponda? ¿No llaman a alguien y dicen “mejor operarla”?

Dra. Franchini: Biopsiamos mucho BI-RAD 3. Hay médicos con los que nos podemos manejar; en general, cuando el doctor nos consulta y nosotros le decimos qué nos parece mejor; pero no se trata de llamarlo cuando la paciente ya vino con indicación; entonces, la paciente viene con la indicación de la biopsia, se la recepciona, se le da un turno, se le realizan los estudios y vuelve directamente el día de la biopsia, cuando la ve la doctora que la va a punzar.

Dra. Azar: El médico de cabecera es el que tiene que tomar la conducta. De última, se lo llama a él si te parece que no es la conducta adecuada o cuando viste la imagen que te mandan a punzar. Pero me parece que el que tiene que manejar la información es el que conoce a la paciente, porque muchos de los BI-RAD 3 que mandamos a punzar son pacientes cancerofóbicas, con muchos antecedentes familiares; es decir, uno no manda punzar porque sí a todos los BI-RAD 3. Con lo cual me parece que está bien que el manejo lo hagan el mastólogo y el imagenólogo, si bien se puede hablar con el profesional: está bien que se haga lo que hacen ustedes.

Dr. Bustos: Vale la aclaración, porque, si yo recibiera una imagen del Centro de ustedes en la que

me hablan de que es un BI-RAD 3 con un quiste o por lo que sea, bárbaro; pero muchas veces –por los menos eso es lo que hago yo–, cuando mando hacer una punción bajo guía ecográfica, les explico que van a rever la imagen. Porque, si es un quiste, no tiene sentido pincharlo; y hay Centros que te llaman para decirte: “Mirá es un quiste. ¿Qué hacemos?” “No lo pinches”. Realmente uno tiene que volver a valorar la imagen. Por ahí, lo que vio el ecografista vos no la encontrás, y, si no la encontrás, no pinchás. Eso hay que aclarárselo al paciente antes. Porque, si no te dice: “Usted me mandó pinchar y no me pincharon”; y si no le ven la lesión, no se la van a pinchar. Y esto no es tan infrecuente. Creo que nosotros debemos tener ese mensaje también con la paciente porque, como dijo el doctor, a veces no se pinchan, no se deben operar porque no hay nada para operar. Yo veo que hay un excesivo pedido de punción histológica a los BI-RAD 3; esto es la percepción que yo tengo. Muchas veces nosotros mandamos a pinchar un BI-RAD 3 porque tenemos también la percepción de que esto no es un BI-RAD 3; esto no porque sepamos todo, sino porque es un poco la experiencia que uno va adquiriendo; es decir, hay un sentido que vas desarrollando respecto de la imagen. Primero hay que ver los estudios anteriores, porque si la imagen no estaba, aunque sea un BI-RAD 3 hoy es un BI-RAD 4 porque no estaba la imagen. Es decir, que tenga las características que tira para un BI-RAD 3 no significa que uno no pueda pedir una biopsia. El problema es cuando se piden biopsias de más porque no lo maneja la gente que debe manejarlo, que es la gente que hace la mastología.

Dr. Billinghamurst: Como dice la doctora Azar, a veces ellos reciben al paciente y no conocen la historia que conocemos nosotros. Pero, a una paciente que tiene un BI-RAD 3 y tiene 3 hermanas operadas de cáncer de mama, la manejo distinto:

tal vez, entre la cancerofobia y los antecedentes, a esa paciente la mando a punzar. Por ahí, lo que uno tiene que hacer es aclararlo en el pedido nomás. Pero pasa que hay un montón de esos casos de BI-RAD 3 en los que con una situación familiar distinta no lo harías.

Dr. Uriburu: Realmente tu trabajo está muy prolijo y mostrás bien los resultados de lo que te tocó hacer. Pero también a mí me llama la atención ese tema –que no es cuestión tuya porque vos simplemente hiciste el análisis, y es muy prolijo–. En 391 casos, un 5% de carcinomas es lo que uno espera en este grupo etario; pero, realmente, hacer tantas punciones para encontrar eso... Habría que cuestionarse la sobreindicación del estudio. Hay alrededor de un 40% y más de fibroadenomas, y lo que se ha estado discutiendo es alrededor de un 40% de BI-RAD 3 que se han puncionado. Me llama la atención –la exposición fue un poquito rápida y por eso no tomé el dato– lo siguiente: el grupo etario es de 15 a 35, y no deben ser pocas las pacientes de 15 a 25 años que se han hecho punciones. Me cuestiono por qué. No sé si habrán encontrado algún carcinoma en ese grupo. Tal vez ahí uno se debería cuestionar: hacerle la punción a una chica de 15, 16, 17, 18, 19, 20 años. ¿Cuántas eran de entre 15 y 25 años?

Dra. Franchini: No tengo el número exacto; hay un pico que llega a 10 a los 18, y después son todas 1, 1, 5, son poquitas. Analicé que la mayoría eran mayores de 30 por suerte y que había un pico a los 34 y otro a los 35.

Dra. Avegno: Quería preguntarte por qué tenían un 10% de punciones con aguja fina con PAF, si eso también son órdenes de afuera o ustedes eva-

lúan la imagen y hacen el cambio, digamos la solicitud.

Dra. Franchini: Es muy raro que nosotros hagamos un cambio, pero si la imagen es quística sí se cambia el tipo. Digamos quística nada más, quiste simple; en ese caso, sí se cambia. Pero, en general, se respeta lo que pide el doctor. Lo mismo ocurre si hay que hacer con SUROS o sin SUROS; también eso se respeta. Lo que quería decir de las pacientes que vienen a verse con indicaciones es que, a veces, no podemos hacer la biopsia en los casos con estereo cuando la lesión es muy posterior o muy anterior; no nos da el espesor de la mama. En esos casos, se le explica a la paciente. Nos ha pasado de no encontrar la lesión en pacientes con ecografía; y en esos casos también se le ha explicado a la paciente. Pero, cuando encontramos la lesión y es claramente esa lesión la que el doctor mandó biopsiar, por más que sea un BI-RAD 3, se nos dificulta.

Dra. Avegno: Te hago una consulta: si yo no entendí mal, había un 10% de los carcinomas que eran BI-RAD 3. ¿Puede ser? Esas pacientes, ¿eran categorizadas por ustedes o venían de afuera y las recategorizaron?

Dr. Franchini: La mayoría de los pacientes son nuestros y vuelven para las punciones, pero tenemos un porcentaje alto de pacientes derivados solo para punción que vienen con diagnóstico de otros lados.

Auditorio: Son imágenes nodulares de bordes netos. Muchas de estas pacientes jóvenes tienen ese tipo de tumores, Triple Negativo, medular, etc., que tienen características de benignidad.