

LESIONES B3 DE LA MAMA. DESDE LA BIOPSIA QUIRÚRGICA A LA CONDUCTA MÍNIMAMENTE INVASIVA - MIRADA DEL IMAGENÓLOGO.

Dra. María Lucrecia Ballarino

Las lesiones de potencial maligno incierto, "borderline" o B3 se diagnostican en las biopsias percutáneas de mama con una frecuencia que varía entre 3.3-12.6%.¹

Constituyen un grupo heterogéneo de entidades con expresión imagenológica diversa y un "upgrade" a lesiones malignas luego de la exéresis quirúrgica entre el 9.9-35.1%.²

Históricamente estas lesiones, diagnosticadas por biopsia percutánea, reciben tratamiento quirúrgico con el fin de confirmar su etiología o determinar la presencia de lesiones malignas.

El "upgrade" a carcinoma ductal in situ (CDIS) o a carcinoma invasor de las lesiones B3 diagnosticadas por punción luego de la exéresis quirúrgica o la utilización de agujas más gruesas varía según las publicaciones y alcanza hasta el 35% con una media de aproximadamente el 20%. Esto significa que 1 de cada 5 pacientes con diagnóstico de lesión "borderline" podría tener una lesión maligna no diagnosticada en la biopsia porque la muestra obtenida no fue suficiente o del sitio adecuado.

Por otra parte, estos datos implican que solo 2 de cada 10 pacientes con lesiones B3 tendrán CDIS o cáncer invasor en la cirugía y van a necesitar una segunda cirugía para completar el tratamiento y evaluar el ganglio centinela; las restantes 8 mujeres no van a beneficiarse con la intervención y la misma podría haberse evitado.

Unidad de Mastología Instituto Oulton.
Córdoba, Argentina

En el contexto de la medicina de precisión, el tratamiento de las lesiones de la mama se ha modificado progresivamente hacia cirugías

más conservadoras y la tendencia es realizar cada vez procedimientos en menos y mínimamente invasivos.

El manejo de las lesiones B3 con todas sus aristas, no escapa a esta tendencia. El desarrollo de los sistemas de biopsia con agujas asistidas por vacío ofrece una alternativa para su manejo.

La biopsia asistida por vacío o BAV es una técnica en la que se utiliza un dispositivo que combina aspiración con vacío, junto con una aguja con un grosor que varía desde 7 a 12G que permite obtener muestras de la lesión de la mama de mejor calidad, a mayor distancia respecto del sitio blanco y con un volumen mayor a 4 gramos.

La BAV se utilizó inicialmente en estereotaxia para el diagnóstico de microcalcificaciones, luego se extendió su uso a lesiones sólo visibles en tomosíntesis y en algunos casos seleccionados de lesiones por ultrasonido.

La posibilidad de extraer un mayor volumen de muestra y de obtener la exéresis completa de lesiones pequeñas, la posicionaron como una alternativa para el tratamiento en lesiones con potencial maligno incierto.

Este procedimiento considerado mínimamente invasivo es denominado exéresis con aguja asistida por vacío (EAV) y consiste en la extracción de las lesiones B3 que han sido diagnosticadas previamente mediante biopsia percutánea con aguja "Core" o con el mismo sistema asistido por vacío.

En el 2016 se publicó el Primer Consenso Internacional sobre el manejo de lesiones B3³, que luego fue actualizado y revisado en 2019.⁴

En el mismo se recomienda el manejo mínimamente invasivo de todas las lesiones B3 mediante EAV, exceptuando la hiperplasia epitelial con atipia (HEA) y los tumores filodes, en los cuales la indicación sigue siendo la exéresis quirúrgica.

Este consenso recomienda además un control imagenológico más frecuente luego de la exéresis con aguja asistida por vacío en la atipia epitelial plana, neoplasia lobular clásica y en los papilomas.

En el 2021 se publicaron los resultados del manejo de las lesiones B3 del Programa de Screening Mamario en Inglaterra que, a diferencia del Consenso Internacional, incluye la HEA dentro del manejo mínimamente invasivo con aguja asistida con vacío.⁵ Se consideró incluirla con la idea de evitar la doble intervención quirúrgica en las pacientes con "upgrade" a cáncer en la exéresis.

Se excluyen del manejo con aguja asistida por vacío en esta publicación a los papilomas con atipia y las lesiones fibroepiteliales.

Entre sus resultados el 73.8% de las lesiones con atipia y el 65.1% de las lesiones sin atipia fueron tratadas con exéresis con aguja asistida por vacío. El “upgrade total” de las lesiones con y sin atipia fue de 16.57% similar a las publicaciones de “upgrade” de las lesiones tratadas con cirugía.⁶

En la práctica clínica hay cuestiones importantes a considerar en el momento de decidir el manejo de las lesiones B3.

Es imprescindible de inicio tener en cuenta el riesgo individual de la paciente con lesión B3; en particular historia personal de cáncer de mama, biopsias previas con lesiones B3, antecedentes familiares, etc.

Es fundamental el manejo multidisciplinario con especial énfasis en la correlación anatomo-radiológica; la opinión del patólogo que debe confirmar la naturaleza de la lesión B3 informada, su concordancia con los hallazgos imagenológicos y en algunos casos la confirmación con marcadores de inmunohistoquímica.

Cuando la lesión residual post-biopsia es mayor a 2.5 cm la posibilidad de EAV queda excluida.

Es de utilidad que en la biopsia inicial se haya dejado marca en el sitio de punción y es deseable que en la EAV se extraiga el clip colocado previamente y se marque el sitio de exéresis con uno nuevo.

En el Consenso Internacional y en la publicación de la experiencia en Inglaterra no hay recomendaciones o referencias respecto del aporte de los métodos de imagen funcionales, tales como la RM mamaria o la mamografía con contraste en la toma de decisión y en el seguimiento.

Algunas publicaciones consideran que los métodos funcionales aportan información que podría colaborar en la toma de decisión respecto de la exéresis quirúrgica vs la utilización de procedimientos mínimamente invasivos y en el seguimiento de estas pacientes consideradas de riesgo intermedio.

La RM mamaria multiparamétrica con curvas dinámicas y secuencia de difusión podría predecir el riesgo de “upgrade”.⁷ La RM mamaria puede además descartar la presencia de lesiones invasoras asociadas en pacientes con HEA, dado el alto valor predictivo negativo.⁸

Muy poco hay publicado respecto de la utilidad de la mamografía con contraste, pero dada su disponibilidad progresiva y su costo accesible es probable que en el futuro sea un método de seguimiento

de estas pacientes en lugar de la mamografía 2D/3D. En la publicación de Bicchierai et al. consideran que la ausencia de áreas de realce sospechosas en pacientes con lesiones B3 diagnosticadas por biopsia percutánea orientan la indicación de exéresis con aguja asistida por vacío.⁹

María tiene 45 años y en una ecografía de rutina le diagnostican un nódulo isoecogénico, irregular con margen angulado en el CSE de la mama derecha periférico, vascularizado de 8 mm y categorizado BI RADS 4. El diagnóstico histopatológico mediante punción con aguja gruesa 14G resultó un papiloma sin atipia.

Graciela de 57 años se realizó la mamografía de control anual y le informaron un grupo de microcalcificaciones amorfas en el CSI de la mama izquierda, no presentes en estudio previo que se categorizan BI RADS 4 B. El diagnóstico histopatológico mediante punción con aguja 9G asistida por vacío fue HEA.

¿Qué deberíamos decidir en cada caso? ¿Qué deberíamos considerar? ¿Qué aguja se utilizó y cuántas muestras se obtuvieron? ¿Se dejó marca metálica en el sitio de punción? ¿Cuál fue el tamaño de las lesiones? ¿Se extrajeron completamente las microcalcificaciones? ¿Hay correlación entre los hallazgos histopatológicos y las imágenes? ¿Le hacemos RM? ¿Cuál es el riesgo de esta paciente? Son algunos de los interrogantes en la toma de decisión

Cuando todas estas condiciones son favorables, deberíamos comenzar a pensar si los nuevos lineamientos internacionales son aplicables a nuestras pacientes y si estamos en condiciones de ofrecerles una alternativa menos invasiva.

Y me pregunto... para reflexionar, ¿no estamos en una situación que se parece al momento en el cual comenzamos a transitar, hace más de 20 años, la utilización de la biopsia percutánea guiada por imágenes para el diagnóstico de las lesiones mamarias no palpables en reemplazo de la biopsia quirúrgica?

REFERENCIAS

1. Pinder SE, Shaaban A, Deb R, et al. NHS Breast Screening multidisciplinary working group guidelines for the diagnosis and management of breast lesions of uncertain malignant potential on core biopsy (B3 lesions). *Clin Radiol* 2018; 73(8):682-692. ◀
2. Bianchi S, Caini S, Renne G, et al. Positive predictive value for malignancy on surgical excision of breast lesions of uncertain malignant potential (B3) diagnosed by stereotactic vacuum-assisted needle core biopsy (VANCB): a large multi-institutional study in Italy. *Breast* 2011; 20(3):264-270. ◀
3. Rageth CJ, O'Flynn EA, Comstock C, et al. First International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat* 2016; 159(2):203-13. ◀
4. Rageth CJ, O'Flynn EAM, Pinker K, et al. Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat.* 2019; 174(2):279-296. ◀
5. Sharma N, Cornford E, Cheung S, Price H, Kearins O. The impact of vacuum-assisted excision in the management of indeterminate B3 lesions in the NHS Breast Screening Programme in England. *Clin Radiol* 2021; 76(6):470.e23-470.e29. ◀
6. Forester ND, Lowes S, Mitchell E, Twiddy M. High risk (B3) breast lesions: What is the incidence of malignancy for individual lesion subtypes? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol* 2019 Apr;45(4):519-527. ◀
7. Hussein SA, EL-Dhurani S, Abdelnaby Y, et al. High-risk breast lesions: role of multi-parametric DCE-MRI in detection and histopathological upgrade prediction. *Egypt J Radiol Nucl Med* 53, 212 (2022). ◀
8. Tsuchiya K, Mori N, Schacht DV, et al. Value of breast MRI for patients with a biopsy showing atypical ductal hyperplasia (ADH). *J Magn Reson Imaging.* 2017; 46(6):1738-1747. ◀
9. Bicchierai G, Nori J, De Benedetto D, et al. Role of contrast-enhanced spectral mammography in the post biopsy management of B3 lesions: Preliminary results. *Tumori* 2019; 105(5):378-387. ◀