

Manejo actual de lesiones B3. Encuesta a los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología.

Julia Berwart¹, Gabriela B. Candás¹, Juan A.M. Isetta¹, Lucas Cogorno¹, Agustina González Zimmermann¹, Santiago V. Acevedo¹, M. Agustina Bemí¹, M. Delfina Ocampo¹, Belén De Fazio¹, Juan. L Uriburu¹

RESUMEN

Introducción

El manejo de las lesiones B3 es fuente de controversia. La falta de consensos debido a la escasez de estudios diseñados y a la enorme variación en la tasa de subestimación diagnóstica publicada, dificultan la unificación en su manejo, el cual difiere entre los distintos países e incluso entre los profesionales de una misma institución.

Objetivo

Analizar la conducta actual en el manejo de lesiones B3 entre los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología. .

Material y método

Se realizó una encuesta por correo electrónico. Respondieron 226 miembros.

1. Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

Correo electrónico: dra.juliaberwart@gmail.com

Resultados

En el manejo de cada una de las lesiones B3 la opción quirúrgica fue la más frecuente, siendo para Tumor Phyllodes y lesiones papilares con atipia la más consistente, con un 96.5% de recomendación de escisión quirúrgica, seguidas por la hiperplasia ductal atípica con un 79,2%.

Al comparar la pertenencia o no a una Unidad de Mastología, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el manejo de las lesiones B3.

Al comparar según especialidad (mastología vs. Especialista en diagnóstico por imágenes), se observa una tendencia a la conducta de re punción por biopsia asistida al vacío, seguimiento y a la opción "depende de ciertos factores" por parte de los especialistas en diagnóstico por imágenes, que resultó estadísticamente significativa al comparar el manejo de hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobulillar atípica y atipia epitelial plana, y no estadísticamente significativa para el resto.

Conclusiones

Los resultados de la presente encuesta ponen de manifiesto la variabilidad que existe entre los profesionales en el manejo de las lesiones B3 y la necesidad de implementación de guías/consensos al respecto.

Palabras Clave

Lesiones B3 mamarias, biopsia escisional, biopsia quirúrgica, seguimiento, subestimación diagnóstica.

ABSTRACT

Introduction

The management of B3 lesions is controversial. The lack of consensus due to a paucity of studies and the considerable variation in the published rates of diagnostic underestimation make it difficult to unify management, which differs from country to country and even among specialists in the same institution.

Objective

To evaluate the current management of B3 lesions by members of the Argentine Society of Mastology.

Material and method

An e-mail survey was conducted. A total of 226 members responded.

Results

For the management of each of the B3 lesions, the option of surgery was the most frequently selected, being the most consistent option for phyllodes tumor and papillary lesions with atypia, with 96.5% recommending surgical excision, followed by atypical ductal hyperplasia in 79.2%.

When comparing respondents that worked at a Mastology Unit with those who did not, no statistically significant differences were found in the management of B3 lesions.

When comparing according to specialty (mastology vs. imaging), there was a trend towards the use of vacuum-assisted biopsy, follow-up and “depends on certain factors” by imaging specialists, which became statistically significant when comparing the management of atypical ductal hyperplasia, atypical lobular hyperplasia, and flat epithelial atypia, but was not statistically significant for the remaining lesions.

Conclusions

The results of this survey highlight the variation in the management of B3 lesions among specialists and the need for the implementation of guidelines/consensus for these entities.

Key words

B3 breast lesions, excisional biopsy, surgical biopsy, follow-up, diagnostic underestimation.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de potencial maligno incierto de la mama (lesiones B3) comprenden a la hiperplasia ductal atípica (HDA), atipia epitelial plana (AEP), las neoplasias lobulillares (NL) -(hiperplasia lobulillar atípica (HLA) y carcinoma lobulillar in situ clásico (CLIS-CL)-, cicatriz radiada (CR), lesión papilar (LP) y al tumor Phyllodes (TP).¹

Las biopsias histológicas percutáneas (biopsia core y biopsia asistida por vacío -BAV-) son el estándar diagnóstico. Históricamente la conducta ante el hallazgo de estas lesiones ha sido la escisión quirúrgica. En las últimas décadas, su manejo experimentó un cambio notable. La BAV que permite extraer un volumen considerable de tejido, extirpando a veces completamente la lesión, demostró que no todas las lesiones B3 tienen indicación quirúrgica, siendo en algunos casos, la vigilancia una conducta adecuada.²

La falta de consensos debido a la escasez de estudios diseñados y a la enorme variación en la tasa de subestimación diagnóstica (SD) publicada, dificultan la unificación de su manejo, el cual difiere entre los distintos países e incluso entre los profesionales de una misma institución.³

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar la conducta actual en el manejo de lesiones B3 entre los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología (SAM).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una encuesta anónima y autoadministrada, que se envió por correo electrónico a los 787 miembros de la Sociedad Argentina de Mastología. Se recibieron 226 respuestas, que fueron obtenidas durante el periodo comprendido entre julio y septiembre de 2021.

El diseño de la encuesta se basó en la realizada por Falomo y colaboradores en 2019³, la cual fue modificada y adaptada y se dividió en 2 secciones. Una primera sección con 5 preguntas generales con datos demográficos y una segunda con 7 preguntas acerca del manejo de lesiones B3 obtenidas mediante biopsia por punción percutánea (BPP). Se incluyeron la HDA, AEP, CR, LP con y sin atipia, TP y dentro de las NL se incluyó a la HLA (se excluyó el CLIS-CL).

Análisis estadístico. Las variables categóricas se describen con el recuento numérico y el porcentaje de cada categoría. Para comparar proporciones se implementó el test de Fisher. Se acepta como nivel de significación estadística un valor de $p < 0.05$. Para hacer los cálculos se utilizó el programa Graph pad prism 8.02.

RESULTADOS

Se obtuvieron 226 respuestas, lo que representa el 28,7% del total de miembros de la SAM.

Características demográficas de los encuestados (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los encuestados. UM: Unidad de Mastología, SAM: Sociedad Argentina de Mastología.

Población total	n: (226)	% (100%)
Especialidades		
Mastología	135	59,7%
Imagenología	43	19,1%
Ginecología	42	18,6%
Cirugía general	5	2,2%
Anatomía patológica	1	0,4%
Lugar de práctica		
Público	88	38,9%
Privado	113	50,0%
Ambos	25	11,1%
Trabaja en una um acreditada por la sam		
Si	77	34,1%
No	149	65,9%
Años de ejercicio		
< De 5 años	30	13,3%
Entre 5 a 10 años	54	23,9%
> A 10 años	142	62,8%

Tabla 2. Manejo de lesiones B3 por parte de los encuestados. BAV: biopsia asistida al vacío, HDA: hiperplasia ductal atípica, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, AEP: atipia epitelial plana, LP: lesión papilar, CR: cicatriz radiada y TP: tumor Phyllodes.

	Escisión quirúrgica	Depende de ciertos factores	Repetir BAV	Control En 6 meses	Control anual
HDA	179 (79,2%)	30 (13,3%)	7 (3,1%)	9 (4%)	1 (0,4%)
HLA	116 (51,3%)	32 (14,2%)	11 (4,8%)	53 (23,5%)	14 (6,2%)
AEP	114 (50,4%)	23 (10,2%)	17 (7,5%)	54 (23,9%)	18 (8%)
LP	74 (32,7%)	32 (14,2%)	15 (6,6%)	73 (32,3%)	32 (14,2%)
LP CON ATIPIA	218 (96,5%)	6 (2,7%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0 (0%)
CR	152 (67,2%)	19 (8,4%)	12 (5,3%)	30 (13,3%)	13 (5,8%)
TP	218 (96,5%)	0 (%)	2 (0,9%)	5 (2,2%)	1 (0,4%)

Tabla 3. Manejo de lesiones B3 comparando pertenencia o no a Unidad de mastología. BAV: biopsia asistida al vacío, HDA: hiperplasia ductal atípica, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, AEP: atipia epitelial plana, LP: lesión papilar, CR: cicatriz radiada y TP: tumor Phyllodes.

Población total	UM: SI (n:77)	UM: NO (n:149)	Valor P
HDA			
Escisión quirúrgica	58 (75,3%)	122 (81,9%)	0,29
Depende de ciertos factores	12 (15,6%)	20 (13,4%)	0,68
Repetir BAV	3 (3,9)	1 (0,7)	0,11
Control en 6 meses	4 (5,2%)	5 (3,3%)	0,49
Control anual	0	1 (0,7)	0,9
HLA			
Escisión quirúrgica	39 (50,7%)	77 (51,7%)	0,88
Depende de ciertos factores	11 (14,3%)	21 (14%)	1
Repetir BAV	5 (6,5%)	6 (4%)	0,51
Control en 6 meses	16 (20,7%)	36 (24,2%)	0,69
Control anual	6 (7,8%)	9 (6,1%)	0,58
AEP			
Escisión quirúrgica	40 (51,9%)	70 (46,9%)	0,48
Depende de ciertos factores	4 (5,2%)	20 (13,4%)	0,06
Repetir BAV	6 (7,8%)	10 (6,8%)	0,78
Control en 6 meses	17 (22,1%)	40 (26,8)	0,51
Control anual	10 (12,9%)	9 (6,1%)	0,08
LP			
Escisión quirúrgica	24 (31,2%)	51 (34,2%)	0,65
Depende de ciertos factores	10 (12,9%)	22 (14,8)	0,84

En la tabla 2 se observa el manejo de cada una de las lesiones B3 por parte de los encuestados, primando la opción quirúrgica en todas ellas. Siendo más frecuente para TP y las LP con atipia (96,5% de elección quirúrgica), seguidas de la HDA con un 79,2%.

Las lesiones B3 en las que con mayor frecuencia se optó por seguimiento o nueva punción fueron; LP sin atipia, AEP e HLA (Tabla 2).

Dentro de la opción “depende de ciertos factores”, parte de los encuestados mencionaron las siguientes: edad de la paciente, comorbilidades, alto riesgo, antecedentes familiares, posibilidad de seguimiento, calibre de la aguja de punción, core vs BAV, lesión palpable, la presencia de imagen remanente post punción, tamaño de la lesión, secreción por pezón y época de pandemia.

Al comparar la pertenencia o no a una unidad de mastología (UM), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el manejo de cada una de las lesiones B3 ($p > 0.05$). Solo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el manejo de CR al considerar la opción “depende de ciertos factores” (15,6% especialistas pertenecientes a UM vs 4,7% no pertenecientes) (Tabla 3).

Repetir BAV	6 (7,8%)	8 (5,4%)	0,56
Control en 6 meses	28 (36,4%)	45 (30,2%)	0,36
Control anual	9 (11,7%)	23 (15,4%)	0,54
LP CON ATIPIA			
Escisión quirúrgica	74 (96,1%)	139 (93,3%)	0,99
Depende de ciertos factores	3 (3,9%)	3 (2%)	0,99
Repetir BAV	0	3 (2%)	0,9
Control en 6 meses	0	3 (2%)	0,9
Control anual	0	1 (0,7%)	0,89
CR			
Escisión quirúrgica	44 (57,1%)	107 (71,8%)	0,55
Depende de ciertos factores	12 (15,6%)	7 (4,7%)	0,009
Repetir BAV	7 (9,1%)	5 (3,4%)	0,11
Control en 6 meses	13 (16,9%)	21 (14%)	0,56
Control anual	1 (1,3)	9 (6,1%)	0,17
TP			
Escisión quirúrgica	74 (96,1%)	141 (94,6%)	0,75
Depende de ciertos factores	2 (2,6%)	0	0,11
Repetir BAV	1 (1,3%)	2 (1,3%)	1
Control en 6 meses	0	4 (2,8%)	0,3
Control anual	0	2 (1,3%)	0,54

Al comparar según especialidad (mastología vs especialista en diagnóstico por imágenes), se observó una tendencia a realizar nueva punción por BAV, conducta de seguimiento y la opción “depende de ciertos factores” por parte de los especialistas en diagnóstico por imágenes, que resultó estadísticamente significativa al comparar el manejo de HDA, HLA y AEP ($p < 0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Manejo de lesiones B3 comparando especialidades de mastología vs especialista en diagnóstico por imágenes. BAV: biopsia asistida al vacío, HDA: hiperplasia ductal atípica, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, AEP: atipia epitelial plana, LP: lesión papilar, CR: cicatriz radiada y TP: tumor Phyllodes.

Población total	Mastólogos (n:135)	Especialistas en dco por imágenes (N:43)	Valor P
HDA			
Escisión quirúrgica	109 (80,8%)	34 (79,1%)	0,82
Depende de ciertos factores	21 (15,6%)	4 (9,3%)	0,44
Repetir BAV	1 (0,7%)	3 (6,9%)	0,04
Control en 6 meses	4 (2,9%)	2 (4,7%)	0,63
Control anual	0	0	0
HLA			
Escisión quirúrgica	77 (57%)	16 (37,3%)	0,03
Depende de ciertos factores	17 (12,6%)	5 (11,6%)	1
Repetir BAV	2 (1,5%)	7 (16,3%)	0,0008
Control en 6 meses	30 (22,2%)	12 (27,9%)	0,56
Control anual	9 (6,7%)	3 (6,9%)	1

AEP			
Escisión quirúrgica	72 (53,3%)	17 (39,6%)	0,16
Depende de ciertos factores	10 (7,4%)	9 (20,9%)	0,02
Repetir BAV	5 (3,7%)	5 (11,6%)	0,06
Control en 6 meses	37 (27,4%)	8 (18,6%)	0,31
Control anual	11 (8,2%)	4 (9,3%)	0,76
LP			
Escisión quirúrgica	47 (34,8%)	10 (23,3%)	0,19
Depende de ciertos factores	21 (15,6%)	6 (13,9%)	1
Repetir BAV	5 (3,7%)	3 (6,9%)	0,4
Control en 6 meses	47 (34,8%)	16 (37,3%)	0,85
Control anual	15 (11,1%)	8 (18,6%)	0,2
LP CON ATIPIA			
Escisión quirúrgica	127 (94,1%)	40 (93,1%)	0,72
Depende de ciertos factores	5 (3,7%)	1 (2,3%)	1
Repetir BAV	0	1 (2,3%)	0,24
Control en 6 meses	3 (2,2%)	0	1
Control anual	0	1 (2,3%)	0,24
CR			
Escisión quirúrgica	93 (68,9%)	28 (65,1%)	0,7
Depende de ciertos factores	14 (10,4%)	2 (4,7%)	0,36
Repetir BAV	5 (3,7%)	5 (11,6%)	0,06
Control en 6 meses	17 (12,6%)	8 (18,6%)	0,32
Control anual	6 (4,4%)	0	0
TP			
Escisión quirúrgica	132 (97,8%)	41 (95,4%)	0,59
Depende de ciertos factores	0	0	
Repetir BAV	1 (0,7%)	1 (2,3%)	0,42
Control en 6 meses	2 (1,5%)	1 (2,3%)	0,56
Control anual	0	0	

DISCUSIÓN

El manejo de las lesiones B3 se encuentra en continuo estudio y es fuente de controversia. Parte de la misma se genera por la tasa de subestimación de los métodos por punción percutánea, que suelen ser en su mayoría CDIS o carcinomas invasores de bajo grado.²

La frecuencia de subestimación de estas lesiones es muy variable en la literatura dependiendo del tipo histológico (0-30%), siendo la HDA la lesión B3 con mayor tasa de SD.⁴

La presencia de atipia está significativamente asociada a la SD. Por esta razón hay una subclasificación en lesiones B3a y B3b dependiendo de la presencia o ausencia de la misma.⁵ Girardi y colaboradores⁶ describen cifras de SD del 4,7% para las lesiones BR3b y del 0,4% para las BR3a.

La SD está relacionada, además con el calibre de la aguja de punción utilizada, el tamaño de la lesión, las características imagenológicas (p. ej. microcalcificaciones versus nódulos) y la experiencia del anatomopatólogo, entre otras.⁵

La VAB o macrobiopsia, utiliza agujas de 7 a 11G permitiendo extraer mayor cantidad de tejido; la biopsia core o microbiopsia, se realiza con agujas de 14G extirpando menor cantidad (3). Cuando se realiza VAB, el material extraído es de aproximadamente 5-10 gramos, siendo la sensibilidad de este método mayor.⁷

Falomo y colaboradores³ publicaron una encuesta en el año 2019, la cual fue la base del presente trabajo, respondida por 41 de 59 instituciones académicas de los EEUU, lo que representa el 69% del total. En nuestro trabajo se obtuvo un 28,7% de respuestas.

El trabajo de Falomo y colaboradores³ pone en evidencia el heterogéneo manejo de las lesiones B3 que existe entre los distintos centros del país e incluso entre los profesionales de una misma institución.

En dicha encuesta la opción quirúrgica fue la conducta más elegida para todas las lesiones B3 al igual que en la nuestra; la HDA y LP con atipia obtuvieron un 95% de recomendación de escisión quirúrgica.³ En nuestra encuesta los TP y las LP con atipia tuvieron un 96.5% de elección quirúrgica, seguidas de la HDA con un 79,2%.

La recomendación actual frente al diagnóstico de TP benigno es la menos controvertida dentro de las lesiones B3. Siendo la resección quirúrgica con márgenes negativos su indicación.⁸

En el consenso europeo "The second International Consensus Conference on Lesions of uncertain malignant potential (B3)" publicado en el año 2019², el 98% de los participantes indicó la escisión de los TP (72% con biopsia quirúrgica y el 22% por escisión asistida al vacío). La recomendación final del consenso fue la escisión quirúrgica con márgenes negativos.³

Basándonos en el consenso europeo, para el resto de las lesiones B3, exceptuando como ya se nombró a los TP y también a la HDA, el manejo mínimamente invasivo con BAV terapéutica es una alternativa válida a la cirugía, en especial para el caso de las NL (HLA y CLIS-CL).²

Las ventajas planteadas a favor de la VAB terapéutica es la posibilidad de realizarla con anestesia local y el menor costo del procedimiento comparado con la cirugía.²

Las guías del Reino Unido⁹ recomiendan individualizar cada paciente y tomar la decisión en conjunto dentro de un equipo multidisciplinario, siendo la VAB la conducta frente a la mayoría de las lesiones B3.

En la revisión publicada por Calhoun y colaboradores⁴ describen cifras de SD del 0 al 10% para el caso de HLA, CLIS-CL, AEP, LP, CR y del 20-30% para la HDA, siendo la conducta ante esta última la escisión quirúrgica. Para el caso de las NL, es aceptable el seguimiento de las mismas en caso de adecuada correlación radiológica-patológica.⁴

Ante CR diagnosticada por biopsia core, lesiones incidentales y menores a 5 mm podrían vigilarse, en cambio en aquellas mayores y asociadas a atipia, debería realizarse biopsia quirúrgica.⁴⁻²

En el consenso de la Sociedad Americana de Cirugía¹⁰ recomiendan que la decisión del manejo de las lesiones B3 obtenidas por biopsia core debe ser llevada a cabo por un grupo multidisciplinario y considerando la decisión de la paciente, teniendo en cuenta la correlación radiológica-patológica, el porcentaje de SD de la lesión, el riesgo de la paciente a desarrollar un cáncer a lo largo de su vida (antecedentes personales y familiares), comorbilidades, expectativa de vida y el seguimiento clínico e imagenológico por al menos dos años si la lesión no es tratada quirúrgicamente. Recomendando la biopsia quirúrgica en caso de HDA, LP con atipia o lesión palpable, y seguimiento para CLIS-CL, HLA y AEP.

Todas estas opciones fueron nombradas por parte de los encuestados para definir la conducta frente al manejo de cada una de las lesiones B3. Otra opción muy nombrada por parte de nuestros encuestados fue el calibre de la aguja utilizada en la punción.

En los últimos años, se han publicado estudios que avalan la seguridad de la VAB terapéutica en el manejo de estas lesiones, aunque los mismos se caracterizan por ser, en su mayoría, retrospectivos, carecer de número significativo de pacientes y poseer escaso tiempo de seguimiento.

En el corriente año, Panzironi y colaboradores¹¹ publicaron un estudio sobre VAB terapéutica para el manejo de lesiones B3 obtenidas por biopsia core. Los criterios de inclusión fueron; lesiones entre 5 a 25 mm, a 5 mm de la piel y del pezón. Obtuvieron escisión completa en el 81,8% de los casos y ningún caso de SD.

Lucioni y colaboradores¹², sobre un total de 150 lesiones B3 obtenidas por VAB terapéutica, de las cuales 68 fueron seguidas de biopsia quirúrgica; concluyeron que la biopsia quirúrgica es la indicación para la HDA, y que para el resto de las lesiones B3, la VAB terapéutica sería aceptable cuando la imagen haya sido removida completamente y con una adecuada correlación clínico-patológica. Enfatizan también que el abordaje multidisciplinario es crucial para el manejo adecuado de estas pacientes.

En la presente encuesta la opción de repetir punción no superó el 10% (7,5% AEP y 4,9% HLA) Cuando se realizó el sub-análisis por especialidad, se observó que en su mayoría esta opción fue la elegida por los especialistas en diagnóstico por imágenes, resultando estadísticamente significativa al comparar con los mastólogos en el manejo de la HLA y la HDA.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta encuesta ponen de manifiesto la variabilidad que existe entre los profesionales en el manejo de las lesiones B3 y la necesidad de implementación de guías/consensos al respecto.

REFERENCIAS

1. Rageth C. J, O'Flynn E.A, Comstock C, et al. First International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions) Breast cancer research and treatment. 2016; 159.2: 203-213. ◀
2. Rageth C.J, O'Flynn E.A, Pinker K, et al. "Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). Breast cancer research and treatment. 2019; 174.2: 279-296. ◀◀◀◀
3. Falomo E, Adejumo C, Carson K. A, Harvey S, et al. Variability in the management recommendations given for high-risk breast lesions detected on image-guided core needle biopsy at US academic institutions. Current problems in diagnostic radiology. 2019; 48.5: 462-466. ◀◀
4. Calhoun B.C, Collins L.C. Recommendations for excision following core needle biopsy of the breast: a contemporary evaluation of the literature. Histopathology. 2016; 68.1: 138-151. ◀◀
5. Rakha E. A, Lee A. H, Jenkins J. A, Murphy A. E, Hamilton L. J, et Ellis I.O. Characterization and outcome of breast needle core biopsy diagnoses of lesions of uncertain malignant potential (B3) in abnormalities detected by mammographic screening. International journal of cancer. 2011; 129.6: 1417-1424. ◀
6. Girardi V, Guaragni M, Ruzzenenti N, et al. B3 Lesions at Vacuum-Assisted Breast Biopsy under Ultrasound or Mammography Guidance: A Single-Center Experience on 3634 Consecutive Biopsies. Cancers (Basel). 2021; 131: 5443. ◀
7. Pieri A, Hemming D, Westgarth J, et Lunt L. Vacuum-assisted biopsy is a viable alternative to surgical biopsy in the investigation of breast lesions of uncertain malignant potential. The Surgeon. 2017; 15.2: 59-64. ◀
8. National Comprehensive Cancer Network: NCCN, clinical practice guidelines in oncology: Phyllodes tumor. 2022. ◀
9. NHS Breast Screening Programme Clinical guidance for breast cancer screening assessment. NHSBSP publication number 49 Fourth edition November 2016. Public Health England leads the NHS Screening Programme. ◀
10. American Society of Breast Surgeons. Consensus Guideline on Concordance Assessment of Image-Guided Breast Biopsies and Management of Borderline or High-Risk Lesions. 2016. ◀
11. Panzironi G, Moffa G, Galati F, Pediconi F. Ultrasound-guided 8-Gauge vacuum-assisted excision for selected B3 breast lesions: a preliminary experience. Radiol Med. 2022; 12.1:57-64. ◀
12. Lucioni M, Rossi C, Lomoro P, et al. Positive predictive value for malignancy of uncertain malignant potential (B3) breast lesions diagnosed on vacuum-assisted biopsy (VAB): is surgical excision still recommended? Eur Radiol. 2021; 31.2: 920-927. ◀

DEBATE

Dr. Cassab: Muy buena la presentación. No hay duda de que es el tema del momento y que se necesitan reuniones de consenso para tratar de hacer todos lo mismo. Hay lesiones que todavía son del patrimonio de la cirugía, como las lesiones papilares con atipia, los tumores Phyllodes y la hiperplasia ductal atípica. Cuando esto se habla en un ámbito de imagenólogos, ellos dicen que si hay una buena correlación entre la imagen y se puede extraer por biopsia asistida toda lesión, se quedarían tranquilos. Eso todavía lo tenemos que madurar y hacer este tipo de reuniones para consensuar el procedimiento. Esto es lo que vemos hasta ahora, lo que sabemos y lo que nos guía en el futuro para poder hacer algún tipo de cambio en los tratamientos.

Dr. Lehrer: Quería felicitarla por el trabajo y recalcar lo que dijo la doctora, que no es repetir la misma biopsia por vacío que ya se hizo, porque en general estas biopsias se hacen con agujas de 11 G o a lo sumo de 9 G. Se necesitan por lo menos agujas de 8 o 7 G, haciendo entre 15 y 25 muestras para llegar a los 4 g de tejido y a su vez uno tiene que estar seguro de que sacó por lo menos casi toda la lesión radiológica visible. Así que también hay un límite por el tamaño de la lesión. Por lo menos que ese sea el concepto de qué significa repetir la biopsia por un sistema de vacío. Es como una escisión de vacío, más que una biopsia de vacío.

Dr. Cassab: ¿Hoy la piden?

Dr. Lehrer: Yo nunca hice una.

Dr. Berwart: Nosotros estuvimos por hacerla en una sola paciente que tenía muchas comorbilidades y no podía operarse, porque hay pacientes que manifiestan que tienen mucho dolor con la punción. Ella no quería repunzarse, era una lesión papilar sin atipia. La paciente comprendió los riesgos y se controla hasta el día de hoy. Desde entonces no tuvimos otra oportunidad de realizar una biopsia escisional asistida al vacío.

Dr. Lehrer: Es muy difícil hacer el seguimiento de estas pacientes porque todas están asociadas a lesiones de bajo grado. Poder pesquisar cualquier evolución de estas lesiones lleva bastante tiempo de seguimiento y ninguno de los trabajos realizados tienen el seguimiento suficiente. No todas las pacientes se operan, es imposible poder saber. Como el grado de subestimación es bajo, excepto en las que sí se operan como la hiperplasia ductal atípica, el tumor Phyllodes y el papiloma con atipia, está el cuestionamiento sobre cuál sería la conducta apropiada.

Dr. Cassab: Un 25 a 30%.

Dr. Lehrer: En esas sí, pero en las otras es casi siempre menor al 10%. Por lo que si se operara un 90% tal vez no se encontraría nada.

Dr. Cassab: Muy bien, damos por terminada la sesión, les agradezco a todos su participación.

APÉNDICE 1

Encuesta sobre “manejo de lesiones mamarias de potencial maligno incierto (lesiones B3) en biopsia por punción percutánea”

A) DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Género
 - A. Femenino
 - B. Masculino

2. ¿Cuál es su especialidad?
 - A. Mastología
 - B. Ginecología
 - C. Cirugía general
 - D. Oncología
 - E. Imagenología
 - F. Radio oncología
 - G. Anatomía patológica
 - H. Otra

3. ¿Usted se desempeña en una entidad pública o privada?
 - A. Pública
 - B. Privada
 - C. Ambas

4. ¿Cuántos años hace que ejerce su profesión?
 - A. Menos de 5 años
 - B. Entre 5 a 10 años
 - C. Más de 10 años

5. ¿Trabaja Ud. en una Unidad de Mastología certificada/acreditada por la SAM?
 - A. Si
 - B. No

B) MANEJO DE LESIONES MAMARIAS OBTENIDAS DE BIOPSIAS PERCUTÁNEAS

1. Ante el diagnóstico de hiperplasia ductal atípica (HDA) en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
 - a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual
 - d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
 - e) Depende de ciertos factores

- f) Si su respuesta fue: Depende de ciertos factores, por favor especifique:
2. Ante el diagnóstico de hiperplasia lobulillar atípica (HLA) en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
- a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual
 - d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
 - e) Depende de ciertos factores
 - f) Si su respuesta fue: depende de ciertos factores, por favor especifique:
3. Ante el diagnóstico de atipia epitelial plana (AEP) en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
- a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual
 - d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
 - e) Depende de ciertos factores
 - f) Si su respuesta fue: depende de ciertos factores, por favor especifique:
4. Ante el diagnóstico de lesión papilar sin atipia en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
- a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual
 - d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
 - e) Depende de ciertos factores
 - f) Si su respuesta fue: Depende de ciertos factores, por favor especifique:
5. Ante el diagnóstico de lesión papilar con atipia en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
- a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual
 - d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
 - e) Depende de ciertos factores
 - f) Si su respuesta fue: depende de ciertos factores, por favor especifique:
6. Ante el diagnóstico de cicatriz radiada en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?
- a) Escisión quirúrgica
 - b) Control en 6 meses
 - c) Control anual

- d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
- e) Depende de ciertos factores
- f) Si su respuesta fue: depende de ciertos factores, por favor especifique:

7. Ante el diagnóstico de tumor Phyllodes en biopsia por punción percutánea, con adecuada correlación radiológica-patológica ¿cuál es su recomendación?

- a) Escisión quirúrgica
- b) Control en 6 meses
- c) Control anual
- d) Repetir punción con biopsia asistida por vacío (BAV)
- e) Depende de ciertos factores
- f) Si su respuesta fue: depende de ciertos factores, por favor especifique:

C) ¿DESEA REALIZAR ALGÚN COMENTARIO?