

SESIÓN CIENTÍFICA

Subestimación diagnóstica de lesiones mamarias de potencial maligno incierto (lesiones B3) obtenidas por punción histológica percutánea.

Hospital Británico de Buenos Aires.

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, Alejandro Lotti², V. Vidales³, Juan L. Uriburu.¹

RESUMEN

Introducción

El manejo de lesiones de potencial maligno incierto (B3) se encuentra en continuo estudio y es fuente de controversia. Parte de la misma se genera por la tasa de subestimación diagnóstica (SD) de los métodos percutáneos, comprobada por hallazgos de mayor grado en la biopsia quirúrgica.

Objetivo

Analizar la tasa de subestimación diagnóstica de las lesiones B3 del Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires.

Examinar factores asociados que permitan predecir subestimación.

Comparar la tasa de SD del periodo 2001-2011 con el periodo 2011-2021.

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

2. Servicio de Anatomía patológica, Hospital Británico de Buenos Aires.

3. Servicio de Diagnóstico por imágenes, Hospital Británico de Buenos Aires.

Correo electrónico: dra.juliaberwart@gmail.com

Material y método

Análisis retrospectivo, periodo comprendido entre enero 2011 a enero de 2021, de biopsias por punción percutánea cuyos diagnósticos fueron lesiones B3: hiperplasia ductal atípica (HDA), atipia epitelial plana (AEP), neoplasias lobulillares (NL); hiperplasia lobulillar atípica (HLA) y carcinoma lobulillar in situ clásico (CLIS-CL), cicatriz radiada (CR), lesiones papilares (LP) con y sin atipia y tumor Phyllodes (TP) seguidas de biopsia quirúrgica. Se compararon con el resultado de la pieza quirúrgica.

Consideramos SD a los casos en los que en la pieza quirúrgica se encontró carcinoma ductal in situ (CDIS) o carcinoma invasor (CI).

Resultados

Del total de lesiones B3 (646), la HDA fue la más frecuente, representando el 30% (190 casos), seguido de las LP 25% (161 casos).

La SD global de las lesiones B3 fue del 16.5% (107 casos). El 52.3% (56 casos) fue CDIS y el 47.7% (51 casos) CI.

Del total de CDIS el 55.3% (31 casos) fue de bajo grado y para el CI, el total de bajo grado fue del 74.5% (38 casos).

La HDA (190 casos) fue la lesión con mayor SD con 24,7% (47 casos) (p 0,0003).

Al comparar la tasa de SD según el tipo de punción utilizado, biopsia asistida al vacío (BAV) vs. Core, No se observó diferencia estadísticamente significativa (p 0,24).

Las microcalcificaciones fueron la forma más frecuente de presentación 47% (306 casos), con 20% (63 casos) de SD (p 0.009).

La categoría BR4 presentó el mayor porcentaje de SD (p:0.54).

Al comparar las cifras de SD del periodo 2011-2021 con las del periodo 2001-2011 del Hospital Británico de Buenos Aires, observamos una disminución del 4.5% (16.5% vs 21%).

Conclusiones

La SD global de las lesiones B3 fue del 16.5%.

La lesión histológica más frecuente y con mayor porcentaje de SD fue la HDA.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la tasa de SD de BAV vs. Core.

Las microcalcificaciones fueron la lesión imagenológica más frecuente y representaron el mayor porcentaje de SD.

Según la clasificación BI-RADS® (según la 5ª edición del American College of Radiology), la mayor subestimación se registró en la categoría 4.

Se observó una disminución global del 4.5% de SD del periodo 2011-2021, respecto del periodo 2001-2011.

Palabras Clave

Lesiones B3 mamarias, punción histológica, subestimación diagnóstica, biopsia quirúrgica.

ABSTRACT

Introduction

The management of lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3) is a topic of ongoing research and a source of controversy, partly caused by the high rate of diagnostic underestimation (DU) of percutaneous biopsy, evidenced by higher grade findings in the surgical specimen.

Objective

The aim of our study was to analyze the DU rate of B3 lesions seen at the Mastology Department of Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina, to evaluate associated factors that may allow for the prediction of DU, and to compare the DU rate of 2001-2011 with that of 2011-2021.

Material and method

A retrospective analysis was conducted of percutaneous needle biopsies performed between January 2011 and January 2021 diagnosed as B3 lesions, including atypical ductal hyperplasia (ADH), flat epithelial atypia (FEA), atypical lobular hyperplasia (ALH), classic lobular carcinoma in situ (CL-CLIS), radial scar (RC), papillary lesions (PL) with and without atypia, and phyllodes tumor (PT), and followed by surgical biopsy. Biopsy results were compared with the outcome of the surgical specimens.

DU was considered when in the surgical specimen either ductal carcinoma in situ (DCIS) or invasive carcinoma (IC) was found.

Results

Of all B3 lesions (n=646), ADH was the most common, accounting for 30% (n=190), followed by LP in 25% (n=161). The overall DU rate in B3 lesions was 16.5% (n=107); DCIS was found in 52.3% (n=56) and IC in 47.7% (n=51). DCIS was low grade in 55.3% (n=31) and IC was low grade in 74.5% (n=38). The highest DU was found in ADH (24.7%; n=190), which showed to be statistically significant (p=0.0003).

When comparing the DU rate according to the type of biopsy used, vacuum-assisted (VAB) vs. core-needle (CNB), no statistically significant difference was observed (p:0.24). Microcalcifications were the most frequent form of presentation in 47% (n=306), with a DU of 20% (n=63) (p:0.009). The highest DU rate was found in lesions of BI-RADS category 4, a difference that was not statistically significant (p:0.54).

When comparing DU rates between 2011-2021 and between 2001-2011, a decrease of 4.5% (16.5% vs 21%) was observed.

Conclusions

The overall DU rate of B3 lesions was 16.5%.

The histological lesion with the highest DU rate was ADH.

No statistically significant differences were observed when comparing the DU rate of VAB vs. CNB.

Microcalcifications were the most frequent imaging finding and accounted for the highest DU rate.

According to the BI-RADS classification, the highest DU rate was seen in category 4.

An overall decrease in DU of 4.5% was observed in the period of 2011-2021 compared to the period of 2001-2011.

Key words

B3 breast lesions, histological biopsy, diagnostic underestimation, surgical biopsy.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones B3 son un grupo heterogéneo de anomalías que comprenden a la HDA, AEP, HLA, CLIS-CL, CR, LP y al TP.¹

El estándar para la evaluación inicial de estas lesiones es la biopsia histológica percutánea, de tipo core o BAV.

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 SD de los métodos percutáneos, comprobada por hallazgos de mayor grado en la biopsia quirúrgica.

La frecuencia de subestimación de estas lesiones es muy variable en la literatura y va del 0 al 30%, dependiendo del tipo histológico.²

La subestimación puede estar relacionada con el tamaño de la lesión, la existencia de atipia, el calibre de la aguja utilizada y, en menor medida, con las características imagenológicas de la lesión en sí misma (p. ej. microcalcificaciones versus nódulo o distorsiones de la arquitectura).³

La mayoría de los artículos publicados indican que la subestimación de las lesiones B3 corresponden a CDIS CI de bajo grado.³ Históricamente la conducta ante el diagnóstico histológico de estas lesiones ha sido la escisión quirúrgica de las mismas. En las últimas tres décadas, el manejo de las lesiones B3 experimentó un cambio notable, habiendo estudios que demuestran que no todas las pacientes requerirían cirugía.³

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es analizar la tasa de SD global y de cada una de las lesiones B3 en particular, obtenidas por métodos de punción percutánea.

Secundariamente, analizar factores asociados que permitan predecir subestimación.

Y, por último, comparar la tasa de SD del periodo 2001-2011 con 2011-2021 en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo analizando los resultados de las punciones percutáneas solicitadas por el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires, con diagnóstico de lesiones B3, que fueron sometidas a cirugía en el periodo comprendido entre enero de 2011 y enero de 2021 inclusive.

Las punciones histológicas fueron realizadas en el Hospital Británico de Buenos Aires (en el 28% de los casos) y en diferentes centros de diagnóstico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fueron realizadas con agujas de corte 12 a 14 G para biopsia core y 8 a 11 G para BAV.

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

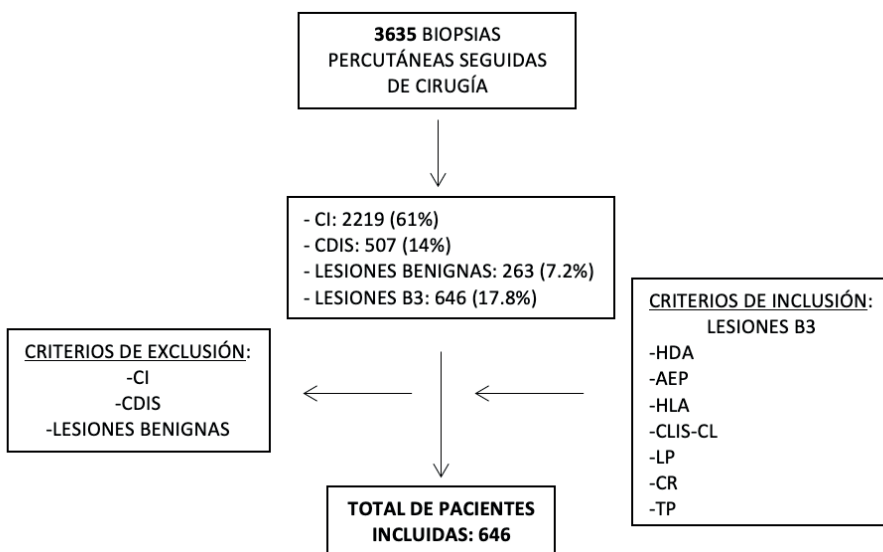
Las imágenes fueron categorizadas por el sistema BI-RADS.⁴

Los resultados de las punciones fueron categorizados en lesiones benignas; lesiones B3 (AEP, HDA, HLA, CLIS-CL, CR, LP con y sin atipia y TP), y lesiones malignas (CDIS y CI). Se excluyeron los CI, la patología benigna y los CDIS.

Consideramos SD a aquellos hallazgos histopatológicos de CDIS o CI en la biopsia quirúrgica, en cuya biopsia percutánea habían sido diagnosticados como una lesión de menor grado (lesión B3).

Los resultados se presentan como mediana y rango para variables numéricas y porcentajes en las variables categóricas. Para comparar proporciones se utilizó test de Chi Cuadrado y la prueba exacta de Fisher cuando no se cumplían los requisitos para el test Chi Cuadrado. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Figura 1. Resumen selección de pacientes.



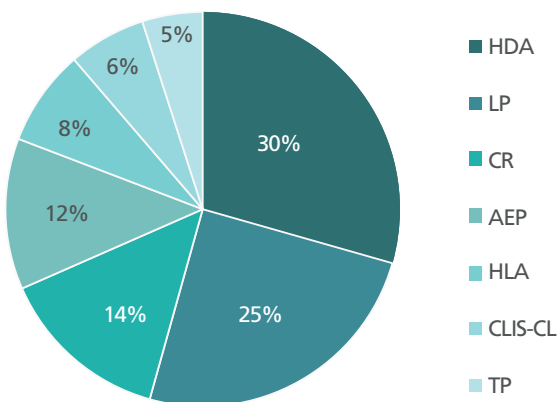
Referencias: CI: carcinoma infiltrante, CDIS: carcinoma ductal in situ, HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS-CL: carcinoma lobulillar in situ clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes.

RESULTADO

La edad media de las pacientes fue de 50, 9 años $\pm$ 11, 5.

Del total de lesiones B3 (646), la HDA fue la más frecuente, representando el 30% (190 casos), seguido de las LP 25% (161 casos). (Figura 2) Dentro de las lesiones papilares diferenciamos entre, sin atipia 24% (154 casos) y con atipia 1% (7 casos).

Figura 2. Distribución de lesiones B3.



AEP: atipia epitelial plana, HDA: hiperplasia ductal atípica, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS-CL: carcinoma lobulillar in situ clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes.

La SD global de las lesiones B3 fue del 16,5% (107 casos). El 52,3% (56 casos) fueron CDIS y el 47,7% (51 casos) CI.

Del total de CDIS, el 55,3% (31 casos) fue de bajo grado, el 41,1% (23 casos) de grado moderado y solo el 3,6% (2 casos) de alto grado.

Para el CI, el 74.5% (38 casos) fue de bajo grado, el 19.6% (10 casos) de grado moderado y el 5.9% (3 casos) de alto grado. Al analizar la tasa de SD según el tipo de lesión histológica, observamos que la HDA (190 casos) fue la lesión con mayor SD con 24,7% (47 casos); resultando estadísticamente significativo ($p=0,0003$). Dichos diagnósticos correspondieron a CDIS en 14,2% (27 casos) y CI en 10,5% (20 casos), de los cuales, 15 fueron carcinomas ductales infiltrantes, 3 tubulares y 2 lobulillares. (Tabla 1)

Del total de lesiones B3 (646 casos), 49,2% (318 casos) fueron obtenidas por biopsia Core y 50,8% (328 casos) por BAV. En las punciones por BAV, los casos de SD fueron 20% (66 casos) y en las punciones Core 13 % (41 casos). No se obser-

Tabla 1. SD según tipo de lesión histológica.

Lesión B3	Total n	Subestimación n (%)	p	CDIS	CI
HDA	190	47 (24,7%)	0,0003*	27(14,2%)	20 (10,5%)
AEP	80	14 (17,5%)	0,8	5 (6,3%)	9 (11,2%)
HLA	51	6 (11,7%)	0,3	2 (3,9%)	4 (7,8%)
CLIS-CL	41	6 (14,6%)	0,7	1 (2,4%)	5 (12,2%)
CR	91	8 (8,8%)	0,3	4 (4,4%)	4 (4,4%)
LP SIN ATIPIA	154	24 (15,5%)	0,2	16 (10,3%)	8 (5,2%)
LP CON ATIPIA	7	1 (14,2%)	0,9	1 (14,2%)	0
TP	32	1 (3,1%)	0,4	0	1 (3,1%)

* $p < 0,05$. HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS-CL: carcinoma lobulillar in situ clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes, CDIS: carcinoma ductal in situ, CI: carcinoma infiltrante.

vó diferencia estadísticamente significativa al comparar la SD entre ambos métodos diagnósticos (p : 0,24).

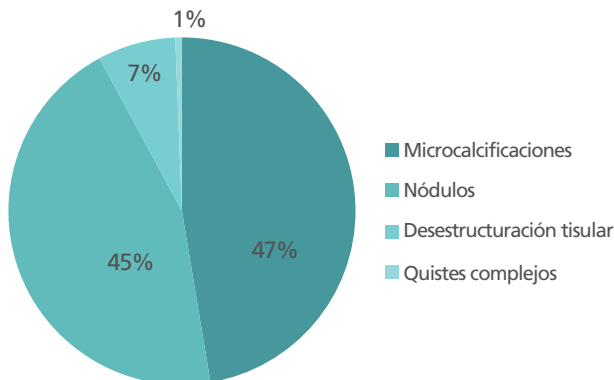
Cuando analizamos la subestimación para cada lesión, según el método de punción utilizado, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 2)

Tabla 2. SD según lesión histológica y tipo de punción empleada.

Resutado de punción	Total	Subestimación	Punción core		BAV		p
			Total	SD	Total	SD	
HDA	190	47 (24,7%)	40	11 (27,5%)	150	36 (24%)	0,64
AEP	80	14 (17,5%)	22	1 (4,5%)	58	13 (22,4%)	0,06
HLA	51	6 (11,7%)	11	2 (18,1%)	40	4 (10%)	0,45
CLIS-CL	41	6 (14,6%)	7	1 (14,2%)	34	5 (1,7%)	0,97
CR	91	8 (8,7%)	59	3 (5%)	32	5 (15,6%)	0,08
LP SIN ATIPIA	154	24 (15,8%)	141	21 (14,8%)	13	3 (23%)	0,43
LP CON ATIPIA	7	1 (14,2%)	6	1 (16,6%)	1	0	-
TP	32	1 (3,1%)	32	1 (3,1%)	0	0	-

HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS-CL: carcinoma lobulillar in situ clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes, BAV: biospia asistida al vacío.

Figura 3. Porcentaje de lesiones imagenológicas.



AEP: atipia epitelial plana, HDA: hiperplasia ductal atípica, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS-CL: carcinoma lobulillar in situ clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes.

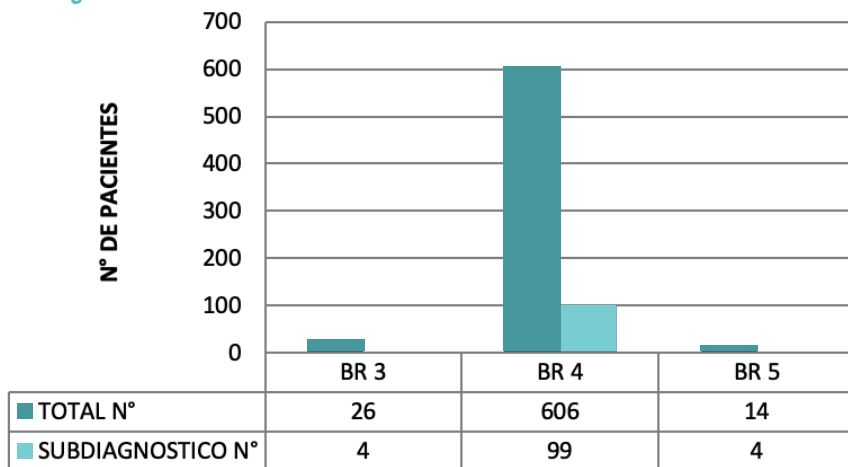
Las microcalcificaciones fueron la forma más frecuente de presentación en los estudios por imágenes 47% (306 casos), seguidas de los nódulos 45% (289 casos). (Figura 3)

Las lesiones palpables representaron el 10,2% del total (66 casos) con un 24% de SD (16 casos). Resultando estadísticamente no significativo al compararlo con las lesiones no palpables (p:0.76).

El 94% (606 casos) de las lesiones imagenológicas se clasificaron como BR-4, con 16,3% (99 casos) de SD. (Figura 4).

La categoría BR-4 presentó el mayor porcentaje de SD. Resultando estadísticamente no significativo al compararlo con la tasa de SD global (p:0.54).

Figura 4. Relación entre BIRADS y subdiagnóstico.



Tomando en cuenta el tipo de lesión imagenológica; las microcalcificaciones (306 casos), presentaron un 20% (63 casos) de SD; todas fueron estudiadas mediante BAV. Resultando estadísticamente significativo (p:0,009). (Tabla 4)

Del total de nódulos mamográficos y/o ecográficos (289 casos), un 14% (41 casos) fue SD; 98,6% (285 casos) fue punzado por biopsia core, con 14% (40 casos) de SD, resultando estadísticamente significativo (p:0,002) y 4,1% (4 casos) mediante punción BAV, con 25% (1 caso) de SD (p:0,6). (Tabla 3)

Las desestructuraciones tisulares representaron el 7% (47 casos), con un 6,4% (3 casos) de SD. Dentro de los casos subestimados, hubo un 3,4% (1 caso) por biopsia core (p:0,051) y 11,1% (2 casos) por BAV (p:0,52). (Tabla 3)

Por último, los quistes complejos significaron el 1% (4 casos) sin casos de SD. (Tabla 3)

Tabla 3. Lesión imagenológica y porcentaje SD.

Tipo de lesión	Nro total	SD (%)	Punción core		BAV	
			Nro. (%)	SD (%)	Nro. (%)	SD (%)
Microcalcificaciones	306	62 (20%)*	0	0	306 (100%)	62 (20%)*
Nódulos	289	41 (14%)	285(98,6%)	40 (14%)*	4 (1,4%)	1(25%)
Desestructuración tisular	47	4 (8,5%)	29 (61,7%)	2 (6,8%)	18 (38,3%)	2 (11,1%)
Quistes complejos	4	0	4 (100%)	0	0	0

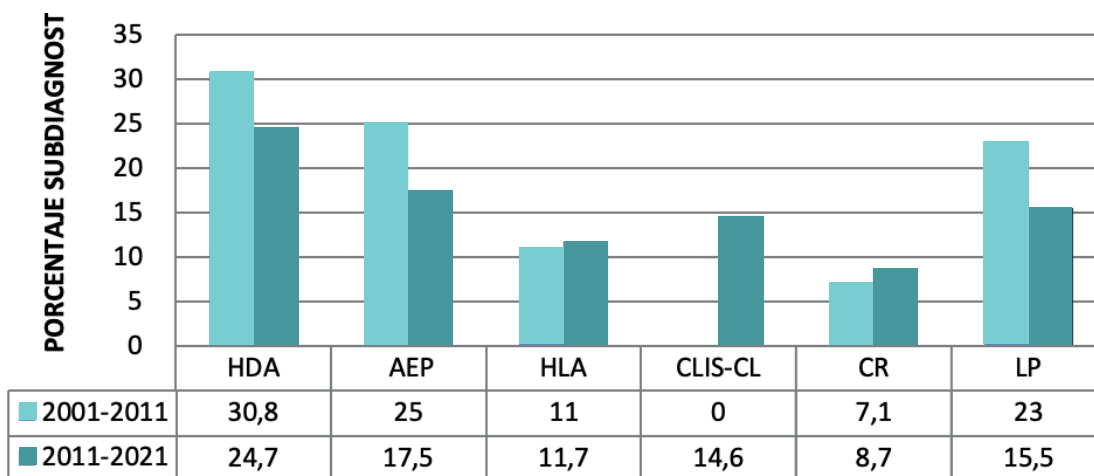
*P: <0,05. SD: subestimación diagnóstica, BAV: biopsia asistida al vacío.

Si comparamos las cifras de SD del Hospital Británico de Buenos Aires del periodo 2011-2021 con las del periodo 2001-2011 publicadas en el año 2013⁵, observamos que la SD global de la casuística actual es 16,5%, la cual es 4,5% menor que la publicada en el periodo 2001-2011, que fue del 21%. No observando diferencia estadísticamente significativa al comparar la SD entre ambos periodos (p:0,2).

El porcentaje de SD para HDA disminuyó un 6,1% (p:0,3), para la AEP disminuyó un 7,5% (p:0,59) y para LP la disminución fue del 7,5% (p:0,29).

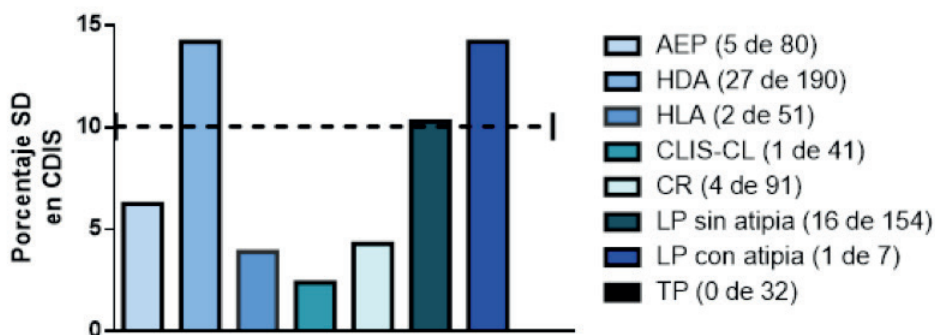
En la HLA se observó un mínimo aumento del 0,7% (p:0,19) y para la CR del 1,6% (p:0,83). En el caso del CLIS-CL se observó un incremento del 14,6%, en el periodo 2001-2011 no hubo casos de SD en CLIS-CL. El TP no fue incluido en el trabajo publicado en el año 2013 por lo cual no fue posible comparar. (Figura 5)

Figura 5. Comparación de SD de lesiones B3. Período 2001-2011 y 2011-2021



SD: subestimación diagnóstica, HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS: carcinoma lobulillar clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar.

Figura 6. Lesión histológica y porcentaje de SD CDIS.

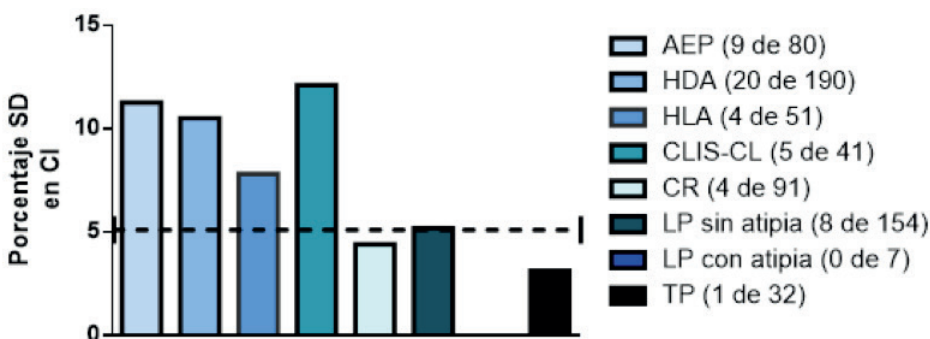


SD: subestimación diagnóstica, CDIS: carcinoma ductal in situ, HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS: carcinoma lobulillar clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes.

En la figura 6 se muestra la relación entre cada lesión histológica y el porcentaje de SD para CDIS, considerando como 10% el punto de corte establecido por el consenso de lesiones B3 publicado en el año 2019.³

En la figura 7 se muestra la relación entre cada lesión histológica y el porcentaje de SD de CI, considerando como 5% el punto de corte establecido por el consenso de lesiones B3 publicado en el año 2019.³

Figura 7. Lesión histológica y porcentaje de SD CI.



SD: subestimación diagnóstica, CI: carcinoma infiltrante, HDA: hiperplasia ductal atípica, AEP: atipia epitelial plana, HLA: hiperplasia lobulillar atípica, CLIS: carcinoma lobulillar clásico, CR: cicatriz radiada, LP: lesión papilar, TP: tumor Phyllodes.

DISCUSIÓN

El presente trabajo muestra un grado de subestimación de malignidad de las lesiones B3 del 16,5%. Cifra similar a la presentada por algunos trabajos⁶⁻⁷ y menor a la descripta por otros, que superan el 30%.⁸⁻¹⁰

En su gran mayoría, la subestimación de las lesiones B3 corresponden a CDIS o CI de bajo grado.³

En nuestra serie, la subestimación para CDIS fue 8,6% y para CI 7,9% (74,5% bajo grado histológico).

La lesión con mayor tasa de SD fue la HDA (24,7%). Esto se debe a la dificultad en diferenciar entre HDA y CDIS de bajo grado en una muestra de tejido obtenida por punción y a que, en las áreas periféricas de un CDIS pueden estar presentes focos de HDA.⁷ Históricamente, los estudios arrojaban cifras de SD de 28 a 56% para HDA.² En una revisión reciente de la literatura realizada por Calhoun y col describen porcentajes del 10 al 20%.² Esto coincide con nuestros hallazgos al comparar el periodo 20021-2011 con 2001-2011, donde evidenciamos una disminución de las tasas de SD para esta lesión, aunque no fue estadísticamente significativa (30,8% vs.24,7%).

Al analizar la SD según el tipo de biopsia realizada, la misma fue 27,5% para la biopsia core y 24% para BAV, diferencia estadísticamente no significativa. Weiss y col tampoco pudieron demostrar una disminución de la SD en relación al tipo de aguja utilizada.¹¹

La SD para CDIS fue 14,2% y para el CI 10,5%, ambas cifras superiores a las consideradas adecuadas para optar por una conducta de vigilancia según lo establecido por el consenso europeo "The second International Consensus Conference on Lesions of uncertain malignant potential (B3)" publicado en el año 2019³, 10% para DCIS y 5% para CI.

La AEP es una alteración del epitelio de la unidad ductolobulillar terminal con atipia citológica de bajo grado y arquitectural no compleja, con perfiles genéticos e inmuno histoquímicos similares a los que se hallan en el DCIS, en el CI de bajo grado y la CLIS clásico.³ La tasa de SD que obtuvimos fue 17,5% (6,3 % de SD para CDIS y 11,2% para CI). Si bien hay trabajos publicados con cifras similares^{12,13}, también se han publicado series con valores menores, que van de 0 al 7%^{14,15}. No encontramos diferencia estadísticamente significativa en cuanto al tipo de aguja utilizada en la punción y la tasa de SD. La OMS recomienda que en casos de AEP con adecuada correlación radiológica patológica y en ausencia de otro indicador de escisión quirúrgica, la observación podría ser una opción en el manejo de estas lesiones.¹⁶

Las neoplasias lobulillares (NL) incluyen al CLIS y a la HLA. Son lesiones relacionadas, caracterizadas por una proliferación de pequeñas células epiteliales neoplásicas discohesivas dentro de la unidad ducto lobulillar terminal (UDLT). La diferencia entre ambas es cuantitativa. La propuesta de Page y Anderson es diagnosticar HLA cuando compromete menos del 50% de los acinos de una unidad lobulillar y CLIS -CL cuando el compromiso es mayor al 50%.¹⁷

El porcentaje de SD en nuestro estudio fue de 11,7% para la HLA (3,9% para el DCIS y 7,8 para CI) y 14,6% para CLIS-CL (2,4% de SD para CDIS, y 12,2% para CI). En un estudio publicado por Pride y col¹⁸ se obtuvo un 13,6% (11 de 81 pacientes) de SD en casos de CLIS obtenidos por biopsia core, de los cuales 8 resultaron CI. Concluyendo que para el caso de CLIS identificado por biopsia core la conducta debería ser la biopsia quirúrgica. Nosotros no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al impacto en la SD del tamaño de la aguja utilizado para la punción.

Distintos autores publicaron tasas de SD para la HLA menores al 2% y para el CLIS-CL de 0 a 3%², cuando hubo una adecuada correlación imagenológica e histopatológica. Laws y col¹⁹ en un trabajo publicado recientemente sobre 80 pacientes con diagnóstico de NL en Biopsias Core y con una adecuada correlación imagenológica y patológica, optaron por vigilancia. Con un seguimiento medio de tres años no observaron desarrollo de carcinomas. Por lo que concluyeron que la exéresis de las lesiones diagnosticadas como NL con concordancia radiológica-patológica no debiera ser hoy el procedimiento de elección y proponen la vigilancia de las mismas. Pilewskie y col²⁰ encontraron hallazgos similares y proponen la misma conducta.

El porcentaje de SD de la CR en nuestro trabajo fue 8,8%; siendo un 4,4% para CDIS y un 4,4% para CI. Ambas cifras dentro de los valores aceptables de SD según el consenso europeo.³ La vigilancia en lugar de la escisión quirúrgica podría considerarse una alternativa en aquellas lesiones que fueron completamente removidas por BAV.³ Si bien no hay un acuerdo acerca del manejo para la CR obtenida por biopsia core, aquellas lesiones menores de 5 mm, con adecuada correlación radiológica-patológica podrían controlarse.²

En nuestra serie la SD de las LP sin atipia fue de 15,5% (10,3% DCIS y 2% CI) y con atipia 14,2% (14,2% DCIS).

La subclasificación de las LP se divide en; papilomas (B3a) y con atipia (B3b). El papiloma pequeño (< a 2 mm) puede clasificarse como lesión B2.²

La conducta frente al diagnóstico de LP con atipia es la biopsia quirúrgica ya que las tasas de SD descriptas pueden llegar a ser de hasta el 41%; sin embargo, en el caso de LP sin atipia, la estrategia es más discutida. Si bien nosotros no encontramos diferencias entre ambas, distintos autores, han publicado tasas de SD de LP sin atipia muy bajas, entre 1,7% y 7%.^{21,22}

El derrame sanguíneo por pezón, lesiones ≥ 15 mm y las lesiones palpables son predictores de malignidad en LP sin atipia.²¹

Los participantes del consenso europeo acordaron que las LP obtenidas por biopsia core la conducta sea la BAV terapéutica y en caso de LP obtenida por BAV, la vigilancia.³

El TP es infrecuente, representa menos del 1% de todos los tumores mamarios y el 2-3% de las neoplasias fibroepiteliales.²³ El TP benigno y borderline son considerados lesiones B3, mientras que el TP maligno es considerado categoría B5.²⁴

La mayoría de los TP presentan un comportamiento benigno, con un riesgo de recurrencia de aproximadamente 10-20% para TP benigno y del 30% para TP borderline o maligno. Los márgenes insuficientes son un predictor de recurrencia. Las guías actuales recomiendan margen mayor o igual a 1 cm. Sin embargo, hay evidencia reciente que márgenes menores serían suficientes y para el TP benigno, podría ni ser necesario un margen negativo.²⁵ Obtuvimos una tasa de SD del 3,1% para el TP. Según la evidencia actual^{3,27}, las guías recomiendan la escisión quirúrgica cuando el TP es obtenido por core. En caso de diagnóstico incidental de TP benigno por VAB, sin traducción por imágenes, podría plantearse la vigilancia, mientras que en TP borderline y maligno siempre debe realizarse escisión quirúrgica de la lesión.

En nuestra serie, coincidiendo con otras publicaciones, las variables influyentes en la SD fueron el tipo histológico, las características imagenológicas de la lesión y la clasificación BIRADS.^{27,28} Siendo la HDA, la lesión histológica con mayor porcentaje de SD. Las microcalcificaciones fueron la lesión imagenológica con mayor porcentaje de SD, y por último la categoría 4 de BIRADS. En nuestro trabajo no observamos diferencias estadísticamente significativas de SD según el calibre de la aguja de punción utilizada, hecho que sí habíamos observado en nuestra publicación anterior.⁵

Al comparar la tasa de SD de los periodos 2001-2011 con 2011-2021 observamos una disminución global del 4,5%. Esto es comparable con series actuales, de las últimas décadas, en las cuales se observa disminución de la tasa de SD.²

CONCLUSIÓN

La SD global de las lesiones B3 fue del 16,5%, siendo 8,6% para CDIS y del 7,9% para CI.

La lesión histológica más frecuente (47%) y con mayor porcentaje de SD (24,7%) fue la HDA.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la tasa de SD y el tipo de punción core vs BAV.

Las microcalcificaciones fueron la lesión imagenológica más frecuente y representaron el mayor porcentaje de SD.

Según la clasificación BIRADS, la mayor subestimación se registró en la categoría 4.

Se observó una disminución global del 4,5% de SD en el periodo 2011-2021, respecto del periodo 2001-2011.

Nuestra conducta ante lesiones B3 diagnosticadas por punción percutánea (core/BAV) continúa siendo la escisión quirúrgica, dado que, para la mayoría de las lesiones las tasas de SD resultaron superiores a las recomendadas para la vigilancia.

Es necesario analizar cada caso en particular y abordarlo por equipos multidisciplinarios, pudiendo establecer el riesgo de cada paciente e identificar cuáles se verán beneficiadas de la conducta quirúrgica y en cuáles se podrá prescindir de ella.

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. 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. ◀◀◀◀
3. 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. ◀◀◀◀
4. D'Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, et al. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA, American College of Radiology; 2013. ◀
5. Freijido A.S., García A.M., Uriburu J. L et al. Subestimación diagnóstica en punciones histológicas de lesiones mamarias. Revista Argentina de Mastología 2012; 31.113: 426-435. ◀◀
6. Forester N.D, 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; 45.4: 519-527. ◀
7. Catanzariti F, Avendano D, Cicero G, et al. High-risk lesions of the breast: concurrent diagnostic tools and management recommendations. Insights into imaging. 2021; 12.1: 1-19. ◀◀
8. Lieske B, Ravichandran D, Alvi A, Lawrence D.A.S, Wright D.J. Screen-detected breast lesions with an indeterminate (B3) core needle biopsy should be excised. European Journal of Surgical Oncology (EJSO). 2008; 34.12: 1293-1298. ◀
9. R. J. Delgado Belzares, M. Locatelli, A. Nicastro, et al. Lesiones mamarias de potencial maligno incierto (b3). Correlación histopatológica e imagenológica. Revista Argentina de Mastología 2022; vol. 41. N° 150. ◀
10. M. Laura Negri, África Piñeiro, M. Paz Swiecicki, Lesiones de potencial maligno incierto (B3): nuestra experiencia en el Instituto Alexander Fleming. Revista Argentina de Mastología 2021; vol. 40. N° 147. ◀
11. Weiss J.B, Do W.S, Forte D.M, et al. Is bigger better? Twenty-year institutional experience of atypical ductal hyperplasia discovered by core needle biopsy. The American Journal of Surgery. 2019; 217.5: 906-909. ◀
12. Ellis IO, Humphries S, Michell M, et al. Guidelines for non-operative diagnostic procedures and reporting in breast cancer screening (Publication no 50), NHSBSP, Editor. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes; 2001, ISBN 1 871997 44 5. ◀
13. Uzoaru I, Morgan BR, Liu ZG et al. Flat epithelial atypia with and without atypical ductal hyperplasia: to re-excise or not. Results of a 5-year prospective study. Virchows Arch. 2012; 461: 419-423. ◀
14. Lamb, L. R., Bahl M., Gadd M. A., Lehman C. D. Flat epithelial atypia: upgrade rates and risk-stratification approach to support informed decision making. Journal of the American College of Surgeons. 2017; 225.6: 696-701. ◀
15. Wahab R. A, Lee S. J, Mulligan M. E, Zhang B, Mahoney M.C. Upgrade Rate of Pure Flat Epithelial Atypia Diagnosed at Core Needle Biopsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Radiology: Imaging Cancer. 2021; 3.1: e200116. ◀
16. Schnitt S.J, Collins L, Lakhani S.R, Simpson P.T, Eusebi V. Flat epithelial atypia. In Lakhani S.R, Ellis I.O, Schnitt S.J, Tan P.H, de van Vijver M.J eds. World health organization classification of tumours of the breast. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2012; 87. ◀
17. Page DL, Dupont W.D, Rogers L.W. Ductal involvement by cells of atypical lobular hyperplasia in the breast: a long-term follow-up study of cancer risk. Hum Pathol 1988; 19.2: 201-207. ◀
18. Pride R.M, Jimenez, R. E, Hoskin T. L, Degnim A.C, Hieken T. J. Upgrade at excisional biopsy after a core needle biopsy diagnosis of classic lobular carcinoma in situ. Surgery. 2021; 169.3: 644-648. ◀
19. Laws A, Katlin F, Nakhli F. et al. Atypical Lobular Hyperplasia and Classic Lobular Carcinoma In Situ Can Be Safely Managed Without Surgical Excision. Ann Surg Oncol. 2022; 29: 1660-1667. ◀
20. Matar R, Sevilimedu, V, Park A, et al. Comparison of Outcomes for Classic-Type Lobular Carcinoma In Situ Managed with Surgical Excision After Core Biopsy Versus Observation. Ann Surg Oncol. 2022; 29: 1670-1679. ◀
21. Soo kyung A, Wonshik H, Hyeong-Gon M, et al. Management of benign papilloma without atypia diagnosed at ultrasound-guided core needle biopsy: Scoring system for predicting malignancy. European Journal of Surgical Oncology 2018; 44.1: 53-58. ◀◀

22. Nakhli F, Baker G.M, Pilewskie M, et al. The incidence of adjacent synchronous invasive carcinoma and/or ductal carcinoma in situ in patients with intraductal papilloma without atypia on core biopsy: results from a prospective multi-institutional registry (TBCRC 034). *Annals of surgical oncology*. 2021; 28.5: 2573-2578. ◀
23. Lakhani SREI, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. WHO classification of tumours of the breast, fourth edition 2012. International Agency for Research on Cancer, Lyon. ◀
24. Grippo C, Jagmohan P, Clauser P, et al. External Validation of a Risk Stratification Score for B3 Breast Lesions Detected at Ultrasound Core Needle Biopsy. *Diagnostics*. 2020; 10(4):181. ◀
25. Rosenberg L.H, Thomas S.M., Nimbkar S. N. et al. Contemporary Multi-Institutional Cohort of 550 Cases of Phyllodes Tumors (2007-2017) Demonstrates a Need for More Individualized Margin Guidelines. *Journal of Clinical Oncology*. 2021; 39.3: 178-189.
26. Ouyang Q, Li S, Tan C, Zeng et al. Benign phyllodes tumor of the breast diagnosed after ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy: surgical excision or wait-and-watch? *Annals of surgical oncology*. 2021; 23.4: 1129-1134. ◀
27. Bednarova I., Londero V., Linda A., Girometti R., Lorenzon M., Bednarova S., Zuiani C. Do clinical and radiologic features help predict malignancy of B3 breast lesions without epithelial atypia (B3a)? *Radiol. Med*. 2018; 123: 809–817. ◀
28. YU, Chi-Chang, et al. Predictors of Underestimation of Malignancy after Image-Guided Core Needle Biopsy Diagnosis of Flat Epithelial Atypia or Atypical Ductal Hyperplasia. *The breast journal*, 2015; 21.3: 224-232. ◀

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico de Buenos Aires y en especial a la Dra. Glenda Ernst quien realizó el análisis estadístico del presente trabajo.

DEBATE

Dr. Cassab: Sabemos que estas lesiones tienen una tendencia a subescalar y a ser cada vez menos. Sin embargo, ustedes muestran que la mayoría de las lesiones terminan en biopsias radioquirúrgicas.

Dra. Berwart: Las lesiones B3 en caso de que no terminemos en biopsia radioquirúrgica, las discutimos siempre en un comité, teniendo en cuenta los antecedentes personales y familiares de la paciente, la lesión imagenológica y el tipo de lesión B3. Las hiperplasias ductales atípicas, los phyllodes y las lesiones papilares con atipias, todas terminan con biopsia radioquirúrgica. Nos orientamos mucho en la biopsia quirúrgica pero también tenemos pacientes en los cuales decidimos controlar, obviamente, bajo la decisión de un comité con imagenólogos.

Dr. Cassab: En los tumores phyllodes ¿No tuvieron subestimación?

Dra. Berwart: Tuvimos una sola subestimación, que fue un phyllodes maligno, y representó el 3,5%, porque el "n" era muy chico.

Dra. Azar: Primero felicitarte, excelente el trabajo. Un comentario en relación con lo que decía el Dr. Cassab, cada vez más y vos lo mostraste muy bien, en los consensos europeos se está hablando de la biopsia asistida por vacío terapéutico. Sobre el Mammotome que nos dé una lesión B3, hacerle una nueva biopsia asistida por vacío, tratando de reseca para evitar sobretratamiento, sobre todo en lesiones donde la posibilidad de subestimación es muy baja. Todavía no estamos adaptados a eso, pero es lo que se está haciendo en el mundo.

Dra. Berwart: Sí, incluso la pregunta que Ud. hizo hace un rato, con el in situ, se ve que muchas veces post biopsia asistida al vacío uno no se encuentra con una lesión.