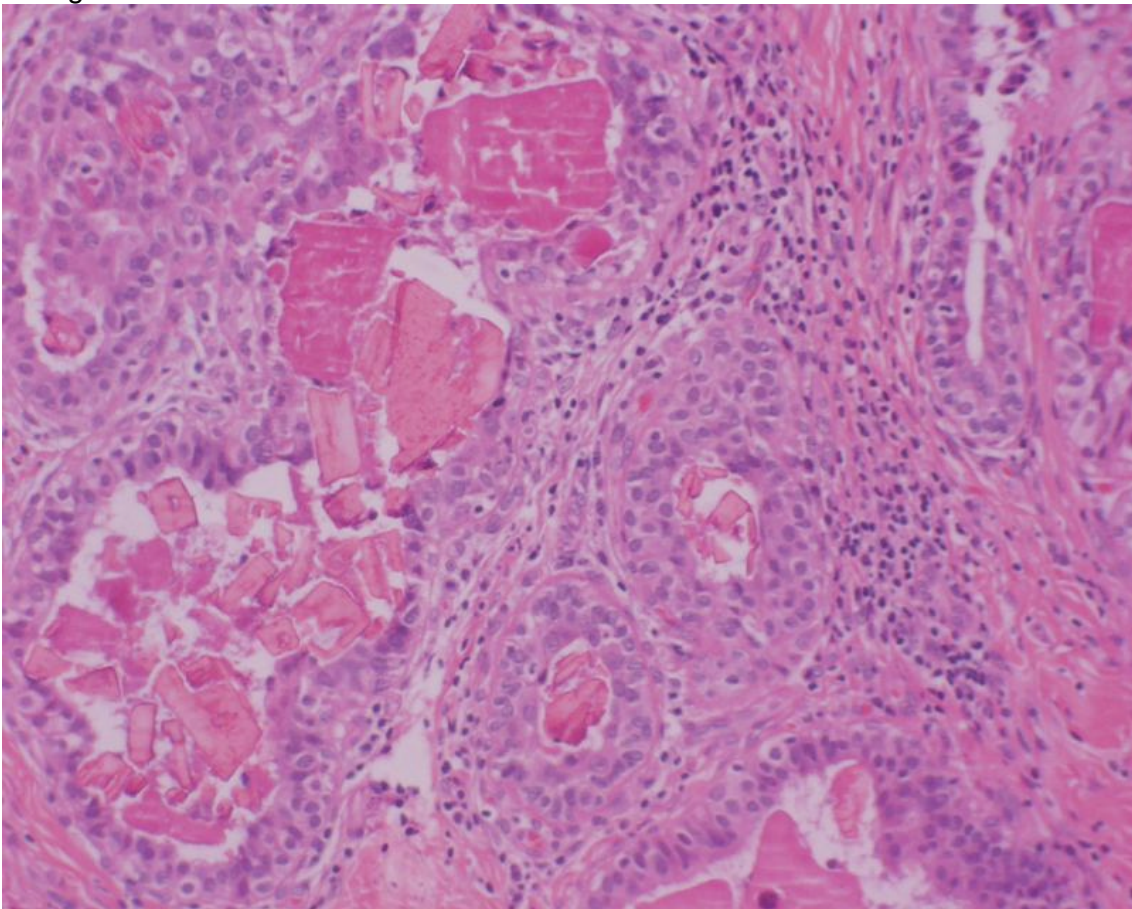
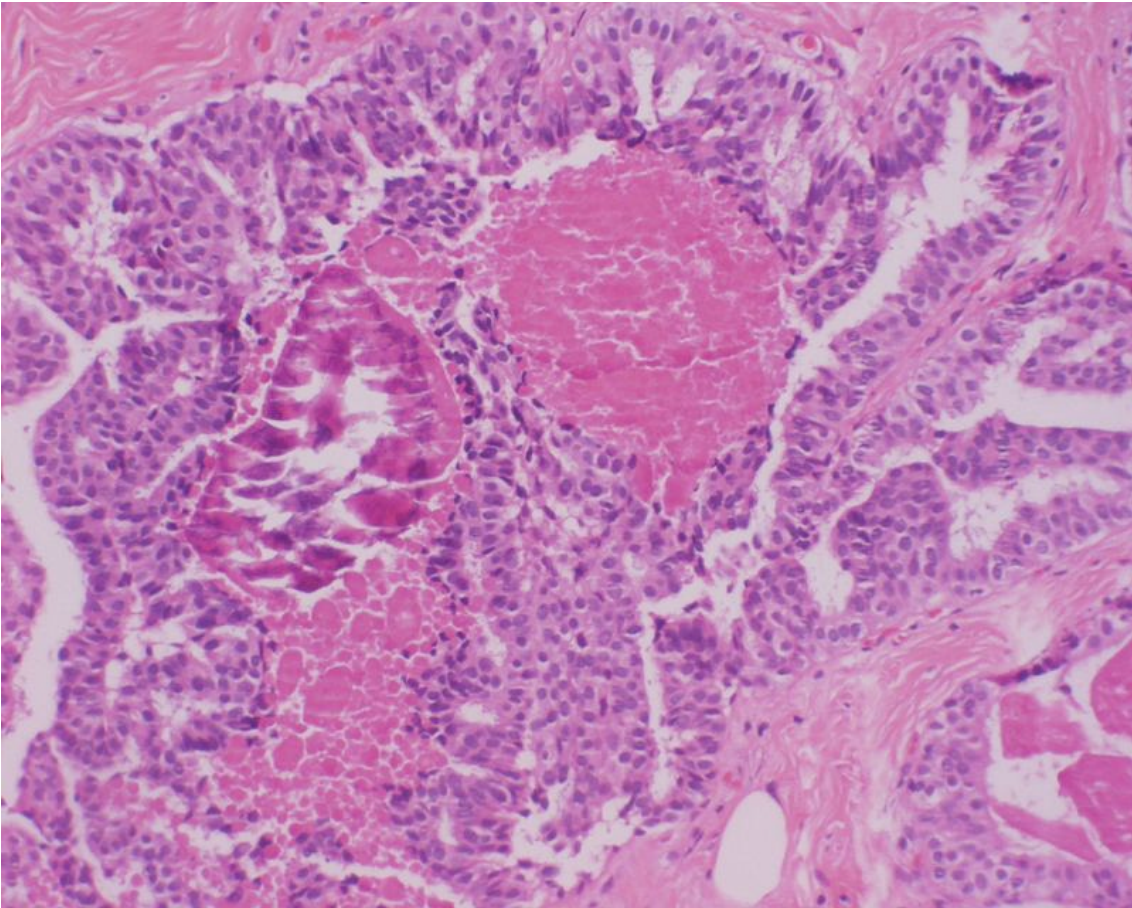
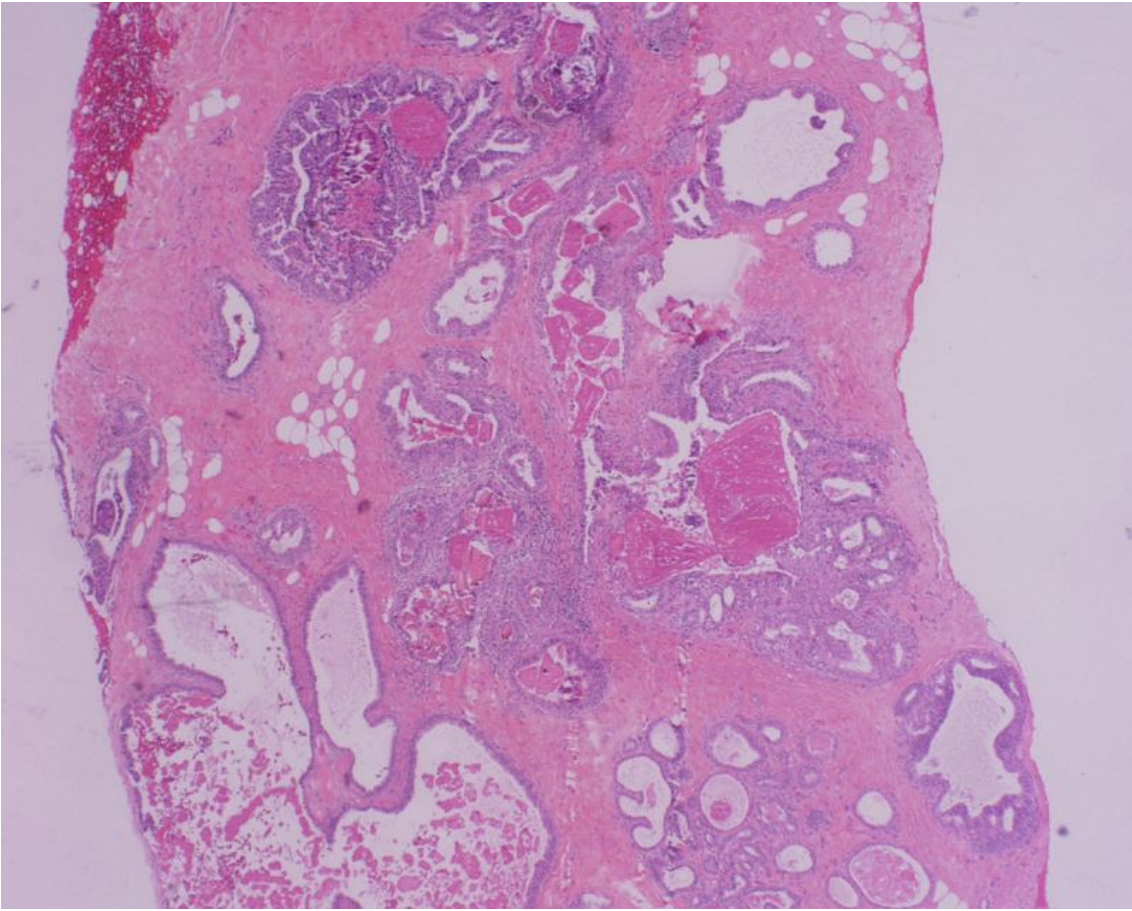


## CASO 1

Dr. F Javier Andreu  
Servicio de Patología  
Corporación Parc Taulí  
SABADELL - Barcelona

Historia clínica: Mujer de 42 años sin antecedentes familiares o patológicos de interés. En mamografía de control se detectan microcalcificaciones agrupadas en cuadrante súperoexterno de mama derecha que han aumentado en número respecto a estudios previos (BI-RADS 4), procediéndose a biopsia con aguja gruesa (11G) estereotáxica, asistida por vacío. Se obtienen 6 cilindros. Se comprueban microcalcificaciones en la radiografía de los cilindros.





El diagnóstico histológico es “HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA CON CAMBIOS DE HIPERPLASIA DE CÉLULAS COLUMNARES CON ATÍPIA (ATÍPIA DE EPITELIO PLANO). PRESENCIA DE MICROCALCIFICACIONES Y CRISTALOIDES INTRALUMINALES (CATEGORIA B3)”.

El estudio con resonancia magnética no muestra focos de captación que se correlacionen con la zona biopsiada, ni signos de multifocalidad.

La biopsia escisional realizada en el Hospital de referencia se diagnostica como ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA PROLIFERATIVA DE LA MAMA.

El presente caso da pie a discutir aspectos relacionados con la técnica de biopsia con aguja gruesa, como abordaje diagnóstico estándar en el manejo de las lesiones detectadas mamográficamente.

El Group for Breast Screening Pathology del National Health Service (NHS), ha editado una guía diagnóstica considerando distintas categorías patológicas (de B1 a B5), con diferente connotación en cuanto al manejo terapéutico de las pacientes y que sirve además como método estandarizado de validación de valores de precisión diagnóstica entre diferentes grupos de trabajo. Aunque la implantación de este sistema de categorización diagnóstica orientada al manejo es escasa, su edición reciente en Manuales de amplia difusión entre los profesionales patólogos hace previsible su incorporación progresiva en los informes patológicos. Brevemente, los resultados histológicos de la biopsia con aguja gruesa se clasifican según los criterios establecidos en el NHS, como:

B1 (tejido normal o inadecuado): agrupando diagnósticos de tejido mamario normal, tejido adiposo sin representación ductal o lobulillar y casos de lesiones correspondientes a microcalcificaciones con mínimos cambios histológicos y sin comprobación radiológica de microcalcificaciones en la biopsia.

B2 (lesión benigna): incluye diagnósticos de benignidad específicos.

B3 (lesión de potencial maligno incierto): incluye diagnósticos de hiperplasia ductal o lobulillar atípicas, adenosis atípica, lesiones papilares, proliferaciones adenomioepiteliales, cicatrices radiales y proliferaciones fibroepiteliales con hiper celularidad estromal.

B4 (sospechoso): incluye diagnósticos de proliferaciones sospechosas de malignidad pero con artefacto de fijación o tecnificación que no permiten un diagnóstico concluyente.

B5 (maligno): incluye diagnósticos de carcinoma “in situ” e invasor, sarcomas, melanomas, linfomas o afectación metastásica de la mama.

Para la categoría B1, dependiendo de la correlación entre los hallazgos radiológicos y patológicos, se prescribe o repetir la exploración o seguimiento mamográfico. La categoría B2 se considera diagnóstico de benignidad definitivo. La categoría B5 justifica un planteamiento terapéutico definitivo, ya sea quirúrgico –sin estudio preoperatorio- o no.

La categoría B3 y B4 no justifican una actuación terapéutica definitiva y requieren mayor actuación diagnóstica.

Nuestro grupo se propuso recientemente validar internamente este sistema de categorización y comparar sus resultados con los referidos como estándares de calidad diagnóstica.

La validación interna de este sistema de categorización, esto es, la adscripción de cada diagnóstico literal a una categoría, ha puesto de relieve que en un alto porcentaje de casos (88%) (B2: 50,9% + B5: 37,1%), la prueba es concluyente y permite un diagnóstico de benignidad o malignidad certeras, con implicaciones terapéuticas claras y definitivas. También permite definir la dimensión de un escenario clínico particular (B1, 3,8%), en el que la correlación entre la radiología y los hallazgos patológicos es

fundamental. Para este grupo, las alternativas de actuación son o bien repetir la exploración o asumir que los cambios mínimos evidenciados en la biopsia son representativos de la lesión detectada en la mamografía. En este grupo, el índice de cánceres detectados es del 1,68%, mientras que el resultado de las segundas biopsias repetidas (índice de re-trucut, 5,3%) es positivo en un porcentaje variable entre el 10,6% para microcalcificaciones y el 64,7% para patrones fibrosos distorsionantes. Cuanto mayor es el porcentaje de diagnósticos positivos en los re-trucuts y menor el índice de cánceres en el grupo B1, mayor es la efectividad de la correlación radiológica patológica en el equipo diagnóstico.

La categorización diagnóstica por otro lado permite una evaluación estandarizada y homogénea de los valores de precisión diagnóstica, ya sea global o estratificada según diferentes patrones radiológicos o calibre de aguja, aunque podrían considerarse estudios comparativos entre cualquier otra variable incluida en la base de recogida de datos. En nuestra serie, la sensibilidad es superior al 90%, aunque es especialmente elevada en la evaluación de nódulos (93%) y algo inferior en el patrón de microcalcificaciones (85%). En el diagnóstico de microcalcificaciones, la utilización del sistema de biopsia asistida por vacío y con calibre de aguja de 11G, aumenta todos los índices favorables de precisión diagnóstica y sobre todo disminuye el índice de falsos negativos del 6,59% (considerando el patrón microcalcificaciones globalmente) al 2,62% (considerando el patrón microcalcificaciones diagnosticado con sistema asistido por vacío y 11G de calibre).

Este sistema de análisis permite asimismo comprobar cómo los resultados de la prueba están por encima de los estándares considerados como mínimos, e incluso por encima de los preferibles. La detección de desviaciones de uno o varios de estos indicadores podría promover el análisis de la deficiencia y su eventual solución.

Otro escenario especial, y relacionado con el caso clínico que se presenta, es el correspondiente a los diagnósticos de lesiones con potencial maligno incierto (B3). Esta categoría (7,6%) y en menor grado la categoría B4 (0,5%), representan un grupo de lesiones para las que no debería establecerse una actitud terapéutica definitiva y para las que usualmente se recomienda la cirugía diagnóstica. La categoría B3 incluye los diagnósticos de hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobulillar atípica, cicatriz radial, lesiones papilares, proliferaciones fibroepiteliales con estroma hiper celular, lesiones mucocele-like, alteraciones columnares con atipia y adenosis atípica, fundamentalmente. Los datos recogidos de nuestro estudio confirman un valor predictivo positivo del 16,31% e irían a favor de una actitud más conservadora en la orientación terapéutica en estos casos. En una revisión reciente de nuestro grupo, a propuesta de pGEICAM –patólogos asociados al Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama-, se proponía la posibilidad de seguimiento mamográfico ante lesiones papilares o cicatrices radiales sin atipia, siempre que existiera una adecuada correlación con los hallazgos mamográficos. Para las proliferaciones fibroepiteliales con hiper celularidad estromal, la exéresis era pertinente dada la alta frecuencia de diagnósticos de tumor phyllodes en la cirugía posterior. La hiperplasia ductal atípica debe condicionar una exéresis quirúrgica dada la infravaloración diagnóstica en más de la mitad de los casos. Está por determinar el papel de los nuevos dispositivos de biopsia con aguja gruesa de gran calibre e intención terapéutica en estas lesiones. Recientemente, se ha introducido la terminología de atipia de epitelio plano (“Flat Epithelial Atypia”), para alteraciones de las unidades terminales ducto-lobulillares, reconocidas cada vez con más frecuencia en biopsias con aguja gruesa para estudio de microcalcificaciones. El término incluye lesiones tipo cambios columnares o hiperplasia columnar con atipia citológica y sin mayor complejidad arquitectural (los casos en los que se añaden alteraciones arquitecturales se clasificarían como hiperplasia ductal atípica en el contexto de hiperplasia columnar). Para los casos

diagnosticados como atipia de epitelio plano en biopsias con aguja gruesa, y en base a estudios recientes, se recomienda escisión quirúrgica rutinaria ya que entre una cuarta parte y una tercera parte de casos se observa una lesión de mayor agresividad biológica.

## BIBLIOGRAFIA

Andreu F J, Sentís M, Castañer E et al (1998) The impact of stereotactic large core needle biopsy in the treatment of patients with nonpalpable breast lesions. A Study of diagnostic accuracy in 510 consecutive cases. *Eur Radiol* 8: 1468-1474.

Balagué O, Pons LL E, Fernández S, Sáez A y Andreu FJ (2002) Lesiones proliferativas de la mama diagnosticadas por biopsia estereotáxica. Concordancia con los resultados de la cirugía y manejo clínico. XXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Madrid, febrero 2002 (comunicación oral).

Brenner RJ, Bassett LW, Fajardo LL (2001) Stereotactic Core-Needle Breast Biopsy: A Multi-institutional Prospective Trial. *Radiology* 218: 866-872.

Jacobs TW, Connolly JL and Schnitt SJ (2002) Nonmalignant Lesions in Breast Core Needle Biopsies. To Excise or Not to Excise?. *Am J Surg Pathol* 26(9): 1095-1110.

Balagué O, Andreu FJ, Sáez A et al (2002). Percutaneous Large Biopsy of Papillary Breast Lesions. XXIV International Congress of the International Academy of Pathology. Amsterdam (abstract).

Pina L, Sola J y cols. Integración de los procesos intervencionistas en el proceso de toma de decisiones (2002). Curso de refresco. XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica. Maspalomas.

Méndez I, Andreu FJ, Sáez A et al (2001) Ductal Carcinoma in situ and Atypical Ductal Hyperplasia of the Breast Diagnosed at Stereotactic Core Biopsy. *Breast Journal* 7: 14-21.

Liberman L, Sama M, Susnik B et al (1999) Lobular carcinoma in situ at percutaneous breast biopsy: surgical biopsy findings. *AJR Am J Roentgenol* 173: 291-299.

Andreu FJ y Sáez A (2002) Lesiones proliferativas atípicas de la mama diagnosticadas por biopsia con aguja gruesa. *Boletín GEICAM*, n.4 (XII).

Schnitt SJ. (2003) Columnar Cell Lesions of the Breast. *Path Case Rev* 8 (5): 201-210.