

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen **1**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2003**
October-December

Artículo:

Abordaje diagnóstico-terapéutico de las lesiones no palpables de la mama

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com



Abordaje diagnóstico-terapéutico de las lesiones no palpables de la mama

José Francisco Gallegos Hernández*

Poca duda existe en la forma de diagnóstico y tratamiento de la lesión tumoral palpable de la mama; sin embargo diagnosticar las lesiones sospechosas de cáncer no palpables es un reto; el abordaje diagnóstico-terapéutico adecuado permitirá su clasificación y tratamiento preciso.

La mastografía de screening o pesquisa ha demostrado ser el único método que permite la detección del cáncer de mama en etapa inicial, disminuye la frecuencia de detección en etapas avanzadas, interrumpe la historia natural del cáncer de mama y como consecuencia disminuye la tasa de mortalidad por carcinoma mamario.¹⁻⁵

La formalización de programas de screening ha permitido que la tasa de cánceres en etapas tempranas se incrementa, en los Estados Unidos aproximadamente 2% de las mastografías de pesquisa diagnostican una zona de sospecha.

En México la popularización cada día mayor del estudio ha hecho que con mayor frecuencia nos enfrentemos a zonas mastográficas de sospecha neoplásica en pacientes asintomáticas, lo que se conoce como lesiones no palpables; se estima que entre 10 y 40% de estas lesiones son un cáncer de mama en etapa inicial.

Históricamente este tipo de lesiones (diagnosticadas raramente en la época en que la mastografía era un complemento en el diagnóstico de tumor mamario y no un sistema de pesquisa) eran sometidas a biopsia abierta y el cirujano se guiaba hacia ellas por coordenadas en la mastografía; sin embargo actualmente sabemos que cuando se trata de un cáncer, existen factores inherentes al tumor como la presencia de invasión, el grado de diferenciación y los márgenes

quirúrgicos que se relacionan en forma directamente proporcional con la posibilidad de recurrencia tumoral, el conocimiento de estos factores sólo puede hacerse en la pieza final de resección y para ello debemos planear preoperatoriamente el tipo de cirugía, esto no lo podemos hacer si no contamos con un diagnóstico preoperatorio, además la estandarización de técnicas como el mapeo linfático con biopsia del ganglio centinela con el intento de evitar la disección radical de axila son imposibles de realizar si sabemos después de la resección que la lesión sospechosa era un cáncer de mama.⁶ La meta en la evaluación de las lesiones no palpables es diagnosticarlas antes de la resección para planear su tratamiento adecuado.

Ante el descubrimiento de una zona de sospecha mastográfica, clínicamente no evidente debemos tomar una ruta diagnóstica-terapéutica que nos permita llegar al adecuado diagnóstico sin comprometer el tratamiento oncológico final, tanto en el sitio del tumor primario (mama) como en el de la zona linfoportadora (axila).

La biopsia mínimamente invasora permite planear la estrategia terapéutica; la biopsia abierta con confirmación transoperatoria o en definitivo de malignidad, nos impide una adecuada planeación y en ocasiones evita tratamiento conservador tanto de la glándula mamaria como de la axila.

El conocimiento constantemente evolutivo de la mejor forma de tratamiento de las neoplasias mamarias incipientes y el surgimiento de la cirugía conservadora mamaria y axilar con la biopsia del ganglio centinela han hecho cambiar radicalmente el abordaje diagnóstico terapéutico de las lesiones no palpables de la mama.

El presente artículo es un ejercicio que integra todo el conocimiento del tratamiento del cáncer de mama inicial y permite seleccionar la forma ideal de diagnosticar y tratar una lesión de sospecha mastográfica no palpable en la glándula mamaria.

Importancia de la biopsia con Mamotome™: Puede efectuarse guiada por ultrasonido o por estereotaxia; evita cirugía innecesaria en lesiones benignas, es un procedimiento ambulatorio que permite a la paciente reintegrarse a su actividad inmediatamente, no deja defecto

* Cirujano. Hospital Oncología, CMN-SXXI IMSS.

Correspondencia:

Dr. J. Francisco Gallegos Hernández
Hospital Ángeles Lomas. Consultorio 730,
Vialidad de la Barranca, SN Huixquilucan Edo., Mex.
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx

Aceptado: 19-11-2003.

estético, la resección de tejido mamario es mínima (*Figura 1*) y no interfiere con el drenaje linfático como lo podría hacer una biopsia abierta permitiendo efectuar el MLBGC si fuese necesario, la cicatriz en piel es casi imperceptible y no deja huella en el parénquima mamario que interfiera con la imagen mastográfica como lo hace la biopsia abierta, lo que permite un seguimiento mastográfico adecuado. Es el procedimiento de elección cuando la mastografía muestra microcalcificaciones y es una alternativa en lesiones sólidas, al obtener tejido mamario puede diferenciar entre carcinoma intraductal e invasor.⁹ Se recomienda dejar un clip posterior (*Figura 2*) a la biopsia para poder guiar la colocación de un arpón y/o la inyección de nanocoloide-Tc99 si se diagnostica cáncer.

Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): Se recomienda como procedimiento de elección en lesiones sólidas visibles en el ultrasonido; se requiere de personal alta-

mente capacitado en citopatología y tiene el inconveniente de no poder diferenciar entre carcinoma *in situ* e invasor.

CONCLUSIONES

La mastografía es el método ideal para la identificación de cáncer de mama no palpable en pacientes asintomáticas, el efectuarla rutinariamente ha incrementado el diagnóstico de zonas de sospecha no palpables; en este tipo de lesiones se recomienda tener diagnóstico antes de establecer tratamiento, lo cual nos permite la adecuada planeación terapéutica y discutir con la paciente las opciones de tratamiento; se debe de evitar interferir con el tratamiento oncológico posterior.

Un inadecuado abordaje terapéutico puede implicar la imposibilidad de realizar tratamiento conservador de la glándula mamaria y/o la axila.

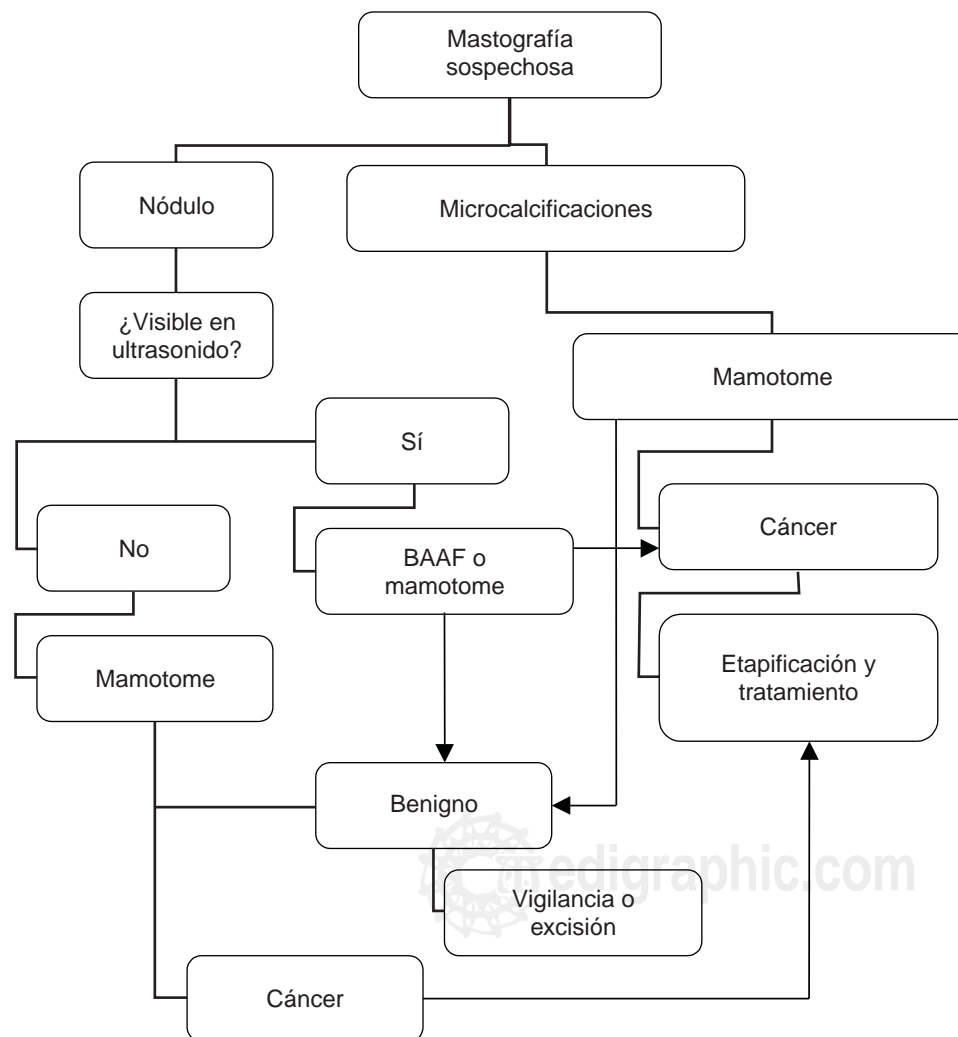
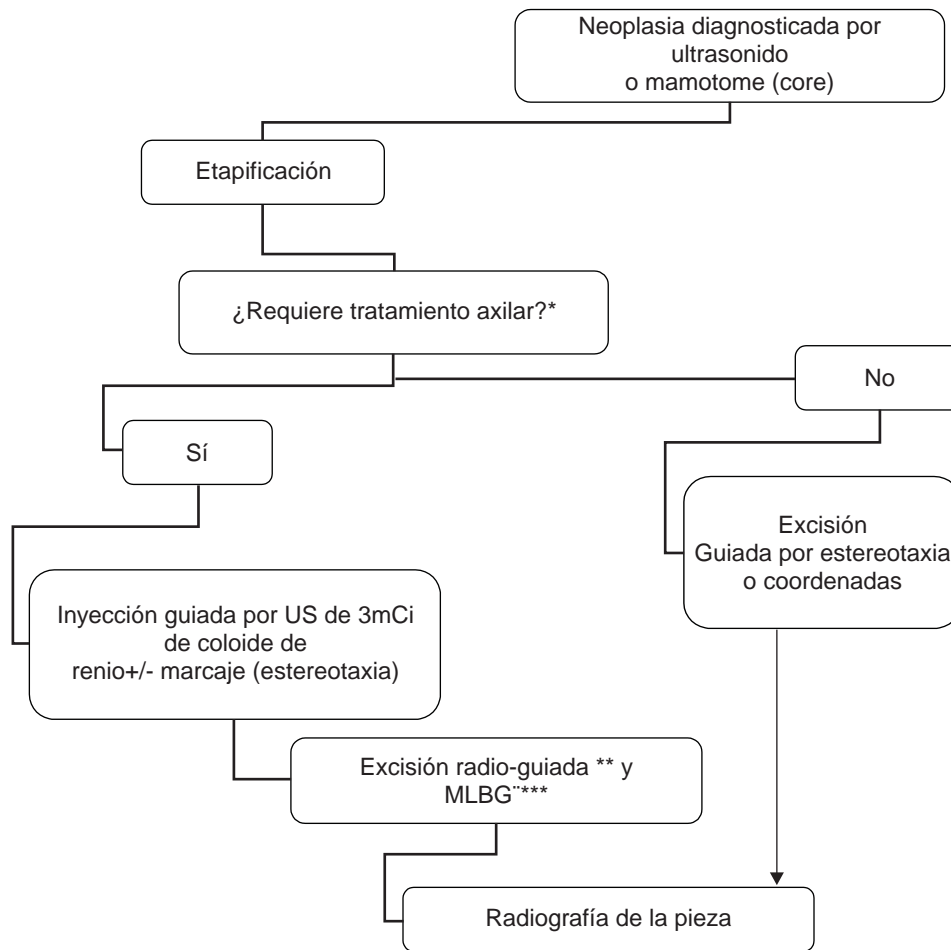


Figura 1. La biopsia con Mamotome™ obtiene suficiente tejido para diferenciar entre carcinoma *in situ* o invasor.



* NCCN⁷ recomienda tratamiento axilar en toda paciente con carcinoma invasor (= T1).

** La inyección de nanocoloide-Tc⁹⁹ permite al mismo tiempo la resección de la zona de sospecha guiada con el Neoprobe 2000TM y la identificación del ganglio centinela.⁸

*** Mapeo linfático con biopsia del ganglio centinela.

Figura 2. Posterior a la biopsia con MamotomeTM se deja un clip que permite guiar una biopsia con ultrasonido o estereotáctica en caso que se reporte carcinoma.

REFERENCIAS

1. Baines CJ, To T. Change in breast self-examination behavior achieved by 89,835 participants in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer* 1990; 66: 570- 6.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Breast cancer screening for women ages 40-49, January 21-23,1997. *Monogr Natl Cancer Inst* 1997; 22: vii-xvii.
3. Semiglazov VF, Sagaidak VN, Moiseyenko VM et al. Study of the role of breast-self examination in the reduction of breast cancer mortality: the Russian/World Health Organization Study (abstract). *Eur J Cancer* 1993; 29A: 2039-46.
4. Gastrin G, Miller AB, To T et al. *Incidence and mortality from breast cancer in the mama program for breast screening*. Austin (TX): Landes Bioscience; 1997.
5. Kopans DB. Screening for breast cancer. In: Singletary SE, Robb GL. Editores. *Advanced Therapy of breast disease*. Hamilton: BC Decker Inc., 2000: 1-8.
6. Gallegos-Hernández JF. Linfadenectomía selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama. Una alternativa a la disección radical de axila. *Acta Med Gpo Ang* 2003; 1(3): 127-131.
7. NCCN (National Comprehensive Cancer Network). *Oncology practice guidelines*. 2000.
8. Gallegos-Hernández JF, Tanis PE, Nieweg OE et al. Radio-guided surgery improves outcome of therapeutic excision in non-palpable invasive breast cancer. *Nucl Med Com* (submitted).
9. Dershaw DD. Stereotactic breast biopsy. In: Singletary SE, Robb GL. Ed. *Advanced Therapy of breast disease*. Hamilton: BC Decker Inc., 2000: 89-98.