



ERRORES COMUNES EN EL MANEJO DE LA PACIENTE CON PATOLOGÍA MAMARIA

MAURICIO BORRERO F.

Ginecólogo Oncólogo

Profesor Departamento de Obstetricia y Ginecología

El cáncer de mama es el cáncer más común en la población femenina mundial, y en Colombia ocupa el segundo lugar en incidencia después del de cuello uterino. Debido al alto nivel de concientización de la población frente a ese mal, los médicos deben evaluar cada día más pacientes con patología mamaria. Si bien la mayoría de estas pacientes no terminarán con un diagnóstico de cáncer, habrá unas que sí lo van a tener. En estos casos el médico general, el ginecoobstetra y el cirujano general deben ejercer gran cautela para realizar de manera juiciosa el abordaje inicial y realizar la remisión al oncólogo en el momento adecuado.

Múltiples artículos explican la manera de realizar el estudio inicial en estos casos; sin embargo poco se menciona del límite hasta dónde pueden llegar el médico general y el especialista sin entrenamiento oncológico antes de la remisión. La realidad es que muchas pacientes ven alterado su pronóstico, su estadificación, su probabilidad de beneficiarse de una cirugía conservativa, y todo el esquema de tratamiento por cuenta de intervenciones que aunque hechas con la mejor intención, terminan causando gran perjuicio.

A lo largo de esta disertación mencionaré de manera breve cómo debe ser el enfoque inicial de los motivos de consulta más problemáticos, puntualizando las intervenciones que debe evitar abordar el mé-

dico sin entrenamiento oncológico, y que deben realizarse en unidades con recursos y especialistas altamente calificados para el manejo del cáncer. El énfasis se hará en las patologías que originan la mayoría de manejos desafortunados: el nódulo palpable, el no palpable, y las imágenes sospechosas.

I. NÓDULO PALPABLE

A. GENERALIDADES

Este sigue siendo el motivo de consulta más frecuente de las pacientes con cáncer de mama y con seguridad es donde hay mayor potencial de realizar intervenciones erradas en caso de malignidad. No debemos olvidar que son más frecuentes las causas benignas de nódulo palpable, como los macroquistes, los fibroadenomas y otros tumores benignos, las áreas de tejido glandular prominentes, y la necrosis grasa. En la experiencia de las clínicas especializadas de mama en el Reino Unido, 90% de las pacientes con nódulo palpable tenían causas benignas, y 10 % cáncer¹. Sin embargo, en caso de malignidad las consecuencias de un mal enfoque inicial son desastrosas, por lo cual el estudio de estas pacientes debe hacerse de la manera más concienzuda, remitiendo a tiempo aquellas en quienes hay sospecha de cáncer, y evitando maniobras diagnósticas que pueden alterar el resultado final.

El manejo del nódulo palpable se basa en la triple prueba, también llamada triple test o tripleta diagnóstica. Consiste en el análisis combinado del examen físico, las imágenes y la biopsia percutánea o mínimamente invasiva: éste último término se refiere a la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) y el tru-cut. La precisión diagnóstica de la triple prueba realizada de manera adecuada se acerca al 100% cuando los 3 componentes concuerdan, bien sea para malignidad o benignidad^{2,3,4}. Cuando no hay concordancia se debe realizar resección de la lesión o nueva biopsia percutánea.



La escogencia de imágenes para la tripleta depende de la edad de la paciente, y a este respecto hay dos corrientes en la literatura: mayores y menores de 40 para unos, o de 35 años para otros. Usaremos el límite de 35 años y revisaremos de manera breve los algoritmos de manejo del nódulo palpable y del quiste mamario, recordando que el objetivo de esta disertación no es discutir los algoritmos en sí, sino los componentes en donde el clínico tiene la mayor probabilidad de incurrir en error (figuras 1, 2 y 3). A estos componentes los llamaré áreas críticas.

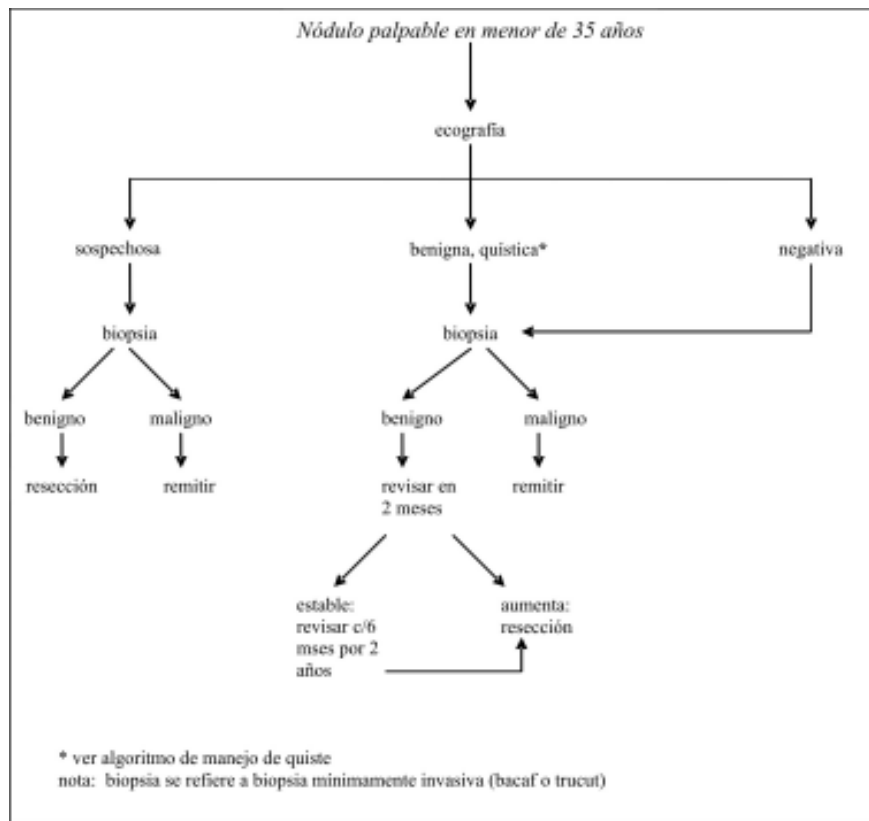


Figura 1: Manejo del Nódulo Palpable en Mujeres Menores de 35 años

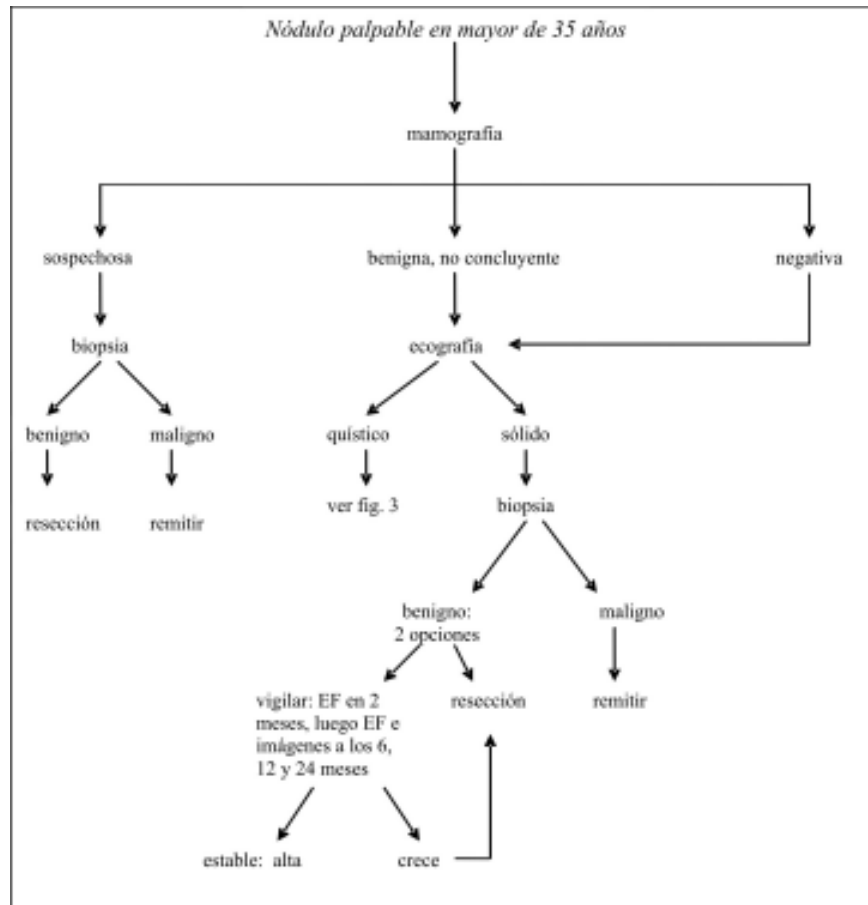


Figura 2. Manejo de la Paciente Mayor de 35 Años con Nódulo Palpable

B. ÁREAS CRÍTICAS EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA PACIENTE CON NÓDULO DOMINANTE

Como vemos, en todos los algoritmos el manejo depende fundamentalmente del resultado de las biopsias, entendiendo que estas biopsias deben ser mínimamente invasivas (BACAF o tru-cut), por razones que expondremos más adelante. Si la toma de biopsia por par-

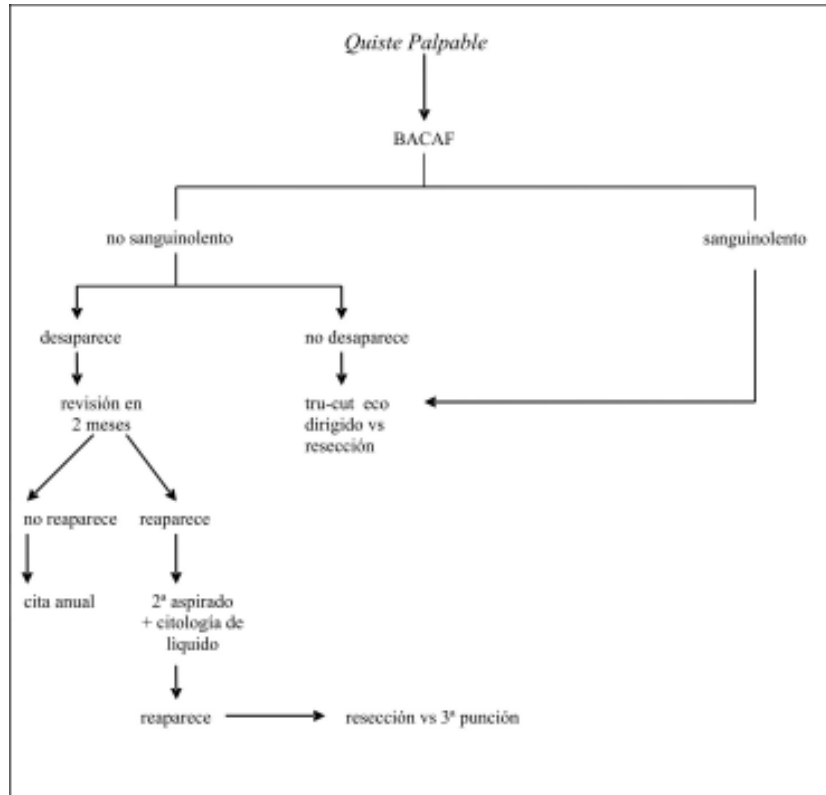
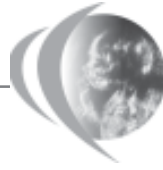


Figura 3. Manejo de la Paciente con Quiste Mamario Palpable

te del clínico, o la lectura de la misma por el patólogo fueran erróneas, todo el análisis se verá afectado, y el resultado final también. En caso de cáncer esto será desastroso para la paciente: habrá retrasos en el diagnóstico final y el pronóstico empeorará mientras más tiempo se haya perdido. No es raro ver en nuestros servicios pacientes con retrasos en el diagnóstico de 12 y más meses por culpa de un falso negativo de un BACAF o un tru-cut.

A continuación consideraremos los aspectos críticos, donde existen más posibilidades de cometer errores y perjudicar a la paciente.

PRIMERA ÁREA CRÍTICA: EVITAR LAS BIOPSIAS A CIELO ABIERTO

Hemos visto que en ninguno de los algoritmos de manejo se considera de entrada la resección para llegar a un diagnóstico histológico. Esta práctica era muy difundida hasta hace 2 décadas, pero el refinamiento en las imágenes, en los instrumentos para realizar biopsias percutáneas (como el tru-cut, sea guiado o no por imágenes, el mamotomo), y la confirmación del alto grado de precisión de dichas biopsias, incluido el BACAF, han hecho que su uso haya sido abandonado. Sin embargo, en nuestro medio aún se utiliza de manera desmedida.

Vamos a revisar las principales consideraciones para no recomendar la utilización de la biopsia abierta. En primer lugar, en caso de benignidad se evita hasta 80% de cirugías, ahorrándole a la paciente cicatrices, deformidad y ansiedad⁵. No debemos olvidar que además de la deformidad física se producen dificultades para la interpretación futura de mamografías. Desde el punto de vista económico es menos costosa la biopsia percutánea, toda vez que se evita la anestesia (general la mayoría de las veces), la incapacidad, los materiales médico quirúrgicos, y el mayor costo de lectura de una pieza de anatomía patológica de mayor tamaño.

Lo más preocupante es que en caso de malignidad, las pacientes con biopsia abierta tienen poca probabilidad de beneficiarse de una cirugía conservativa debido a la distorsión anatómica producida por la resección del tumor⁶. Cuando se les puede ofrecer dicho manejo el resultado estético es menos satisfactorio, habida cuenta de que por lo general los márgenes están comprometidos y hay que reseca grandes cantidades de tejido. Total que la mayoría de estas pacientes quedan condenadas, por así decirlo, a perder su mama. Pero los problemas no terminan allí: en la mastectomía es menester reseca la cicatriz de la



biopsia previa en conjunto con la mama, y esto plantea retos difíciles de resolver, con cicatrices deformantes. Si se va a realizar una reconstrucción el resultado estético también será más pobre⁷.

Por último, con la biopsia percutánea se requieren menos cirugías para el manejo definitivo en caso de malignidad: 1.25 vs 2.01 procedimientos⁸. Es apenas lógico, ya que quien hace la biopsia excisional sólo quiere llegar a un diagnóstico histológico, sin considerar márgenes oncológicos. En cambio, cuando se conoce de antemano que existe malignidad, el abordaje se realiza con intención de obtener márgenes suficientes.

SEGUNDO ASPECTO CRÍTICO: QUIÉN DEBE REALIZAR LAS BIOPSIAS PERCUTÁNEAS?

La sensibilidad de las biopsias percutáneas para detectar cáncer es altísima: 98 a 99%, con un valor predictivo positivo del 99%⁹. Sin embargo, esa precisión tan alta sólo se alcanza en manos experimentadas: sabemos que las biopsias percutáneas, son muy operador-dependientes. El éxito de estos procedimientos depende de la experiencia del clínico. Ljung y colaboradores mostraron cómo el índice de falsos negativos para el BACAF en cáncer era de sólo 2% en manos de médicos que realizaban en promedio 100 procedimientos al año, contra 25% de falsos negativos en quienes sólo realizaban 2 procedimientos al año¹⁰. El autor concluye que esta técnica en manos no experimentadas tiene un alto potencial de causar daño. Para los patólogos que leen las placas de BACAF aplican principios similares, y el Anatomic Pathology Program Information Form de los EEUU requiere que los residentes lean por lo menos 1500 placas durante su entrenamiento¹¹. Estos niveles de entrenamiento sólo los tienen especialistas que trabajen en unidades especializadas de mama, por lo cual no se recomienda que quien no tenga entrenamiento y maneje un alto volumen de pacientes realice biopsias percutáneas.

En cuanto a si las biopsias deben ser guiadas o no por imágenes existe evidencia que permite afirmar que son más precisas las que son guiadas por imágenes (casi siempre ecografía en el caso del nódulo palpable). Lorenzen, citado por Berg, reporta que el tru-cut dirigido por ecografía tiene una sensibilidad de 98%, contra 79% para el tru-cut tomado sin guía ecográfica¹². En otras series la sensibilidad es reportada como del 99% utilizando guía imagenológica¹³. Hoy en día no cabe duda que la guía ecográfica hace más preciso el diagnóstico, porque se tiene certeza de haber tomado la muestra efectivamente de la lesión, y no de los tejidos adyacentes. Esto lo hace particularmente útil en los nódulos de menor tamaño.

Por todo lo anterior se recomienda que las biopsias solamente sean realizadas por profesionales con entrenamiento adecuado (150 casos durante la residencia y un volumen de mínimo 100 procedimientos anuales¹⁰). Es imposible alcanzar esos estándares en hospitales generales; la manera correcta de proceder es solicitar la biopsia percutánea guiada por imágenes.

TERCER ASPECTO CRÍTICO: BACAF O TRU-CUT?

Existe evidencia de un ensayo aleatorizado controlado multicéntrico (Radiation Oncology Diagnosis Group V - RDOGV) que indica que para lesiones no palpables, el desempeño del tru-cut eco dirigido es mejor que el del BACAF, con sensibilidades del 97.5% y 58% respectivamente¹⁴.

En cuanto a biopsia de lesiones palpables tomadas sin guía imagenológica, también se ha encontrado mejor desempeño del tru-cut: sensibilidad del 95% comparado con 90% del BACAF en la serie de Denison¹⁵. Hay otro factor que hace que la balanza se incline a favor del tru-cut, y es que se obtienen muestras de mayor tamaño.



Esto permite diferenciar carcinoma in situ de invasivo y realizar estudios como receptores hormonales y sobreexpresión del gen HER 2 – neu, tan útiles para orientar el tratamiento. Los costos son un poco más elevados con el tru-cut, pero se puede concluir que a la larga es más ventajoso que el BACAF, y que su sensibilidad aumenta si se realiza con guía imaginológica.

CUARTO ASPECTO CRÍTICO: MANEJO DE LESIÓN DE ALTO RIESGO EN BIOPSIA PERCUTÁNEA

Se consideran lesiones de alto riesgo la hiperplasia atípica, la cicatriz radial y la neoplasia lobular (o carcinoma lobulillar in situ). Cuando la biopsia percutánea revele uno de estos diagnósticos se debe proceder a reseca la totalidad de la lesión, y la probabilidad de que la clasificación cambie a cáncer va del 10 al 40%¹⁶. Teniendo en cuenta tan alta probabilidad de malignidad, la paciente debe ser remitida a un centro especializado en cáncer para que allí se le realice un procedimiento oncológico con márgenes amplios, y no una mera biopsia a cielo abierto.

No es recomendable que estas cirugías sean realizadas por profesionales sin entrenamiento en cáncer, por las mismas razones que expuse anteriormente (resultado estético adverso, baja probabilidad de cirugía conservativa, necesidad de varias cirugías en vez de una sola, aumento en costos y morbilidad).

II. Nódulo no palpable y otras imágenes sospechosas no palpables

El uso difundido de la mamografía de tamizaje es uno de los motivos de la disminución de mortalidad por cáncer de seno en Norte América, Europa occidental y Australia. Otras razones son el diag-

nóstico más preciso y los tratamientos más efectivos⁶. De manera breve, lo que se logra con el tamizaje mamográfico es detección de tumores pequeños, no palpables muchas veces, que lógicamente tienen mayor probabilidad de curación.

En la medida en que en nuestro país más mujeres tienen acceso a mamografía de tamizaje, más clínicos se verán obligados a realizar estudio histológico de lesiones que no se palpan. Básicamente hay 3 formas de realizar dicho estudio: BACAF eco dirigido, tru-cut eco dirigido y biopsia abierta, previa marcación con guía de alambre (arpón).

Acá aplican lo mismos conceptos que en el diagnóstico del nódulo palpable:

- A. Evitar las biopsias a cielo abierto como abordaje diagnóstico inicial. Solicitar biopsias percutáneas, que deben ser realizadas por el radiólogo.
- B. Preferir el tru-cut (eco dirigido o biopsia estereotáxica) al BACAF eco dirigido. Este se reserva para los quistes complejos.
- C. Cuando se requiera de la resección completa de la lesión, bien sea por reporte de lesión de alto riesgo (hiperplasia con atipia, carcinoma lobulillar in situ o cicatriz radial), por no concordancia de la patología con la imagen y/o por dificultad técnica para la biopsia percutánea, dicha resección solo será llevada a cabo en centros especializados en cáncer.

Es fundamental la comunicación entre el clínico y el radiólogo que realiza la biopsia percutánea. El radiólogo debe hacer un informe del procedimiento con las recomendaciones del caso. Cuando no se documente malignidad, ambos profesionales de deben definir si se vigilará en 6 meses con imágenes o se opta por resección guiada con arpón. Ya mencioné que en caso de requerir resección, la paciente debe ser remitida.



CONCLUSIONES

El resultado final de las pacientes con cáncer de mama depende en gran medida del enfoque inicial llevado a cabo por el médico general, el ginecólogo y/o el cirujano general.

A lo largo de esta disertación resaltamos algunas intervenciones que tienen potencial de causar daño a la paciente, y expusimos maneras de evitarlo. En la mayoría de casos dicho daño proviene de intervenciones diagnósticas y terapéuticas realizadas con la mejor intención, pero sin el entrenamiento adecuado y sin medir las consecuencias finales.

Antes de realizar un procedimiento diagnóstico es fundamental que nos preguntemos si tenemos el entrenamiento y la experiencia necesaria para asegurarle a la paciente un resultado acorde con sus expectativas, y sobretodo para evitarle morbilidad y sufrimiento innecesarios. De paso estaremos evitando posibles problemas legales, cada día más comunes en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Codd, R, Gateley CA. Management of benign disease of the breast. *Surgery* 2007; 25: 264-267
2. Morris KT, Vetto JT, Petty JK, Lum SS, Schmidt WA, Toth-Fejel S, et al. A new score for the evaluation of palpable breast masses in women under age 40. *Am J Surg* 2002;184:346-7.
3. Steinberg JL, Trudeau ME, Ryder DE, Fishell E, Chapman JA, McCready DR, et al. Combined fine-needle aspiration, physical examination and mammography in the diagnosis of palpable breast masses: their relation to outcome for women with primary breast

- cancer [published correction appears in *Can J Surg* 1997;40:9].
Can J Surg 1996;39:302-11.
4. Kamphausen BH, Toellner T, Ruschenburg I. The value of ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology of the breast: 354 cases with cytohistological correlation. *Anticancer Res* 2003;23:3009-13.
 5. Bartella L, Smith CS, Dershaw DD, Liberman L. Imaging breast cancer. *Rad Clin N Am* 2007; 45: 45-67.
 6. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A. Breast Cancer. *Lancet* 2005; 365: 1727-41.
 7. Choi J, Alderman AK, Newman LA. Aesthetic and reconstruction considerations in oncologic breast surgery. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 943-52.
 8. Liberman L. Percutaneous image-guided core biopsy. *Radiol Clin N Am* 2002; 40: 483-500.
 9. Klein S. Evaluation of palpable breast masses. *Am Fam Phys* 2005; 71: 1731-8.
 10. Ljung BM, Drejet A, Chiampi N, et al. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration biopsy is determined by physician training in sampling technique. *Cancer* 2001;93:263-8.
 11. Abati A, Simsir A. Breast fine needle aspiration biopsy: prevailing recommendations and contemporary practices. *Clin Lab Med* 2005; 25: 631-54.
 12. Berg WA. Image-guided breast biopsy and the management of high-risk lesions. *Radiol Clin N Am* 2004; 42: 935-46.
 13. Schoonjans JM, Brem RF. Fourteen-gauge ultrasonographically guided large-core needle biopsy of breast masses. *J Ultrasound Med* 2001; 20:967-72.



14. Pisano ED, Fajardo LL, Caudry DJ, et al. Fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial: results from the radiologic diagnostic oncology group V. *Radiology* 2001;219: 785-92.
15. Dennison G, Anand R, Makar SH, Pain JA. A prospective study of the use of fine-needle aspiration cytology and core biopsy in the diagnosis of breast cancer. *Breast J* 2003;9:491 - 3.
16. Vitug A, Newman L. Complications in Breast Surgery. *Surg Clin N Am* 2007; 87: 431-51.