

Neumoquistografía: valor diagnóstico y terapéutico en el quiste de mama

E. Arnedo Soriano,
E. Lorenzo Alonso

SUMMARY

This article outlines a case of solitary breast cyst, in a patient with no previous mammary symptomatology. Several xeromammographies in three projections and echographycal study in linear real time with a 5 MHz transducer, confirm the diagnosis of uninhabited simple cyst. Puncture-evacuation followed by pneucystography and citology of the liquid contents, guarantee the process' benignity and allow its healing in a sole medical act of small duration. Although this is the procedure that should be followed in the presence of this pathology as a diagnosis-therapeutics method, we consider of extreme importance to insist on it, given high frequency of not indicated surgical operations still performed nowadays.

Key words:

Breast, Puncture-evacuation.

Departamento de Radiología
Ginecológica de la Clínica Minaya.
Alejandro González, 3. Madrid.

Palabras clave:

Quiste, Punción-evacuación, Quistografía gaseosa.

INTRODUCCION

La enfermedad quística de la mama o mastopatía fibroquística es la afección más corriente de la glándula mamaria.

Aparece con mayor frecuencia en mujeres entre 40 y 50 años, siendo excepcional después de los 55 años, pareciendo estar relacionada con la menopausia.¹

Clínicamente los quistes aparecen bruscamente, produciendo pinchazos y dolor, como tumoraciones tensas, redondeadas, bien delimitadas, móviles y desplazables.

En algunos casos aparece un quiste, único pero existen pacientes con quistes múltiples (30%), bilaterales (10%) o no (enfermedad poliquística).^{1,2}

El diámetro más frecuente es de 20 a 30 mm.²

El diagnóstico se realiza por la anamnesis, la clínica, la radiología, la ecografía y el estudio citológico, con cuya combinación se obtiene una exactitud cercana al 100%. La ecografía sola da una fiabilidad del 100% en el diagnóstico de los quistes (Fdez. Cid, 1982; García

Sánchez, 1974; Pinotti y cols., 1975; Bonilla y cols., 1976; G Dale y B Gairard, 1976).²

Ante dicha seguridad diagnóstica, la punción-evacuación seguida de neumoquistografía gaseosa debe ser realizada sistemáticamente, ya que el método asegura la curación definitiva del proceso o bien establece la indicación quirúrgica si el estudio citológico del líquido fuera sospechoso o bien si existieran vegetaciones intraquísticas en la radiografía.^{1,2,12}

CASO CLINICO

Paciente de 38 años, casada, 2 hijos, sin antecedentes personales mamarios y con el antecedente familiar de una hermana operada de tumoración benigna de mama.

Consulta por nódulo suprareolar en mama derecha, con punzadas, que apareció bruscamente 3 días antes. Sufre gran ansiedad, ya que su médico le había sugerido la posibilidad de una intervención quirúrgica antes de enviárnosla.

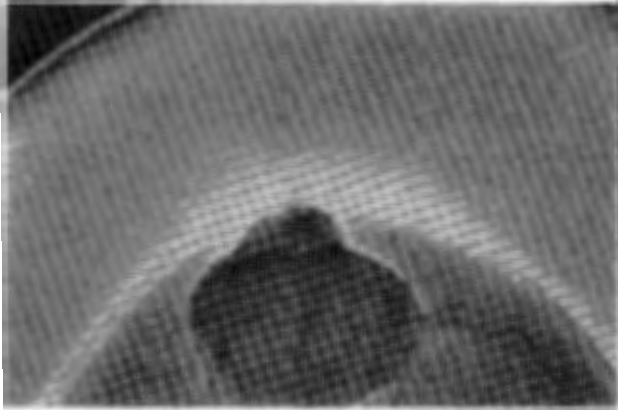


Fig. 1. Xeromamografía craneocaudal.

La exploración muestra mamas de configuración normal y simétricas, sin alteraciones de los planos cutáneos, de las areolas, ni de los pezones.

A la palpación existe un nódulo de unos 5 cm, fluctuante, regular, muy móvil y deformable, bien delimitado.

El estudio xerográfico muestra una mama de escasa densidad, en involución adiposa, con algunos restos trabeculares. En el centro de la mama puede verse una imagen de opacidad, homogénea, redondeada, de 50 por 50 mm de bordes lisos y regulares y muy bien delimitada.^{3, 4, 10}

El estudio ecográfico muestra una imagen redondeada absolutamente carente de ecos en su interior, de límites precisos y regulares, con refuerzo posterior del sonido («signo de la cola del renacuajo») y con dos franjas econegativas laterales. El tamaño es de 4,6x3,7 cm.^{5, 6, 11}

El diagnóstico es establecido por la triada clásica de Gros:

- Atenuación nula (excelente conductibilidad).
- Contraste importante (superior a 35 db).
- Deformabilidad evidente (consistencia elástica).⁷

Punción-evacuación. Previa esterilización de la zona se punciona el quiste bajo control ecográfico con aguja fina, obteniéndose 25 cc de líquido ambarino.

Neumoquistografía. Se inyecta por la misma aguja, sin retirarla, una cantidad de aire equivalente al 75% del líquido extraído.

Se realizan xerografías en dos proyecciones, comprobándose la total evacuación del quiste y la perfecta regularidad de sus paredes internas, descartándose la presencia de vegetaciones intraquisticas.



Fig. 2. Xeromamografía lateral.

Citología. Extensión constituida a expensas de numerosas células espumosas con signos reactivos. Aisladas placas de células ductales sin alteraciones.

No se observan signos citológicos de displasia.

DISCUSION

A pesar de que es sobradamente conocida y ha sido exhaustivamente demostrada la innecesariedad de la extirpación quirúrgica en los quistes de mama, aún hay quienes desconocen u olvidan la posibilidad de la punción citológica seguida de neumoquistografía.

Continúa siendo habitual que las pacientes sean sometidas a intervenciones cruentas, a veces con anestesia general y hospitalización, con lo que ello supone de gasto, tiempo, angustia, riesgo (aunque sea peque-



Fig. 3. Xeromamografía oblicua.

ño) y cicatrices en la mama que hubieran podido evitarse. La trascendencia estética de éstas sólo puede ser valorada por la paciente, pero además las distorsiones cicatriciales del estroma dificultan el diagnóstico en posteriores mamografías, precisamente en un tipo de mamas que deben vigilarse y presentan con frecuencia imágenes de diagnóstico difícil por el fondo de displasia fibroquística.

Todavía en nuestro medio el proceder de muchos clínicos ante una tumoración de mama de aspecto benigno y probable origen quístico varía entre tres alternativas:

- La intervención quirúrgica de entrada.
- El intento de punción, sin otros datos que la palpación.

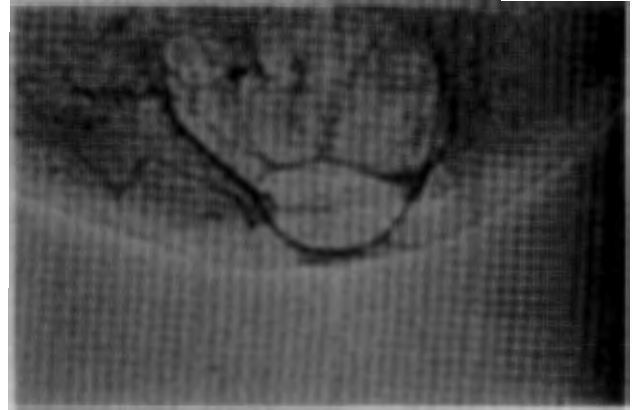


Fig. 4. Neumoquistografía en proyección craneocaudal.

- La solicitud de una mamografía previa a la decisión terapéutica.

Ninguno de estos procederes es correcto, ya que el diagnóstico definitivo de tumoración líquida lo aporta la ecografía y/o la punción citológica.^{8, 12}

Supuesto un diagnóstico por ecografía, el médico se enfrenta de nuevo con dos posibilidades:

- La operación, decisión no indicada por excesiva.
- La punción-evacuación en su consulta con citología del líquido, decisión no terapéutica e insuficiente, ya que no puede comprobar si el quiste ha sido totalmente evacuado ni si existen vegetaciones intraquísticas, posiblemente malignas o premalignas.

El único procedimiento lógico es, pues, la neumoquistografía realizada por el radiólogo, que permite comprobar inmediatamente el total vaciamiento (el volumen del líquido a evacuar es $\frac{\pi}{6} \times D_1 \times D_2 \times D_3$),⁹ la completa repleción de aire (50-75% del líquido extraído) y el aspecto interior de las paredes de la cavidad quística, permitiendo descartar infiltraciones parietales, colonizaciones intracavitarias, compresiones de masas periquísticas y tabicamientos.¹²

El estudio citológico del líquido es sistemático e imprescindible.¹² El riesgo de reproducción de un quiste simple tratado de esta forma es igual al de la exéresis quirúrgica. Con uno como con otro procedimiento pueden aparecer quistes nuevos en zonas próximas, ya que la entidad causal suele ser una displasia mamaria, enfermedad de base que no puede ser tratada en su conjunto en un acto terapéutico ablativo puntual y que es susceptible de tratamiento médico o, en contados casos, de mastectomía subcutánea.^{1, 2}



Fig. 5. Neumoquistografía en proyección lateral.

El método es totalmente resolutivo en los casos de quiste único, en mamas sin displasia fibroquistica de fondo y de aparición brusca como el que presentamos.¹

CONCLUSION

La neumoquistografía es el método diagnóstico de elección en los quistes de mama, siempre acompañado de citología.

Permite seguir la evolución del quiste y es terapéutico en el 95% de los casos, limitando el número de biopsias y extirpaciones, que sólo deberán realizarse en los quistes con masas en su interior o pared sospechosa.

Con este trabajo esperamos recordar a los clínicos la conducta a seguir en los quistes de mama, practicando sistemáticamente este medio diagnóstico-terapéutico, sencillo, indoloro, inocuo, barato y muy exacto para los quistes de mama.²

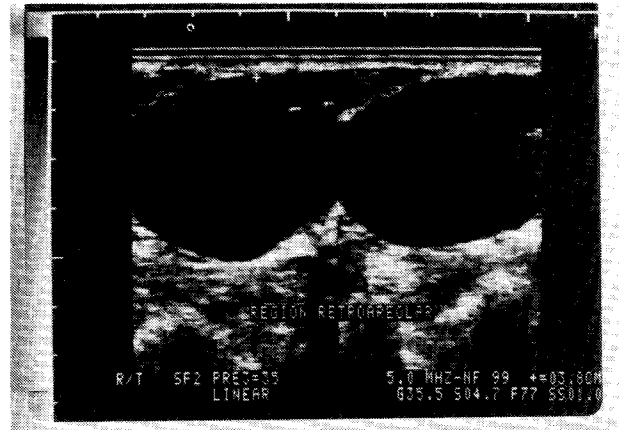


Fig. 6. Cortes ecográficos del quiste.

RESUMEN

Presentamos un caso de quiste de mama único en una paciente sin sintomatología mamaria previa a título de ejemplo.

Se realizan xeromamografías en 3 proyecciones y estudio ecográfico en tiempo real lineal y con sonda de 5 MHz, confirmando el diagnóstico de quiste simple no habitado.

La punción-evacuación seguida de neumoquistografía y citología del contenido líquido asegura la benignidad del proceso y permiten su curación en un acto médico único de corta duración.

A pesar de éste, el procedimiento que debe seguirse ante esta patología, como método diagnóstico-terapéutico, consideramos de interés insistir en él, dada la gran frecuencia de intervenciones quirúrgicas no indicadas que continúan realizándose.



Fig. 7. Ampliación de uno de los cortes ecográficos.

BIBLIOGRAFIA

1. Gros CH. Les Maladies du Sein. Ed. Masson et Cie., 1963. Dystrophies nodulaires; 70-81.
2. Fernández Cid A y cols. Patología mamaria. Salvat Editores 1982. Patología mamaria benigna. Displasias mamaras; 211-236.
3. Wolfe N, John. Xeroradiography of the Breast. Charles C Thomas, publisher. Mammary Dysplasia 1972; 52.
4. Gershon-Cohen. Atlas of Mammography. Ed. Springer-Verlog. The dysplasias 1970; 45-47, 92.
5. Feige C. L'echographie mammaire en temps réel. Maloine Ed. Le kyste mammaire 1984; 103-120.
6. Evans KT, Gravelle. Mammography, thermography and ultrasonography in breast disease. Radiology in Clinical Diagnosis Series. General Editor David H Prapnell. Butterworth and Co. Publishers Ltd. Solitary and Multiples smooth lesions 1973; 27, 36-38, 45-49, 94. Ultrasonographie, 132-135.
7. Gairard B, Dale G. Le kyste mammaire: triomphe de l'echographie. Senologia. Ed SEMP 1975; vol 0, núm. 1, 25-36.
8. Gairard B, Dale G. Le kyste mammaire: triomphe de l'echographie. Senologia. Ed. SEMP 1976; vol 1, núm. 1, 13-26.
9. Gairard B, Dale G. Le kyste mammaire: triomphe de l'echographie. Senologia. Ed. SEMP 1976; vol 1, núm. 3, 37-52.
10. Tabar L, Dean PB. Atlas de Mamografía. Ed. Doyma 1985; 21.
11. Michelin J. Atlas de Ecografía Mamaria y Mamografía. Masson, S. A. 1986; 40.
12. Fernández Cid A y cols. Atlas de Patología Mamaria. Salvat Editores 1986; 5: 39-46.