

Biopsia selectiva con aguja de Kopans en las lesiones subclínicas mamarias

E. Iglesias Martínez*,
J. A. Latasa Gimeno***,
J. M. Royo Alonso****,
P. Baró Ros**,
M. Miralles Curto*****

Servicios de Cirugía y Radiodiagnóstico. Hospital Arnau de Vilanova, de Lleida. Departamento de Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina de Lleida.

- * Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Médico adjunto del Servicio de Cirugía.
- ** Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico.
- *** Médico adjunto del Servicio de Radiodiagnóstico.
- **** Médico residente del Servicio de Radiodiagnóstico.
- ***** Médico residente del Servicio de Cirugía.

Correspondencia:
Dr. E. Iglesias Martínez.
Servicio de Cirugía.
Hospital Arnau de Vilanova,
de Lleida.
Alcalde Rovira Rouse, 84.
25006 Lleida.

SUMMARY

Seventeen patients with non palpable breast lesions, were studied prospectively. We performed in all the patients mammographically guided hook wire localization (kopans-spring hook wire) an immediately a selective breast biopsy. The specimens were radiographed for confirm the presence of clinically occult lesions and then an intraoperatively histological diagnostic was carried out. We describe this technique and the results obtained.

Palabras clave

Cáncer de mama, Biopsia de mama, Lesiones de mama no palpables, Localización con aguja.

Key words

Breast neoplasms, Breast biopsy, Nonpalpable breast lesions, Needle localization.

Presentamos una revisión de 17 casos de pacientes que presentaban lesiones de mama subclínicas y que fueron sometidas a una biopsia previa localización de la lesión con aguja de Kopan modificada.

INTRODUCCION

La necesidad de la detección del carcinoma de mama en un estadio precoz y el aumento del uso de la mamografía conllevan un aumento de la frecuencia de lesiones no palpables que requieren un diagnóstico de certeza sobre la malignidad o no de dichas lesiones. Los 2 problemas fundamentales son: determinar los criterios radiológicos para indicar cirugía o seguimiento y guiar al cirujano al lugar exacto en el

cual se encuentra la lesión que debe ser sometida a biopsia. Prácticamente hasta 1976 las biopsias de lesiones no palpables de mama se realizaban simplemente con la estimación aproximada de la localización con respecto al pezón;¹ esto llevaba a realizar grandes extirpaciones de tejido que en numerosas ocasiones eran innecesarias.

En la actualidad para la localización de estas lesiones se están empleando diferentes técnicas, desde coordenadas geométricas en el caso de lesiones superficiales y próximas al pezón, hasta las modernas técnicas estereotáxicas que permiten obtener con exactitud las coordenadas en las cuales se encuentra la lesión, ya sea para la realización de una punción aspiración o bien para la colocación de un alambre guía que permita realizar la biopsia de la zona sospechosa.



Fig. 1. Magnificación cuadrante inferior. Microcalcificaciones radiológicamente sospechosas de malignidad (flechas).

A continuación describimos la metodología y resultados en una serie de 17 biopsias realizadas con alambre localizador tipo spring-hook (aguja DKBL 21-9 21 Gage Kopans-Spring Hook wire 19 cm).

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron 17 biopsias de mama previa localización con alambre de anzuelo tipo spring-hook durante el período de tiempo comprendido entre septiembre de 1989 y diciembre de 1990. La edad de las pacientes estaba comprendida entre 51 y 76 años.

Las pacientes seleccionadas presentaban uno o varios de los siguientes criterios radiológicos: presencia de microcalcificaciones, 9 casos (52%); imágenes en estrella, 5 casos (29%); desestructuraciones graves del parénquima, 3 casos (17%), o cambios significativos respecto a mamografías anteriores, que como es sabido se asocian en más de un 14-29% a neoplasia mamaria.²

A todas las pacientes se les realizaron 3 mamografías: una primera en la cual se visualizaba la lesión (fig. 1), una segunda de comprobación de la posición correcta de la aguja y finalmente se enclavaba el anzuelo, verificando posteriormente con una nueva mamografía (fig. 2).

Nosotros fijamos el extremo exterior del alambre a la piel simplemente con cinta adhesiva (fig. 3), trasladando inmediatamente a la paciente a quirófano para realizar la biopsia, para lo cual es necesaria una completa colaboración entre los servicios de radiología, cirugía y anatomía patológica.

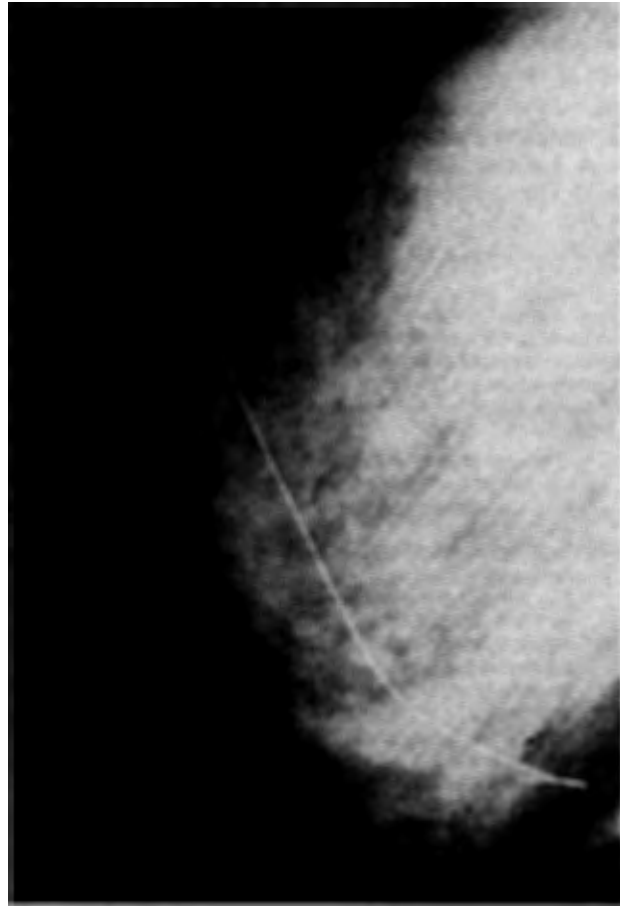


Fig. 2. Mamografía de control de la correcta posición del anzuelo, situado a menos de 1 cm de la lesión (flecha).

Una vez realizada la biopsia escisional se comprobaba mediante técnica radiológica que en la pieza biopsiada estaba englobada la lesión, siendo a veces necesaria una segunda placa ortogonal para visualizar la lesión, ya que un 7%³ pueden no visualizarse en la primera (fig. 4). Una vez comprobado, el patólogo procedía al estudio por congelación de la muestra.

RESULTADOS

Se produjo la escisión completa con éxito al primer intento en un 92-98% de casos, con un volumen mamario resecado de 68 cc.

En los 17 casos no ha habido ningún tipo de complicaciones en cuanto a migración del alambre,⁴ lo

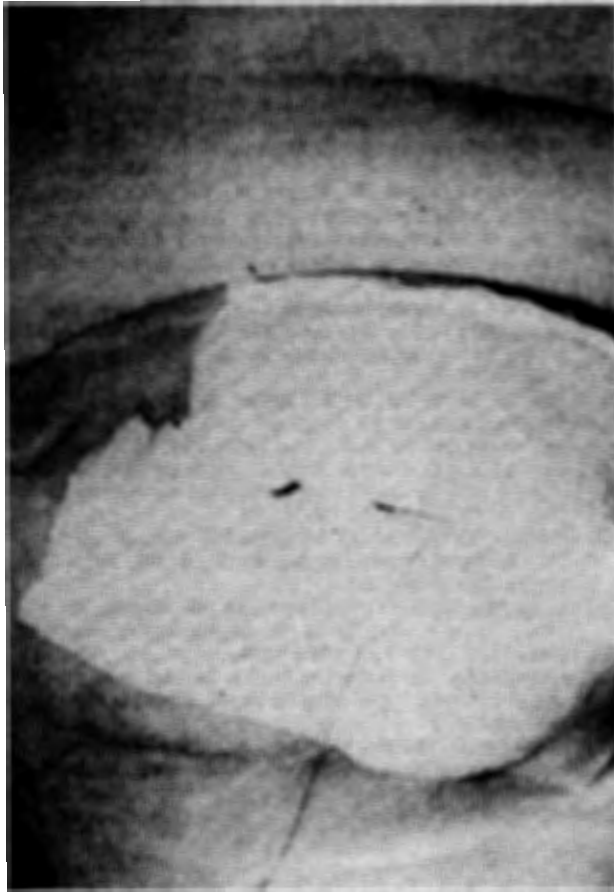


Fig. 3. Fijación del alambre solamente con cinta adhesiva.

cual conllevaría a variar su localización, ni en cuanto a la sección de éste en el acto quirúrgico, así como tampoco incidencia de hematoma ni presentación de neumotórax.

El resultado histológico obtenido fue de 9 casos de carcinoma (56%), 4 de mastopatía fibroquística (25%) y 3 de adenosis fibroesclerosa (18%).

DISCUSION

A pesar del mayor coste y de los buenos resultados obtenidos por algunos autores con la punción aspiración con aguja fina en las lesiones no palpables de mama (sensibilidad del 77-85%),^{5,6} nosotros seguimos considerando la biopsia guiada por alambre hoy por hoy como el método más seguro para el diagnóstico de certeza de carcinoma subclínico, de-



Fig. 4. Radiografía de la pieza biopsiada en la que se demuestra la existencia de las microcalcificaciones (flechas).

jando la punción aspiración para las lesiones palpables. Es posible que dentro de poco tiempo dispongamos de agujas (TSK modified Menghini TSK Laboratory Japan) que junto con las nuevas técnicas de estereotaxia⁷ permitirán por punción obtener con exactitud una muestra para estudio histológico del lugar sospechoso.

Los resultados de biopsias positivas para neoplasia de mama en lesiones no palpables y localizadas mediante aguja varían en la literatura, oscilando según las series desde un 5 a un 42%.⁸⁻¹⁰ No se sabe cuál sería el valor ideal, pero valores bajos nos indican un exceso de agresividad con tendencia a biopsiar más lesiones de las que fueran necesarias y por el contrario valores más altos como es nuestro caso (un 56%) indicaría un criterio excesivamente severo a la hora de seleccionar una paciente para el protocolo de biopsia.

Los buenos resultados obtenidos en escisión completa al primer intento (92-98%), superiores a los hallados en la literatura (85-90%), pueden ser debidos a que en un principio resecábamos un volumen de tejido probablemente superior al que hubiera sido preciso.

Otros autores emplean otro tipo de alambre,¹¹ el cual, fabricado en un material de aleación, elimina el peligro de la sección, y dotado de un mecanismo de fijación externa, el cual impide la migración del mismo; nosotros no hemos tenido ninguna complicación de este tipo (sección y/o migración) (posiblemente nuestra serie es corta), aunque pensamos que es muy difícil su sección con el bisturí y su posibilidad de

migración es nula cuando se realiza inmediatamente antes al acto quirúrgico. En cuanto al mecanismo de fijación consideramos que es de gran ayuda cuando la técnica se realiza de forma ambulatoria,¹² pero no necesaria en nuestro medio hospitalario, donde el tiempo entre la colocación del alambre y el acto quirúrgico no sobrepasa las 2 horas.

RESUMEN

Presentamos una revisión de 17 casos de pacientes con lesiones de mama no palpables que fueron estudiadas prospectivamente.

Se realizó en todas las pacientes localización mediante alambre (Kopans-spring hook wire) supervisado bajo control mamográfico e inmediatamente se realizó una biopsia selectiva de mama.

Las piezas biopsiadas fueron radiografiadas para confirmar que contenían las lesiones y acto seguido se llevó a cabo el estudio histológico intraoperatorio.

Se describen la técnica y los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. Homer MJ. Mammographic interpretation. A practical approach. Ed. 1991; 12: 114-124.
2. Skinner MA, Swain M et al. Nonpalpable breast lesions at biopsy. *Ann Surg* 1988.
3. Rebner M, Pennes DR, Baker DE, Adler DD, Boyd P. Two-view specimen radiography in surgical biopsy of nonpalpable breast masses. *AJR* 1987; 149: 283-285.
4. Parckh NJ, Wolfe JN. Localization device for occult breast lesions: use in 75 patients. *AJR* April 1987; 148: 699-701.
5. Fajardo LL, Davis JR, Wiens JL, Trego DC. Mammography guided stereotactic fine - Needle aspiration cytology of nonpalpable breast lesions. Prospective comparison with surgical biopsy results. *AJR* Noviembre 1990; 155: 977-981.
6. Masood S, Frykberg ER et al. Prospective evaluation of radiologically directed fine - Needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions. *Cancer* 1990; 66: 1480-1487.
7. Löfgren M, Anderson T, Lindhol, K. Stereotactic fine-needle aspiration for cytologic diagnosis of nonpalpable breast lesions. *AJR* June 1990; 154: 1191-1195.
8. Gamagami S, Rosser P et al. Hooked-wire-directed breast biopsy and overpenetrated mammography. *Cancer* 1987; 59: 715-722.
9. Denning DP, Farha GJ, McBoyle MF. Role of needle localization of nonpalpable breast lesions. *Arch Surg* 1987; 122: 1389-1391.
10. Lang NP, Talbert GE, Shewmake KB, Westbrook KC. The current evaluation of nonpalpable breast lesions. *Arch Surg* 1987; 122: 1389-1391.
11. Homer MJ. Nonpalpable breast lesions localization using a curved - End retractable wire. *Radiology* 1985; 157: 259-260.
12. Salvador R, Mármol G et al. Localización de lesiones mamarias ocultas. Propuesta de un método en régimen ambulatorio. *Rev Senología y Patología Mamaria* 1991; 4: 2 (71-74).