

L. Martínez Meseguer,  
A. Romero López,  
M. Ribeiro González,  
S. Antúnez Martos,  
A. de la Fuente Perucho

# Control de calidad en cirugía senológica. Patología benigna

## Quality control in senologic surgery. Benign pathology

### SUMMARY

1. *The majority of patients with mammary pathologies suffer from a benign condition.*
2. *Not only the surgeon's clinical knowledge of benign diseases will help in the diagnosis and treatment of mammary carcinoma, but also his/her pathological knowledge.*
3. *Given the need for quality control in breast surgery, it's important to establish objectives and guidelines and the mechanisms to make sure that they are followed.*
4. *The team formed by the radiologist, the surgeon and the pathologist is essential for quality control in mammary pathology.*
5. *It's important to inform the patient not only about the results of diagnostic tests but also effects, results and complications of the prescribed treatment.*

L. Martínez Meseguer.  
Servicio de Cirugía. Hospital  
Regional Carlos Haya. Málaga.

Correspondencia:  
Luis Martínez Meseguer.  
Unidad de Mama.  
Servicio de Cirugía.  
Hospital Civil San Juan de Dios.  
Plaza del Hospital Civil, s/n.  
29009 Málaga.

### Palabras clave

Control de calidad en cirugía senológica, Patología benigna de la mama.

### Key words

Quality control, Mammology, Benign pathology.

La senología, según M. Gros (Estrasburgo), no es una especialidad, es una disciplina que reúne todo aquello que se refiere a la glándula mamaria y al seno tanto desde el punto de vista médico y científico como sociológico, artístico y económico. Todas estas actividades son solidarias, y senólogo será aquel que posea una cultura general sobre el seno y unas técnicas de diagnóstico y de terapia. Hoy día el principal problema de la senología es la *prevención del cáncer de mama*.

La mayor parte de las afecciones mamarias son benignas (80%) y aunque los diagnósticos y los tratamientos de estos trastornos son relativamente sencillos es necesaria una minuciosa planificación para alcanzar unos resultados terapéuticos y estéticos satisfactorios. Los procesos más frecuentes en patología benigna de la mama requieren ser conocidos por el cirujano (tabla 1).

Debemos tener en cuenta que algunas veces no es tal patología benigna, sino que presuponen la posibilidad de un diagnóstico de enfermedad precancerosa o de un carcinoma ya establecido en su etapa más precoz, lo que redundará en beneficio del pronóstico y del tratamiento.

Es por ello por lo que se nos exige a los especialistas de patología mamaria efectuar unas correctas indicaciones quirúrgicas con una técnica óptima y unos resultados buenos.

El seguimiento y el control de calidad serían más fidedignos con unos protocolos acertados (tabla 2).

Los cirujanos debemos regirnos por unas directrices en el tratamiento de la enfermedad mamaria sintomática. Son los objetivos de calidad y los parámetros o medidas para conseguir estos objetivos<sup>1-3</sup> (tabla 3).

TABLA 1  
**PROCESOS MÁS FRECUENTES EN PBM**

**Nódulo mamario**

- Quiste solitario.
- Fibroadenoma.
- Tumor filodes.
- Adenomas tubulares.
- Lipoma.
- Hamartoma (fibroadenolipoma).
- Galactocele (quiste lácteo).

**Lesiones fibroquísticas mamarias**

- MFQ proliferativa.
- MFQ no proliferativa.

**Secreciones mamarias**

- Ectasia ductal.
- MFQ.
- Lesiones papilares:
  - Papilomas solitarios.
  - Papilomatosis múltiples.
  - Papilomatosis juvenil.
  - Adenoma papilar de pezón.
  - Ca. papilar intraquístico.
- Carcinoma de mama.

**Lesiones no palpables de mama**

*Tumores benignos (estroma mamario)*

- Fibromatosis.
- Neurofibroma.
- Neurilemoma.
- Tumor de células de granulosa (mioblastoma).
- Tumor mamario de células fusiformes.
- Mastopatía diabética.

*Lesiones vasculares*

- Hemangioma.
- Linfangioma.
- Angiolipoma.

*Infecciones mamarias*

- Absceso mamario.
- Fístula periareolar recidivante.

*Necrosis grasa.*

*Cuerpos extraños (siliconomas).*

*Mama masculina (ginecomastia).*

La cirugía de la patología benigna de la mama es una cirugía que se puede hacer correctamente en régimen ambulatorio con anestesia local, lo que no requiere ingreso hospitalario. No serían necesarias listas de espera y, por tanto, se cuidaría el aspecto psicológico de la paciente por la incertidumbre de un diagnóstico de malignidad (tabla 4).

Un porcentaje pequeño de esta patología va a requerir anestesia general o bien una estancia hospita-

ria de 1 día o 48 horas. La paciente afectada de patología mamaria obtendría su diagnóstico y tratamiento en breve plazo (tabla 5).

Las incisiones en patología benigna de mama tienen que dar lugar a una cicatriz estética; para ello la incisión debe ser correcta, la hemostasia total y el cierre de la cavidad se realizará por planos desde el fondo a la superficie con material absorbible y sutura intradérmica en la piel.

El tipo de incisión muchas veces va a depender de si las lesiones benignas son palpables o no. En general, la incisión puede ser periareolar, submamaria y periférica, teniendo en cuenta que una incisión-biopsia en un lugar adecuado puede implicar un tratamiento posterior de carcinoma muy complicado ya sea por mastectomía o por cirugía conservadora.<sup>4, 5</sup>

La buena hemostasia hará innecesario el drenaje y el vendaje compresivo, que evitará la complicación de los hematomas. Será necesario una buena asepsia para que las infecciones no perjudiquen la cicatriz, ya que si hay que volver a operar para completar el tratamiento de un carcinoma debemos esperar a que se controle la infección.<sup>6</sup>

La cirugía diferida se realiza entre 5 y 7 días post-biopsia escisional cuando hay que completar el tratamiento quirúrgico de un carcinoma de mama.

El cirujano que hace la biopsia debe ser consciente de las limitaciones de la citología por aspiración, de los casos en los cuales hay que practicar una biopsia escisional y estar familiarizado con las técnicas de identificación de las lesiones mínimas.<sup>7-10</sup> También hay que tener en cuenta los problemas que aportan las biopsias-congelación. El cirujano debe estar en condiciones, si el diagnóstico es de malignidad, de continuar con el tratamiento quirúrgico adecuado.

La disección del tumor en la biopsia escisional no debe hacerse con electrocauterio, ya que la lesión térmica de los tejidos dificulta la interpretación histopatológica del borde lesional y de los análisis de los estudios hormonales. Es importante incluir un borde de tejido sano junto a la masa tumoral, ya que si ésta es maligna puede servir como tumorectomía para realizar el tratamiento conservador.<sup>11-14</sup>

En la valoración de la masa mamaria no palpable debe existir buena comunicación entre el radiólogo y el cirujano para decidir qué pacientes requieren biop-



TABLA 5  
CONTROLES CLÍNICOS

Objetivos	Parámetros
Minimizar el número de visitas por motivos diagnósticos (por ejemplo, citología o biopsia en primera visita).	Menos del 10% de las nuevas pacientes deben esperar atención del hospital en más de dos ocasiones por motivos diagnósticos.
Asegurar que las pacientes sean vistas por cirujanos especialistas en mama.	Las pacientes después de la prueba diagnóstica son vistas por cirujanos especialistas (deben llevar al menos 2 meses en el Servicio para conocer protocolos).
Minimizar el intervalo entre la decisión quirúrgica diagnóstica y el ingreso.	Más del 90% son ingresadas antes de las 2 semanas.
Minimizar morbilidad en lesiones no palpables.	Más del 90% de los diagnósticos de biopsias benignas por lesiones no palpables pesarán menos de 20 g.
Reducir el número de biopsias quirúrgicas.	La relación de las biopsias benignas/malignas debe ser 1:1.
Minimizar el número de diagnósticos preoperatorios por cortes de congelación.	El 90% de las lesiones malignas palpables deben ser diagnosticadas preoperatoriamente por citología o histología. Menos del 10% deben someterse a cortes por congelación.
Minimizar el intervalo entre el test diagnóstico y la comunicación del resultado.	Más del 90% de pacientes con carcinoma o resultado anormal requieren intervención diagnóstica que debe ser realizada en los 5 días siguientes. En lesiones benignas debe recibirse el resultado en 5 días.

Es imprescindible el enfoque multidisciplinario en equipo para las biopsias de lesiones mamográficas no palpables. La localización mamográfica (radiólogo), la extirpación quirúrgica (cirujano) y la valoración histopatológica (patólogo) es un trípode muy importante en la infraestructura que sirve como control de calidad en toda la patología mamaria.<sup>15</sup>

En la década de los noventa se han aumentado los criterios para recomendar la biopsia de una lesión, incluso de lesiones mamográficas poco sospechosa. Hasta un 30% de positividad a carcinoma se ha llegado con estos procedimientos en los hospitales de EE. UU., mientras que en Europa, debido a los repetidos cribados, se llega a más alto porcentaje: del 50 al 70%. Esto es debido a que en EE. UU. el in-

cremento de población, el deseo de diagnosticar cáncer de mama lo antes posible y las implicaciones legales en el retraso del diagnóstico obligan a ser más intervencionistas.

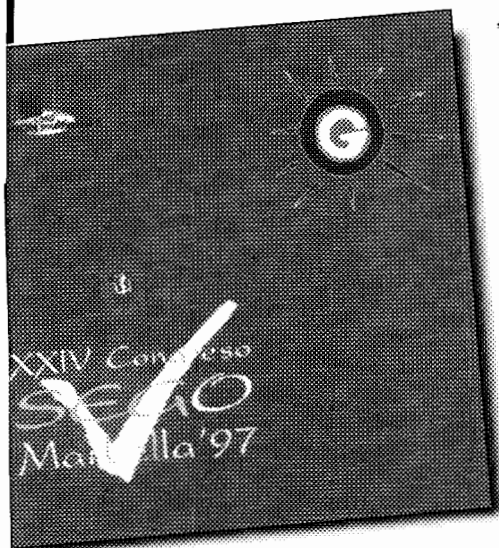
## RESUMEN

1. La mayoría de las pacientes con patología mamaria tienen una afección benigna.
2. El conocimiento por parte del cirujano de las enfermedades benignas, no solamente en la clínica, sino también en la histopatología, será beneficioso para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
3. Se requieren unos controles de calidad en cirugía senológica, por lo que son necesarios unos objetivos y unos parámetros para cumplirlos.
4. La unidad multidisciplinaria que forma el radiólogo, cirujano y patólogo es básica para el control de calidad de patología mamaria.
5. La información a la paciente es muy importante, no solamente de las pruebas diagnósticas, sino también de los efectos del tratamiento, de su resultado y de las complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom. Endorsed by the Senate of Royal Surgical Colleges. June 1995.
2. Provision of Breast Services in the UK: the advantages of Specialist Breast Units. Report of a Working Party of the British Breast Group. September 1994.
3. Quality Assurance Guidelines for Surgeons in Breast Cancer Screening NHSBSP Publication n.º 20, 1992 (revised September 1994).
4. Uddströmer L. Biopsia excisional. En: Eströmbeck JD, Rosato FE, eds. Cirugía de la mama. Barcelona: Salvat; 1990;42-9.
5. Grath PDMC. El cirujano en el diagnóstico de las enfermedades de la mama. En: Powel DE, Estelling CB, eds. Enfermedades de la mama. Madrid: Mosby-Doyma Libros, SA; 1995;76-85.
6. Stelling CB. Localización mamográfica preoperatoria de lesiones mamarias no palpables. En: Powel DE, Estelling CB, eds. Enfermedades de la mama. Madrid: Mosby-Doyma Libros, SA; 1995;118-44.
7. Rosai J. Borderline epithelial lesions of the breast. Am J Surg Pathol 1991;15:209-21.
8. Page DL, Dupont WD. Anatomic markers of human premalignancy and risk of breast cancer. Cancer 1990; 66:1326-35.
9. McDivitt RN, Stevens JA, Lee NC, et al. Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer. Cancer 1992;69:1408-14.

10. Erickson EJ, McGreevy JM, Muskett A. Selective non-operative management of patients referred with abnormal mammograms. Am J Surg 1990;160:659-64.
11. Marrujo G, Yolly PC, Hall MH. Nonpalpable breast cancer: needle-localized biopsy for diagnosis and considerations for treatment. Am J Surg 1986;151:599-602.
12. London SJ, Connolly JL, Schnitt SJ, et al. A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer. JAMA 1992;267:941-4.
13. Veronesi U, Salvadori B, Lund A, et al. Conservative treatment of early breast cancer. Ann Surg 1990;211:250-9.
14. Jackson VP, Reynolds HE. Stereotaxic needle-core biopsy and fine needle aspiration cytologic evaluation of nonpalpable breast lesions. Radiology 1991;181:633-4.



Todo el  
**XXIV Congreso  
 de la SEGO**  
 en un CD-ROM

Disponga en un único  
**CD-ROM de toda la  
 información generada  
 en el XXIV CONGRESO  
 DE LA SEGO**

**8 Cursos Precongreso**

- Dirección médica del parto
- Ecografía obstétrica y ginecológica
- Esterilidad e infertilidad
- Genética clínica
- Histeroscopia
- Laparoscopia ginecológica
- Métodos complementarios en oncología ginecológica y mamaria (I)
- Métodos complementarios en oncología ginecológica y mamaria (II)

**3 Ponencias Oficiales**

- Diagnóstico prenatal
- Avances en el tratamiento del cáncer de mama
- Anticoncepción actual

**869 comunicaciones**

**Todo el material indexado  
 con motores de búsqueda  
 por sólo 9.280 Ptas**

**TARJETA DE PEDIDO**

Sí, deseo remitir a mi nombre esta obra.  
**SEGO: CD-ROM XXIV CONGRESO  
 MARBELLA '97** (cód. 1231)  
**PVP: 9.280 Ptas. con IVA y 8.000 sin IVA**

**FORMA DE PAGO:**

Tarjeta VISA, MASTERCARD ó AMEX Nº  
 \_\_\_\_\_  
 Caducidad \_\_\_\_\_

Contra domiciliación bancaria: Código Cuenta Cliente (C.C.C.)  
 Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ D.C. \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

**FORMA DE ENVÍO:** Si no se indica otra, se realizará por correo ordinario.

Por agencia:  
 - Pedidos superiores a 10.000 Ptas., SERVICIO GRATUITO  
 - Inferiores a 10.000 Ptas., se cargarán sólo 600 Ptas. por SERVICIO PAGO

Nombre \_\_\_\_\_  
 Especialidad \_\_\_\_\_  
 NIF \_\_\_\_\_ Año nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 FIRMA y fecha \_\_\_\_\_

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

**GRUPO MASSON**  
 EDITORIAL GARSÍ, SA  
 Rda. General Mitre, 149  
 08022 BARCELONA (España)  
 Fax: 253 05 15  
 e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

Nota LEGAL: Si usted no desea recibir información sobre la publicación de esta obra, por favor, indique su negativa en el momento de realizar el pedido.