

5ª REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN SENOLOGÍA

Resúmenes de Comunicaciones Orales

CLIPS INTRA/PERILESIONALES

Aynes-Suárez C¹; García-Navarro L²; Martín-Oloriz A²; Gómez-Bermúdez V²; González-Alonso M²

¹UDIAT- CD Consorci Parc Tauli Sabadell, Area Radiología Mamaria y Ginecológica; ²UDIAT- CD Consorci Parc Tauli Sabadell, Area Radiología Mamaria y Ginecológica. Barcelona, España

Objetivos: La colocación de marcadores intra/perilesionales tras realizar una biopsia es cada vez más frecuente. Su finalidad es: 1. Asegurar que hemos biopsiado la zona objetivo. 2. Identificación de la lesión biopsiada en procedimientos posteriores, sobretodo si toda la lesión ha sido extirpada al realizar la biopsia: A. En casos de biopsia negativa, para control de la estabilidad lesional. B. En casos de biopsia positiva, para futuros procedimientos (colocación de un arpon prequirúrgico, inyección del radiotrazador para el ganglio centinela,...). 3. Valorar la respuesta de la quimioterapia neoadyuvante.

Material y métodos: Los clips pueden ser de diferentes materiales, pero lo más frecuente es que se use de titanio por ser material compatible con la Resonancia Magnética. Para su colocación se pueden guiar por ecografía, resonancia y/o estereotaxia (según como se vea mejor la lesión). Dependiendo de la técnica elegida para su colocación, utilizaremos coaxiales en el caso de la ecografía o el mismo dispositivo de biopsia usado en la estereotaxia y/o resonancia. En el primer y segundo punto descrito en los objetivos los clips son colocados intralesionales, generalmente un único clip. En el tercer punto los clips son colocados de manera peritumoral, rodeando toda la lesión (al menos 4 ó 5). Tras su colocación realizaremos una comprobación mamográfica en 3 proyecciones (CC, MLO y Lateral).

Resultados: Se mostrarán algunos casos para ejemplificar cada uno de los puntos-expuestos. Con la colocación de marcadores intra/perilesionales obtendremos: La correcta localización del lecho de la biopsia (previa a cirugía o no). Valoración de la respuesta al tratamiento de quimioterapia neoadyuvante. En algunos casos, en el momento de la colocación del clip, éste puede desplazarse de la zona objetivo, no obstante, no suele ser un desplazamiento que supere los márgenes de seguridad de la cirugía.

Conclusiones: Con un conocimiento adecuado de las indicaciones y metodología de la colocación de los clips intra/perilesionales, se mejora y se facilita el manejo posterior de la paciente, ya sea para seguimiento en casos de biopsia negativa, o para realizar procedimientos posteriores en caso de biopsia positiva.

CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA MAMARIA

Antón Madrigal M

Servicio de Patología Mamaria. Hospital La Paz. Madrid. España

Introducción: Las funciones y enfermedades de la Senología deben tratarse de forma global dando un enfoque multidisciplinar integrado por profesionales relacionados con la misma enfermedad. Un diagnóstico precoz es la mejor forma para mejorar los resultados terapéuticos en el cáncer de mama, existiendo nuevos métodos de exploración y amplia posibilidad de tratamientos; todo ello nos lleva a individualizar los casos al máximo, para sí obtener una óptima supervivencia. A los profesionales de enfermería nos corresponde la prestación y evaluación de los cuidados enfermeros, orientados al mantenimiento y recuperación de la salud. Los profesionales de enfermería constituyen uno de los pilares de la asistencia en todos sus niveles dentro de los equipos multidisciplinares de salud.

Objetivos: Que la paciente pueda conseguir una adaptación integral ante su nueva situación. Demostrar que es fundamental la colaboración enfermera en el tratamiento de la paciente. Impartir educación sanitaria paciente/familia. Colaborar con el equipo médico en el tratamiento de la paciente. Asesorar a la paciente para mejorar su calidad de vida y autoestima. Conseguir una mayor autonomía personal y así una mejor integración social. Trabajar con protocolos y diagnósticos enfermeros. Ser un punto de referencia y apoyo y establecer una relación de ayuda y continuidad durante el proceso de su enfermedad.

Material: Protocolo de acogida de la paciente/familia en el inicio del proceso. Guía con pautas de actuación que facilita la adaptación de la paciente/familia. Elaboración del Plan de Cuidados y Diagnósticos Enfermeros. Guía práctica de autoexploración mamaria

Resultados: No se presentan conclusiones por considerar que 6 meses es poco tiempo para presentar una evaluación de resultados, aunque según la encuesta de satisfacción que se presenta es positiva.

Conclusiones: Valoración positiva por las pacientes que han acudido a la consulta. La consulta de Enfermería es un recurso para el seguimiento de pacientes con Patología Mamaria, que facilita la cirugía ambulatoria, el alta precoz y disminución de la estancia media hospitalaria. Se fomenta la confianza paciente/familia y el personal de enfermería. La enfermería se ha consolidado con entidad propia, que colabora y comparte responsabilidades con otros profesionales de la salud. Conseguimos que la paciente sea responsable de su propia salud ofreciéndole mecanismos y recursos que le permitan manejarla con eficacia. La labor enfermera se centra en ayudar y enseñar a la paciente a realizar sus autocuidados de salud.

ESTUDIO DE EVALUACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LA COMPRESIÓN MÁXIMA EN MAMOGRAFÍA

Pacifici S

Centro Di Diagnostica Per Immagini "Ecotomografia Medica", Roma, Unita' Di Diagnostica Senologica. Italy

El dolor dado por la compresión resulta ser para las mujeres el elemento deterrente para el cumplimiento de la frecuencia anual de controles y del seguimiento mamográfico. En nuestra experiencia hemos comprobado que, alcanzado un valor aceptable de compresión medida en Newtons (N), la proporción entre cada N adicional de compresión y la reducción efectiva de espesor (CBT) es claramente negativa, hasta llegar aproximadamente a la anulación (1N = 0 mm) cerca de la carga máxima del dispositivo de compresión.

Objetivos: El objetivo de este estudio es averiguar la posibilidad de evitar la compresión máxima permitida, evitando así a la mujer un dolor excesivo, sin aumento significativo de la dosis media glandular (DGM) y sin reducción apreciable en la calidad de la imagen.

Materiales y métodos: Se realizaron pruebas preliminares en un fantoma modificado con la superposición en las dos superficies de un espesor de material elástico (neopreno) para obtener un buen grado de compresibilidad y simular la resistencia del tejido mamario a la compresión. El fantoma fue sometido en técnica totalmente automática y en modalidad "estándar" a exposiciones múltiples con variaciones de 1 milímetro de espesor, monitorando la DGM y la calidad de la imagen resultante en términos de densidad óptica. Se estudiaron a continuación a un grupo de 100 pacientes seleccionadas con los siguientes criterios: 1. Patrón parenquimal tipos 1, 2 ó 3 según la clasificación de Tabar (N1 y P1 Wolfe) [2,3]. 2. Espesor de la mama en compresión (CBT) < 5.

Resultados: Los resultados en vivo confirman la medidas hechas con el fantoma, es decir: con patrones parenquimales incluidos en el estudio no se justifica la compresión máxima permitida por el dispositivo, ya que alcanzado un valor de compresión óptimo (ligeramente variable en el grupo seleccionado) la reducción de espesor de un milímetro adicional de la mama es casi irrelevante en la DGM y en la calidad de la imagen.

Conclusiones: El estudio dejó en claro la necesidad de medir la compresión de la mama con un cuidadoso control de compresión y de los valores de espesor, interrumpiéndola en el momento en que 1N corresponde a una reducción adicional de un milímetro de espesor. El resultado será una mejor tolerancia y un mejor cumplimiento de la frecuencia de las pruebas, sin comprometer la calidad de las imágenes y sin aumento significativo de la DGM, de conformidad con el principio ALARA.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL DOLOR EN LA MAMOGRAFÍA

Fernández-Feito A¹; Mosteiro-Díaz M²; Baldonado-Cernuda R³; Franco-Correia S⁴

¹Universidad de Oviedo. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea., Medicina; ²Universidad de Oviedo, Medicina; ³Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Astu-

rias, Medicina; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Hospital Pulido Valente. Lisboa

Introducción: La mamografía es la técnica utilizada universalmente para detectar precozmente el cáncer de mama. Esta prueba puede provocar dolor o malestar en algunas mujeres. Algunos factores relacionados con esta vivencia pueden ser físicos, psíquicos o relativos al personal que realiza la mamografía.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo relacionados con la presencia de dolor en una muestra de mujeres que realizan una mamografía dentro del programa de detección precoz de cáncer de mama en el Principado de Asturias.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 352 mujeres que acudieron a realizar una mamografía entre enero y marzo de 2009, dentro del programa de cribado para el Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama del Principado de Asturias. Los resultados fueron obtenidos mediante entrevista personal tras la mamografía, utilizando un cuestionario que incluía variables de tipo sociodemográfico, antecedentes y estado de salud de las pacientes, relativas a los técnicos que realizaron la prueba y relacionada con la mamografía. El dolor se midió mediante escala visual analógica.

Resultados: El 36.6 % de las mujeres que realizaron una mamografía presentaron dolor, encontrando importantes diferencias entre las distintas áreas sanitarias. Los factores de riesgo de la mujer relacionados con una mayor cantidad de dolor fueron: el dolor mamario a la palpación (60%), la alta densidad mamaria (59,3%), la experiencia de mamografías previas dolorosas (59,4%) y la expectativa de tener dolor en la mamografía (67,6%). En cuanto a la prueba, se encontró más dolor relacionado con el sexo del técnico (masculino) y la información previa proporcionada, así como con el aumento de la presión media aplicada

Conclusiones:

1. En nuestro estudio se encuentra un considerado porcentaje de mujeres que han referido dolor durante la realización de la mamografía.

2. Los factores de riesgo relacionados con el dolor fueron: La expectativa de dolor en la mamografía, la mama dolorosa a la palpación, la experiencia previa de mamografía dolorosa y la alta densidad mamaria

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MARCADOR DE BIOPSIA

Romero Gómez J

Servicio de Radiología. Hospital Universitario Viegán del Rocío. Sevilla, España

Introducción: El profesional de enfermería que trabaja en una unidad de intervencionismo mamario encuentra que el problema de salud más frecuente en la unidad es el de la ansiedad. Ansiedad que le proviene a la mujer ante el temor a lo desconocido y percibir una amenaza de su salud. Por experiencia sabemos que las usuarias de nuestra unidad han sentido esta ansiedad en diversos momentos de su relación

con nosotros: intervalo de tiempo entre las exploraciones mamografía-ecografía, revisión de seis meses, tiempo previo a la realización de biopsia con el añadido de la espera del resultado de la histología, etc. A estos puntos enumerados se le añade un nuevo procedimiento, ya habitual en la actual cartera de producto de una Unidad de Mama, que es la colocación de marcador metálico en lecho de la biopsia como testigo de esa propia actuación. Este procedimiento prácticamente desconocido del personal sanitario extrahospitalario y por los pacientes. Al comunicárseles que tras la realización de la biopsia se le colocará este elemento, del que nadie le ha informado previamente, muestra un cuadro de aumento de la ansiedad, al no saber qué es, porqué se le pone, y qué consecuencias le va a reportar. Por lo tanto, la enfermería, junto al trabajo en equipo con el radiólogo (NIC 7710), tiene un papel importante, propio de su profesión, que es la intervención 5820 de la NIC: Disminución de la Ansiedad. Habiendo hecho el diagnóstico de enfermería, (taxonomía NANDA 00146), el profesional debe dirigir su actuación a resolver este problema, la disminución de la ansiedad y angustia, y ayudar a superar sus temores. La relación enfermería-usuaria-paciente se basa en una relación de ayuda, basada entre otros puntos, en el desarrollo de una comunicación interpersonal. La paciente necesita de manera imperante comunicarse con los demás y este es el momento de la enfermería como punto fundamental en la recuperación de salud. Esta comunicación pasa por el conocimiento científico que debe tener el profesional sanitario de todo procedimiento que se realice dentro de una unidad de radiología de mama.

Objetivo: El objetivo enfermero es la realización de un plan de cuidados con el fin de disminuir en lo posible ese estado de tensión, temor e incertidumbre. Este plan debe incluir los puntos siguientes:

1. Empatizar con los sentimientos de la paciente y mantener la escucha activa.

— Transmitir confianza.

— Información del procedimiento de forma sencilla y fácil de entender.

— Hacer valoraciones realistas.

— Aplicar reestructuración cognitiva.

Conclusión: Dada la importancia de la comunicación verbal para la disminución de la ansiedad del paciente. La enfermería debe desarrollar en una unidad de mama no solo habilidades técnicas sino desarrollar la habilidad de la comunicación interpersonal.

LOCALIZACIÓN PREOPERATORIA DE LESIONES MAMOGRAFICAS NO PALPABLES GUIADA EN MESA ESTEREOTÁXICA DIGITAL PRONA (MED)

Suárez-Hernández M, Cornejo-Iñarritu M, Santol-Sanzol M, Ruiz-Delgado M

Servicio de Radiodiagnóstico, Área de Diagnóstico Mamario. Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia, España

Introducción: Gracias a los programas de cribado de cáncer de mama es cada vez más frecuente la detección de lesiones mamarias no palpables que en algunos casos se co-

rresponden con procesos neoplásicos, siendo la cirugía conservadora un tratamiento quirúrgico comúnmente empleado con excelentes resultados, precisando, eso sí, la colaboración del Servicio de Radiodiagnóstico para su localización prequirúrgica.

Objetivos: Describir nuestra experiencia inicial a lo largo de dos años en el marcaje prequirúrgico de lesiones mamarias no palpables con monitorización estereotáxica en mesa digital prona.

Material y métodos: El procedimiento se ha llevado a cabo en MED modelo LORAD® MultiCare con la paciente en decúbito prono, con la mama colgando a través de una apertura. El diseño del equipo permite realizar un abordaje de 360° a la lesión mamaria. La imagen es digital y es visualizada rápidamente en un monitor. Las coordenadas de localización de la lesión se calculan a partir de dos imágenes digitales a +15° y -15°. La localización se lleva a cabo mediante la colocación de arpones metálicos reposicionables de 90mm de longitud y 20G (Somatex® Medical Technologies) y elegimos la vía de abordaje cutánea más próxima a la lesión.

Resultados: Entre abril de 2008 y abril de 2010 hemos realizado 82 marcajes a 56 pacientes con lesiones mamográficas no palpables en MED. Algunos procedimientos fueron dobles por presentar la paciente múltiples lesiones o bien lesiones extensas cuyos márgenes había que delimitar, consiguiendo una excelente correlación radio-patológica mediante la localización precisa conseguida que ha permitido la extirpación completa de las lesiones, resultando un método fiable y preciso. La lesión mamográfica que más frecuentemente hemos marcado han sido las microcalcificaciones seguidas de lechos de biopsia marcados con clips metálicos sobre lesiones diversas (agrupación de microcalcificaciones, distorsiones, densidades focales,...). Todos los procedimientos fueron rápidos y bien tolerados por las pacientes, no habiendo observado complicaciones destacables y consiguiendo que los mamógrafos quedan liberados de técnicas intervencionistas.

Conclusiones: La MED supone un gran avance en el campo del intervencionismo mamario para el manejo de lesiones mamarias no palpables, ya que permite realizar un amplio espectro de técnicas, entre otras el marcaje prequirúrgico.

MAMOGRAFÍA: ABORDE FRONTAL OBLICUO VS ABORDE LATERAL

Pacifici S

Centro di Diagnostica per Immagini "Ecotomografia Medica", Unita di Diagnostica Senologica. Roma

Introducción: La cantidad de músculo pectoral visible determina la cantidad de tejido mamario incluido en la imagen, por lo que se supone que esta presentación es un factor determinante de la calidad de la imagen de una mamografía, muy importante para reducir el número de falsos negativos y para aumentar la sensibilidad de la metódica.

Objetivo: Demostrar que con el aborde oblicuo frontal (FOA) se representa más tejido mamario de lo que se puede representar con el aborde tradicional lateral (LA).

Materiales y métodos: Se ha utilizado un mamógrafo que permite las dos técnicas de aborde (FOA y LA). Se han reclutado para el estudio 50 pacientes que se presentaban a la inspección anual, por las cuales se había utilizado una u otra técnica, utilizando la técnica de aborde alternativa en las proyecciones tradicionales CC y MLO, al fin de obtener un número igual de mamografías en ambas técnicas, valorando las variables dicotómicas y continuas: La presencia del músculo pectoral en la proyección CC. La presencia del entero músculo pectoral en la proyección MLO. La distancia entre músculo pectoral y pezón, o pezón y borde de la imagen en ausencia de músculo pectoral en las dos proyecciones.

Resultados: La FOA aumenta significativamente la distancia entre músculo pectoral y pezón en las dos proyecciones, resultando significativamente mejor para la visualización del músculo pectoral. La FOA resulta permitir una mayor visualización del tejido mamario, en comparación con la LA. La FOA en la práctica clínica puede ser útil para mejorar la detección de lesiones profundas y reducir el número de falsos negativos.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE RIESGO: DOS REALIDADES PARALELAS.

García-Navarro L¹, García-Martínez M², Aynes-Suárez C³, Movilla-Herrera F³, González-Alonso M³, Gómez-Alonso V³, Martín-Oloriz A⁴, Tortajada-Giménez L³

¹Udiat CD, Área de Radiología Mamaria y Ginecológica; ²Dr. Manchón. Centro de Diagnóstico por la Imagen, Radiodiagnóstico; ³Udiat CD, Área Radiología Mamaria y Ginecológica. ⁴Udiat CD, Área de Radiología Mamaria y Ginecológica. España

Objetivos: La susceptibilidad familiar del cáncer de mama representa aproximadamente el 25 % de todos los casos de cáncer de mama. Las mutaciones de genes de alta penetrancia representan de un 5 a un 10% del total de casos del cáncer de mama. Con este trabajo se intenta dar a conocer el protocolo de cribaje de cáncer de mama de alto riesgo, y así, poder ampliar conocimientos para adquirir mayor habilidad con el trato de esta clase de pacientes.

Material y métodos: Se realiza revisión de casos en estudio genético, donde se ha aplicado el protocolo de cribaje de cáncer de mama en esta clase de pacientes. Se expone la experiencia personal de una paciente.

Resultados: El conocimiento del protocolo por parte del técnico ayuda a informar correctamente a la paciente disminuyendo su ansiedad.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo adecuado nos permite identificar y seguir adecuadamente a esta clase de pacientes de alto riesgo.

SITUACIÓN ACTUAL DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN CATALUNYA: UNIDADES DE PATOLOGÍA MAMARIA

Collet Divi I¹, Ciendones-Carbonell M², Jurado-Pérez R³, Baulenas-Nadeu M⁴, Romagosa-Albacar C⁵, Marsinyach-Agustí M⁶, Torras-Costa M⁷, Doménech-Medina J⁸

¹Hospital Parc Salut Mar, Unidad de Patología Mamaria; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Gestora de Casos Cáncer de Mama; ³H. de Sta. Caterina de Girona, Ginecología; ⁴Consorci Hospitalari de Vic, Gestora de Casos Cáncer de Mama; ⁵Hospital de Palamós, Ginecología; ⁶Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Unidad de Patología Mamaria; ⁷H. Universitari Mútua de Terrassa, Unidad de Patología Mamaria; ⁸Consorci Hospitalari de Terrassa, Ginecología. Barcelona, España

Introducción: El modelo de gestión de casos (MGC) surge como respuesta innovadora en la administración de los cuidados de salud. Es un sistema de atención centrado en el paciente, focalizado en la consecución de objetivos específicos y estructurados en un tiempo determinado previamente establecido. Es en el año 2005 cuando la Generalitat de Catalunya impulsa el desarrollo e implantación del MGC y la figura del Gestor de Casos (GC) en los centros asistenciales. Una de las áreas donde este modelo ha tenido una mayor implantación, es la de oncología coincidiendo con la puesta en marcha de las unidades funcionales. Integrando diferentes profesionales y servicios involucrados en la atención al paciente oncológico.

Objetivo: Describir la situación actual de implantación y las características del MGC de patología mamaria en los hospitales de Catalunya.

Material y métodos: Se ha diseñado un cuestionario que recoge información sobre aspectos de la actividad profesional y de opinión sobre los GC (formación, experiencia profesional, funciones que desarrolla, valoración por parte del equipo...). El cuestionario será enviado por correo electrónico a una muestra representativa de GC identificados como tales mediante contacto telefónico previo con los hospitales de utilización pública de Catalunya. El cuestionario deberá ser autocomplimentado y devuelto por correo electrónico. Los datos serán introducidos de forma anónima en una base de datos y analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se describirá la muestra de personas que contestan respecto al total de personas invitadas a participar. Se mostrarán las frecuencias (número y porcentaje) de las respuestas obtenidas en el cuestionario, en función del tipo de hospital en el que trabajan y la experiencia profesional.

Conclusiones: A partir de los resultados y de su comparación con estudios similares en otros ámbitos, se reflexionará sobre el papel que están desarrollando los GC en Catalunya. Estos resultados constituirán además la base para el debate sobre la unificación de criterios y para el desarrollo de recomendaciones generales sobre el MGC en las unidades de patología mamaria.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL LINFEDEMA

Díaz Gutiérrez M

Centre de Fisioteràpia MANFRED, Rehabilitación. Tarragona, España

Objetivos: Dar a conocer los efectos beneficiosos que comporta el tratamiento fisioterápico en las personas que tras la cirugía de mama padecen linfedema.

Material y métodos: La exposición se efectuará a través de un audiovisual (DVD), con la finalidad de buscar la máxima expresión a nivel pedagógico-visual.

Resultados y Conclusiones: Las técnicas empleadas en el tratamiento, son hoy por hoy, las más efectivas en la reabsorción y drenaje del edema, lo cual, indudablemente comportará beneficios en el metabolismo y en la funcionalidad de la extremidad afectada.

UN NUEVO ENFOQUE MAMOGRÁFICO EN EL ESTUDIO DE PRÓTESIS: RESULTADOS PRELIMINARES EN LA LIMITACIÓN DE PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD

Pacifici S

Centro de Diagnostico "Ecotomografía Medica", Unita' Di Diagnostica Senologica. Roma, Italia

Introducción: El aumento significativo de la cirugía plástica de mama –estética y oncológica– que se produjo en estos últimos años, hace reflexionar sobre el concreto riesgo de reducción de sensibilidad mamográfica.

Objetivos: Con este estudio se quiso valorar la posibilidad de obtener imágenes mamográficas con mínima pérdida de sensibilidad por medio de la aplicación selectiva y racional de la Técnica de Eklund (TE) con abordaje frontal oblicuo (FOA), y sacando ventajas de las posibilidades que ofrece la tecnología digital con la utilización racional del *post proces-*

ing (Pp), pues su aplicación a imágenes obtenidas con TE y FOA permite visualizar más tejido mamario y detectar algunas modificaciones intra y extracapsulares asintomáticas.

Materiales y métodos: Se han utilizado un mamógrafo IMS "Giotto Image" y un CR Fuji "PROFECT CS" con algoritmos originales y modificados. Los resultados preliminares parecen evidenciar que en la práctica clínica la utilización racional y combinado de Pp, TE y FOA puede ser de ayuda para limitar la pérdida de sensibilidad mamográfica y, en algunos casos, sugerir una integración de diagnóstico justificada.

Resultados: El uso habitual de la FOA ha demostrado que, independientemente de la colocación del implante, permite visualizar más tejido mamario y axilar y, en caso de mastoplastia, de aumento subglandular abundante que impida la dislocación según Eklund, una mejor visualización del perfil protésico posterior. Además, el empleo racional del Pp permite mejorar la visualización del tejido mamario periprotésico y de reacciones peri-protésicas, valorar el estado del implante y, en algunos casos, modificaciones intracapsulares (los resultados preliminares en tema de posibilidad de detección de modificaciones intracapsulares parecen prometer ser satisfactorios y confirmados por RM).

Conclusiones: En la práctica clínica el uso racional y combinado de TE, FOA y Pp podría ser de ayuda para limitar la pérdida de sensibilidad mamográfica con la reducción del número de falsos negativos relacionados a ocultación de posibles lesiones por la presencia del implante. Los resultados preliminares en tema de posibilidad de detección de modificaciones intracapsulares parecen prometer ser satisfactorios.