

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. *Fundada en 1551*

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Correlación entre los hallazgos clínico-imagenológicos y los resultados histológicos de los tumores benignos de mama, Hospital Dos de Mayo: enero 1999-2002

TESIS Para optar el Título de: ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

AUTOR

MARCO ANTONIO VARGAS MORALES

ASESORES: NICOLÁS A. MEDINA HIDALGO; SIXTO SÁNCHEZ CALDERÓN;

MERY LEÓN GAMARRA

LIMA – PERÚ. 2003

..	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
MATERIAL Y MÉTODO . .	9
RESULTADOS . .	11
DISCUSIÓN .	23
CONCLUSIONES . .	25
RECOMENDACIONES. . .	27
BIBLIOGRAFÍA .	29
REVISTAS: .	29
MONOGRAFÍAS: .	30
TESIS: . .	30
CONGRESOS: .	31
TEXTOS: . .	31
ANEXO . .	33
TEXTO COMPLETO EPUB . .	37

DEDICATORIAS A DIOS, por concederme la dicha de ser médico y ser padre. A mi padre: José Lino VARGAS PANDURO, Q.P.D. lumbrera en mi camino y gestor de mi formación, ejemplo de vida hasta mas allá de la muerte. A mi madre: Angélica MORALES GONZALES, por su ternura y dedicación, por su humildad y sencillez, por su entrega total para con sus hijos. A Isabel por su inagotable amor y paciencia, compañera fiel y aliada eterna en los buenos y malos momentos. A Cinthya y Abigail, dos fuentes de inspiración, dos hermosas perlas que dan brillo y esplendor para felicidad de mi hogar.

RESUMEN

OBJETIVO: encontrar el grado de concordancia en el diagnóstico clínico, por imágenes e histopatológico de las lesiones de mama en el Hospital Dos de Mayo (HDM) de enero 1,999 a enero 2,002.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Comparativo retrospectivo.

MATERIAL Y MÉTODO. Se seleccionaron 195 casos de 265 cirugías de mama realizadas en el servicio de Ginecología del HDM, catalogadas inicialmente como benignas. Se incluyeron todo los casos que hayan tenido dos o mas estudios diagnóstico (clínico - ecografía y/o mamografía – histopatología). Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, y de la base de datos del servicio de Radiología y Anatomía Patológica.

El Gold estándar de comparación fue el diagnóstico Histopatológico; los datos fueron ingresados al paquete estadístico SPSS 11.0, las variables fueron cruzadas en tablas de doble entrada y el análisis de concordancia se realizó según el estadístico Kappa de Cohen y el índice de Kappa.

RESULTADOS. Existe una alta concordancia entre la clínica, ecografía y mamografía con la histopatología de las lesiones de mama, ($P_c = 0.87, 0.88$ y 0.75 respectivamente), sin embargo el resultado es mayormente producto del azar. El Diagnóstico clínico y mamográfico tienen una concordancia moderada ($k=0.50, k=0.46$), y la ecografía sin concordancia (0.14) con respecto al A-P.

CONCLUSIONES:

- Los estudios clínicos y mamográfico tienen mayor grado de concordancia con el diagnóstico histopatológico de las lesiones de mama en el Hospital Dos de Mayo.

RECOMENDACIONES:

Es recomendable utilizar el sistema de información radiológica estandarizada BIRADS en la mamografía para evitar confusiones en el diagnóstico.

Una buena información clínica es importante para realizar una buena interpretación de las imágenes ultrasonográficas de las lesiones de mama.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de mama constituyen una patología muy frecuente en nuestro medio y a nivel mundial, la patología benigna y maligna de la glándula mamaria es extensa y variada cuyos límites a veces no son muy precisos, entonces surge un problema en para su diagnóstico, algunas veces difícil de resolver. (3, 23, 28,30)

El examen clínico, la biopsia por aspiración y cuando es necesario el estudio por imágenes (mastografía, ecografía), constituyen los elementos de diagnóstico suficientes para su respectivo manejo. Sin embargo la biopsia por aspiración en el mejor de los casos llega hasta 95%-98% para diagnóstico citológico definitivo de fibroadenoma, menos del 80% para los cambios fibroquísticos y solo el 60%-65% de especificidad, para los carcinomas de mama (30.31); esta cifra es menor aún, en caso de lesiones no palpables o cáncer in situ. (15, 18, 24, 25).

El cáncer de mama en lima metropolitana al igual que en otras grandes ciudades del mundo, ocupa el primer lugar de todos los canceres -ginecológicos. Su prevalencia ha ido en aumento gracias a las técnicas de detección precoz (autoexamen y mastografía) (24,25,26). Hasta 1,991 el Cáncer de cervix ocupaba el primer lugar de los cánceres ginecológicos registrados en lima metropolitana, para 1,993 el cáncer de mama pasa a ocupar el primer lugar. (22, 23,28).

Es preocupante que algunos tumores de mama catalogados como benignos, en pacientes con factores de riesgo, actualmente ya conocidos para cáncer de mama (17, 25) puedan ser manejadas sin haber completado un estudio clínico, por imágenes e histológico que nos permita hacer un correlato exhaustivo de la misma y

consecuentemente un mejor tratamiento del caso.

De otro lado es importante reconocer que someter a una cirugía inadecuada en caso de ser un tumor maligno de mama, su pronóstico y manejo posterior cambiará radicalmente, por ejemplo tumorectomía o biopsia excisional en casos de cáncer de mama E.C. II ó más; el tratamiento final deberá ser más radical. (24, 26, 28) ya que las células tumorales residuales se activarían en fase de mitosis haciéndose más agresivos biológicamente.

Aunque el estudio radiológico en tumores de mama es de reconocida importancia, debemos recalcar que se hace innecesaria en mujeres menores de 35 años por el predominio de tejido glandular radiodenso; sin embargo el aporte diagnóstico es mínimo para éste grupo etáreo (17,19).

Es importante enfatizar que, las biopsias incisionales, no deben realizarse de manera rutinaria, especialmente en tumores de mama, francamente benignos; como los fibroadenomas asintomáticos o los cambios fibroquísticos, mas aún si no hay factores de riesgo para cáncer de mama y con estudio imagenológico negativo, pues el proceso de cicatrización de la subdermis, las calcificaciones y fibrosis de reemplazo post biopsia en el tejido glandular y graso de la mama, pueden confundir en el estudio ulterior en caso de un tumor residual benigno, y podría ser calificada erróneamente como un tumor maligno. (15, 24, 25, 26, 28). En estos casos es preferible realizar una biopsia aspiración con aguja fina para tener mayor aproximación diagnóstica.

Finalmente, conocedores de la gran importancia de aplicar la denominada triada diagnóstica. (exámen clínico, estudio por imágenes y BAAF) para los tumores de mama en general, debemos reconocer también que la BAAF tiene sus limitaciones para diagnosticar cáncer de mama en estadios iniciales, que muchos cirujanos confiados en su experiencia cada vez acortan el proceso de diagnóstico y van directamente a la cirugía. Por último es necesario el cumplimiento de los parámetros universales estandarizados para el informe de las mamografías (sistema BIRADS) que impidan la opinión personalizada según la experiencia de quien las informa, la misma que aumentaría el error de concordancia con el diagnóstico final de la lesión mamaria. Sin duda éste es uno de los grandes retos que en nuestro estudio intentamos analizar.

El hospital Nacional DOS DE MAYO, similar a otras instituciones del MINISTERIO DE SALUD, tiene como característica principal, tener como pacientes a personas que en su mayoría se encuentran en un nivel cultural, social y económico bajo, razón de ello es que, no todas las pacientes regresan a sus controles post operatorios, y sólo algunas retornan, si tienen alguna complicación mediata o inmediata. Por ello es difícil estimar realmente cuantas de las pacientes con patología mamaria histológicamente benignos, pero con sospecha clínica y por imágenes de malignidad, realmente son benignos. De otro lado sabemos que el diagnóstico histológico no está exento de error. Esto nos obliga a ser minuciosos en los controles post operatorios y a estar alertas ante cualquier signo de malignidad, sueño que no siempre podemos cumplirlo pues, prima el ausentismo en los controles ambulatorios, por las características de nuestras pacientes anteriormente mencionadas.

Por Lo anteriormente mencionado, consideramos que es de suma importancia, no

solo para la precisión del diagnóstico final, sino también por el aspecto ético que demanda el tratamiento de la patología tumoral de la mama, que nuestro hospital cuente con un registro referencial básico, sobre el porcentaje de concordancia que existe entre el diagnóstico clínico, por imágenes y los resultados histológicos de los tumores benignos de mama, que nos permita evaluar el perfil de sensibilidad y especificidad de nuestros procedimientos de diagnóstico y establecer un standard mínimo de procesos para el manejo adecuado de la patología de mama.

En el hospital DOS DE MAYO no está registrado algún estudio de esta naturaleza, que incluya: hallazgos clínicos y por imágenes frente al resultado histológico. Solo existe un trabajo de tesis del Dr. CABANILLAS del Departamento de Patología del año 1,997 donde encuentra el grado de concordancia cito-histológico de los tumores de mama en general. Por tal motivo consideramos que este será el primer paso para una serie de investigaciones que deriven de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

La población de estudio fué tomada de los casos atendidos en el servicio de procedimientos ginecológicos del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, sometidas a cirugía ambulatoria durante el periodo de enero 1,999 a enero 2,002. Todas las lesiones fueron catalogadas a su ingreso (triaje) como lesiones benignas de mama.

DISEÑO DE L ESTUDIO: Comparativo retrospectivo.

El criterio para la selección de casos se fundamentó en aquellos casos que hallan tenido dos o más estudios diagnóstico incluyendo al examen clínico, ecográfico y mastográfico. El diagnóstico clínico y los datos epidemiológicos fueron obtenidos de las historias clínicas respectivas, mediante una ficha de recolección de datos (ver anexos); los informes ecográficos y de mastografía se obtuvieron de los archivos del departamento de Radiología y los resultados histopatológicos tomados de la base de datos del departamento de Anatomía patológica. Luego de evaluar los estudios a los que fueron sometidos Las lesiones de mama se clasificaron en tres categorías:

- 1.- lesiones benignas
- 2.- lesiones no determinadas o border-line y
- 3.- lesiones francamente malignas.

Los diagnósticos en base a éstas tres categorías para cada una de las pruebas (clínica, ecográfica y mastográfica) fueron tomadas como variables cualitativas en ingresadas al paquete estadístico SPSS 11.0 para su respectivo análisis de concordancia

(Pc) según el estadístico KAPPA de COHEN y la concordancia debido al azar (Po) fue eliminado según el índice de kappa (k).

Las variables cualitativas fueron tomadas por pares y analizadas en cuadros de doble entrada según concordancia para dos o mas lectores (observadores o prueba diagnóstica) y cada una de ellas siempre fue cotejada (comparada) con el GOLD STÁNDAR , es decir el resultado Histo-patológico.

Cada variable cualitativa fue sometida al estadístico Kappa, siempre comparada con el Gold Estándar del diagnóstico final: resultado histopatológico y ordenado según el paquete estadístico SPSS 11.0 para dos lectores (observadores o prueba diagnóstica) y el grado de acuerdo o concordancia con el Gold Estándar fue expresado en porcentaje.

Además del análisis de concordancia se realizó una descripción del perfil epidemiológico de la población en estudio, en base a grupo etáreo, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia de reemplazo hormonal, signos y síntomas por la que acuden a la consulta etc. descritos según cuadros, tablas y gráficos expuestos en el capítulo de resultados.

RESULTADOS

De 195 casos sometidos a cirugía ambulatoria por lesiones de mama catalogadas inicialmente como benignas, se encontró el siguiente resultado:

195 casos fueron sometidos a un estudio clínico de ingreso, 121 casos con estudio ultrasonográfico adicional, 45 casos con estudio mastográfico adicional y 11 con estudio ultrasonográfico y mastográfico simultáneo. Todos los casos fueron sometidos a estudio histopatológico final. El diagnóstico final de las lesiones de mama según el Gold Estándar de las pruebas de diagnóstico (Dx Histopatológico) indicaron que de 195 lesiones catalogadas inicialmente en triaje como benignas, 174 fueron realmente benignas, 07 eran indeterminadas o Border-line y 14 fueron lesiones francamente malignas. Con respecto a la patología benigna de mama, la lesión histológica mas frecuente fue el fibroadenoma mamario 58% (101/174), seguido de los cambios. fibroquísticos de mama 17% (30/174) y la patología menos frecuente fue la ginecomastia 2%. Con respecto a la patología de mama histológicamente no determinado o border-line ocurrió en el 4% (7/195), hiperplasia ductal atípica 70% (5/7) y tumor phyllodes 30% (2/7). Las lesiones histológicas malignas ocurrieron en el 7% de los casos (14/195), siendo el cáncer ductal el 79% (11/14) y el ca lobulillar en 21% (3/14).

Al comparar los resultados ultrasonográficos de las lesiones de mama con el Gold Stándar se encontró una concordancia de 88% ($P_c = 0.88$) y una concordancia al azar de 86% ($P_o = 0.86$), consecuentemente un índice de Kappa (k) = 0.14, es decir no concordante.

Al comparar mastografía con histopatología, se encontró un $P_c = 0.78$ y una

concordancia al azar $P_o = 0.59$ y un $k = 0.46$, es decir una concordancia de grado moderado. Finalmente al comparar diagnóstico clínico e histopatológico se halló un $P_c = 0.87$, $P_o = 0.74$ y un $k = 0.5$, es decir igualmente que la anterior relación, un grado de acuerdo o concordancia moderado.

El grado de concordancia (k), la concordancia al azar (P_o) y la concordancia entre dos pruebas o variables (P_c) se expresan en las siguientes tablas, ver a continuación.

TABLA No 01. GRADO DE CONCORDANCIA O ACUERDO ENTRE DOS O MAS LECTORES, SEGÚN LA KAPPA DE COHEN.

OBSERVADOR A	OBSERVADOR B				TOTAL
	Dx. 1	Dx. 2	Dx. 3Dx r	
Dx. 1	N1,1	N1,2	n1,3	N1,r	N1
Dx. 2	N2,1	n2,2	n2,3	N2,r	N2
Dx. 3	N3,1	n3,2	n,3,3	N3,r	N3
.....
Dx. n	nn,1	nn,2	nn,3	Nr
				Nnr	
TOTAL	N1	N2	N3	Nr	n

*Segun Norman y Sreiner en "Biostatistics"

*Donde la proporción de acuerdo o concordancia está dado por (P_c) cuya fórmula es la siguiente:

$$P_c = \frac{n_{11} + n_{22} + n_{33} + \dots + n_r}{N_r}$$

* Además el acuerdo o concordancia al azar (P_o) se puede calcular según la fórmula:

$$P_o = \frac{n_{11}n_1 + n_{22}n_2 + n_{33}n_3 + \dots + n_r n_r}{(n)^2}$$

El índice de Kappa (k) será entonces:

$$k = \frac{P_c - P_o}{1 - P_o}$$

Si:

$k = 1$ ó más : concordancia perfecta.

$k > 0.75$ concordancia excelente.

$0.61 < k < 0.75$ buena concordancia.

0.41 < k < 0.60 regular concordancia.

0.21 < k < 0.40 débil concordancia.

0.00 < k < 0.20 no concordancia.

TABLA No 2. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y LOS RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE LAS LESIONES DE MAMA, HOSPITAL DOS DE MAYO, ENERO 1,999-2,002.

LECTOR A Clínico	LECTOR B, Histopatológico.			TOTAL
	Benigno	No determin.	Maligno.	
Benigno	157	01	02	160
No determinado	16	05	04	25
Maligno	01	01	08	10
Total	174	07	14	195

*Obtenido de los resultados ordenados del paquete estadístico SPSS v11.0.

DONDE:

$P_c = (157 + 5 + 8) / 195 = 0.87$, es decir concuerdan en el 87%.

$P_o = ((174 \times 160) + (7 \times 25) + (14 \times 10)) / 195 \times 195 = 0.74$, es decir que el 74% de los casos que concuerdan son producto del azar.

$k = (0.87 - 0.74) / (1 - 0.74) = 0.5$, es decir que el grado de concordancia real entre ambas pruebas es el 50% o de concordancia moderada.

TABLA No 3. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO POR ECOGRAFIA E HISTOPATOLOGÍA DE LAS LESIONES DE MAMA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

LECTOR A Ecografía	LECTOR B, Histopatológico.			TOTAL
	Benigno	No determin.	Maligno.	
Benigno	105	08	05	118
No determinado	00	01	01	02
Maligno	01	00	00	01
Total	106	09	06	121

*Obtenido de los resultados ordenados en el paquete estadístico SPSS v11.0.

DONDE:

$P_c = 0.88$; el 88% concuerdan en el diagnóstico final.

$P_o = 0.86$; Significa que el 86% de de los acuerdos era de esperarse por el azar.

$k = 0.14$; es decir el grado de concordancia entre la ecografía y el diagnóstico final realmente es muy débil o no concordante.

TABLA No 4. CONCORDANCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE MASTOGRAFÍA Y EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LAS LESIONES DE MAMA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

LECTOR A Mamografía	LECTOR B, Histopatológico.			TOTAL
	Benigno	No determin.	Maligno.	
Benigno	30	01	03	35
No determinado	01	00	03	04
Maligno	02	00	05	07
Total	33	01	11	45

*Obtenido de los resultados ordenados en el paquete estadístico SPSS v11.0

DONDE:

$P_c = 0.78$, es decir el 78% de las lesiones de mama coinciden con el diagnóstico histopatológico.

$P_o = 0.59$, es decir que el 59% de las coincidencias es producto del azar.

$k = 0.46$, es decir que el grado de concordancia real entre la mamografía y el diagnóstico histopatológico final es del orden de 46%, es decir concuerdan en grado moderado o regular.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION ESTUDIADA.

Las características epidemiológicas fueron las siguientes: de 195 casos 4 fueron de sexo masculino y todos por lesión benigna de carácter inflamatorio; según el lugar de procedencia 25% procedían de lima cercado, 12.5% de La victoria, 10% de San Juan de Lurigancho, Vitarte, Sta Anita y otros en menor porcentaje, del interior del País 9%. El grupo etáreo más afectado fue de 15-24 años 44% (86), adolescentes y menores de 15 años solo el 4% (7), mujeres en post menopausia 7% (14) siendo usuarias de terapia de reemplazo hormonal solo 21% (3) de ellas; mujeres en edad reproductiva 85% (166) y de éstas 31% (52) eran usuarias de anticonceptivos de tipo hormonal. En relación a la paridad el 63% (12/191) de mujeres por lo menos había tenido un embarazo a término, 20% (38/191) había tenido un embarazo sin llegar a término y 17% (32/191) nunca había embarazado. Con respecto a los antecedentes oncológicos en familiares directos se observó que eran positivos en un 19% (37/195).

A continuación ver cuadros y gráficos de las características epidemiológicas de la población estudiada para el periodo enero, 1,999 – 2,002.

CUADRO No 01. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

LUGAR DE PROCEDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Lima	48	24.62
La victoria	23	11.79
San juan de L.	20	10.26
Vitarte	12	6.15
Sta Anita	8	4.10
San juan de M.	7	3.59
Comas	7	3.59
Villa María del T.	7	3.59
San Martin de P.	6	3.08
Surco	6	3.08
Otros	33	16.92
Provincias	18	9.23
TOTAL	195	100

* Libro de registro de procedimientos ginecológicos del servicio de Ginecología del Hospital Dos de Mayo enero 1,999 – 2,002.

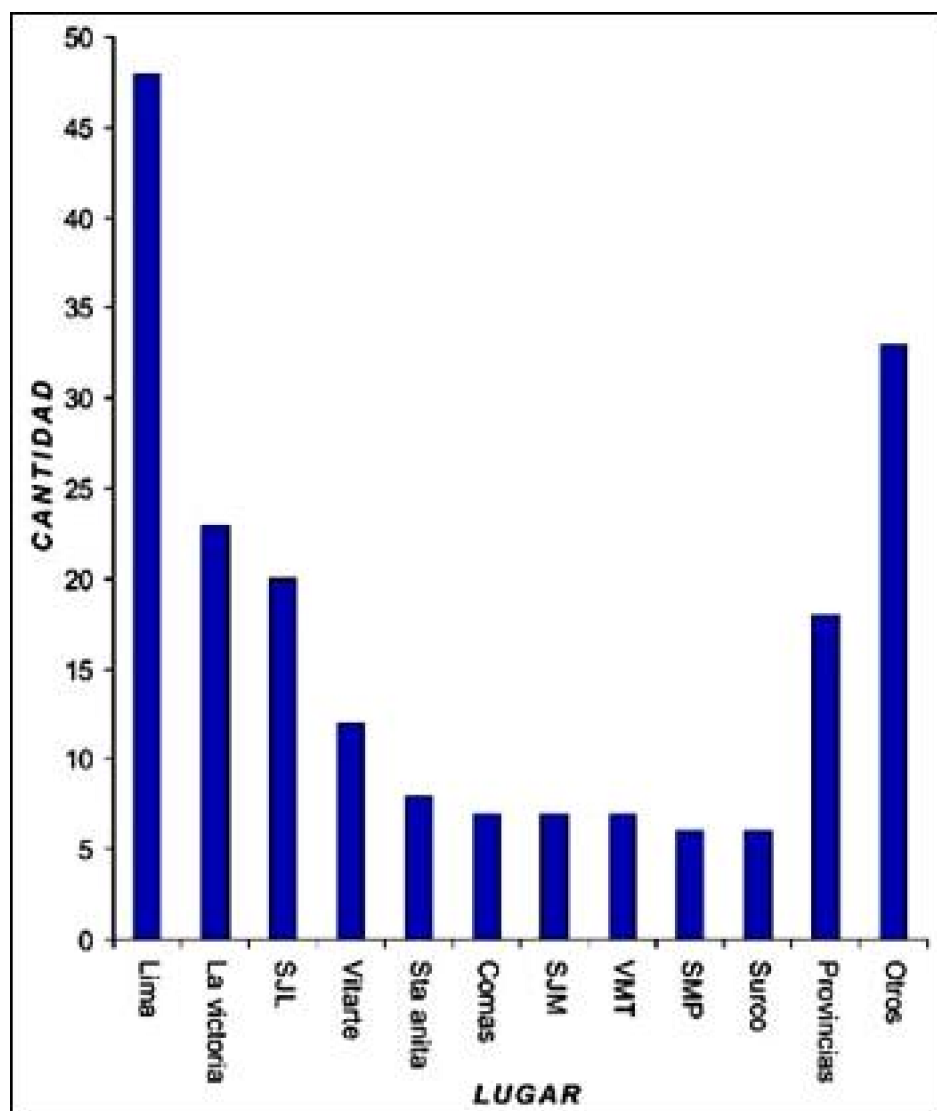


GRAFICO No 1. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

CUADRO No 02. LESIONES DE MAMA: SEGÚN GRUPO ETÁREO, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

GRUPO ETÁREO	NÚMERO	PORCENTAJE %
< 15 a.	7	3.59
15 - 24 a.	86	44.10
25 - 34 a.	44	22.56
35 - 44 a.	29	14.87
45 - 54 a.	15	7.69
55 - 64 a.	05	2.56
65 - más.	09	4.62
TOTAL	195	100

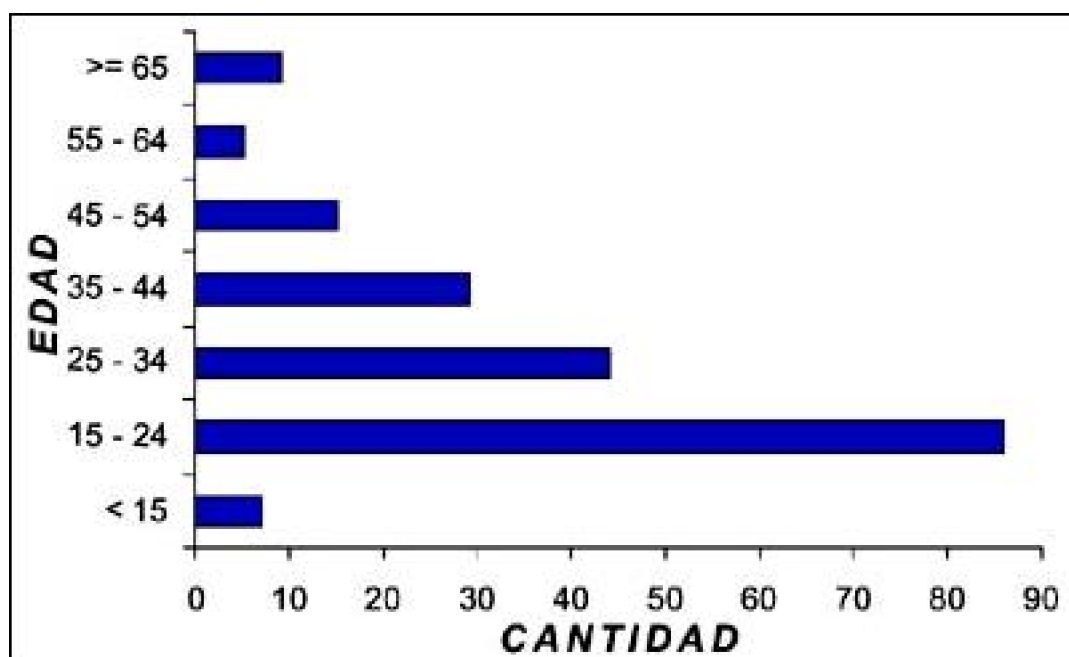


GRAFICO No 2. PACIENTES ATENDIDAS POR LESIÓN DE MAMA SEGÚN GRUPO ETÁREO HOSPITAL DOS DE MAYO, ENERO 1,999-2,002.

CUADRO No 03. PACIENTES CON LESION DE MAMA SEGÚN PARIDAD, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

PARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE %
1 ó mas a término	121	63
Ninguno a término	38	20
Ningún embarazo	32	17
TOTAL	191	100

CUADRO No 04. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA, GRUPO EN EDAD REPRODUCTIVA SEGÚN USO DE MÉTODO HORMONAL, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

METODO	NUMERO	PORCENTAJE %
MAC: Hormonal	52	31.33
MAC: No hormonal	39	23.49
No usuaria de MAC	75	45.18
TOTAL	166	100

* Según ficha de recolección de datos para cada historial clínico.

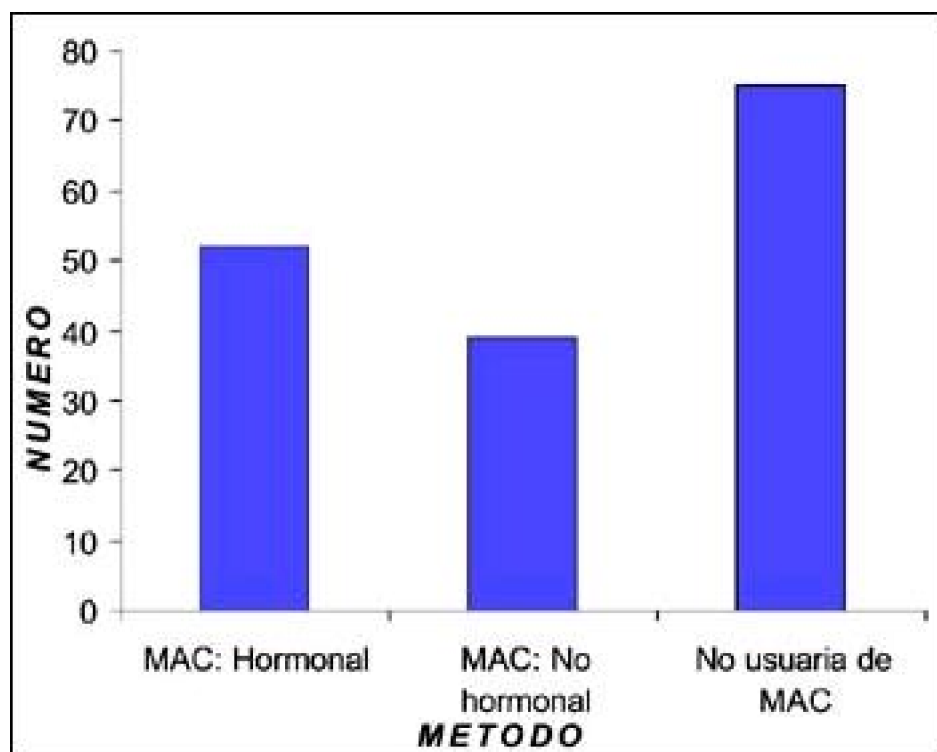


GRAFICO No 3. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA SEGÚN USO MÉTODO HORMONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

CUADRO No 05. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA POR LA QUE ACUDEN, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dolor	63	32.3
tumor	76	38.97
Dolor y tumor	36	18.46
Secreción por el pezón	19	9.74
Presencia de ganglios axilares	01	0.51
TOTAL	195	100

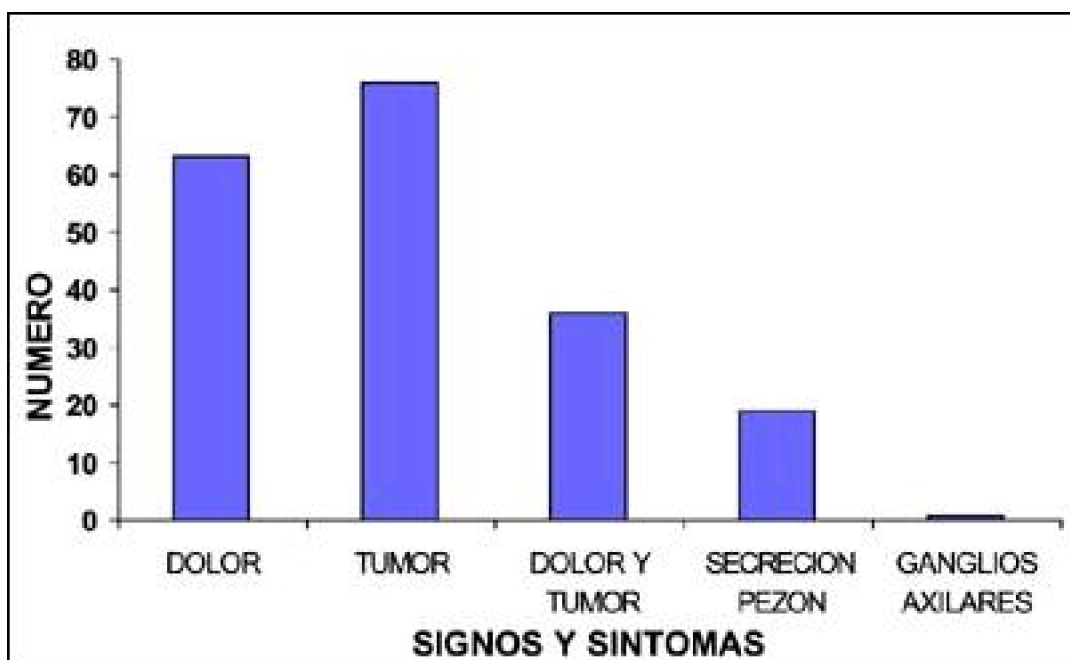


GRAFICO No 4. PACIENTES CON LESIÓN DE MAMA SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS POR LA QUE ACUDEN A CONSULTA, HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO 1,999-2,002

CUADRO No 06. LESIONES DE MAMA SEGÚN LADO AFECTADO, DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

LADO AFECTADO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Mama derecha	91	46.67
Mama izquierda	73	37.44
Bilateral	31	15.90
TOTAL	195	100

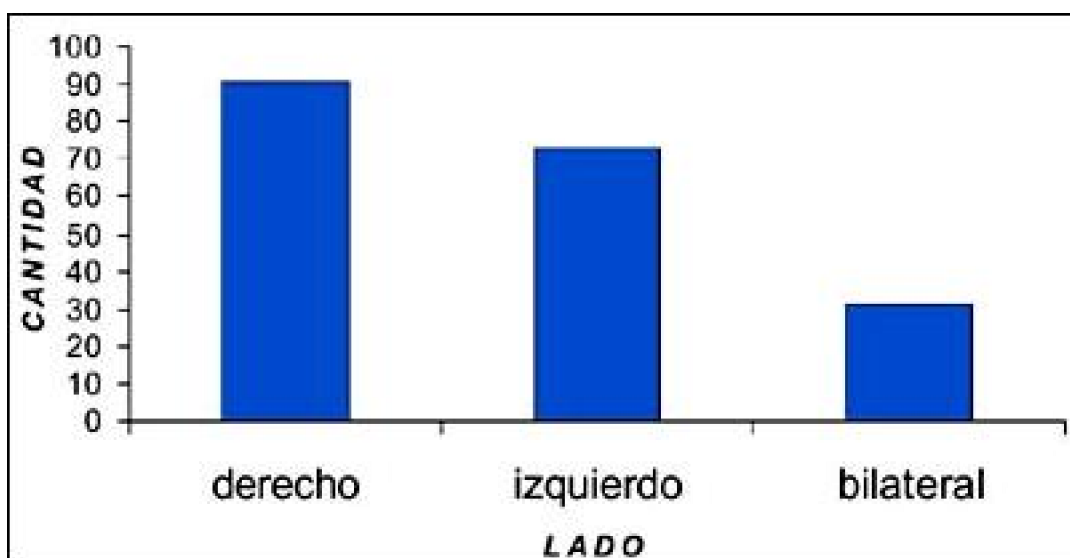


GRAFICO No 5. LESIONES DE MAMA SEGÚN LADO AFECTADO, HOSPITAL DOS DE

Correlación entre los hallazgos clínico-imagenológicos y los resultados histológicos de los tumores benignos de mama, Hospital Dos de Mayo: enero 1999-2002

MAYO ENERO 1,999-2,002.

CUADRO No 07. LESIONES DE MAMA SEGÚN DIAGNÓSTICO FINAL HISTOPATOLÓGICO DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 -2,002.

TIPO DE LESIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE %
Benigno	174	89.23
Indeterminado: border-line	07	3.59
Maligno	14	7.18
TOTAL	195	100

* Base de datos del Departamento de Anatomía Patológica H.D.M.

CUADRO No 08. TUMORES BENIGNOS DE MAMA, SEGÚN TIPO HISTOPATOLÓGICO, DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

TIPO HISTOLÓGICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Fibroadenoma	101	58.05
Cambios fibroquísticos	30	17.24
Lesiones inflamatorias	11	6.32
Papiloma intraductal	09	5.17
Micro y macroquistes	08	4.60
Tumores de piel y TCSC	06	3.45
Metaplasia apocrina	06	3.45
Ginecomastia	03	1.72
TOTAL	174	100

*Según base de datos del departamento de Anatomía Patológica, Hospital Dos de Mayo, enero 1,999-2,002.

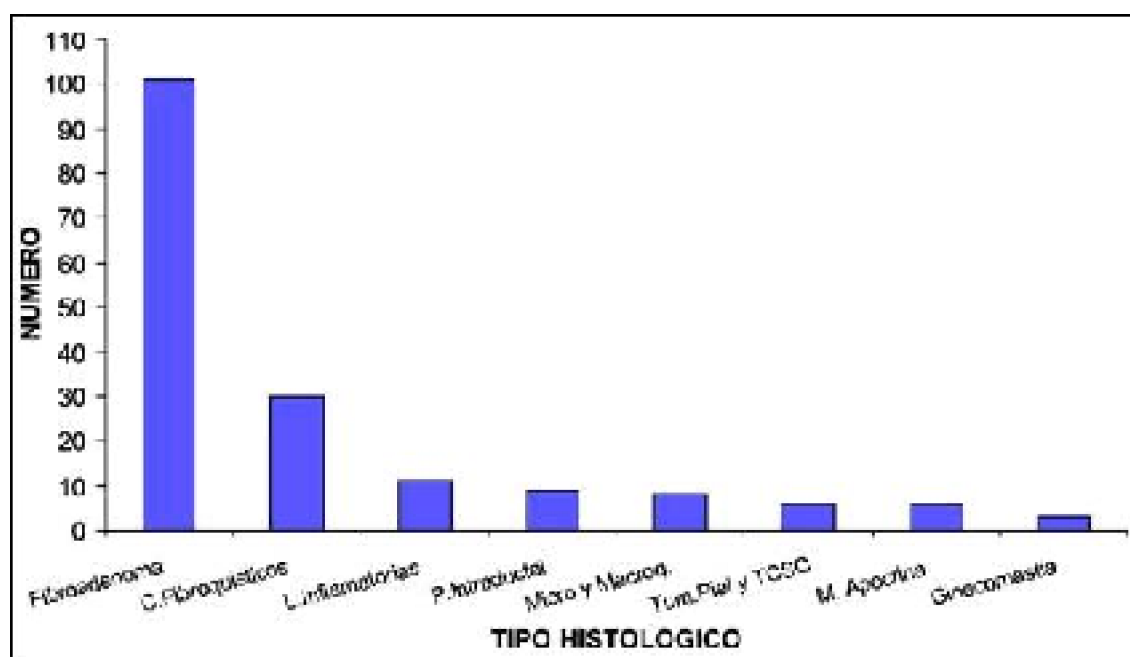


GRAFICO No 6. LESIONES DE MAMA BENIGNAS, SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999 – 2,002.

CUADRO No 09. LESIONES DE MAMA MALIGNAS Y BORDER-LINE, SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO, HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO 1,999-2,002.

TIPO DE LESION	NÚMERO	PORCENTAJE %
Indeterminadas o B-L	07	33.33
- Hiperplasia ductal atípica	05	23.81
-Tumor phillodes o border-L	02	9.52
Malignas o carcinomas	14	66.67
-Carcinoma ductal	11	52.38
-Carcinoma lobulillar	03	14.29
TOTAL	21	100

DISCUSIÓN

Medir el grado de concordancia de dos o mas pruebas de apoyo diagnóstico, plantea serios problemas si tomamos en consideración que habrá mas de un lector u observador para cada prueba, es decir no siempre un mismo radiólogo hará el informe para todas las mamografías, lo mismo pasa para el resultado histopatológico, de tal forma que no podemos generalizar en éste estudio los resultados de sensibilidad y especificidad para cada prueba por que su diseño no lo permite (29), dado los sesgos anteriormente mencionados.

Por otro lado la descripción y la comparación de manera retrospectiva nos a permitido objetivar algunas características; por ejemplo de 261 cirugías de mama realizadas ambulatoriamente para el periodo enero 1,999-2,002 que a su ingreso fueron catalogadas inicialmente como benignas; finalmente 7 fueron histológicamente no determinado o border line y 14 fueron francamente malignos. Esto es de esperarse si no tenemos bien claro los criterios de malignidad de una lesión de mama, lógicamente la confusión es mayor cuando un estudio radiodiagnóstico como la mastografía, la cual teóricamente tendría una sensibilidad especificidad de hasta el 90% (19, 30), es informada sin tener en consideración los parámetros del sistema de información estandarizada BIRADS, pues solo el 18% de las mastografías (8/45) fueron informadas según BIRADS.

Consideramos importante recalcar que las mamas radiodensas es decir en mujeres jóvenes, no es de mayor utilidad la mastografía, excepto para casos de alta sospecha de lesión no palpable, en nuestro estudio el 11% (5/45) de mastografías fueron realizadas a

menores de 35 años. Obviamente que los casos de mastografías BIRADS 2 o normales no excluye la posibilidad de un cáncer de mama inicial (19, 30, 31).

El estudio ultrasonográfico ofrece un buen aporte para diferenciar las lesiones sólidas de las quísticas (95% de sensibilidad-especificidad) y algunas sospechosas especialmente en mujeres jóvenes, sin embargo reconocemos que no podremos discriminar lesiones menores de 1 cm. con éste examen, especialmente en manos poco experimentadas (30).

Finalmente debemos considerar que aunque no se incluyó en éste trabajo a la biopsia por aspiración con aguja fina BAAF, pues solo se realizó en 4 de 16 lesiones de mama clínicamente sospechosas, cumple un rol muy importante en la identificación de lesiones malignas, en grandes series el BAAF alcanza un grado de concordancia de hasta 85% con la histopatología (8, 9). El doctor CABANILLAS en nuestro Hospital Dos de Mayo encontró una asociación cito-histológica de 95% con Hematoxilina – Eosina y 97% con coloración Writhe, el éxito observado le atribuyó a que la lectura citológica e histológica la realizó un mismo patólogo. Como quiera que fuera es sabido que la triada diagnóstica o llamada “prueba triple”: Examen clínico, mastografía y BAAF incrementa altamente la especificidad diagnóstica para la detección de lesiones sospechosas (30, 31.).

Nuestro servicio de Ginecología al igual que muchos Hospitales nacionales deberán tomar cartas en el asunto para detectar precozmente las lesiones de mama malignas ya que actualmente en Lima metropolitana está considerada como la de mayor incidencia y mortalidad en cáncer ginecológico; la mortalidad se ha reducido en un 30% solo con el screening mamográfico en los Estados Unidos (8, 9, 31). Es importante también reconocer que los adelantos en las pruebas de diagnóstico como los receptores BRAC1, BRAC2 pro-oncogenes como P53, Erb 2 neu. Para mujeres en riesgo, requiere de gran inversión económica, sin embargo las incidencias oblicuas en mastografías y las biopsias dirigidas con arpón creo que deberían ya formar parte de nuestro que hacer diario en la búsqueda de afinar más el diagnóstico de las lesiones de mama.

CONCLUSIONES

1.- Se encontró una concordancia moderada o regular entre la mastografía y el resultado final histopatológico ($k = 0.46$), igualmente que el estudio clínico y la histopatología ($k = 0.50$) en las lesiones de mama catalogadas inicialmente como benignas.

2.- El diagnóstico ultrasonográfico tiene una pobre concordancia con la histopatología de las lesiones de mama ($k = 0.14$).

3.- Sin embargo un estudio comparativo retrospectivo no permite manejar las variables para un diseño a futuro; por esta razón encontramos que solo 45 mujeres tuvieron mamografía, 121 ecografías de mama y 195 estudio clínico e histopatología lo cual hace un grupo disparejo para hacer pruebas de concordancia. Por tanto el estudio no permite generalizar los resultados pero sí sería el primer paso para investigaciones a futuro mas profundas al respecto.

RECOMENDACIONES.

1.- Consideramos de suma URGENCIA que todas las mastografías estén informados en base al sistema de estandarización universal BIRADS, con ello evitaremos opiniones personalizadas según la experiencia de quien las lee.

2.-Se debe implementar la “prueba triple” (clínico-mastográfico y BAAF) en las lesiones sospechosas, así como también las biopsias dirigidas con agujas en los tumores no palpables de mama con sospecha de malignidad.

3.- Es importante que exista un orden clínico epidemiológico, por imágenes y cito-histológico cuando es necesario, para el manejo adecuado de las lesiones de mama ya que es una patología que exige gran responsabilidad por parte del profesional médico.

BIBLIOGRAFÍA

REVISTAS:

COPELAND Bland K. The Breast : Comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: W.B. Saunders, 1,991: 235.

CONEJO Morillo M. Obesity and risk of breast cancer. Toko-Gin. Pract, 2001; 60 (3): 127-137.

DI PINO Pamela J. Mammographic and sonographic appearances of nodular adenosis. A.J.R 175 July 2000. pp.31-34.

GIESS Catherine S. Comparison of rate of development and rate of change for benign and malignant breast. Calcifications at the lumpectomy bed. AJR 175. Sep. 2,000 pp. 789-793.

GALLEGO Noreña G. Carcinoma in situ de mama: controversias. Toko – Gin. Pract. 2,001- 60 (5): 251-255

HARRIS V. J et al . Indication for breast imaging in women under age 35 years. Radiology. July 1,989 172-445.

KINKEL Karen. Dynamic high spatial-resolution M.R. imagin of suspicious breast

- lesions: Diagnostic criteria and interobserver variability. AJR. 175 July 2,000 pp 35-43.
- LAMM Robert L. mamographic abnormalities caused by percutaneous stereotactic biopsy of histologically benign lesions, evident on follow-up mammograms. AJR 174, March 2,000. pp 753-756
- IBERMAN, Laura. Palpable breast masses: is there a role for percutaneous imaging-guided core biopsy. AJR, Sept. 2,000, pp779-787.
- PEARSON Kathryn L. Efficacy of step oblique, mammography for confirmation and localization of densities seen only one standard mammographic view. AJR: 174, March 2,000, pp745-753.
- SMATHERS Ralph L. Percentages of lesion and surrounding tissue removed. AJR. 175, Sept. 2,000 pp801-804.
- SIVARAMAKRISHNA Radhica. Comparing the performance of mammographic enhancement algorithms: a preference study. AJR. 175, July 2,000 pp 45 - 51.
- SCOTT Soo Mary. Tubular adenomas of the breast imaging finding with histologic correlacion. AJR. 175, March. 2,000 pp757-761.
- WINSTON B. Corinne: Metastatic lobular carcinoma of the breast: Paterns of spread in the chest, abdomen and pelvis on C.T. AJR. 175 . Sep. 2000, pp 795-799
- WELLE Gregory J. Stereotactic breast biopsy recumbent biopsy using add-on Upright equipment. AJR. 175, July 2,000. pp59-63.
- WHARTON Jessica T. Multiple bilateral masses detected on screening mammography. AJR. 175 July 2,000 pp 31-35.
- WARE Struk et al. Risk factors for breast fibroadenoma in young women. Contraception: Vol 40 No 03 pp 251.
- WA. Berg Et al .Evaluation of 14 and 11 gauge directional vacuum-assisted biopsy probes and 14 gauge biopsy guns parenchymal model. Radiology, 1,997; 205: pp 203-208.

MONOGRAFÍAS:

- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY: Breast Imaging Reporting And Data System . (BI-RADS). 3rd ed. Reston V.A. American College Of Radiology 1,998.
- MORMONTOY Laurel. Elaboración del protocolo de investigación; en ciencias de la salud, la conducta y áreas afines. 2da Edición. 1,994 Boehringer Ingelheim, Lima-Perú.

TESIS:

-
- CABANILLAS José L. "Biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) en lesiones tumorales de mama y correlación cito-histológica. Hospital Dos de Mayo 1,997-1,998 Lima-Perú." Tesis para obtener el título de especialista en anatomía patológica.
- CACERES POLO M. "Patología mamaria, estudio clínico – patológico. Centro Médico Naval 1,984-1,993". Tesis de bachillerato por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- POQUIOMA ROJAS E. "Tendencias en las incidencias de cáncer en Lima Metropolitana 1,968 – 1,994" . Tesis de bachiller por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- PILOAGA CHAVEZ, Jólse Luis. " Observaciones epidemiológicas de cáncer de mama, estudio en 660 casos. Acta Peruana de Cancerología 23 (2). 3.8 jun. 1,993.
- RODRIGUEZ INOCENTE Miro Miguel "Cáncer de mama: aspectos epidemiológicos en 500 casos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Tesis para obtener el título de especialista en Cirugía Oncológica 1,991. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- MACHADO CRESPO Teresa. "Valor de la Mastografía en el diagnóstico de cáncer de mama". Acta Peruana de cancerología 25 (03), sept. 1,995.

CONGRESOS:

- II Congreso Internacional de Mastología INEN 1,999 Lima Perú.
Centro de investigaciones "Maes-Heller " INEN. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Lima Perú. 1,990-1,993.

TEXTOS:

- NORMAN G. And STREINER David. Biostatistics. The Bare Essentials. Copyright MCMXCIV Mosby Year Book, Inc.
- CAMERON R. B. Oncología práctica . 2da Edición. Editorial Medica Panamericana . Buenos Aires Argentina. 1,995.
- DISAIA Philip J : Oncología Ginecológica Clínica. 5ta Edición. Harcourt Brace. España 1,999.
- MISHELL R. Daniel. Tratado de ginecología. 3ra. Edición. Harcout-Brace. España 1,999.
- PACHECO José Romero. Tratado de ginecología y Obstetricia. 1ra Edición. José

- Pacheco R. y Mad Corp. S.A Lima- Perú 1,999
- TABAZZOLI. F. A. Pathology of the breast, 1,992: 79.
- THOMPSON Jhon D. Te Linde Ginecología quirúrgica. 8va. Ed. 1,999. Editorial Med. Panamericana Buenos Aires.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CLÍNICO:

Apellidos y nombres.....

Edad.....

sexo.....

L.N.....

L.P.....

Ocupación.....

G.Instrucción.....

E.Civil.....

Menarquia.....

FUR.....

MAC. Hormonal(..)

no hormonal (..).

Tiempo.....(..).años.

TRH...si (..)...no (..)

Tiempo..(..) años.

ANTECEDENTES:

FAMILIARES:

Tumor benigno:

Madre (..)

Hermana (..)

Tia.(..)

Otro(..)

Tumor maligno:

Mama (..)

Hermana (..)

Tia.(..)

Otro(..)

PERSONALES:

- Exposición repetida a radiaciones. P.e mastografías seguidas antes de los 30 años.

Si (..). No.(..).

- Traumatismo de mama.

- Biopsia anterior en mama ipsilateral (..) Contralateral. (..).

- Antecedente de enfermedad sistémica de fondo..Ca de colon, Ca ovario, Ca endometrio, colagenopatías, otras.....

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Tiempo de enfermedad.....forma de inicio.....SSP: dolor (..) secreción por pezón. (..). Localización del tumor, según cuadrantes.....Tamaño del tumor.....cms. Presencia de adenopatías axilares.. si (..). No.(..). Tipo de tumor: quístico (..), sólido (..), Tumor residual post cirugía o biopsia aspiración Si.(..), No.(..), Compromiso de linfáticos subdérmicos.....

CONCLUSIÓN Y Dx. CLÍNICO.....

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

MASTOGRAFIA. Tamaño del tumor.....cms. Tipo de bordes. Definidos(..). Irregulares (..). Presencia de espiculaciones..(..) Otros..... Presencia de microcalcificaciones: Sospechosas de NM.(..), No sospechosas de NM (..). Dudas(..) Lesión..Unilateral..(..), Bilateral..(..)

CONCLUSIÓN Y DX (PUEDE O NO INCLUIR INFORME SEGÚN SISTEMA BIRADS)

ECOGRAFÍA DE MAMA. Imagen quística(..), Sólida..(..) Única (..), Múltiple (..).....

Tumor Unilateral (..)..Bilateral..(..). Dudas..... Otros.....

CONCLUSIÓN Y DX.....

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS:

Biopsia aspiración.....

Biopsia excisional / incisional.....

Pieza operatoria.....

CONCLUSIÓN Y DX FINAL.....

TEXTO COMPLETO EPUB

Descargar texto completo en formato EPUB en la dirección:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/vargas_mm/epub/vargas_mm.epub