

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSTGRADO.

Estudio histológico de las lesiones no palpables de la glándula mamaria en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

TESIS para optar el Título de especialista en: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Liner Manuel Benavides Samame

LIMA – PERÚ 2004

1. - INTRODUCCION

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en la mujer, y uno de los problemas de salud más importantes por su frecuencia, mortalidad que origina e impacto en la calidad de vida.

La incidencia del cáncer de mama en Perú basado en diferentes registros de cáncer, la sitúan como la neoplasia mas frecuente de la mujer en Lima y segunda después del cáncer de cuello uterino en el resto del país.

La mortalidad por cáncer de mama es uno de los factores que contribuye a la importancia sanitaria de este problema, pues según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, el Cáncer de Mama tiene una tasa de incidencia de 31,82 (TEE por 100,000) . El riesgo acumulado de desarrollar cáncer, hasta los 74 años de edad, es de 3,5%, es decir 1 de cada 29 mujeres tiene el riesgo de desarrollar cáncer de mama hasta los 74 años de edad. En el caso de los hombres la proporción es muy baja siendo la relación mujer/hombre de 168:1, o sea, que por cada 168 casos de cáncer de mama en mujeres hay 1 caso de cáncer de mama en hombres ³.

La calidad de vida estará tanto más comprometida cuanto más tardío sea el diagnóstico, ya que la cirugía será más agresiva, la medicación adyuvante más tóxica y las minusvalías más importantes en los aspectos físicos, psicológicos, estéticos, etc.

2.- MARCO TEORICO

El Cáncer de la glándula mamaria es en la actualidad la mas importante neoplasia en mujeres, los estudios estadísticos de todo el mundo lo corroboran desde hace algún tiempo ¹, esta incidencia es alta en Norte América, Norte de Europa ; intermedia en Latinoamérica y el Sur de Europa y baja en países de Asia y África ² .

Los porcentajes de incidencia y mortalidad por cáncer de mama son aproximadamente cinco veces más altas en Norteamérica y el Norte de Europa que en muchos países de Asia y África. Los países sudamericanos tienen porcentajes de incidencia intermedios entre estos extremos.

Las estadísticas nacionales tan difíciles de obtener debido a la desactivación del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana desde el año de 1978, pero que felizmente fue reactivado el año 1990, nos vuelve a mostrar las cifras reales de lo que está ocurriendo con el Cáncer de Mama en nuestra ciudad. En el último registro del año 1978 el cáncer de mama ocupaba el tercer lugar en incidencia y mortalidad después del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Estómago. En el informe correspondiente al año 1991 el Cáncer de Mama está en segundo lugar, ocupando el primer lugar en mortalidad, y las últimas estadísticas publicadas en agosto de 1999 y correspondientes al año 1993, muestran que el Cáncer de Mama ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia y mortalidad, seguido por el Cáncer de Cuello Uterino y el Cáncer de Estómago ³ .

Según estas mismas estadísticas citadas por la misma fuente, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, el Cáncer de Mama tiene una tasa de incidencia de 31,82 (TEE por 100,000). El riesgo acumulado de desarrollar cáncer, hasta los 74 años de edad, es de 3,5%, es decir 1 de cada 29 mujeres tiene el riesgo de desarrollar cáncer de mama hasta los 74 años de edad. En el caso de los hombres la proporción es muy baja siendo la

relación mujer : hombre de 168:1, o sea, que por cada 168 casos de cáncer de mama en mujeres hay 1 caso de cáncer de mama en hombres³.

Las lesiones infraclínicas o no palpables de la mama corresponden a los hallazgos en estudios mamográficos o sonográficos que no poseen expresión clínica. La utilización cada vez más frecuente de estos métodos en el screening de las lesiones de mama para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del cáncer de mama nos enfrenta cada vez más frecuentemente con la presencia de alteraciones mamográficas o ecográficas sospechosas. Ello ha determinado un cambio tanto en la actitud diagnóstica porque actualmente se hace necesario reconocer lesiones que todavía no han conformado masas palpables y solo pueden ser observadas en estos estudios. Todo lo dicho ha determinado un notable incremento en el número de biopsias por lesiones no palpables (LNP). El análisis y la selección de las imágenes sospechosas, y la posterior biopsia estereotáxica, reducen de forma significativa el número de biopsias innecesarias. No obstante, en los casos en los que el diagnóstico es de hiperplasia con atipia, carcinoma, o bien existe una discordancia entre los hallazgos morfológicos y la imagen mamográfica, sigue siendo necesaria una biopsia por excisión. La prioridad en el examen de una biopsia mamaria en estas LNP, en muchos casos será establecer el diagnóstico histológico definitivo, pero también, en los casos de malignidad, conocer el estado de los márgenes de resección, para de esta forma poder realizar una cirugía definitiva⁴

Para el estudio histológico se clasifica al carcinoma de mama en :

Carcinoma in situ

Se caracteriza por la proliferación de células malignas en los conductos (carcinoma ductal "in situ") o lobulillos (carcinoma lobulillar "in situ") sin invasión a través de la membrana basal

Carcinoma ductal "in situ" (CDIS).

Las mamografías de alta resolución y su mayor utilización en los programas de "screening", han permitido el diagnóstico precoz de estas lesiones ⁵. En términos generales podemos dividir el carcinoma ductal "in situ" en comedo (núcleos pleomórficos, mitosis, necrosis celular,...) y en no-comedo (con los subtipos cribiforme, micropapilar y sólido). El tipo no-comedo carece de abundantes figuras mitóticas, núcleos pleomórficos y de necrosis celular. Tiene un pronóstico mas favorable ⁶.

El diagnóstico histológico del CDIS es generalmente sencillo. En la mayoría de los casos se trata de una lesión unicéntrica, aunque en ocasiones extensa (multifocal) ⁷. Su distribución es unilateral, segmentaria y con frecuencia subareolar. Cada vez se conoce mejor la historia natural del CDIS; parece tratarse de una lesión premaligna, es decir, capaz de progresar hacia un carcinoma de mama invasivo ⁸.

Existen dos formas fundamentales para tratar el CDIS, la mastectomía y la cirugía conservadora de la mama (tumorectomía mas radioterapia). El tratamiento mediante la mastectomía obtiene una curación del 98 al 99%;^{38,39} no obstante, resulta difícil aconsejar un tratamiento tan radical para una lesión con tan buen pronóstico. Mediante la tumorectomía se obtiene una recidiva local ipsilateral del 25 al 30% a los cinco años ⁹.

La recidiva se produce generalmente en la vecindad de la lesión primaria, y en el 50% de los casos contiene cáncer invasivo. La recidiva local puede disminuirse considerable-mente (a un 10-15%) mediante la adición de radioterapia a la tumorectomía ¹⁰. En todos los casos debe practicarse un estudio radiológico y anatomopatológico de la

pieza quirúrgica en el momento de la intervención (estudio intraoperatorio) para asegurar la extirpación completa con márgenes adecuados.

Carcinoma lobulillar "in situ" (CLIS)

Generalmente se trata de un hallazgo histológico sin traducción radiológica ni expresión en el examen físico. Con frecuencia es multicéntrico y bilateral.

Estudios clínicos en pacientes con CLIS sometidos únicamente a biopsias excisionales y seguidos durante muchos años, demuestran que dicha lesión se comporta como un

"marcador de riesgo", siendo el riesgo de desarrollar un cáncer invasivo del 1% por año; (riesgo relativo del 7 al 10) ¹¹. Curiosamente, el riesgo de desarrollar un cáncer invasivo es el mismo en ambas mamas y, en la mayoría de los casos, se trata de tumores ductales y no lobulillares. En la práctica clínica se puede ofrecer a estos pacientes un seguimiento meticuloso, (exámenes físicos y mamografías cada 6 o 12 meses), como haríamos con cualquier paciente con un riesgo elevado

Carcinoma infiltrante :

Histológicamente, la mayoría de los carcinomas invasivos son adenocarcinomas, ya sean ductales o lobulillares. Los cinco tipos mas frecuentes se describen a continuación:

a) El carcinoma ductal infiltrante es el más frecuente, representando el 75% de los cánceres de mama. Se caracteriza por su dureza a la palpación y al corte; metastatizan con frecuencia a los ganglios linfáticos axilares. Las metástasis a distancia son

principalmente a hueso, pulmón, hígado y cerebro. (la supervivencia a los 5 años es aproximadamente del 65%).

b) El carcinoma lobulillar infiltrante representa del 5 al 10% de los tumores de mama. Microscópicamente esta compuesto por células de pequeño tamaño en disposición lineal (en fila india), y con frecuencia son multicéntricos y bilaterales. Clínicamente se caracterizan por presentar una tumoración de bordes imprecisos. Metastatizan a ganglios linfáticos axilares y a distancia; a diferencia del anterior lo hacen preferentemente a superficies serosas y/o meningeas. (la supervivencia a los 5 años es aproximadamente del 74%).

c) En el carcinoma tubular (2% de los cánceres de mama) las metástasis axilares son poco frecuentes. En general, tienen mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante. (la supervivencia a los 5 años es aproximadamente del 93%)

d) El carcinoma medular se caracteriza por una tumoración bien circunscrita. Representa del 5 al 7% de los tumores de mama y comparte un pronóstico más favorable. (la supervivencia a los 5 años es aproximadamente del 80%)

e) La variedad coloide ó mucinoso (3%) es un tumor de crecimiento lento, pudiendo alcanzar un tamaño considerable. (la supervivencia a los 5 años es aproximadamente del 94%)

Otros tipos menos frecuentes incluyen:

Carcinoma papilar

Carcinoma micropapilar

Carcinoma apocrino

Carcinoma de células pequeñas

Carcinoma secretor

Carcinoma metaplásico

Carcinoma adenoide quístico.

Carcinoma rico en glicógeno

Diagnóstico mamográfico :

Para el diagnóstico anatomopatológico indudablemente vienen de un screening mamográfico el cual se hace mediante interpretación radiológica de las mamografías ; sin embargo está influenciada por la subjetividad del radiólogo que las interpreta. Con el propósito de unificar criterios y aconsejar la conducta a seguir, hace pocos años, se ha sugerido un método de lectura mas objetivo; el sistema BIRADS ("Breast imaging Reporting and Data System"). A cada mamografía se le da una categoría numérica en función de las posibilidades diagnósticas. Así, ante una mamografía normal hablamos de BIRADS 1, y ante hallazgos benignos de BIRADS 2. Cuando probablemente se trata de una anomalía benigna damos un BIRADS 3, y se aconseja control mamográfico a los 6 meses; únicamente un 2 % de éstas corresponden a lesiones malignas. Una lesión catalogada como BIRADS 4 es sospechosa, y se aconseja biopsia; casi la mitad de éstas son malignas.

BIRADS 5 corresponde a hallazgos radiológicamente malignos; el 80 % de ellos lo son ¹².

3.- EL PROBLEMA

¿El estudio de las lesiones no palpables de la glándula mamaria producirían diagnósticos anatomo-patológicos de cáncer temprano ó lesiones premalignas que ofrezcan una mejor sobrevida?

4.- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

a) Determinar y comparar los tipos histológicos diagnosticados en el estudio de las lesiones no palpables de la glándula mamaria.

4.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

a) Determinar y Comparar las neoplasias benignas, premalignas y malignas mas frecuentes en el estudio de las lesiones no palpables de la glándula mamaria.

b) Comparar el diagnóstico radiológico (sistema Birads) y el estudio histológico de las lesiones no palpables de la glándula mamaria.

c) Determinar el estudio de los márgenes quirúrgicos en neoplasias premalignas y malignas de las las lesiones no palpables de la glándula mamaria.

5.- HIPOTESIS

El estudio de las lesiones no palpables de la glándula mamaria producen diagnósticos anatomopatológicos de cáncer temprano ó lesiones premalignas que ofrezcan una mejor sobrevida

6.- MATERIAL Y METODOS

Como fuentes de información se tomarán los libros de archivo y/o los registros computarizados del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud entre Enero de 2001 a marzo del 2003 en los cuales se buscaron aquellos casos con estudio de lesiones no palpables de glándula mamaria se definió lesión no palpable de mama a al menos una de estas características:

- 1.-Distorsión arquitectural de la glándula mamaria .
- 2.-Tumoración no palpable menor a 1 cm.
- 3.-Presencia de microcalcificaciones .

Se definió los criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Toda tejido mamario calificado como lesión no palpable de la glándula mamaria que ingresa al servicio de Patología II proveniente del servicio de Ginecología Oncológica.
- El tejido a estudiar debe tener por lo menos un tipo de marcaje : material de sutura , arpón metálico , etiquetas de bordes quirúrgicos etc.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Toda tejido mamario que posterior al diagnóstico presente una lesión mayor a 1 cm.
- Todo tejido mamario sin ningún tipo de marcaje(es decir : bordes, arpón metálico, mamografía hilos de sutura, aguja etc.) .

Una vez que se llenen las fichas de cada uno de los casos seleccionados, estas se vaciaron en una base de datos elaborada en el programa MS Excel 2000, la cual contendrá los mismos campos como variables tiene la ficha de recolección. Utilizando el programa estadístico SPSS 9.0 se procedió a obtener los siguientes datos:

- a)Casos totales divididas en lesiones benignas , premalignas y malignas de mama comparando edad , sexo y mama afectada
 - a. -Lesiones mas frecuentes de cada grupo histológico citado en el párrafo anterior
 - b. -Comparación con el sistema Birads de los tres grupos histológicos citados en a.
- Comparación del estado de los márgenes de resección entre lesiones premalignas y malignas.

7.- RESULTADOS

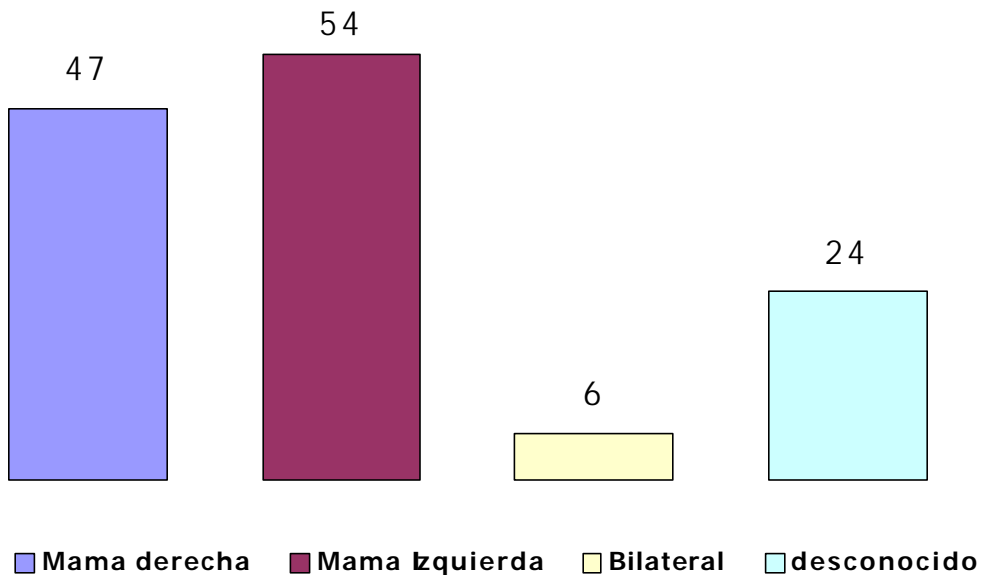
Entre enero del 2001 y marzo del 2003 se obtuvo un total de 137 casos como lesiones no palpables de mama. De estos 141 casos fueron excluidos 8 casos debido a ser en el estudio histológico mayores de 10 mm.

La cantidad de muestras en el año 2001 fueron de 25 casos; en el 2002: 76 y en el primer trimestre del 2003: 40 casos; observándose un crecimiento promedio del 2001 al 2002 de 200% y del 2002 al 2003 de 60%.

En el gráfico 1. Se resume la localización anatómica y se destaca la ausencia de información de la localización en 24 muestras.

Gráfico N ° 1

Localización Anatómica de las Lesiones No Palpables de Mama



La edad media de presentación de las lesiones no palpables de mama en los pacientes estudiados fue de 54.4 años (rango de 37 – 82 años), siendo mas frecuente en el grupo etáreo comprendido entre los 50 y 59 años de edad lo que representa el 39.6% de todos los pacientes (gráfico 2).

En cuanto al tipo de marcaje utilizado para el estudio de las lesiones no palpables de mama fue en mayor porcentaje con radiografía y arpón metálico (44.3%) seguido de sólo arpón metálico (26.7%) . ver tabla 1.

Gráfico N ° 2

Distribución de Lesiones no Palpables de Mama por Grupo

Etario

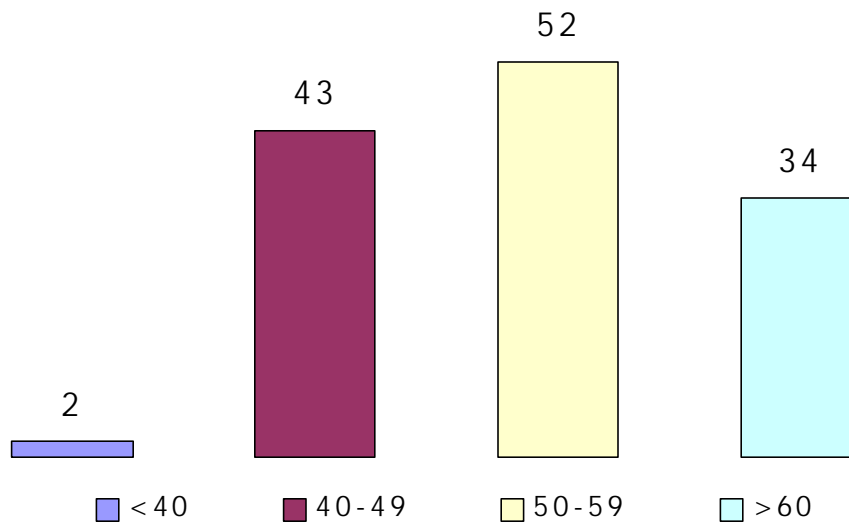


Tabla N ° 1

**Marcaje Utilizado Para el Estudio De Las Lesiones No Palpables
de Mama**

MARCAJE	N ° CASOS
ARPON + MAMOGRAFIA	58
ARPON	35
MAMOGRAFIA	13
SIN MARCAJE	12
BORDE QUIRURGICO	6
ARPON + BORDE QUIRURGICO	3
HILOS DE SUTURA	3
ARPON + BORDE QUIRURGICO + MAMAOGRAFIA	1
TOTAL	131

En cuanto al análisis anatomopatológico de las lesiones extirpadas en general correspondieron 56 (42.7%) a patología benigna 50 (38.2%) a patología premaligna y 25 (19.1%) a patología maligna.

La edad promedio de las lesiones no palpables benignas de mama fue de 53 años ; la edad promedio de las lesiones premalignas de 55 años y de las lesiones malignas de 58 años.

La mastopatía fibroquística de mama fue la patología benigna con mas frecuencia con un 82.14% (ver tabla 2)

La patología premaligna ocurrió en 50 casos siendo la de mayor incidencia en ellas la Hiperplasia intraductal en un 54% seguida de la Hiperplasia intraductal atípica en un 38% (ver tabla 3).

La patología maligna se diagnosticó en 25 pacientes donde el carcinoma intraductal de mama (CID) se diagnosticó en 10 pacientes siendo el 40% de todas las lesiones malignas y 7.6% de todas las lesiones no palpables de mama estudiadas.

El carcinoma ductal infiltrante (CDI) ocurrió en 4 pacientes el CDI +CID ocurrió en 6 pacientes, carcinoma lobulillar in situ (CIL) ocurrió en 2 pacientes, carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) asociado a carcinoma lobulillar in situ ocurrió en un paciente, el carcinoma papilar infiltrante (CPI) y el carcinoma papilar intraductal (CIP) tuvieron un caso cada uno. Ver tabla 4

TABLA N ° 2

Patología Benigna en las Lesiones no Palpables de Mama

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	N ° CASOS
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	46
FIBROADENOMA	4
ATROFIA	2
OTROS	4
TOTAL	56

TABLA N ° 3

Patología Premaligna en las Lesiones no Palpables de Mama

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	N ° CASOS
HIA	19
HI	27
PI	3
HPI	1
TOTAL	50

TABLA N ° 4

Patología Maligna en las Lesiones no Palpables de mama

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	N ° CASOS
CDI	4
CDI + CID	6
CID	10
CLI + CIL	1
CIL	2
CPI	1
CIP	1
TOTAL	25

Con respecto a la correlación del sistema birads con el diagnóstico anatomo patológico, de las 131 muestras sólo se calificó en el sistema birads a 93 (71%) casos. Y su distribución se presenta en la tabla 5.

Tabla N ° 5

Correlación del Diagnóstico Anatomo Patológico y el Sistema Birads

	SISTEMA BIRADS						TOTAL
	BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4	BIRADS 5	
BENIGNAS	6	2	4	8	21	0	41
PREMALIGNAS	6	0	2	7	18	0	33
MALIGNA	1	0	1	4	10	3	19
TOTAL	13	2	7	19	49	3	93

Los márgenes de resección en las lesiones malignas se observó que de los 24 casos 10 (41.6%) casos tuvieron los bordes comprometidos; 7 casos (29) los bordes quirúrgicos libres; 4 casos (16.6%) a 1mm del borde quirúrgico; 3 casos a 2mm. ,3mm. y 5 mm. respectivamente.

Las microcalcificaciones se observaron en 58 especímenes de los 131 casos estudiados. En la tabla 6 se observa su relación con el diagnóstico anatómo patológico.

Tabla N ° 6
Correlación del Diagnóstico Anatómo Patológico y
Microcalcificaciones

	MICROCALCIFICACIONES				TOTAL
	-	+	++	+++	
BENIGNO	28	23	5	0	46
PREMALIGNO	30	15	4	1	50
MALIGNO	15	2	5	3	25
TOTAL	73	40	14	4	131

Cuando se relaciona el hallazgo de microcalcificaciones en las lesiones malignas se observa que los carcinomas intraductales sólo son positivos 3/10 con dos casos con (+++) y un caso con (++) .Mientras que el los carcinomas ductales infiltrantes de 10 casos (CDI + CID y sólo CDI) 5/10 fueron positivos. Tabla 7

Tabla N ° 7

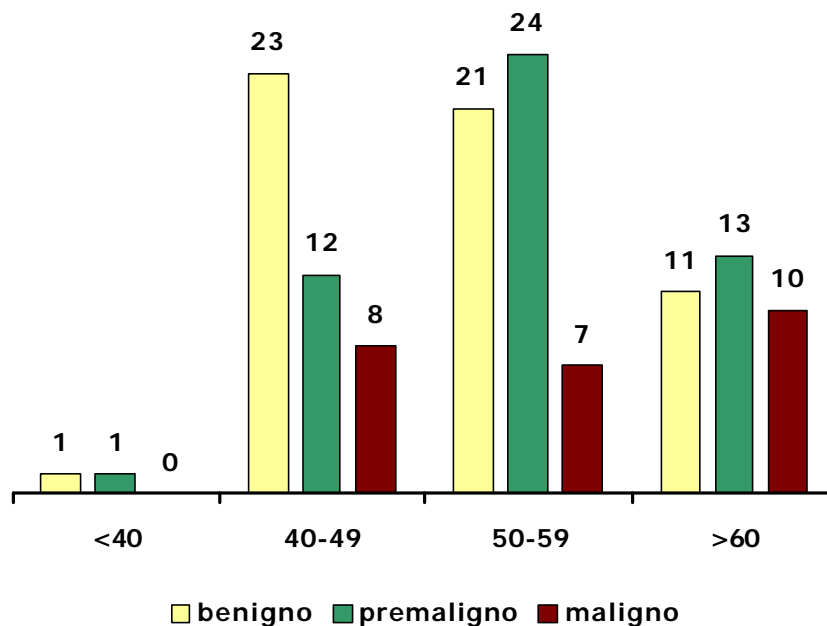
Correlación Lesiones Malignas y Microcalcificaciones

DX	N ° CASOS	microcalcificaciones			
		-	+	++	+++
CDI	4	1	1	2	-
CDI + CID	6	4	-	1	1
CID	10	7	-	1	2
CLI + CIL	1	-	1	-	-
CIL	2	2	-	-	-
CPI	1	1	-	-	-
CIP	1	-	-	1	-
TOTAL	25	15	2	5	3

En el gráfico 2 se muestra la distribución de las lesiones no palpables de mama por grupo etario y en el gráfico 4 se agrega a esta distribución el diagnóstico histopatológico dividido en tres grupos: benigno, premaligno y maligno

Gráfico N ° 3

Lesiones no Palpables de Mama Distribución por Edades y Diagnóstico anatómico patológico



8.- DISCUSIÓN

En los pasados 25 años los métodos diagnósticos y las estrategias terapéuticas en el carcinoma de mama han cambiado drásticamente. La relación entre el diagnóstico y el tratamiento gradualmente se ha tornado más compleja, debido al desarrollo de métodos diagnósticos más sofisticados (pesquisa mamográfica, resonancia magnética, biopsia estereotáxica, ganglio centinela, etc.). La mejoría en la calidad de los estudios por imágenes, tanto por mamografía como por ultrasonido, aunado a un creciente número de pacientes sometidas a mamografía de pesquisa, ha llevado a una mayor detección de lesiones subclínicas de la mama. A pesar de que, muchas de estas imágenes radiológicas representan lesiones benignas, se ha logrado un incremento en el diagnóstico precoz del cáncer de mama¹³

Los programas de pesquisa mamográfica no están lo suficientemente difundidos en nuestro país, pero están ganando importancia. La mamografía es el método diagnóstico principal en la detección de las lesiones subclínicas de la mama, debido a su gran sensibilidad y especificidad, pero sobre todo uno de los aspectos más importantes es la coordinación entre el radiólogo, el cirujano y el patólogo, así como el manejo adecuado de la pieza operatoria. La adecuada identificación de los bordes de resección, la mamografía compresiva de la pieza quirúrgica y el adecuado estudio anatomopatológico, son indispensables para un diagnóstico preciso¹⁴ .

Los resultados obtenidos en nuestra serie (7.6%), se encuentran debajo de los parámetros observados en la literatura mundial, donde el porcentaje de lesiones malignas se sitúa entre un 10% y un 30%¹⁵; sin embargo si tomamos sólo el primer trimestre del año 2003 este porcentaje sube a un 10% (cuatro casos de 40 estudiados).

El inicio del estudio de las lesiones no palpables de mama en nuestro hospital va dirigido, en un futuro cercano, a un programa de salud para todas las mujeres mayores de 40 años donde todos los radiólogos, cirujanos y anatomopatólogos hablen un mismo idioma es decir el estudio mamográfico con el sistema birads; la uniformidad en el envío de las muestras por los cirujanos y un procesamiento y diagnóstico anatomopatológico protocolizado.

El diagnóstico de hiperplasia intraductal e hiperplasia intraductal atípica era relativamente raro en la era premamográfica; sin embargo actualmente este diagnóstico es muy útil para predecir un probable desarrollo de un carcinoma lo que conllevaría a un seguimiento estricto de la paciente. En nuestro estudio la hiperplasia intraductal y la hiperplasia intraductal atípica fue diagnosticada en 46 pacientes (35.1%) un número elevado de lesiones premalignas a tener en cuenta.

Cuando se ha completado el estudio imagenológico de la mama, cada paciente debe ser ubicado en una de las cinco categorías diagnósticas aconsejadas por el colegio americano de radiología, a través del "Breast Imaging Report and Data System" (ACR-BIRADS), el cual nos predice o nos da el valor predictivo positivo según su clasificación así en nuestro estudio el valor predictivo positivo de los casos calificados como birads 4 fue de 20.4% (10/41 casos), birads 5 100% (3/3) lo que nos acerca mucho a lo internacionalmente aceptado¹².; aunque en nuestro hospital todavía no se universaliza este idioma entre los médicos radiólogos (solo se clasificó 71% ,93/131 casos) , es necesario hacerlo para mayor entendimiento y estudio de las lesiones no palpables de mama.

Uno de los hallazgos más importante en este estudio es el diagnóstico de carcinomas in situ (13/25) que supera a los hallazgos de otros estudios internacionales donde el diagnóstico de carcinoma infiltrante llega hasta un 60%¹³ .Esto quizá sea debido a que en nuestro estudio se retiró las neoplasias que posteriormente fueron mayores de

10 mm. , (Criterio de exclusión del estudio), que fueron 8 los cuales todos eran carcinomas infiltrantes.

El hallazgo de microcalcificaciones fue relativamente mayor en relación a los carcinomas infiltrantes posiblemente debido a el bajo grado de los carcinomas intraductales; sin embargo la falta del diagnóstico anatomopatológico en cuanto a describir las microcalcificaciones sea el factor mas importante de este resultado. En un futuro mayor es probable que se protocolice y se describa todos los hallazgos pertinentes en el resultado histológico.

La biopsia radioquirúrgica es un método adecuado para la evaluación de las lesiones subclínicas de la mama. La adecuada evaluación mamográfica de estas lesiones, es el factor determinante en la realización de la biopsia o escisión tumoral. El enfoque multidisciplinario y el adecuado manejo de la pieza operatoria, son indispensables para obtener los resultados esperados.

9.- CONCLUSIONES

- La generalización del screening mamográfico, como así también la aparición de nuevas tecnologías y el mejoramiento de las existentes, trajo aparejado un marcado incremento del diagnóstico de cáncer de mama subclínico.
- La mayoría de las lesiones no palpables de mama fueron benignas (42.7%), de ellas las más comunes correspondieron a mastopatía fibroquística.
- Las Lesiones premalignas y malignas representaron 56.3%. 19.1 de carcinomas in situ e infiltrante y 38.2% de lesiones premalignas. Mostrando que la proporción de neoplasias en la muestra es alta, mostrando una adecuada selección de pacientes para la cirugía, la cantidad de lesiones premalignas (hiperplasia intraductal e hiperplasia intraductal atípica) fue predominante.

- No hubo mayores diferencias en cuanto a la edad de presentación entre lesiones benignas 53 años, premalignas 55 años y malignas 58 años, lo cual indicaría que en nuestro medio el diagnóstico de lesiones iniciales de cáncer es todavía insuficiente y sobre todo tardío.
- Es de fundamental importancia el adecuado entrenamiento en la interpretación, diagnóstico histológico de las lesiones no palpables de mama, sobre todo protocolizar su estudio .
- La correcta categorización de las imágenes mamográficas es de suma importancia a fin de determinar una conducta posterior. BIRADS representa una importante contribución en este sentido .Pero en nuestro medio es indispensable protocolizar y capacitar a todo el personal comprometido en el diagnóstico radiológico.
- Consideramos necesario la utilización masiva de la mamografía como método de detección oportuno de cáncer de mama, lo cual en décadas futuras podrá reducir la mortalidad para el mismo.

10. - BIBLIOGRAFIA

1. Epidemiology, hormone receptors, pathology, and survival. Arch. Surg., 1980; 115:1056-62.
2. Juan R. Ackerman's Surgical Pathology, Eighth edition. Vol.2, 1996, p. 1590
3. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 1999.
4. Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology. Immediate management of mammographically detected breast lesions. Am J Surg Pathol 1993; 17: 850-851.
5. Stomper, P.C.; Connolly, J.L.; Meyer, J.E.; Harris, J.R. Clinically occult ductal carcinoma in situ detected with mammography: analysis of 100 cases with radiologic-pathologic correlation. Radiology 1989; 172: 235-41.
6. Harris, J.R.; Lippman, M.E.; Veronesi, U.; Willett, W. Breast cancer. N Engl J Med 1992; 327: 390-8.
7. Holland, R.; Hendriks, J.H.C.L.; Verbeek, A.L.M.; Mravunac, M. Schuurmans, Stekhoven, J.H. Extent, distribution, and mammographic/ histological correlations of breast ductal carcinoma in situ. Lancet 1990; 335: 519-22.
8. Robbins, G.F.; Berg, J.W. Bilateral primary breast cancers: a prospective clinicopathological study. Cancer 1964; 17: 1501-27.

- 9.-Fisher, E.R.; Leeming, R.; Anderson, S.;Redmond, C.; Fisher, B. Conservative management of intraductal carcinoma (DCIS) of the breast. J Surg Oncol 1991; 47: 139-47.
- 10.-Solin, L.J.; Recht, A.; Fourquet, A., et al. Ten-year results of breast-conserving surgery and definitive irradiation for intraductal carcinoma (DCIS) of the breast. Cancer1991; 68: 2337-44.
- 11.-Wheeler, J.E.; Enterline, H.T.; Roseman, J.M., et al. Lobular carcinoma in situ of the breast: long-term follow up. Cancer 1994; 34: 554-63.
- 12.-AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. - Breast imaging reporting and data system. Reston, V.A., American Colege of Radiology; 1993
- 13.-Lantsberg L, Kirshtein B, Koretz M, Strano S. Role of wire-guided breast biopsy for diagnosis of malignant nonpalpable mammographic lesions. World J Surg 1999; 23(12):1279-81.
- 14.-De Paredes ES, Langer TG, Cousins J. Interventional breast procedures. Curr Prob Diagn Radiol 1998; 27(5):133-84.
- 15.-Pass, H. Stereotactic Biopsy of Breast. Cancer. PPO Updates, Principles and Practice, volume 13. 1998; (12).