

# Nódulos mamarios

E. Marchand, C. Uzan

*El descubrimiento de un nódulo en la mama requiere un enfoque diagnóstico estandarizado que pasa por la anamnesis, la exploración física, las pruebas de imagen y, posiblemente, por los estudios histológicos. El procedimiento que debe seguirse depende de la edad de la paciente y, especialmente, de los datos de la exploración física. En primera instancia, hay que practicar una mamografía y, en ocasiones, una ecografía. El diagnóstico que debe descartarse es el cáncer de mama. El tratamiento de los nódulos depende de su tipo histológico. Si existe duda diagnóstica, es conveniente practicar su exéresis quirúrgica.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Tumor; Cáncer; Mamografía; Ecografía; Histología

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Procedimiento diagnóstico</b>	1
Anamnesis	1
Exploración física	1
Mamografía	1
Ecografía mamaria	2
Resonancia magnética mamaria	2
Toma de muestras para estudio histológico	2
■ <b>Etiologías</b>	3
Lesiones quísticas	3
Lesiones tisulares	3
■ <b>Conclusión</b>	5

## ■ Introducción

La autopalpación de un nódulo mamario es un motivo frecuente de consulta y produce gran ansiedad en las pacientes. La mayoría de las lesiones antes de los 50 años son benignas pero, en Francia, el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Por tanto, es necesaria una intervención asistencial adecuada a cada situación clínica, que debe tener en cuenta dos parámetros:

- el riesgo oncológico, que depende de la edad de la paciente, de los antecedentes familiares y/o la predisposición genética y del tipo histológico;
- el riesgo radiológico en función de las clasificaciones *American College of Radiology (ACR)* o *Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS)*.

## ■ Procedimiento diagnóstico

La sistemática diagnóstica debe ser la misma ante cualquier nódulo. Se basa en:

- la anamnesis;
- la exploración física;
- las pruebas de imagen: mamografía y/o ecografía y/o resonancia magnética (RM) mamaria;
- la citopunción y/o la microbiopsia.

Un nódulo mamario auténtico es típicamente distinto de los tejidos circundantes, es generalmente asimétrico con respecto a la mama contralateral y es persistente en el tiempo. Puede ser doloroso o no.

## Anamnesis

Precisa la edad de la paciente, los antecedentes personales y familiares, los factores de riesgo de enfermedad mamaria maligna, el estado menopáusico, la administración de tratamientos hormonales, las características del tumor (fecha de descubrimiento, evolución, signos asociados), los antecedentes de pruebas de diagnóstico por la imagen mamario y las muestras histológicas ya estudiadas.

## Exploración física

La exploración física siempre debe ser bilateral y comparativa e incluir la palpación de las áreas ganglionares axilares, supraclaviculares y subclaviculares. La paciente debe estar con el torso desnudo, sentada o de pie, primero con los brazos colgando, luego levantados y finalmente con los músculos pectorales contraídos. El primer tiempo es la inspección: se observa la forma y el tamaño de las mamas; se buscan asimetrías, aplanamientos o retracciones, aspecto de piel de naranja, edema, signos inflamatorios, anomalías del pezón. La palpación se debe realizar cuadrante por cuadrante, con los dedos planos, haciendo rodar progresivamente la glándula mamaria sobre la reja costal. No hay que olvidar la palpación de la prolongación axilar. Si se palpa un nódulo, hay que precisar sus características: localización, tamaño, consistencia y movilidad en relación con el plano profundo, el pezón y la piel. También se busca una secreción por el pezón.

Los resultados deben informarse en un esquema; la anomalía se localiza precisando el radio y la distancia en centímetros con respecto al pezón en posición quirúrgica, es decir, con la paciente echada con el brazo extendido a 90° (por ejemplo, lesión del cuadrante superoexterno derecho de 2 cm en el radio de las 10 horas a 3 cm del pezón sin retracción de la piel, móvil en relación con el plano del músculo pectoral).

Si se sospecha una lesión infiltrante avanzada o si existen signos clínicos indicativos, puede requerirse un examen abdominal, reumatológico o neurológico.

## Mamografía

El examen de primera línea consiste en una mamografía bilateral y comparativa, digitalizada, que incluya dos incidencias (frontal y oblicua externa). Es posible practicar incidencias complementarias o radiografías ampliadas. El informe debe mencionar la clasificación ACR, adaptada en Francia por la Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en 2002, que evalúa cada lesión en función del grado de sospecha de malignidad (**Cuadro 1**). Una lesión ACR 6 es un cáncer demostrado histológicamente.

**Cuadro 1.**Clasificación *American College of Radiology (ACR)* según la *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*.

<b>ACR 0: son necesarias investigaciones complementarias</b>	Comparación con documentación anterior, incidencias complementarias, radiografías centradas comprimidas, ampliación de las microcalcificaciones, ecografía, etc. Es una clasificación de «espera», que se utiliza en situaciones de detección o a la espera de una segunda opinión, antes de obtener esta segunda opinión o de que se complete el estudio de imagen y de que ambos permitan una clasificación definitiva
<b>ACR 1: mamografía normal,</b>	
<b>ACR 2: existen anomalías benignas que no requieren seguimiento ni pruebas complementarias</b>	Opacidad redonda con macrocalcificaciones (fibroadenoma o quiste) Ganglión intramamario Una o más opacidades redondas que corresponden a uno o varios quistes típicos en la ecografía Una o más imágenes de densidad grasa o mixta (lipoma, hamartoma, galactocele, quiste oleoso) Una o más cicatrices conocidas y calcificación o calcificaciones sobre el material de sutura Macrocalcificaciones sin opacidad (fibroadenoma, quiste, necrosis grasa, ectasia ductal secretora, calcificaciones vasculares, etc.) Microcalcificaciones anulares o arciformes, semilunares, sedimentadas, romboédricas (calcificaciones de aspecto cuadrado o rectangular de frente, romboidal o trapezoidal de perfil, que deben estudiarse a partir de ampliaciones) Calcificaciones cutáneas y calcificaciones puntiformes regulares difusas
<b>ACR 3: existe una anomalía probablemente benigna para la que se recomienda un seguimiento a corto plazo</b>	Microcalcificaciones redondas o puntiformes regulares o pulverulentas, poco numerosas, en pequeño acúmulo redondo aislado Uno o más acúmulos pequeños redondos u ovalados de calcificaciones amorfas, poco numerosos, que sugieren el comienzo de la calcificación de un fibroadenoma Opacidades bien circunscritas, redondas u ovaladas o discretamente policíclicas, sin microlobulización no calcificadas, no líquidas en la ecografía Asimetría focal de densidad con límites cóncavos y/o mezclados con grasa
<b>ACR 4: existe una anomalía indeterminada o sospechosa que indica verificación histológica</b>	Microcalcificaciones puntiformes regulares numerosas y/o agrupadas en cúmulos con contornos ni redondos ni ovalados Microcalcificaciones pulverulentas agrupadas y numerosas Microcalcificaciones irregulares, polimórficas o granulares, poco numerosas Una o más imágenes espiculadas sin un centro denso Una o más opacidades no líquidas redondas u ovaladas con contornos lobulados u ocultos o que han aumentado de volumen Distorsión estructural, exceptuando una cicatriz conocida y estable Una o más asimetrías o uno o más aumentos de densidad localizados de límites convexos o evolutivos
<b>ACR 5: hay una anomalía sugestiva de cáncer</b>	Microcalcificaciones vermiculares, arborescentes o microcalcificaciones irregulares, polimórficas o granulares numerosas y agrupadas Agrupación de microcalcificaciones independientemente de su morfología, cuya topografía es galactofórica Microcalcificaciones asociadas a una anomalía estructural o a una opacidad Microcalcificaciones agrupadas que han aumentado en número o microcalcificaciones cuya morfología y distribución se han vuelto más sospechosas Opacidad mal circunscrita de contornos borrosos e irregulares Opacidad espiculada con centro denso

La clasificación debe tener en cuenta el contexto clínico y los factores de riesgo. La comparación con documentación antigua o el resultado de investigaciones complementarias puede modificar la clasificación de una imagen: una opacidad ovalada regular clasificada como ACR 3, pero presente en documentación antigua, puede reclasificarse como ACR 2; algunas calcificaciones residuales tras extracción percutánea de una muestra contributiva benigna de un acúmulo clasificadas como ACR 4 pueden reclasificarse como ACR 2, etc.

## Ecografía mamaria

La ecografía es particularmente necesaria cuando las mamas son densas, en mujeres jóvenes (menores de 30 años), embarazadas o que amamantan. Una clasificación BI-RADS (Cuadro 2) también permite describir estos nódulos y orientar hacia una enfermedad benigna o maligna.

## Resonancia magnética mamaria

Se trata de un examen en segunda instancia. Se realiza en el estudio preterapéutico para descartar una segunda localización, en caso de anomalía mamográfica equívoca o en pacientes con mutación BRCA; tiene un alto valor predictivo negativo. Sin embargo, cuanto más joven es la mujer, mayor es el número de falsos positivos, con capturas de contraste inespecíficas.

## Toma de muestras para estudio histológico

Se puede proponer una microbiopsia (14-18 Gauge) con el fin de precisar el diagnóstico. El calibre de la aguja depende del tipo de lesión y del parénquima mamario. El número de muestras depende de la calidad de la focalización y del tipo de lesión. Un mínimo de dos muestras (focalización correcta) con un máximo de cuatro permite obtener correctamente una masa tisular con fiabilidad diagnóstica superior al 90% desde la segunda muestra [1].

La citología consiste en analizar una muestra celular obtenida con una aguja de calibre estrecho (de 21 a 28 G). Tiene el mérito de ser sencilla, rápida, poco costosa y eficaz en los equipos adiestrados, con una sensibilidad del 98% y una especificidad del 93% [2]. Clasifica las muestras en tres categorías: benigna, sospechosa/maligna o no contributiva; no permite precisar el grado de invasión de un cáncer, lo que limita sus indicaciones.

Si la lesión es claramente palpable sin anomalías evidentes en la mamografía o la ecografía, se debe tener cuidado con un posible carcinoma de tipo lobulillar, que clásicamente presenta imágenes poco indicativas, debiendo practicarse una biopsia de la lesión palpable; en caso de carcinoma lobulillar, se recomienda una RM complementaria.

Cabe recordar que las microcalcificaciones aisladas deben ser objeto de macrobiopsias en mesa estereotáxica. Si, en el control mamográfico posterior a la macrobiopsia, el foco de microcalcificaciones se ha extirpado por completo, se coloca un clip en el mismo tiempo, lo que permite la localización si la cirugía es necesaria. Hay que disponer de una mamografía de control posterior a la colocación del clip para comprobar que esté bien colocado y no haya migrado.

La realización de una biopsia quirúrgica sólo es necesaria en el 2% de los casos, cuando los resultados de las muestras prequirúrgicas no concuerdan con los datos del diagnóstico por la imagen o cuando esta extracción de muestras no es factible.

Incluso en caso de lesión muy sospechosa que requiere cirugía de todos modos (lesión ACR 5), es necesaria una muestra preoperatoria, ya que permite confirmar el cáncer y organizar, en el mismo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465294>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)