

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA MAMA

La situación de la glándula mamaria en el cuerpo humano permite un fácil acceso en la exploración y en las pruebas diagnósticas. A pesar de ello, la prevención primaria se puede considerar excepcional y el esfuerzo debe dirigirse a una prevención secundaria o diagnóstico precoz de la patología más temida, el cáncer de mama.

Pruebas diagnósticas que permiten realizar un diagnóstico precoz

a Diagnóstico por imagen

■ Mamografía

Es la prueba por excelencia para el diagnóstico de patología mamaria. Las alteraciones mamográficas asociadas al cáncer de mama son:

- Nódulo sospechoso, palpable o no, con espiculaciones, bordes mal definidos, mayor de 1 cm y/o con microcalcificaciones en su interior.
- Presencia de microcalcificaciones sospechosas agrupadas en un área de la mama.
- Distrofia arquitectural y/o densidad asimétrica sospechosa.

A pesar de todo, los fallos negativos se sitúan en el 20%, por ello el clínico deberá decidir, en la duda, si prescribe una prueba más invasiva (Biopsia-Paaf) o repite la mamografía en 6 meses y hace controles posteriores anuales.

Mamografía Digital con Diagnóstico Emitido por Computadora. El diagnóstico asistido por computadora DAC, es el diagnóstico hecho por el radiólogo usando la imagen obtenida de una computadora que mejora sus decisiones al poder manipular la imagen obtenida. Esto ayuda al médico a realizar con mayor seguridad el diagnóstico de malignidad o benignidad. Su mayor capacidad discriminadora para microcalcificaciones y zonas espiculadas es del 90% de sensibilidad para el DAC y del 81% para la mamografía convencional. El DAC se está introduciendo rápidamente en los nuevos equipos radiológicos y es una realidad en los hospitales de reciente apertura.

■ Ecografía de mama

No es útil en el screening de mama porque no es capaz de detectar las microcalcificaciones, pero es una técnica adjunta a la mamografía en el diagnóstico y manejo de la patología mamaria, tanto benigna como maligna.

Fotografía © Javier Martínez Salmeán

Si el cáncer de mama se diagnostica en las primeras fases de su desarrollo clínico, tumor de hasta 1 cm de diámetro máximo, las posibilidades de curación se sitúan en el 90% y van empeorando cuando el diagnóstico es más tardío.

La recomendación es hacerse una mamografía bianual a partir de los 50 años, o de los 40 si la clínica o los antecedentes personales o familiares lo aconsejan.

Dr. Javier Martínez Salmeán

Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Severo Ochoa. Madrid.

En la patología maligna existen características ecográficas que completan la mamografía y que definen el diagnóstico.

En relación con la patología benigna, la indicación más clara de esta prueba es el estudio de masas palpables o visualizadas en la mamografía. Permite conocer si el nódulo es sólido o líquido (quiste) y es una ayuda valiosa para los métodos diagnósticos invasivos, ya que, guiados por la ecografía, son más precisos.

■ Ecografía Doppler Color

Es una técnica complementaria a la mamografía y a la ecografía mamaria convencional, aunque al ser una técnica muy dependiente del médico que la realiza y del aparataje, existen discordancias en la literatura en cuanto a sus resultados operativos. Puede ser útil en el diagnóstico diferencial benigno-maligno, en el factor pronóstico de los tumores malignos y en el estudio de las adenopatías axilares en el cáncer de mama.

■ Resonancia Magnética (RM)

Permite una mayor definición y puede ofrecer información fisiológica y química de la mama.

La RM posee una alta sensibilidad para detectar los cánceres invasivos de mama de alrededor de 1 cm, en control por imagen de una mama a la que previamente se ha realizado cirugía conservadora por cáncer de mama, en el seguimiento de una posible recidiva, y para monitorizar la imagen tumoral como primer paso antes de una posible cirugía. En estos momentos existe un elevado porcentaje de casos consensuados que recomiendan hacer primero la resonancia y luego operar el cáncer de mama, ya que la RM define mejor cuándo es un cáncer multifocal o multicéntrico.

Tiene por tanto ventajas en relación con la mamografía, pero su coste y el tiempo de realización obliga a unas indicaciones muy precisas y puntuales.

b Diagnóstico por punción

■ Punción-Aspiración con Aguja Fina (PAAF)

La punción mediante una jeringa y una aguja fina permite la punción de nódulos palpables directamente o guiados por la ecografía.

En general, la citología proporciona más valor en la positividad que en la negatividad y siempre es necesaria la correlación clínica y radiológica. Existen PAAF positivos para malignidad, benignos, dudosos y no valorables. La sensibilidad es cercana al 87% y la especificidad del 99%, con un 12% de falsos negativos y un 0,4% de falsos positivos.

■ Biopsia mamaria

El término biopsia proviene del griego Bis (vida) y Opsi (vista o aspecto). Se entiende como biopsia el examen tanto macro como microscópico de los tejidos de una mama. El término se aplica por extensión al procedimiento quirúrgico de la obtención.

Biopsia cerrada: Con aguja o cilindro. La técnica persigue la obtención de tejido mamario para su diagnóstico a través de la piel, pero sin incisión quirúrgica.

Se utilizan agujas de punción de grueso calibre que permiten la obtención de unos pequeños cilindros de algunos milímetros, suficientes para estudio anatomopatológico. Este tipo de biopsia se realiza de forma directa, ecoguiada o con sistemas de esterotaxia.

Recientemente, se ha diseñado un sistema que utiliza la imagen radiológica digital y la esterotaxia para la obtención, mediante biopsia percutánea, de un cilindro de hasta 2 cm de diámetro que permite la biopsia con intención diagnóstica y posibilidad terapéutica en lesiones de poco tamaño.



Biopsia con señalización-marcaje: En ocasiones, la zona a biopsiar no es palpable y es un hallazgo mamográfico sospechoso que obliga a marcar la zona con un arpón metálico mediante control ecográfico o radiológico.

El cirujano mediante biopsia abierta obtiene el tejido marcado con el arpón y lo envía a radiodiagnóstico para su comprobación y el pertinente estudio anatomopatológico posterior.

Biopsia abierta: Se realiza cuando la zona a extirpar es sólida y palpable. La vía de incisión debe ser planeada y comentada previamente a la paciente. Las incisiones indirectas son más estéticas, pero dificultan el acto quirúrgico. Este tipo de incisión indirecta se suele realizar periareolar, submamaria o axilar.

En general, la biopsia abierta debe reseca el nódulo o zona y un cierto tejido de seguridad, que será más abundante si la biopsia se realiza sobre una zona sospechosa. En estos casos, obligatoriamente, y en general en las biopsias abiertas, la pieza quirúrgica o especimen debe enviarse a su estudio anatomopatológico, y de su información podremos ampliar la cirugía de modo dirigido, si fuera necesario.