

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Quiste patológico de mama y su correlación histológica

Drs. JAMILE CAMACHO N, KENNETH GULER G, PAULA ESCOBAR O, CAROLINA BARRIGA S, Ints. KARINA CHAHUÁN I, VERÓNICA BARRERA C

Equipo Cirugía Mamaria, Hospital del Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Departamento de Cirugía, Sede Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad por cáncer en las mujeres chilenas. El mejor método diagnóstico por imágenes es la mamografía, la que puede ser complementada con ecotomografía. Estos exámenes pueden mostrar lesiones, como el quiste complejo, en los que se ha descrito cáncer subyacente. En relación a su manejo no hay consenso entre los diferentes grupos clínicos, como tampoco para el quiste de contenido hemático, por lo que hemos agrupado estas dos entidades bajo la denominación de quiste patológico. Nuestro objetivo es determinar la correlación entre quiste patológico y cáncer de mama en nuestro Servicio, y así poder plantear sugerencias respecto a su manejo. Se estudiaron retrospectivamente 36 casos de pacientes con diagnóstico quiste patológico, analizando edad, factores de riesgo para cáncer de mama, examen físico, mamografía, ecotomografía, punción, biopsia, tipo de cirugía e histología. Dentro de nuestros resultados, el factor de riesgo más prevalente fue el uso de terapia de reemplazo hormonal (53%). En el examen físico 36% era palpable, 5 quistes fueron puncionados, todos ellos dieron contenido sanguinolento. En relación a la mamografía la clasificación BIRADS más frecuente fue categoría 3 (52,7%), y de los hallazgos ecográficos el nódulo mural (44,4%). En el 100% de las pacientes se realizó mastectomía parcial. Se hallaron 4 cánceres (11%), de distintos tipos histológicos, con edad promedio de presentación 71 años. De acuerdo a toda la información recopilada podemos hacer notar y sugerir que en el contexto de pacientes peri y posmenopáusicas, con factores de riesgo para cáncer mamario, con imagen de nódulo mural a la ecografía, con lesiones palpables al examen físico en las que se aspira el contenido de la lesión y da líquido sanguinolento, es perentorio y de regla tener una certificación histológica de la lesión para descartar un cáncer.

PALABRAS CLAVES: *Quiste patológico, cáncer de mama, quiste complejo*

SUMMARY

Breast cancer is the second cause of death due to cancer in Chilean women. The best imaging diagnostic technique is the mammogram, which may be complemented by ultrasonography. These exams may show lesions like the complex cyst that may harbor an underlying tumor. There is no agreement among the different clinical groups as to the management of this entity together with the blood-filled cyst. For this reason we have grouped both entities under the name of pathologic cyst. Our goal is to determine if there is a relationship between a pathologic cyst and breast cancer and suggest an adequate management. We studied retrospectively 36 patients with pathologic cysts, registering age, risk factors for breast cancer,

physical exam, mammography results, ultrasonographic results, needle aspiration, biopsy report and type of surgery. Results show that the most frequent risk factor is hormone replacement therapy (53%). At physical exam, 36% of the lesions were palpable, 5 cysts were aspirated obtaining bloody fluid. At mammography, BIRADS 3 was the most frequent category (52.7%). At ultrasonography, a mural nodule was found in 44.4% of the cases. All patients underwent lumpectomy. Four cancers (11%) of different histologic types were found. The average age of these patients was 71 years. According to our results, we suggest that the biopsy must be performed to rule out cancer in women with the following characteristics: peri and postmenopausal status, risk factors for breast cancer, mural nodule at ultrasonography and palpable lesions which at aspiration are shown to contain bloody fluid.

KEY WORDS: **Pathologic cyst, breast cancer, complex cyst**

INTRODUCCIÓN

El cáncer mamario es una patología que tiene una alta incidencia y elevada tasa de mortalidad en el mundo y en la población femenina chilena. En los últimos años se ha intentado realizar un *screening* con el objetivo de disminuir estas cifras, a través de un diagnóstico precoz.¹

El principal examen de *screening* utilizado es la mamografía complementada con ecotomografía según cada caso. Existen varias lesiones visibles con esos exámenes que pueden esconder un cáncer.² Dentro de estas lesiones se encuentran los quistes complejos, cuya descripción es ecográfica luego de un hallazgo mamográfico o clínico. Se definen como quistes complejos aquellos con septos internos gruesos, paredes engrosadas o presencia de nódulo mural.¹ En cuanto al manejo de estos quistes no hay consenso, ya que algunos grupos prefieren realizar aspiración del quiste y dependiendo del resultado realizar biopsia bajo guía ecográfica. En cambio, otros grupos ante el hallazgo de un quiste complejo prefieren realizar biopsia quirúrgica para llegar a un diagnóstico más preciso. Por otro lado, existen quistes sin estas características pero cuyo contenido es hemático y son considerados de resorte quirúrgico. Hemos agrupado arbitrariamente estos dos grupos bajo el término de quiste patológico.

El objetivo de este trabajo es establecer la correlación histológica que existe entre quiste patológico y cáncer de mama en nuestro Servicio, tratando con esto y apoyados en la literatura, plantear sugerencias con respecto al manejo de ellos.

MATERIAL Y MÉTODO

En el período comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de junio de 2002 se realizaron 725 cirugías en el equipo de mama dentro de las cuales 218 correspondieron a pacientes con cáncer. Se realizó un estudio retrospectivo de 36 pacientes con diagnóstico ecográfico y clínico de quiste patológico operadas en el período antes mencionado.

Se analizaron datos como edad, factores de riesgo para cáncer mamario, examen físico, imagen mamográfica y BI-RADS, imagen ecográfica, punción del quiste y su contenido, tipo de cirugía realizada y resultado histológico en cada caso. A partir de estos datos se realizó un análisis descriptivo. De este grupo de pacientes se seleccionaron aquellas con resultado histológico positivo para cáncer en el quiste, realizando un análisis descriptivo considerando promedio de edad, factores de riesgo para cáncer, examen físico, categoría de BI-RADS, hallazgos ecográficos y resultado de punción.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes con quiste patológico fue de 50,5 años. Dentro de los factores de riesgo para cáncer, el más prevalente en este grupo de pacientes fue el uso de terapia de sustitución hormonal por más de 5 años (TSH) con un 53%. Al examen físico el 36% de los quistes fueron palpables. Se puncionaron 5 quistes dando en todos ellos contenido sanguinolento. Según la clasificación de BIRADS en categoría 0 se encontraron 17% de las pacientes, en categoría 1 el 2,7%, en categoría 2 el 5,5%, en categoría 3 el 52,7%, en categoría 4 el 19,4% y en categoría 5 el 2,7% (con histología negativa para neoplasia (Tabla 1).

A la ecografía el hallazgo más frecuente fue el nódulo mural con 44,4% (Tabla 2).

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN BI-RADS EN MAMOGRAFÍA

Clasificación	Porcentaje (%)
0	17
1	2,7
2	5,5
3	52,7
4	19,4
5	2,7

Tabla 2
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Hallazgo ecográfico	Porcentaje (%)
Septum grueso	13,9
Nódulo mural	44,4
Pared engrosada	25
Septum grueso, nódulo mural y pared engrosada	5,6
Septum grueso y pared engrosada	11,1

La cirugía realizada en todas las pacientes fue la mastectomía parcial. El estudio histopatológico de las piezas operatorias arrojó 4 casos de carcinoma (11%), 4 casos de papiloma intraductal (11%), 6 casos de quistes con inflamación o fibrosis de la pared (17%) y el resto tuvo alteraciones fibroquísticas sin atipias (61%) (Tabla 3).

El grupo de cuatro pacientes (11%) con biopsia positiva para cáncer mamario tuvo una edad promedio de 71 años. Los tipos histológicos fueron diferentes: ductal *in situ*, ductal mucinoso, papilar quístico infiltrante y lobulillar *in situ*.

De este grupo una paciente no tenía factores de riesgo para cáncer mamario, una paciente tenía dos factores de riesgo (nuliparidad, ausencia de lactancia) y las otras dos tenían un solo factor de riesgo (TSH y ausencia de lactancia). Según la mamografía dos pacientes presentaban lesiones mamarias BI-RADS 0 y los otros dos BI-RADS 3. A la ecografía tres pacientes presentaban nódulo mural y la otra tenía engrosamiento de pared del quiste. Al examen físico tres tenían masa palpable, de las cuales a dos se les puncionó la lesión dando contenido hemático. A todas se les realizó mastectomía parcial.

DISCUSIÓN

Dentro de los objetivos primordiales existentes en el tratamiento del cáncer mamario, en todo el mundo, está el realizar un diagnóstico precoz para obtener curación de la enfermedad y tratar de conservar la mama.³

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESULTADOS HISTOLÓGICOS

Histología	Porcentaje (%)
Alteraciones fibroquísticas sin atipias	61
Inflamación o fibrosis de pared	17
Carcinoma	11
Papiloma intraductal	11

Actualmente, los métodos de *screening* están dados, fundamentalmente, por imágenes radiológicas que analizan lesiones que a través de largos estudios se ha logrado establecer su correlación o valor predictivo positivo con cáncer.⁴

Dentro de estas lesiones están los quistes complejos que se diagnostican por ecografía,⁵ en cuyo caso no existen grandes trabajos ni conclusiones que permitan establecer un algoritmo para su seguimiento y establecer con un grado mayor de confianza su correlación con cáncer.

Nuestro grupo adoptó el concepto de *quiste patológico* definiéndolo como aquél que presenta características ecográficas de quiste complejo o cuya punción con aspiración de su contenido arroja líquido sanguinolento.

En nuestro estudio se evidenció, pese a lo pequeño de la muestra (36 pacientes), que existe un porcentaje no despreciable, 11% de casos, con cáncer, en comparación con las cifras internacionales que muestran un 0,3%.⁶

El hallazgo de un nódulo mural a la ecografía fue la característica más frecuente al momento del diagnóstico y se presentó en tres de las cuatro pacientes con cáncer, lo que indica que podría tomarse como un elemento que obligaría a tener estudio histológico de la lesión.

En el 36% del total de pacientes la lesión quística fue palpable. En tres de las pacientes con cáncer el quiste fue palpable, puncionándose en dos extrayéndose contenido sanguinolento.

De acuerdo a toda la información recopilada podemos hacer notar y sugerir que en el contexto de pacientes peri y posmenopáusicas, con factores de riesgo para cáncer mamario con imagen de nódulo mural a la ecografía y/o con lesiones palpables al examen físico en las que se aspira contenido sanguinolento, es perentorio y de regla tener una certificación histológica de la lesión para descartar un cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consenso Nacional de Cáncer de Mama. Frutillar, Chile, 2001.
2. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH: Occult cancer in women with dense breasts: detection with screening US diagnostic yield and tumor characteristics. *Radiology* 1998; 207: 191-9.
3. Harris: *Diseases of the Breast*. Lippincot, 1996.
4. Sickles E: Periodic mammographic follow up of probably benign lesions: Results in 3, 184 consecutive cases. *Radiology* 1991; 179: 463-8.
5. Hall F: Sonography of the breast: controversies and opinions. *AJR* 1997; 169: 1635-6.
6. Venta L, Kim J, Pelloski C, Morrow M: Management of complex breast cyst. *AJR* 1999; 173: 1331-6.