

P. Valenzuela,  
N. García,  
F. Martínez,  
A. Nieto

# Biopsia de mama dirigida por aguja. Estudio estadístico del grupo

## SUMMARY

*We studied a group of 30 patients who put under treatment of needle-directed mammary biopsy as they presented an image of doubtful malignity in the mammography. This group has been compared with another 30-patient group who obviously presented a malignant mammography and with another group, the same size, with a dearly benign mammography.*

*Our analysis shows that the patient candidate to a directed biopsy is an age between the patients with benign radiology and those with malign radiology. These patients normally have a mammography done without having symptoms, and the radiologist, in the case when the image is the image of a node or a mass, does not advise a biopsy immediately, but after a examining the image again three or six months later.*

Servicio de Obstetricia y Ginecología  
(Dr. S. Perera). Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Correspondencia: Dr. P. Valenzuela.  
Cardenal Tavera, 9.  
Alcalá de Henares.  
28802 Madrid.

*Palabras clave*

*Biopsia de mama, Cáncer de mama, Mamografía.*

*Key words*

*Breast biopsy, Breast cancer, Mammography.*

## INTRODUCCION

La mamografía es sin duda el método actual para disminuir la mortalidad por cáncer de mama.<sup>1</sup> Tanto si se trabaja dentro de un programa de diagnóstico precoz como si no, al realizar una mamografía por cualquier indicación nos podemos encontrar ante una imagen radiológica sospechosa de malignidad. El método para llegar al diagnóstico definitivo es mediante biopsia, pero si la imagen no se relaciona con una lesión clínicamente palpable, hay que utilizar una técnica especial de biopsia de mama. Consiste en colocar una aguja a través de la piel con control radiológico indicando la situación de la lesión para que posteriormente el cirujano extirpe la aguja con el tejido que la rodea. Antes de dar por concluida la intervención es preciso realizar una radiografía de la pieza para confirmar su presencia y marcar la zona al patólogo.<sup>2,3,4</sup>

Con este procedimiento se obtiene entre un 10 y un 30% de biopsias malignas.<sup>5</sup> Se ha llegado a alcanzar hasta un 75,7% de malignidad en las biopsias al asociar a la mamografía la técnica de punción aspiración con aguja fina por estereotaxia, reduciendo el número de biopsias benignas innecesarias, sin que ello suponga un aumento importante de los falsos negativos (0,04%).<sup>6</sup>

No vamos a disminuir el número de neoplasias identificadas, pero vamos a conseguir estadios más precoces, mejor diagnóstico y menor mortalidad.<sup>7</sup>

## MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo realizamos un estudio estadístico retrospectivo de pacientes que fueron sometidos a biopsia de mama por imágenes no palpables.

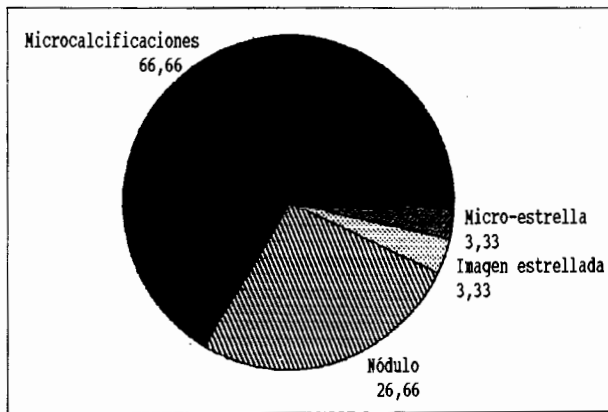


Fig. 1. Porcentajes de imágenes radiológicas sospechosas de malignidad.

El número de pacientes estudiados es de 30, que se corresponde con el total de biopsias de este tipo realizadas entre enero de 1989 y diciembre de 1990.

Estudiamos las características radiológicas de dichas mamografías y la actitud ante esas imágenes. Asimismo realizamos una comparación entre este grupo de pacientes (grupo estudio) frente a un grupo de 30 pacientes con mamografía claramente benigna (grupo benigno) y frente a un grupo de 30 pacientes con mamografía evidentemente maligna (grupo maligno).

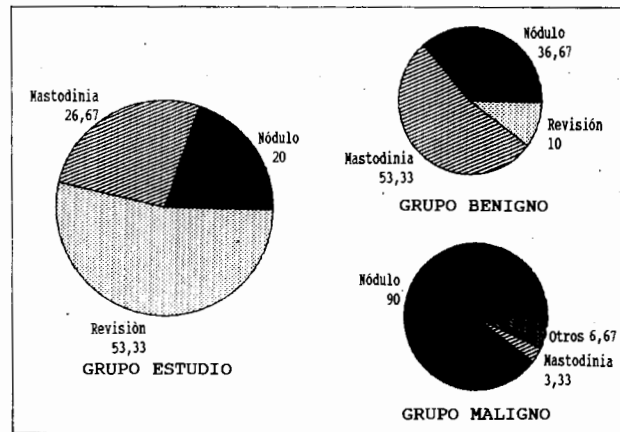


Fig. 3. Porcentajes de los motivos de consulta de los diferentes grupos.

no). Comparamos la media de edades de los grupos, la existencia de antecedentes personales o familiares de cáncer de mama y los motivos de consulta. Como método estadístico hemos utilizado para variables cualitativas la comparación de proporciones y para variables cuantitativas la prueba «t» de Student.

## RESULTADOS

Las 30 indicaciones de biopsia fueron realizadas por 7 radiólogos, sin que existiera diferencia en cuanto a mayor número de indicaciones ni de éxitos por parte de un radiólogo concreto.

En 21 casos (70%) la indicación de biopsia fue inmediata, pero en el 30% restante la imagen radiológica no fue lo suficientemente sospechosa y se prefirió repetir la mamografía en un período de 3 a 6 meses, siendo en ese momento cuando se realizó la indicación. Esta actitud conservadora fue independiente de la edad de la paciente, pero no del tipo de imagen radiológica (fig. 1). En la imagen nodular o de masa, que supuso el 26,66%, se tendió a repetir la mamografía (5 de 6 casos) en 3 ó 6 meses ( $p < 0,05$ ).

El grupo estudio presenta una edad media de  $44 \pm 7$  (media  $\pm$  desviación estándar), inferior al grupo maligno con  $55 \pm 3$  (media  $\pm$  desviación estándar) ( $p < 0,01$ ). El grupo estudio tiene una edad media superior al grupo benigno, que tiene una media de  $40 \pm 6$  (media  $\pm$  desviación estándar) ( $p < 0,05$ ) (fig. 2).

El motivo de consulta fue en el 20% de los casos

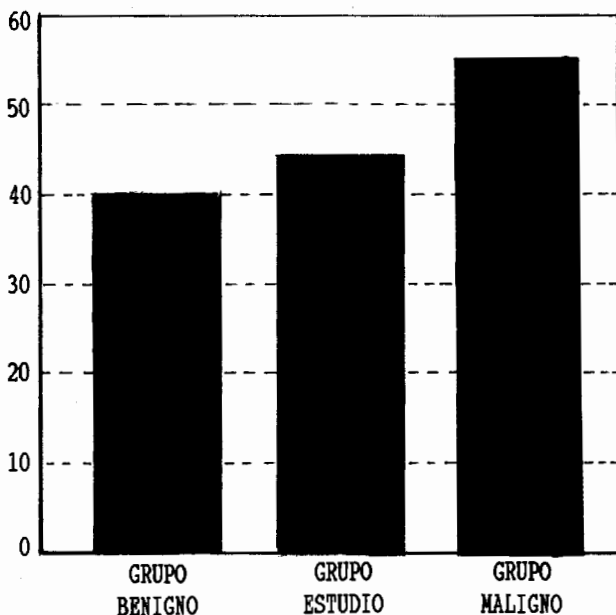


Fig. 2. Media de edades de los grupos estudiados.

TABLA I  
ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS IMAGENES  
RADIOLOGICAS SOSPECHOSAS

Anatomía patológica	N.º	%
Carcinoma lobulillar infiltrante .....	2	6,66
Carcinoma ductal infiltrante .....	1	3,33
Hiperplasia lobulillar atípica .....	3	10,00
Mastopatía fibroquística sin atipias.....	21	70,00
Papiloma .....	1	3,33
Hematoma .....	1	3,33
Adenoma.....	1	3,33
Total .....	30	

por tumoración en el grupo estudio, siendo en el maligno del 90% ( $p < 0,001$ ) y en el benigno del 36,67%, no siendo significativo la diferencia con respecto al grupo estudio. La mastodinia fue el 26,67% de los motivos de consulta del grupo estudio, frente al 53,33% del grupo benigno ( $p < 0,05$ ). Ninguna paciente acudió para una simple revisión en el grupo maligno y sólo el 10% del grupo benigno, frente al 53,33% del grupo estudio ( $p < 0,001$ ) (fig. 3).

No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a antecedentes personales y familiares.

Un 10% de las pacientes sometidas a biopsia de este tipo presentaron un cáncer. En el resto el diagnóstico anatomopatológico fue diferente (tabla I).

## DISCUSION

En el medio en el que trabajamos aún no disponemos de un programa de diagnóstico precoz, de ahí que preguntemos y estudiemos el primer síntoma motivo de la consulta en todos los casos.

Salvo circunstancias especiales, no pedimos mamografías antes de los 35 años, por eso la media de edad del grupo benigno es de  $40 \pm 6$  (media  $\pm$  desviación estándar). La edad constituye un factor reconocido de riesgo de cáncer de mama y es limitante para incorporarse a un programa de screening, siendo el límite inferior los 40,<sup>8</sup> 45<sup>9</sup> ó 50 años.<sup>10</sup> Si aumentamos la edad de las pacientes a las que sometemos a biopsia conseguiremos un aumento en el porcentaje de cánceres que detectamos. Así, Silverstein et al. (1989)<sup>10</sup> obtiene sólo el 9% de cánceres en biopsias dirigidas por aguja a pacientes de menos de 40 años y

por el contrario este porcentaje se eleva al 40% en el grupo de pacientes de más de 70 años. Sin embargo, la mayor incidencia de biopsias se produce en el intervalo de 40-49 años, que coincide con la media de edades de nuestro estudio (media de 44 años). El limitar la edad para screening a pacientes de 50 años o mayores nos va a permitir, según estos datos, obtener mejores proporciones de biopsias malignas con respecto a benignas y, por tanto, resultados más brillantes.

Al no realizar screening, el 90% de las mamografías malignas proceden de pacientes que se han notado un nódulo, pero en el grupo estudio más de la mitad acudieron a consulta para una revisión rutinaria sin tener síntomas. Esto puede indicarnos que la paciente al avanzar en edad se preocupa más de la vigilancia de las mamas aun sin síntomas, y que el médico, siendo consciente de los mejores resultados con la mamografía, la pide con más frecuencia en ausencia de clínica a los 44 que a los 40 años.

En el grupo benigno lo que las mueve a acudir a la consulta en la mayoría de los casos es el dolor, que como podemos comprobar es un síntoma raro (3,33) en la paciente que por radiología presenta un cáncer. Aunque el 20% de las pacientes de nuestro grupo estudio acudieron por nódulo, fueron sometidas a biopsia dirigida, porque o bien no lo tenían realmente al explorarlas o bien no coincidía el tumor con la lesión oculta radiológica.

Las imágenes motivo de las biopsias suelen ser nódulos o microcalcificaciones en proporciones similares<sup>11, 12</sup> o bien predominar las últimas,<sup>10</sup> pero no existen más resultados positivos en unas que en otras, aunque algunos autores encuentran más proporción de microcalcificaciones en los carcinomas intraductales y más nódulos en los infiltrantes.<sup>13</sup> En nuestro medio existe una tendencia significativa conservadora ante la imagen de masa frente a la microcalcificación, ya que se difiere la biopsia 3 ó 6 meses en 5 de 8 casos y realmente en ninguno de las 8 imágenes de nódulos obtuvimos malignidad.

## RESUMEN

Estudiamos un grupo de 30 pacientes que fueron sometidas a biopsia de mama dirigida por aguja por presentar en la mamografía una imagen de dudosa malignidad. Se compara con otro grupo de 30 pacien-

tes que tuvieron mamografía evidentemente maligna y con otro grupo de igual tamaño, pero con mamografía claramente benigna.

Nuestro análisis nos indica que el perfil de la paciente candidata a biopsia dirigida tiene una edad intermedia entre las pacientes con radiología maligna y benigna. Suele realizarse la mamografía sin tener síntomas, y el radiólogo, en el caso de que la imagen sea un nódulo o masa, no indica la biopsia de inmediato, sino tras volver a ver la imagen a los 3 ó 6 meses.

#### REFERENCIAS

1. Shapiro S, Venet W et al. Ten-to fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1982; 69: 349-355.
2. Kopans DB, Meyer JE. Versatile spring hookwire breast lesion localizer. *AJR* 1982; 138: 586-587.
3. Hall FM, Frank HA. Preoperative localization of nonpalpable breast lesions. *AJR* 1979; 132: 101-105.
4. Lester Kalisher MD. An improved needle for localization of nonpalpable breast lesions. *Radiology* 1978; 128: 815-817.
5. Give-Wilson R, Michell M, Nunnerley H. Needle localization for breast biopsy. *Journal of Interventional Radiology* 1990; 1: 1-6.
6. Azevedo E, Suane G, Auer G. Stereotactic fine-needle biopsy in 2594 mammographically detected non-palpable lesions. *Lancet* 1989; 1: 1033-1036.
7. Moskowitz M. Breast cancer screening: Significance of minimal breast cancers. *Recent Results Cancer Res* 1984; 90: 118-124.
8. Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer* 1977; 39: 2772-2782.
9. Roberts MM, Alexander FE et al. Edingurgh trial of screening for breast cancer: mortality at seven years. *Lancet* 1990; 335: 241-246.
10. Silverstein MJ, Gamagami P et al. Nonpalpable breast lesions: diagnosis with slightly overpenetrated screen-film mammography and hook wire-directed biopsy in 1.014 cases. *Radiology* 1989; 171: 633-638.
11. Senofsky GM, Davies RJ, Olson L, Skully P, Olshen R. The predictive value of needle localization mammographically assisted biopsy of the breast. *Gynecology and Obstetrics* 1990; 171: 361-365.
12. Meyer JE, Kopans DB. Preoperative roentgenographically guided percutaneous localization of occult breast lesions. *Arch Surg* 1982; 117: 65-68.
13. Grifen MM, Welling RE. Needle-localized biopsy of the breast. *Surg Gyn Obst* 1990; 170: 145-148.