

CÁNCER DE MAMA. DIAGNÓSTICO PROTOCOLO ASISTENCIAL N° 101 ACTUALIZADO EN OCTUBRE DE 2001

El ginecólogo ha de contar con un esquema diagnóstico que le permita afrontar la patología mamaria, entre la que destaca sobremanera la patología maligna. El estudio de tal situación supone cuatro niveles diagnósticos:

1. Enfermedad locorregional
2. Enfermedad diseminada
3. Estudio preoperatorio
4. Formas subclínicas

1. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD LOCORREGIONAL

Supone la valoración de la enfermedad local más la afección ganglionar axilar. La enfermedad local adopta inicialmente, y por orden de frecuencia, tres formas clínicas:

- 1.1. Tumoración
- 1.2. Telorrea
- 1.3. Lesión eccematosa o sangrante en el complejo areola-pezón

Otros signos como la retracción del pezón, lesiones ulceradas, edemas o signos inflamatorios, suelen ser tardíos.

1.1. Tumoración mamaria

Es la forma de presentación más frecuente del cáncer de mama. En su manejo se ha de incluir una historia clínica, una exploración (inspección-palpación), técnicas de diagnóstico por imagen, PAAF y biopsia.

1.1.1. Historia clínica:

Los datos a recoger son:

- Tiempo aproximado de aparición de la tumoración.
- Cambios de tamaño, intentando concretar la velocidad de crecimiento.
- Localización de la tumoración por parte de la paciente.

- Estado menopáusico.
- Antecedentes personales o en familiares de primer grado de cáncer de mama.
- Antecedentes de patología mamaria, haciendo especial hincapié en la presencia de hiperplasia ductal y lobulillar.

Otros datos que se pueden recoger, aunque de menor importancia, son aquellos que hacen referencia a antecedentes generales y ginecoobstétricos, tratamientos hormonales seguidos o exposición a radiaciones ionizantes.

1.1.2. Exploración

a) Inspección. Los datos de interés a recoger son:

- Asimetrías.
- Retracciones.
- Desigualdad en la altura del pezón.
- Ulceración.
- Masas exofíticas.
- Cambio de coloración.
- Aumento de la red venosa.
- Edema. Piel de naranja.

b) Palpación. Permite diagnosticar la naturaleza maligna de la mayoría de las lesiones mamarias, con una sensibilidad en manos expertas de hasta el 85-90%; sin embargo, está fuertemente influida por su carácter subjetivo y la formación del que la realiza. Suele ser menos definitoria en pacientes jóvenes.

Debe incluir además de la mama en estudio, las zonas linfáticas axilar y supraclavicular, la mama contralateral, la piel suprasternal, clavicular y torácica lateral hasta la línea axilar posterior, sin olvidar la exploración del hígado.

Los datos a recoger son:

- Existencia de tumoración y su localización según cuadrantes y líneas intercuadránticas.
- Forma y tamaño en centímetros (ayudado de un instrumento de medida).
- Características de la superficie.
- Consistencia.
- Movilidad de la piel suprayacente y sobre planos profundos.
- Sensibilidad dolorosa.
- Retracción provocada de la piel suprayacente tras la compresión periférica de la masa (signo de la meseta).

132

La exploración ganglionar debe consignar el número de adenopatías y su tamaño, localización, consistencia y movilidad, especificando su empastamiento o fijación a planos superficiales, profundos o entre sí.

Tras la exploración clínica se está en condiciones de emitir una impresión clínica clasificada en:

- I. Clínicamente benigno
- II. Clínicamente sugestivo de malignidad
- III. Clínicamente maligno

1.1.3. Técnicas de diagnóstico por imagen

1.1.3.1. Mamografía

La mamografía es el método diagnóstico básico e imprescindible en la patología mamaria. Se debe solicitar en dos proyecciones (craneocaudal y oblicua mediolateral) además de eventuales placas magnificadas para mejor valoración de zonas dudosas. No es posible tratar en detalle la variada semiología radiológica, pero el ginecólogo debe estar en condiciones de apreciar los siguientes signos sugestivos de malignidad:

- Heterodensidad.
- Contornos mal definidos o espiculados.
- Microcalcificaciones.
- Menor tamaño radiológico que clínico (signo de Leborgne).
- Piel supratumoral retraída y engrosada.
- Distorsiones parenquimatosas.
- Tractos fibrosos retrotumorales (signo de la cola de cometa).

En general, las tumoraciones mamarias malignas adoptan este aspecto y sólo el tumor medular puro presenta un aspecto redondeado de contornos similares a un quiste o a un fibroadenoma, a veces de difícil diferenciación radiológica.

Aun con todo lo dicho, es preciso señalar que una mamografía normal en presencia de una masa palpable no aporta información alguna y es preciso proseguir con la evaluación. Esta situación es más común de lo que inicialmente puede parecer dado que ocurre en un 9-22% de los casos.

El Colegio Americano de Radiólogos propone el sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) para clasificar los hallazgos mamográficos y orientar la actitud del clínico:

- BI-RADS 0. Se precisa de otras técnicas por imagen.
- BI-RADS 1. Estudio negativo.
- BI-RADS 2. Hallazgos benignos.
- BI-RADS 3. Hallazgos probablemente benignos.
- BI-RADS 4. Hallazgos sospechosos.
- BI-RADS 5. Hallazgos altamente sugestivos de malignidad.

1.1.3.2. Ecografía

El empleo de la ecografía para valorar la mama ha ido en aumento en los últimos años. Aunque existen criterios ecográficos de malignidad (lesión sólida, irregular, hipoeccogénica o heterogénea con mayor diámetro vertical que horizontal), su mayor utilidad se encuentra en la valoración de lesiones quísticas, de zonas de fibrosis, en casos de mamografías normales o no valorables por su densidad o por presencia de cicatrices y como auxiliar de la punción, ya sea para evacuar quistes o para dirigir la punción de lesiones no palpables cuando no se dispone de estereotaxia.

La llegada de la ecografía Doppler ha abierto el campo de la evaluación de la vascularización de las tumoraciones mamarias. A pesar del evidente atractivo teórico, la ecografía Doppler en la mama todavía debe demostrar su utilidad práctica.

1.1.3.3. Otras técnicas de imagen

Además de la mamografía y la ecografía, en la actualidad se dispone de otras técnicas de diagnóstico por imagen que pueden emplearse en patología mamaria, como son la gammagrafía con ^{99}Tc -sestaMIBI o la resonancia magnética. Ambas aportan datos y son útiles en determinadas situaciones, aunque en absoluto pueden considerarse imprescindibles.

a) Gammagrafía con ^{99}Tc -sestaMIBI. Puede ayudar a caracterizar una imagen ya estudiada por mamografía y ecografía. La mayor parte de los resultados falsos positivos se asocian a procesos inflamatorios o aquellos en que la vascularización está aumentada. Por esto mismo no se debe hacer después de la PAAF dado que se falsearían los resultados.

b) Resonancia magnética. La resonancia con contraste de gadolinio es útil para valorar la patología

de la mama sometida a reconstrucción o aquella que presenta cicatrices quirúrgicas.

1.1.4. PAAF

Junto con la mamografía y la ecografía, la PAAF es el tercer método de diagnóstico básico en la patología mamaria. Para obtener buenos resultados, la tumoración se debe puncionar en distintas direcciones y en distintos puntos, y aun así la experiencia tanto de quien hace la PAAF como de quien la interpreta son cruciales. La sensibilidad de la PAAF llega a alcanzar el 98%, con una tasa de falsos negativos de un 4%, aunque se han publicado tasas de falsos negativos de hasta el 35%. Los falsos positivos representan un 0,4%. Los falsos negativos suelen asociarse a tumores pequeños, con un importante componente fibroso, bien diferenciados, de histología tubular o papilar o de arquitectura cribiforme; aunque en la mayoría de los casos los resultados falsos negativos son consecuencia de un error en la toma. Por ello, la PAAF no ha de considerarse como evidencia histológica; además, en caso de que el resultado sea de malignidad, esta técnica no permite la distinción entre tumores invasores y no invasores.

En caso de puncionar un quiste, no son necesarios más estudios si el contenido es claro (no hemorrágico), si la masa desaparece tras la punción y si la mamografía posterior resulta normal.

Ante una PAAF positiva junto con una mamografía, una ecografía y una clínica positiva, se puede proceder a los estudios de extensión e histológico intraoperatorio. Si la PAAF es negativa con el resto de pruebas positivas, es preciso repetirla. En caso de PAAF positiva con el resto de pruebas negativas, se impone la biopsia previa de la lesión.

1.1.5. Biopsia

1.1.5.1. Biopsia con aguja gruesa ("Core-biopsia")

La biopsia con aguja gruesa tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 100% para el cáncer de mama, siendo raros tanto los falsos positivos como los negativos. Como ventaja se puede citar que no precisa de un patólogo especialmente entrenado, como ocurre con la PAAF, y permite distinguir las formas invasoras de las no invasoras.

Existe el riesgo teórico de la siembra de células tumorales a lo largo del trayecto de la punción. Sin embargo, este riesgo sólo sería de consideración si el caso fuera a tratarse con cirugía conservadora y, aun así, la radioterapia posterior a la cirugía sería suficiente para esterilizar el trayecto de la punción.

1.1.5.2. Biopsia escisional

Consiste en la exéresis completa de la masa estudiada, algo que se puede hacer bajo anestesia local y de forma ambulatoria en la mayoría de los casos. Aunque es una intervención básicamente diagnóstica conviene dar un buen margen a la pieza, pues de esa forma, y en caso de resultar maligna, se habrá dado el primer paso del tratamiento definitivo.

Además, es fundamental referenciar la pieza y marcar los bordes para que el patólogo pueda informar correctamente sobre el estado de los mismos y la necesidad o no de ampliar la exéresis en una dirección concreta.

1.2. Telorrea

Es la segunda forma de presentación en frecuencia del cáncer de mama. La secreción suele ser unilateral y por uno o unos pocos orificios. Lo contrario apunta más hacia una base hormonal.

Esta forma de presentación precisa la recogida de algunos datos específicos, además de los reseñados en el esquema general:

- Secreción espontánea o provocada.
- Número de galactóforos secretantes.
- Color del derrame (en especial si es rojizo).
- Antecedentes traumáticos, tratamientos sedantes o amenorreas.
- Lactancia reciente.

En ausencia de tumoración se procederá a la valoración citológica de la secreción y en función de la misma se actuará del siguiente modo:

- Citología negativa: estudio hormonal, valoración de prolactina.
- Citología con formas papilares sin atipias: nuevo estudio en 6 meses.
- Citología con atipia celular o sospecha de malignidad: galactografía con localización y exére-

sis de la zona proliferativa para el estudio anatopatológico.

1.3. Lesión sangrante o eccematosa de areola-pezón

La presencia de una lesión sangrante o eccematosa en la areola-pezón es la tercera forma de presentación en orden de frecuencia. Además de la exploración básica, se tomará una citología por raspado de la lesión con bisturí, y en función del resultado se procederá a otras técnicas diagnósticas:

- Citología benigna: tratar tópicamente con corticoides durante 15 días. Si no se resuelve se debe biopsiar.
- Citología sospechosa o maligna. Biopsiar con anestesia local usando un punch de Key, igual que en las biopsias vulvares. De esta forma, conseguimos conservar la morfología del pezón si la biopsia resulta negativa.

2. ENFERMEDAD DISEMINADA

Se deben valorar los puntos más frecuentes de metástasis (sin olvidar la exploración de la mama y la axila contralateral, tal cual se indicó previamente):

2.1. Hígado. Valorar la función hepática, fosfatasa alcalina y examen mediante ecografía. En caso de sospecha se realizará TC y, eventualmente, PAAF de la zona sospechosa.

2.2. Pulmón. Radiografía postero-anterior y lateral de tórax. Si aparecen imágenes sospechosas se confirmarán con TC y PAAF.

2.3. Esqueleto. El rastreo óseo (captación de ^{99}Tc) sólo está indicado en tumores avanzados o en presencia de síntomas específicos. En caso de que se identifique alguna imagen sugestiva se procederá a un estudio radiológico localizado.

2.4. SNC. La presencia de metástasis cerebrales es rara en tumores iniciales. Se hará TC en casos de sospecha clínica.

2.5. Control serológico. Como marcadores inespecíficos se deberá controlar los valores de fosfatasa alcalina y calcemia para metástasis óseas y GOT y GPT para las hepáticas. Valores elevados obligan a gammagrafía ósea y ecografía o TC hepática, respectivamente.

Como marcadores específicos se debe valorar especialmente el CA 15.3, el MCA y el CEA (aunque éste sea el menos específico de los tres). Es importante contar con valores basales para detectar elevaciones posteriores: una elevación de más del 25% de CA 15.3 o del MCA indica la necesidad de estudio sistémico.

3. ESTUDIO PREOPERATORIO

A parte de las determinaciones ya señaladas, el estudio preoperatorio será el estándar de cada hospital, salvo que alguna patología de base aconseje pruebas especiales.

4. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SUBCLÍNICA

El diagnóstico del cáncer subclínico no discrimina grupos por factores de riesgo. La edad es el factor decisivo y sería recomendable seguir la siguiente pauta:

- 35-39 años: mamografía basal.
- 40-49 años: mamografía cada uno o dos años
- 50-70 años: mamografía anual.

En las pacientes más jóvenes el cribado sólo está justificado si son BRCA + o tienen una fuerte historia familiar o personal de cáncer de mama u ovario. Por otro lado, no hay datos ni a favor ni en contra del cribado por encima de los 70 años.

La identificación radiológica de una zona de sospecha precisa la localización estereotáctica y la exéresis de la lesión. Las posibilidades diagnósticas del cáncer subclínico son limitadas y sólo aproximadamente una de cada 8 biopsias es positiva. Si se limitan las biopsias a casos muy sospechosos de malignidad se incrementarían inaceptablemente los casos de tumores de intervalo, perdiéndose la función de la mamografía como método de detección subclínica. Para armonizar el coste-beneficio con el máximo de seguridad de detección, la pauta recomendada sería:

- Mamografía normal: seguimiento según edad.
- Datos radiológicos no suficientes para biopsia: repetir mamografía en 6 meses.
- Datos suficientes pro-biopsia: estereotaxia y exéresis de la zona.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Grupo cáncer de mama. Cáncer de mama. Documentos de consenso de la SEGO 1996; p. 111-9 y 140-9.

Pérez-López F (comp). Cáncer de mama. Biología, diagnóstico y tratamiento. Zaragoza: Seisge, 2000.

Scott S, Morrow M. Breast cancer. Making the diagnosis. *Surg Clin North Am* 2000;79:991-1005.

American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 2nd ed. Reston: American College of Radiology, 1995. (disponible también: http://home.earthlink.net/~rowberg/nmd/BI-RADS_NMD_form_rev_31.doc).

Abeloff MD, Lichter AS, Niederhuber JE, Pierce IJ, Love RR. Breast. En: Abeloff MD (comp). Clinical Oncology, 2nd ed. Churchill Livingstone, 2000; p. 2051-138.