



Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



PÓSTERS

VII Reunión de la Sección de Enfermería y Técnicos de Senología

Barcelona, 19-20 de octubre de 2012

P_SETS1. ROL DEL TÉCNICO DE RAYOS EN EL CONTROL DE CALIDAD DE UN MAMÓGRAFO DIGITAL DIRECTO

M.J. Suárez Hernández, O. Lezama García de Cortázar, I. Lazkano Moro y E. Bilbao Zulaika

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Introducción: La detección diagnóstica de las diferentes patologías mamarias, están influenciadas directamente por la sensibilidad y especificidad de los equipos mamográficos. Ambos parámetros, se pueden ver comprometidos ante la ausencia de un control de calidad periódico.

Objetivo: Para alcanzar estos objetivos, deben llevarse a cabo medidas de control de calidad según criterio del "Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico", "Protocolo Europeo para el Control de Calidad de los Aspectos Técnicos del Cribado Mamográfico" y/o "ACR Mammography Quality Control Manual", donde recomiendan realizar pruebas anuales, semestrales, semanales y diarias, siendo estas dos últimas, tarea de Técnico en Radiología (TER).

Métodos: El TER de un Servicio de Radiodiagnóstico especializado en mamografía, debe realizar dos controles de calidad en un equipo mamográfico digital directo: semanal y diario. Prueba semanal: se realiza un único día de la semana (este día no se realizan las pruebas diarias) y se recogen datos que permiten valorar la calidad de la imagen: Verifica la consistencia de la pantalla del detector y de los sub-sistemas. Se utiliza un maniquí facilitado habitualmente por el fabricante de PMMA con diferentes componentes en su interior como una placa de aluminio de 0,2 mm. Se realiza una exposición sin pala de compresión con los parámetros seleccionados por el propio equipo al seleccionar las pruebas de CNR (Contrast Noise Relation: Relación Contraste Ruido) y MTF (Modulation Transfer Function: Función de Transferencia de Modulación) y se anota el parámetro denominado CNR. Prueba diaria: se desarrollan cuatro días a la semana y comprenden datos que permiten evaluar tanto la estabilidad del sistema como las dosis a las pacientes. Se utiliza un maniquí de campo plano de 2,5 cm de polimetilmetacrilato (PMMA). Se realiza una exposición con compresión de 17 decanewtons con parámetros automatizados y se anotan los kilovoltios, miliamperios, tipo de ánodo y filtro utilizado, AGD (Average Glandular Dose: Dosis Glandular Media) y ESE (Entrance Skin Exposure: Dosis entrada en la piel).

Resultados y conclusiones: El TER es el encargado de implantar procedimientos de control de calidad, monitorizar, evaluar y adop-

tar medidas correctoras para mantener estándares, mejorando la calidad del diagnóstico con imágenes mamográficas de gran calidad minimizando la dosis de radiación al paciente.

P_SETS2. IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN EL CONTROL DE CALIDAD DE UN MAMÓGRAFO DIGITAL INDIRECTO

M.J. Suárez Hernández, O. Lezama García de Cortázar, E. Bilbao Zulaika e I. Lazkano Moro

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Introducción: La finalidad del control de calidad en mamografía es el conjunto de acciones que garantizan la optimización de las características de los equipos, permitiendo obtener imágenes de elevada calidad diagnóstica para poder detectar neoplasias mamarias en su fase más inicial usando una dosis de radiación tan baja como sea razonablemente posible: "As Low As Reasonably Achievable" (ALARA).

Objetivo: Para alcanzar estos objetivos, deben llevarse a cabo medidas de control de calidad según criterio del "Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico", "Protocolo Europeo para el Control de Calidad de los Aspectos Técnicos del Cribado Mamográfico" y/o "ACR Mammography Quality Control Manual", donde recomiendan realizar pruebas anuales, semestrales, semanales y diarias. Siendo estas dos últimas, tarea de Técnico en Radiología (TER).

Métodos: El TER de un Servicio de Radiodiagnóstico especializado en mamografía, debe realizar dos controles de calidad en un equipo mamográfico digital indirecto: semanal y diario. Prueba semanal: se realiza un único día a la semana (este día no se realizan las pruebas diarias) y se recogen datos que permiten valorar la calidad de la imagen. Se utilizan tres maniqués de campo plano de 2, 4 y 6 cm de polimetilmetacrilato (PMMA) junto con un filtro de 0,2 mm de aluminio. Se realizan tres exposiciones con compresión de 17 decanewtons posicionando individualmente cada maniquí con el filtro de aluminio sobre el receptor de imagen. Las exposiciones deben ser realizadas con 24 (2 cm de PMMA), 28 (4 cm de PMMA) y 29 kilovoltios (6 cm de PMMA). Se procesa la imagen obtenida y se calculan los parámetros de la región sin atenuación (sin filtro de aluminio) y de la región adyacente con atenuación (con filtro de aluminio) en las tres imágenes obtenidas. Se anotan todos los valores obtenidos en las tres exposiciones de miliampe-

riaje/tiempo y los valores de *SAL (Scan Average Level) logaritmo y *Sigma (parámetro estadístico, desviación estándar). *Ambos parámetros son indicadores de exposición para los sistemas CR (Computerized Radiography) de Agfa. Prueba diaria: se realiza cuatro días a la semana (este día no se realizan las pruebas diarias) y comprenden datos que permiten evaluar tanto la estabilidad del sistema como las dosis a las pacientes. Se realiza en dos fases: La primera con maniquí y la segunda con los valores obtenidos de una paciente. Primera fase: se utiliza un maniquí de 4 cm de PMMA que equivale de forma aproximada, en cuanto a atenuación y dispersión de la radiación incidente, a una mama promedio (5,3 cm de espesor y 29% de tejido glandular de una mujer comprendida entre las edades de 40 a 64 años). Se realiza una exposición con 28 kilovoltios y 17 decanewtons de compresión. Se procesa la imagen, se traza un ROI con las herramientas del sistema digitalizador de imagen y se anotan los valores obtenidos junto con los parámetros de exposición del miliamperaje/tiempo. Segunda fase: se selecciona una paciente de forma aleatoria, se realizan las dos exposiciones correspondientes a la mama derecha (cráneo-caudal y oblicua mediolateral) y se anotan los parámetros de kilovoltaje, miliamperaje/tiempo y espesor obtenidos con la mama comprimida.

Resultados y conclusiones: El TER es el encargado de implantar procedimientos de control de calidad, monitorizar, evaluar y adoptar medidas correctoras para mantener estándares, mejorando la calidad del diagnóstico con imágenes mamográficas de gran calidad minimizando la dosis de radiación al paciente.

P_SETS3. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN LA VÍA DE DETECCIÓN: PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ FRENTE A VÍA ASISTENCIAL

M.D. Baulenas Nadeu, M.J. Martínez Araque, M. Taracido Vasco, J. Altimiras Roset, C. Serra Genís, R. Rovira Saperas, R.M. Franquesa Grané y J. Ribé Pie

Consorti Hospitalari de Vic, Barcelona.

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres. En los últimos 20 años ha aumentado un 2,5% anual.

Objetivo: Comparar la supervivencia de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a través del Programa de Detección Precoz (PDP), con la supervivencia de las mujeres del mismo rango de edad diagnosticadas Vía Asistencial (VA), entre los años 2001 y 2010 en la Comarca de Osona (Barcelona) y tratadas en el Consorcio Hospitalario de Vic.

Métodos: Se estudiaron 389 mujeres de 50 a 69 años con cáncer de mama, 264 detectados a través del PDP y 125 VA, 13 de los cuales se excluyeron porque sólo se conocía el diagnóstico de malignidad y fueron intervenidas en otro centro. Los datos se obtuvieron del registro de tumores hospitalario y de las historias clínicas de las pacientes y se ha realizado seguimiento a 1, 5 y 10 años. Se analizaron como variables: la edad, tipo de tumor, tamaño, estadio clínico y el grado histológico. Como pruebas estadísticas se utilizaron la χ^2 , la t-Student y la Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron los resultados de 376 casos. El 74,6% de ellos (290) correspondían a carcinoma infiltrante y de éstos 187 (64,5%) provenían del PDP, 86 casos (22,1%) fueron carcinoma "in situ" (73 del PDP). La edad media fue de 58,7 años, siendo más jóvenes las detectadas por el PDP (edad media PDP de 58, 2 frente a 59,8 de VA) ($p = 0,02$). El tamaño medio del tumor fue de 1,8 cm para los diagnosticados por el PDP frente a 3,1 cm para los detectados VA ($p < 0,001$). El tipo histológico fue de carcinoma ductal infiltrante en 219 casos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en cuanto al grado de diferenciación (I) y estadio clínico inicial (I) a favor de los casos detectados por el

PDP. La supervivencia de los carcinomas infiltrantes fue del 100%, 99,3% y 95,4% a 1, 5 y 10 años respectivamente para los detectados por el PDP frente a 98,9%, 79,0% y 68,8% para los detectados VA ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama a través del PDP presentan mayor supervivencia, tumores de menor tamaño, mejor diferenciados y en estadios clínicos más iniciales, que las pacientes detectadas por VA.

P_SETS4. ENFERMERÍA EN SENOLOGÍA: SEGUIMIENTO POST-BIOPSIA DE MAMA

C. Vallés Belenguer, M.D. Cervera, M.C. Peiró Gil, M. Hernandorena González y J. Palao Errando

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo: El propósito del estudio analizar el seguimiento de las pacientes después de la biopsia mamaria.

Métodos: Se ha realizado un seguimiento de aproximadamente 500 biopsias de mama. Se ha dado instrucciones sobre los hallazgos más comunes post-punción (hematoma, dolor...) y las pautas seguir por la paciente para intentar minimizarlos. Se controla telefónicamente al día siguiente para dar apoyo y resolver las dudas de la paciente.

Resultados: La práctica totalidad de las pacientes ha mostrado una ausencia de complicaciones graves y un agradecimiento por el seguimiento.

Conclusiones: Los cuidados de enfermería y el apoyo psicológico que aporta a las pacientes después de la biopsia ante la incertidumbre del resultado son agradecidos y necesarios.

P_SETS5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DEL LINFEDEMA

P. Martínez Jaimez, M. Conde Fernández, N. Gil Rofes, S. Galán González y S. Peris Membrado

Clínica Planas, Barcelona.

El linfedema es un trastorno causado por acúmulo anormal de líquido en el tejido subcutáneo, secundario a la incapacidad del sistema linfático para depurar la linfa. Esta alteración puede originar edema, inflamación crónica y fibrosis, siendo una enfermedad crónica desde el punto de vista evolutivo. Entre un 15-30% de las pacientes que han sido tratadas por cáncer de mama, desarrollarán un linfedema a lo largo de su vida en la extremidad afectada, secundario a radioterapia, vaciamiento ganglionar total o parcial e incluso con la técnica del ganglio centinela. Durante los últimos años se ha alcanzado una alta tasa de supervivencia en el cáncer de mama y un excelente nivel en reconstrucción mamaria, sin embargo, nos hemos limitado a cronificar la problemática del linfedema y no a resolverla. Nuevas técnicas en microcirugía, microscopios con mayor resolución, pruebas diagnósticas e instrumental específicos, hacen posible la existencia de la cirugía del linfedema. Las técnicas quirúrgicas más frecuentemente utilizadas son: transferencia ganglionar y anastomosis linfático-venosa. Para lograr un buen resultado es fundamental formar multidisciplinariamente a todo el equipo de cirugía, donde Enfermería tiene un papel imprescindible. Los cuidados de enfermería son muy importantes para el éxito de la intervención, empezando en el preoperatorio con la preparación de la extremidad afectada, resolución de dudas e inquietudes; durante el tiempo quirúrgico se velará por la comodidad del paciente y formará parte activa en la intervención; y en el postoperatorio inmediato se vigilará la evolución de la extremidad, evitando y previniendo complicaciones posibles y en el postoperatorio tardío se realizará educación sanitaria de los nuevos hábitos de vida y aplicaciones específicas del linfedema.

P_SETS6. ¿QUÉ HACEMOS MIENTRAS USTED ESPERA?

M. Carrasco Larrosa, M.M. Villa Lago, E. Doncel García, M. Gómez, C. Aynés, R. Ariza García, V. Gómez, L. Navarro García, M.J. Alonso y L. Tortajada

Udiat CD, Sabadell, Barcelona.

Introducción: Comunicar el trabajo que realiza el técnico y el radiólogo en nuestra unidad, mientras la paciente espera a ser atendida o a recibir el resultado del diagnóstico final de su mamografía.

Métodos: A nuestra unidad acuden pacientes de: ¿A qué grupo pertenece? 1. Cribado. Cuando llega, ¿por qué espera? Espera a que la avise, aunque pueden tardar porque alguna señora necesite más tiempo para realizar la prueba (dificultad de movimiento, de posicionamiento...). Cuando se hace la mamografía, ¿dónde espera? Recibirá el resultado en casa por carta. ¿Cuánto tarda? Aproximadamente un mes, aunque esto varía en función de si su mamografía sólo requiere que se la mire un radiólogo (cuando tenemos sus mamografías previas) o dos radiólogos. ¿Por qué la volvemos a llamar? Si el radiólogo encuentra algún hallazgo o hay un cambio respecto a mamografías previas; realizamos las pruebas necesarias para poder dar un diagnóstico final. 2. Asistencial. Cuando llega, ¿por qué espera? Espera a que la avisen, aunque pueden tardar porque alguna señora necesite realizarse pruebas que complementen su mamografía. Cuando se hace la mamografía, ¿dónde espera? En la sala de espera, mientras el radiólogo informa su mamografía y si hay algún cambio respecto a mamografías previas o algún hallazgo; la llevaremos a pasar para realizarle las pruebas convenientes. ¿Por qué la volvemos a pasar? El radiólogo necesita realizar alguna otra prueba para complementar el estudio de su mamografía. En el mismo día le podremos realizar: Proad/Ecografía/Eco + bag. Por lo tanto, la haremos esperar hasta que podamos disponer de la máquina según la prueba a realizar y de un radiólogo para realizarle la misma. ¿Dónde van los resultados? Aunque usted marche sabiendo el resultado de su mamografía, ésta se le enviará al médico que la solicitó. Si por el contrario, se le ha realizado una biopsia y está a la espera del resultado, se le avisará en 10 días a partir de la misma.

Conclusiones: Que la paciente entienda la labor del técnico y del radiólogo mientras ella espera saber el resultado de su mamografía y así poder disminuir el estado de ansiedad e inquietud que puede producirle la espera. Que la paciente conozca la importancia que tiene su espera al realizarle todas las pruebas convenientes en un mismo día.

P_SETS7. CRISTALOIDES INTRALUMINALES EN CÁNCER DE MAMA: CARACTERÍSTICAS HISTOQUÍMICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS

M. Pizarro^a, M. Masana^a, S. Vázquez^a, J. Trave^b, M.Á. Martínez^a, C. Ara^c y F. Tresserra^a

^a*Servicio de Anatomía Patológica;* ^b*Diagnóstico por la Imagen;* ^c*Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona.*

Introducción: La presencia de estructuras cristaloides eosinófilas intraluminales se ha descrito en la próstata, glándula salival, tiroides, ovario y glándula mamaria. En la mama se han descrito 7 casos con estas estructuras. El origen y el significado de estas estructuras son inciertos. Se describe un caso de un carcinoma infiltrante de la mama con cristaloides intraluminales en el componente intraductal con sus características histoquímicas e inmunohistoquímicas.

Caso clínico: Mujer de 51 años que presenta microcalcificaciones agrupadas en la mama derecha que han aumentado de tama-

ño. La ecografía muestra una imagen nodular de 10 mm que se punciona mediante aguja fina con el resultado de carcinoma grado nuclear 1. Se practica una biopsia escisional con el resultado de carcinoma ductal infiltrante grado I con patrón micropapilar infiltrante y componente intraductal extenso de alto grado. Se extirparon además dos ganglios centinela axilares que resultaron negativos. Destacó la presencia en el interior de las glándulas con carcinoma intraductal de unas estructuras cristaloides cuyo número oscilaba entre 1 y 15, con forma acicular, cuadrilátera o romboidal que median entre 1 y 500 micras (media 20 micras). Algunas de ellas mostraban irregularidades en sus lados producto de pequeñas rupturas. Estas estructuras se tiñeron débilmente con el azul alcian, el ácido periódico de Schiff (PAS) al igual que la secreción que los rodeaba y de rojo intenso con el tricómico de Gomori. El rojo congo fue negativo. Estas estructuras no mostraban refringencia con luz polarizada. Las técnicas inmunohistoquímicas en los cristaloides fueron negativas para: AE1/AE3, CAM 5.2, antígeno epitelial de membrana, actina, mamoglobina, GCDPF-15, receptores de estrógenos, progesterona, HER2, Ki67 ni p53. Aunque la secreción que los rodeaba fue positiva para AE1/AE, CAM 5.2, GCDPF-15 y EMA. No se detectaron cristaloides en los conductos del componente infiltrante.

Discusión: En la glándula mamaria se han descrito estructuras cristaloides en la hiperplasia de células columnares, hiperplasia intraductal atípica y carcinoma intraductal en aisladas ocasiones. Parece ser que son el resultado de la condensación de la secreción proteínica que los rodea y que representaría una secreción anormal de las células tumorales. El significado clínico de estos cristaloides se desconoce aunque, por lo que se ha descrito de su presencia en otros órganos, se postula que pueden ser marcadores para el diagnóstico de carcinoma.

P_SETS8. CARCINOMA APOCRINO DE LA GLÁNDULA MAMARIA

M.A. Domínguez^a, G. Fabra^a, C. Fernández-Cid^a, M. Castella^a, C. Ramos^a, M.A. Martínez^b, B. Úbeda^c y F. Tresserra^a

^a*Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción;* ^b*Servicio de Anatomía Patológica;* ^c*Diagnóstico por la Imagen, USP- Institut Universitari Dexeus, Barcelona.*

Introducción: El espectro de las lesiones apocrinas incluye la metaplasia apocrina, la metaplasia apocrina atípica, la hiperplasia apocrina atípica, el carcinoma intraductal apocrino y el carcinoma apocrino. En un 1,7% de carcinomas mamarios hay diferenciación apocrina.

Caso clínico: Mujer de 69 años con retracción del pezón izquierdo. El estudio mamográfico muestra un nódulo en la mama derecha un aumento de densidad mal definido retroareolar en la mama izquierda. La ecografía demuestra una lesión sospechosa de 17 mm en la mama derecha y una lesión sólida espiculada de 10 mm en la mama izquierda. Por resonancia magnética ambas lesiones fueron malignas. Se practicó estudio citológico resultando positivo en el lado izquierdo y sospechoso de malignidad en el lado derecho destacando la presencia de células con diferenciación apocrina. La biopsia por punción de ambas lesiones fue de carcinoma, observándose diferenciación apocrina en la del lado derecho. Se procedió a una tumorectomía con biopsia selectiva de ganglio centinela bilateral y el resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma ductal infiltrante grado I con diferenciación apocrina (1,3 cm) con carcinoma intraductal de alto grado. Márgenes de resección libres de lesión. Adenocarcinoma metastático en 1 de 10 ganglios linfáticos (pT1c, pN1a) en la mama derecha y Adenocarcinoma ductal infiltrante grado I (1.7 cm) con car-

cinoma intraductal de bajo grado sin necrosis. Márgenes libres de lesión. Adenocarcinoma metastático en 1 de 12 ganglios linfáticos (pT1c, pN1a) en la mama izquierda. Los receptores hormonales fueron negativos en ambos lados. El HER2 fue negativo en ambos lados.

Discusión: En muchas ocasiones el carcinoma con diferenciación apocrina se asocia a otras lesiones precursoras del cáncer mamario con diferenciación apocrina. Un 40% de carcinomas se asocia a hiperplasia apocrina atípica y un 28% a metaplasia apocrina atípica. Sin embargo no está establecido el porcentaje de células con diferenciación apocrina para etiquetar a una lesión como tal. La concordancia diagnóstica de la citología en las lesiones apocrinas es del 36%. El diagnóstico diferencial debe establecerse con el tumor de células granulares, el carcinoma histiocitoide y el carcinoma rico en lípidos, para ello puede ayudar la expresión inmunohistoquímica de GCDFP-15 de las células apocrinas. El pronóstico del carcinoma con diferenciación apocrina es superponible al del carcinoma ductal convencional.

P_SETS9. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE CARCINOMA DE MAMA CON CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS

M. Castella^a, C. Ramos^a, C. Fernández-Cid^a, M.A. Domínguez^a, G. Fabra^a, J. Trave^b y F. Tresserra^a

^aLaboratorio de Citología; ^bDiagnóstico por la Imagen, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: En ocasiones se observan en las punciones citológicas de lesiones mamarias, incluidas el cáncer, la presencia de células gigantes multinucleadas que pueden mostrar aspecto benigno o maligno. Se presenta un caso de carcinoma medular atípico con presencia de células gigantes multinucleadas y se plantea su diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Paciente de 65 años diagnosticada en otro Centro de carcinoma de mama izquierda por ecografía que consultó para una segunda opinión. Clínicamente se evidenció una enfermedad de Mondor afectando a cuadrantes inferiores de la mama izquierda. El estudio mamográfico puso de manifiesto una densidad focal en el cuadrante inferior interno de la mama izquierda y presencia de microcalcificaciones en la mama derecha. La ecografía mostró una zona sospechosa con hundimiento lineal dérmico puncionándose dos imágenes prominentes. El estudio citológico mostró extensiones con sustancia de fondo serohemática, en la que se observaban placas de células ductales, bien cohesionadas y células aisladas. Destacaba el pleomorfismo nuclear y la moderada hipertrofia nuclear. En los núcleos la membrana presentaba irregularidades, la cromatina era granular y ocasionalmente se observan nucleolos; a su vez se observaba la presencia de abundantes células espumosas. Se diagnosticó de adenocarcinoma de mama (grado citológico II) con presencia de células multinucleadas. La paciente fue intervenida en otro Centro y el resultado anatomopatológico fue de carcinoma medular atípico bifocal de 15 y 19 mm con metástasis en uno de 17 ganglios linfáticos correspondiente al ganglio centinela de la mama izquierda. Los receptores hormonales y el Her2 fueron negativos. En la mama derecha existía un foco de carcinoma microinvasor de menos de 1 mm y un ganglio centinela axilar negativo.

Discusión: La presencia de células gigantes multinucleadas en una punción mamaria ha de establecer el diagnóstico diferencial entre: carcinoma medular convencional o atípico, carcinoma metastático con células tipo osteoclastos, células gigantes multinucleadas estromales de tumores fibroepiteliales y en lesiones benignas como la metaplasia mioide con presencia de megacariocitos o procesos granulomatosos.

P_SETS10. CITOLOGÍA DE LAS SECRECIONES MAMARIAS. VALOR EN EL ESTUDIO DE LESIONES PAPILARES

C. Fernández-Cid, M. Castella, M.A. Domínguez, G. Fabra, C. Ramos y F. Tresserra

Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: Hasta un 5% de las lesiones que afectan a la glándula mamaria producen secreción de material por el pezón. En la mayoría de ocasiones se trata de procesos benignos aunque en un 11% de casos son la manifestación de una lesión mamaria maligna. El objetivo de este estudio es establecer el valor del estudio citológico en el diagnóstico de las lesiones papilares de la glándula mamaria.

Métodos: Durante el periodo enero de 1986 hasta abril de 2011 se han estudiado en nuestro Servicio 5.965 citologías correspondientes a secreciones mamarias en 3.746 pacientes. La edad media fue 37,9 ± 11,1 (12-98). La lateralidad fue derecha en 2.981 casos (50%) e izquierda en 2.984 (50%). Las categorías diagnósticas consideradas fueron: benigno, inflamatorio, papiloma, proceso papilar, carcinoma papilar y carcinoma.

Resultados: El resultado citológico fue de ausencia de material en 491 casos (8,2%), benigno en 4.847 (81,3%), inflamatorio en 227 (3,8%), papiloma en 316 (5,3%), proceso papilar en 28 (0,5%), 10 de ellos (36%) fueron considerados como lesiones sospechosas de malignidad, carcinoma papilar en 8 (0,1%) y carcinoma en 21 (0,4%), 7 de ellos (33%) correspondientes a enfermedad de Paget. Veintisiete casos (0,5%) fueron diagnosticados de otros procesos. En 134 casos se dispuso de pieza quirúrgica para poder efectuar la correlación con el estudio anatomopatológico. La correlación fue buena en los papilomas (45 de 80, 53%). La mayoría de procesos papilares correspondían (4 de 7, 57%) a lesiones benignas. Los carcinomas papilares citológicos fueron todos carcinomas ductales in situ (2) o infiltrantes (2) convencionales. Los casos que fueron anatomopatológicamente malignos (21), carcinomas in situ o infiltrantes, habían sido diagnosticados citológicamente como lesiones benignas en 6 casos, papiloma en 4, proceso papilar en 2, carcinoma papilar en 4 y carcinoma en 5.

Conclusiones: La citología es un método óptimo para el estudio de secreciones unilaterales y sanguinolentas aunque con dificultad para distinguir entre una lesión benigna y otra maligna y etiquetar de forma precisa el tipo de lesión. Es por ello que toda paciente con secreción patológica por el pezón debe ser biopsiada no sólo con fines terapéuticos sino por la necesidad de obtener un diagnóstico preciso.

P_SETS11. CITOLOGÍA MAMARIA MEDIANTE LAVADO DUCTAL

C. Ramos, C. Fernández-Cid, M. Castella, M.A. Domínguez, G. Fabra y F. Tresserra

Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Introducción: La ductoscopia es una técnica ambulatoria que permite la visualización directa de los conductos galactóforos. Este procedimiento permite efectuar lavados ductales obteniéndose células desprendidas de la pared del conducto o de lesiones en el mismo, o bien la toma de biopsias de forma directa. El objetivo de este estudio es un análisis descriptivo de los diagnósticos obtenidos mediante la técnica de lavado ductal.

Métodos: Para efectuar la ductoscopia se procedió a anestesiarse de forma local la zona del complejo areola-pezón. Posteriormente se dilató el conducto a estudiar y se introdujo el microendoscopio.

A continuación se efectuó un lavado ductal obteniéndose un líquido para estudio citológico. La exploración continuó mediante la observación directa de las paredes del conducto y la biopsia de cualquier lesión visualizada. Desde agosto de 1990 hasta febrero de 2012 se han estudiado 177 muestras citológicas procedentes de lavado ductal. Todas ellas fueron procesadas por centrifugación mediante Cytospin a 1.200 rpm durante 5 minutos, fijadas y teñidas mediante la técnica de Papanicolaou. Se valoraron las categorías diagnósticas obtenidas en estos casos agrupadas en ausencia de material, benignos, sospechosos y malignos. La hiperplasia se incluyó en la categoría de benigno. Para el estudio descriptivo se excluyeron los casos con ausencia de material.

Resultados: Se han evaluado 177 citologías provenientes de lavado ductal en el mismo número de pacientes con una media de edad de $41 \pm 5,6$ años (25-99). En 34 (19%) casos el material fue

insuficiente para un diagnóstico citológico concluyente (fondo aluminoso, lipídico o hemático sin celularidad ductal), en los 143 (81%) casos restantes, el diagnóstico fue benigno en 127 (89%), sospechoso en 13 (9%) y maligno en 3 (2%). Las lesiones benignas fueron: benigno sin más especificación (60), papiloma (49), benigno descartar papiloma (6), benigno con hemosiderófagos (3), escamas corneas (3), hiperplasia (2), inflamación crónica (2), galactorrea (1) y quiste benigno (1). Las lesiones sospechosas fueron: Proceso papilar (11), escasas células con atipia (1) y sospechoso sin más especificación (1). Las lesiones malignas fueron: carcinoma papilar (2) y adenocarcinoma (1).

Conclusiones: El lavado ductal mediante ducstoscopia es un proceso útil para estudiar la citología de los conductos galactóforos, particularmente en las lesiones papilares de la glándula mamaria como el papiloma, el proceso papilar y el carcinoma papilar.