

2013_DRA._KARLA_MARIA_NU _EZ_BARRAGAN.pdf

por

Fecha de entrega: 05-jul-2020 01:45p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1353696588

Nombre del archivo: 2013_DRA._KARLA_MARIA_NU_EZ_BARRAGAN.pdf (926.35K)

Total de palabras: 6267

Total de caracteres: 33652

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**LESIONES PAPILARES DE LA MAMA:
FRECUENCIA DE LOS HALLAZGOS
RADIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN
HISTOPATOLÓGICA**

Por

DRA. KARLA MARÍA NÚÑEZ BARRAGÁN

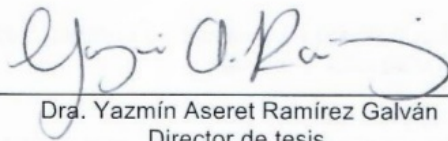
MATRICULA 1655200

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN IMAGEN
DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA**

FEBRERO 2017

LESIONES PAPILARES DE LA MAMA: FRECUENCIA DE LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN HISTOPATOLÓGICA

Aprobación de la tesis:



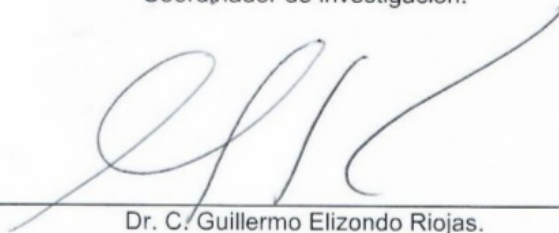
Dra. Yazmín Aseret Ramírez Galván
Director de tesis.



Dr. Matías Salinas Chapa
Coordinador de enseñanza.



Dr. Mario Alberto Campos Coy
Coordinador de investigación.



Dr. C. Guillermo Elizondo Riojas.
Jefe de Departamento de Radiología e Imagen



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez.
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria

A mis padres, por darme la vida, la cual disfruto segundo a segundo, gracias por la confianza y apoyo brindado que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos, por darme la oportunidad de crecer al lado de ellos, sirviéndome como ejemplo y guía para llegar hasta donde he llegado.

A mis tres sobrinos, que con su sonrisa me dan alegría y energía día a día.

A mis profesores, por el tiempo que han dedicado a mi enseñanza y que hoy en día soy seguidora de sus conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
CAPÍTULO I	
Resumen	1
CAPÍTULO II	
Introducción	2
CAPÍTULO III	
Objetivos	4
CAPÍTULO IV	
Marco Teórico	5
CAPÍTULO V	
Material y Métodos	12
CAPÍTULO VI	
Resultados	13
CAPÍTULO VII	
Discusión	16
CAPÍTULO VIII	
Conclusión	21
CAPÍTULO IX	
Bibliografía	22
CAPÍTULO X	
Resumen Auto Bibliográfico	24
CAPÍTULO XI	
Tablas	25
CAPITULO XII	
Lista de Abreviaturas	29

CAPÍTULO I

RESUMEN

Las lesiones papilares de la mama representan un grupo heterogéneo de tumores que crecen en el interior de los conductos galactóforos y que varían desde lesiones benignas, lesiones de grado intermedio hasta entidades malignas.

El fin de esta investigación es conocer la frecuencia de los hallazgos radiológicos de las lesiones papilares benignas y malignas de la mama, confirmadas ya con estudios histopatológicos, así como determinar la prevalencia de cáncer en estas lesiones.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo-analítico con un análisis de la base de datos de pacientes con diagnóstico histopatológico definitivo de lesiones papilares mamarias (benignas y malignas). Para la finalidad del estudio solo se hará uso del expediente radiológico y confirmación histopatológica por lo que no requerirá el uso de consentimiento informado.

CAPÍTULO II

INTRODUCCION

El cáncer de mama constituye la primera causa en incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres a nivel mundial, un medio para reducir estas cifras, es la detección oportuna del mismo, se ha logrado con programas de tamizaje y campañas de concientización, sin embargo desafortunadamente en nuestro país cerca del 50% de los carcinomas mamarios son diagnosticados en etapas avanzadas (III y IV), es por ello que debemos enfocarnos en las estrategias que nos lleven a encontrar cánceres mínimos (in situ o menores de 1cm.).

Una de las formas más comunes de presentación del cáncer de mama es el nódulo mamario ó secreción sanguinolenta por el pezón, sin embargo su origen puede ser una lesión papilar (LP), cuyo diagnóstico y manejo definitivo es aún, motivo de controversia, dentro de las neoplasias papilares existen lesiones benignas, lesiones de riesgo y carcinomas por lo que se vuelve importante el hecho de que el radiólogo conozca la forma y frecuencia de presentación de cada una de las lesiones así como su plan de manejo, ya que puede auxiliar en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. La desafortunada realidad es que en algunas ocasiones no es evaluada en forma adecuada la región subareolar, en otras, se evalúa en forma adecuada pero no se reconocen las lesiones papilares, en otras más si se reconocen, pero no se informan, y en algunos casos si se informan como tales, pero no se les da el manejo adecuado.

Una LP se define como una neoplasia ductal con proliferación de células epiteliales y mioepiteliales, sostenidas por un pedículo fibrovascular.

Las LP constituyen un 5% de las lesiones mamarias benignas y un 2% de los carcinomas mamarios.

Las LP de la mama son un grupo heterogéneo de lesiones que son difíciles de diagnosticar como benignas o malignas, variando los aspectos morfológicos que nos sirven para diferenciarlas, influyendo en el pronóstico de las pacientes.

Se puede llegar al diagnóstico de LP o neoplasias papilar de diferentes maneras, clínicamente ya sea, por una anomalía palpable descrita como nódulo ó como consecuencia de una secreción anormal por el pezón. El diagnóstico por imagen comprende desde los métodos más sencillos hasta los más sofisticados. La mamografía y el ultrasonido forman el pilar de la identificación de las lesiones, sin embargo las lesiones papilares pequeñas pueden ser ocultas.

La galactografía puede ayudar en el diagnóstico de las LP pequeñas cuando hay secreción sanguinolenta y no se encuentran lesiones con otros métodos de imagen. Existen pocas publicaciones que describen los hallazgos en resonancia magnética de las LP, utilizándose como el método de última instancia para el diagnóstico de estas lesiones, sin embargo, en nuestra práctica estos últimos dos métodos no son de uso rutinario para este tipo de lesiones.

El diagnóstico diferencial principal, corresponde con ectasia ductal y ecos en suspensión en su interior, sin lesión sólida, es importante tomar en cuenta que una LP se puede presentar como un complejo sólido-quístico por lo que habrá que diferenciarlo de hematomas, abscesos y necrosis grasa. Una LP puede aparecer como nódulo sólido bien definido, pudiendo ser indistinguible de un fibroadenoma. Adicionalmente, un carcinoma papilar y no papilar pueden tener apariencias similares.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de los hallazgos radiológicos de lesiones papilares de la mama confirmados con estudio histopatológico en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en el periodo 2012-2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las lesiones papilares de la mama.
- 2) Determinar la prevalencia de cáncer en las lesiones papilares.

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

Las lesiones benignas de mama constituyen un amplio grupo de enfermedades con características clínicas, diagnósticas y de tratamiento propias. La mayor preocupación ante la aparición de estas lesiones es su asociación con la patología maligna de mama, por lo que entender el riesgo de cáncer de mama asociado en cada una de ellas es crucial para el manejo clínico posterior de la mujer.

Las lesiones papilares mamarias se caracterizan por crecer en el interior de los conductos galactóforos y representan una patología heterogénea.

Clínicamente estas lesiones pueden manifestarse por secreción por el pezón o masa palpable, sin embargo estos signos no son constantes y pueden no estar presentes.

En la mayoría de las ocasiones la secreción por el pezón se trata de procesos benignos, aunque en el 11% de los casos son la manifestación de una lesión mamaria maligna.

La secreción puede ser fisiológica (lactancia) o parafisiológica (hipotiroidismo adenoma hipofisiario, producción ectópica de prolactina, alteraciones hipotalámicas, medicamentosas o idiopáticas), en cuyo caso es provodaca bilateral y presenta una coloración blanquecina, amarillenta, verdosa o marrón, o patológica (debida a procesos benignos como la ectasia ductal, la hiperplasia ductal o el papiloma, o debido a procesos malignos como el carcinoma in situ o invasivo, que suponen un 9.3 a 21.3% de las secreciones patológicas), dicha secreción puede ser espontánea, unilateral y de características serosanguinolentas o claro-serosas.

Al examen físico de la mama puede apreciarse a veces debajo de la areola y junto al pezón una tumoración pequeña, blanca indolora, que al presionarla hace brotar por el mismo la secreción.

Las $\frac{3}{4}$ partes de los papilomas ductales benignos se localizan en el sistema canalicular del tercio central de la mama y la cuarta parte restante se halla en zonas más periféricas.

La última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye 4 entidades dentro del apartado de lesiones papilares intraductales; el papiloma intraductal, el carcinoma papilar intraductal, el carcinoma encapsulado y el carcinoma papilar sólido.

PAPILOMA INTRADUCTAL SOLITARIO Y PAPILOMA INTRADUCTAL MÚLTIPLE.

Los papilomas intraductales benignos pueden originarse en la región central formándose en los ductos de la región subareolar o pueden originarse en la periferia y en ambos casos pueden ser únicos y múltiples. Ambos papilomas se caracterizan por núcleos fibrovasculares con capas de células epiteliales y mioepiteliales.

El término papilomatosis no es usado en la clasificación de la WHO de la mama por que históricamente este fue usado para dos patologías: hiperplasia ductal tipo usual y para papilomas.

A diferencia de los papilomas solitarios, los papilomas múltiples intraductales se asocian generalmente con atipia, CDIS o malignidad.

En la mamografía, los pequeños papilomas pueden no ser visualizados sobre todo si se encuentran en las regiones retroareolares debido a la densidad de la mama y la relativa alta de compresión en esa zona. Las lesiones más grandes pueden aparecer como una masa redonda u ovalada con márgenes bien circunscritos. Hasta el 25% de los papilomas solitarios están asociados con calcificaciones benignas.

En la ecografía, los papilomas intraductales pueden aparecer como **nódulos sólidos bien definidos o nódulos murales en un conducto dilatado**. En las imágenes de Doppler color, el flujo puede ser detectado dentro del papiloma pudiéndose observar un pedículo vascular. En ocasiones los papilomas focales dentro de un conducto dilatado

pueden ser mal interpretados como nódulos intraquísticos. Sin embargo una exploración cuidadosa generalmente mostrará el nódulo dentro del conducto.

Estudios han demostrado que la presencia de un papiloma intraductal se asocia con un mayor riesgo de desarrollar un carcinoma de mama en relación a la población general. Este riesgo es mayor con papilomas múltiples en comparación con los papilomas solitarios.

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA Y CARCINOMA IN SITU (CDIS) DENTRO DE UN PAPILOMA.

Un papiloma con hiperplasia ductal atípica (HDA) se diagnostica cuando la proliferación epitelial atípica es $< 3\text{mm}$, mientras que grandes proliferaciones epiteliales atípicas dentro de un papiloma cumplen los criterios de un papiloma intraductal con CDIS de bajo grado. Esta definición reemplaza terminologías alternativas que se centraron en la proporción de células atípicas (30 o 90%) dentro de un papiloma.

La HDA dentro de un papiloma puede representar una lesión precursora y es considerada como un mayor factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Los papilomas asociados con HDA o CDIS pueden aparecer idénticos a los papilomas benignos en todas las modalidades de imagen. Las calcificaciones indeterminadas pueden sugerir un CDIS.

CARCINOMA PAPILAR

Los carcinomas papilares representan menos del 2% de todos los carcinomas de mama, son detectados con más frecuencia en las mujeres posmenopáusicas y surgen en la región retroareolar en casi 50% de los pacientes.

Un carcinoma intraductal papilar es uno de los patrones arquitecturales del CDIS y debe de ser claramente diferenciado de un papiloma benigno o atípico. Puede ocurrir junto con otros patrones de CDIS, tales como micropapilar y cribiforme, pero con el de tipo comedo es poco frecuente.

El termino carcinoma papilar intraquistico ha cambiado a carcinoma papilar encapsulado debido a que la cápsula fibrosa que rodea a esta lesión usualmente carece de una capa de células mioepiteliales. La cuestión de si un carcinoma papilar representa una lesión in situ o un carcinoma papilar invasivo aun no es clara. Sin embargo, el diagnóstico de carcinoma invasivo sólo puede hacerse si la invasión está presente fuera de la cápsula fibrosa, si esto no ocurre el carcinoma papilar encapsulado debe de clasificarse como carcinoma papilar in situ, el cual tiene excelente pronóstico. Las metástasis a los ganglios linfáticos ocurre raramente sin evidencia de invasión. Otra forma es el carcinoma papilar sólido que a diferencia del carcinoma papilar encapsulado, este tumor está compuesto por múltiples nódulos adyacentes y la naturaleza papilar puede no ser fácilmente evidente debido a su patrón de crecimiento sólido. Generalmente el pronóstico es bueno y cuando está rodeado por una capa de células mioepiteliales, el tumor es clasificado como un carcinoma in situ.

En la mamografía, los carcinomas papilares suelen ser de forma redondeada, ovalados o lobulados, los márgenes son más comúnmente bien definidos pero pueden ser indistintos en áreas de invasión.

Los márgenes espiculados se observan con poca frecuencia debido a que normalmente sólo hay una mínima reacción fibrótica que lo rodea.

Las microcalcificaciones dentro del tumor son generalmente pleomórficas pero en ocasiones pueden ser gruesas.

En la ecografía los carcinomas papilares pueden presentarse como una masa sólida hipoecoica o como un quiste complejo con tabiques o nódulos murales papiliforme. Las regiones anecoicas dentro de una masa puede denotar componentes quísticos o hemorragia, la imagen con Doppler a menudo muestra la vascularización interna o grandes vasos nutrientes.

La clasificación de estas lesiones se basa en el sistema BIRADS, con el fin de lograr un lenguaje universal, uniforme, definido y comprensible que permita categorizar las lesiones de acuerdo al grado de sospecha de cáncer y establecer la conducta a seguir.

Su importancia radica en permitir una clasificación adecuada de las lesiones mamarias, logando un protocolo de lectura radiológica para tener mayor certeza en el diagnóstico sin entrar en el plano histopatológico, ya que cada categoría tiene un valor predictivo positivo, relacionado con la posibilidad de que exista un cáncer mamario, con las consecuencias implicancias diagnósticas y terapéuticas, el cual se muestra en la tabla 1.

Lam et al, reportaron los hallazgos ecográficos de las lesiones papilares de la mama de acuerdo a la clasificación de BI-RADS. Se consideraron cualquiera de los siguientes hallazgos como sospechosos de malignidad: masa irregular, cualquier lesión no paralela a las líneas de la piel, cualquier margen no circunscrito, patrón de ecogenicidad mixto, sombra acústica posterior cambios en los ligamentos de Cooper, engrosamiento de la piel, edema, distorsión de la arquitectura, retracción de la piel. En este estudio se demostró que de todas las 16 lesiones malignas, 9 mostraron uno o más hallazgos ecográficos sospechosos y las otras 7 restantes mostraron apariencia benigna en el ultrasonido; la sensibilidad del ultrasonido para la detección de lesiones papilares malignas fue del 56%.

Los resultados de un estudio mostraron que la presencia de atipia en un papiloma se asocia con un riesgo significativo mayor de desarrollar cáncer de mama, 7.5 veces más altos que en los papilomas benignos.

La evaluación de las LP de la mama puede ser difícil y en muestras de biopsia con aguja gruesa, el diagnóstico exacto es el reto. Los estudios iniciales sugirieron que todas las lesiones papilares revelados por biopsia con aguja gruesa requerían de extirpación quirúrgica para excluir un carcinoma in situ o invasivo. La certeza de que un papiloma sea determinado como benigno en la biopsia con aguja de corte no se excluye que al momento de la biopsia excisional tenga alguna otra lesión es cuestionable. La HDA o CDIS en papilomas pueden estar presentes sólo de manera focal y una muestra de un papiloma obtenida con biopsia con aguja gruesa puede no ser representativa de toda lesión, sin embargo estudios recientes sugieren que sólo las

lesiones papilares con hiperplasia ductal atípica (HDA) comprobado por biopsia con aguja gruesa necesitan escisión quirúrgica.

En un estudio realizado en la universidad de Washington Medical Center, Seattle, donde se analizaron 51 lesiones papilares mediante biopsia con aguja gruesa evaluándose la presencia o la ausencia de HDA encontrándose 25 LP benignas y 26 LP con HDA, de estas últimas la biopsia quirúrgica reveló carcinoma ductal in situ o carcinoma invasivo en 12 de las 26 lesiones papilares con HDA. La presencia de HDA en este estudio se correlacionó significativamente con la presencia de un carcinoma invasivo o pre-invasivo de la mama. Este estudio concluyó que la biopsia con aguja gruesa es una manera eficaz y precisa para evaluar lesiones papilares de la mama. Sin embargo las LP benignas deben ser seguidos de cerca clínicamente y radiológicamente y se necesitan más estudios con seguimiento a largo plazo para determinar el tiempo eficaz que se debe monitorizar a estas pacientes, así mismo concluye que todas las lesiones papilares con HDA requieren la extirpación quirúrgica debido a la alta tasa de neoplasia asociada. Estos resultados son similares a los mostrados por el autor Iván y colaboradores, quien encontró que el 63% (5/8) de sus lesiones papilares con HDA diagnosticado en biopsia con aguja gruesa, la biopsia por escisión quirúrgica reveló carcinoma in situ.

Hay otros estudios donde sus resultados sugieren fuertemente que las lesiones papilares diagnosticadas como benignas en la biopsia con aguja gruesa deben ser extirpadas quirúrgicamente debido a que un número sustancial de las lesiones fueron diagnosticadas como HDA y CDIS después de la escisión.

W.-H. Kil et al. Realiza un algoritmo para el manejo de estas lesiones, los papilomas benignos diagnosticados por biopsia con aguja de corte deben de ser seguidos radiológicamente si la lesión es menor de 1.5 cm y está localizada centralmente pero si la lesión es mayor de 1.5 cm o está localizada periféricamente o bien, sin la biopsia con aguja de corte muestra un papiloma atípico, la escisión quirúrgica es mandatoria. Sin embargo se necesitan estudios adicionales sobre la verificación del tamaño de las lesiones papilares con el fin de distinguir entre lesiones benignas de las malignas, ya

que este estudio retrospectivo fue llevado a cabo en una muestra pequeña y en una institución única.

A pesar de estos estudios debe tomarse en cuenta que se deben realizar estudios más amplios para determinar si se debe recomendar la escisión en papilomas intraductales diagnosticados incidentalmente.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio retrospectivo, descriptivo-analítico con un análisis de la base de datos de pacientes con diagnóstico histopatológico definitivo de lesiones papilares mamarias comprendido en el periodo de 2012 a 2016.

Como variables se consideraron: edad, motivo del estudio, secreción a través del pezón, características de la secreción, color de la secreción, hallazgos clínicos asociados así como hallazgos en el estudio por mamografía (densidad mamográfica, densidad tubular retroareolar, masas, localización, forma, márgenes, densidad, calcificaciones) ultrasonido (masas, localización, forma, márgenes, densidad, exploración con Doppler, conductos retroareolares) y estudio histopatológico (tipo de biopsia, resultados histopatológico, comentarios de patología y resultado de nueva biopsia).

El análisis estadístico se realizó mediante el uso de Excel y el programa de SPSS (Statistical Package for Social Science versión 21). Se realizó estadística descriptiva y analítica, utilizando frecuencias de porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, para el análisis bivariado en el caso de variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, para el análisis bivariado en el caso de variables categóricas se empleará chi cuadrado o test exacto de Fisher en el caso de tablas 2 x 2 y para las variables numéricas, t de student para muestras independientes o U de Mann Withney previa comprobación de normalidad. Se consideró estadísticamente significativo un nivel de confianza del 95% con un valor de <0.05 .

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

El estudio contó con una muestra total de 35 pacientes, con una media de edad de 56.23 y un rango de 29 a 82 años.

Se describió el motivo de los estudios de imagen en el cual, 13 (40.6%) pacientes fue tamizaje (pacientes asintomáticas) y 19 (59.4%) por motivo diagnóstico, de las cuales el signo clínico más común fue el de masa palpable, encontrando en 14 pacientes (43.8%); se presentó secreción por el pezón en 2 (5.7%) pacientes, 1 (2.9%) de ellas a la compresión y otra de manera espontánea (2.9%); ambas de características sanguinolenta, las 30 pacientes (94.3%) restantes no mostraron secreción.

En cuanto a los estudios de imagen, contamos con imagen de mamografía en 23 (65.7%) lesiones, 12 (34.3%) no contaban con este método, una de ellas debido a que la paciente es menor de 30 años; respecto a las imágenes de ultrasonido, éstas se encontraron presentes en 34 (97.1%) lesiones y 1 (2.9%) no se contó con este método ya que el hallazgo principal fueron calcificaciones sospechosas.

Respecto a los hallazgos por mamografía, 20 (57.1%) lesiones se encontraron en mamas con densidad tipo "c" y 3 (8.6%) en mamas con densidad tipo "b". En solo 2 lesiones (8.7%) se observó como hallazgo por mamografía una densidad tubular retroareolar, en el resto de las 21 (91.3%) lesiones, no fue observada esta característica.

La presentación por imagen como nódulo solo se encontró en 8 (34.8%) de las lesiones, sin observar presentaciones por imagen como nódulos múltiples en ninguno de los casos. La localización de los nódulos fue periférica en todos los casos. En cuanto a las características morfológicas por mamografía, se encontró que la forma del nódulo, fue ovalada en 5 (21.7%) lesiones e irregular en 3 (13%) lesiones, sin identificar nódulos redondeados en ninguno de los casos.

Respecto a la característica de los márgenes por mamografía, estos fueron oscurecidos en 4 (17.4%) lesiones, circunscritos en 3 (13%) y microlobulares en 1 (4.3%). En cuanto a la densidad de los nódulos fueron hiperdensos en 3 (13%) lesiones e isodensos en 5 (21.7%) lesiones, sin visualizar nódulos hipodensos en ninguno de los casos. Como hallazgo asociado en mamografía encontramos que los nódulos asociados a calcificaciones se presentaron en 4 (17.4%) lesiones, cuyas características fueron de aspecto sospechoso en todas las lesiones, en las 19 (82.6%) lesiones restantes no fueron observadas calcificaciones.

En la descripción de los hallazgos por ultrasonido, se visualizaron como nódulo único, 30 (88.2%) lesiones papilares y como nódulos múltiples 4 (11.8%) lesiones papilares. La localización de los nódulos fue retroareolar o central en 20 (58.8%) lesiones y periférica en 14 (41.2%) lesiones. Con respecto a la morfología de los nódulos, se observaron 18 (52.9%) lesiones ovaladas, 15 (44.1%) lesiones irregulares y 1 (2.9%) lesión redondeada. La frecuencia de las características de los márgenes, se describen en la tabla 2. En cuanto a la ecogenicidad de los nódulos se identificaron 27 (79.4%) lesiones sólidas y 7 (20.6%) mixtas (sólido-quístico). Respecto a la exploración Doppler color se encontraron 24 (70.6%) lesiones vascularizadas y 10 (29.4%) no presentaron flujo. Los conductos retroareolares fueron de calibre normal en 30 (88.2%) lesiones y se observó ectasia en 4 (11.8%) lesiones.

El diagnóstico de lesiones se llevó a cabo mediante biopsia por trucut en 22 (62.9%) lesiones, biopsia quirúrgica en 12 (34.4%) lesiones y por esterotaxia en 1 (2.9%) lesión; obteniendo como resultado histopatológico: 23 lesiones benignas (65.7%), 10 lesiones atípicas (28.6%) y 2 lesiones malignas (5.7%). Las frecuencias de los resultados histopatológicos se enumeran en la tabla 3. En 5 (14.2%) de las 32 pacientes se realizó resección quirúrgica de la lesión; obteniendo como resultado histopatológico final: 2 (5.7%) papilomas intraductales y 3 (8.6%) carcinomas papilares intraquísticos (incluyendo los dos reportados por biopsia trucut (tabla 4).

Se analizaron las características de frecuencias obtenidas de los resultados histopatológicos con tablas de contingencia de 2 x 2 para comparar las características

obtenidas en las lesiones benignas con las características obtenidas en las lesiones malignas. Se uso χ^2 y el test exacto de Fisher para el análisis, considerándose estadísticamente significativo un valor de $P < .05$. En el grupo de las lesiones benignas se incluyeron a 23 (65.7%) lesiones que engloban el papiloma intraductal, papilomatosis, papiloma hialinizado y lesión fibroepitelial; en el grupo de las malignas se incluyeron 12 (34.4%) lesiones, que abarcan el papiloma atípico y el carcinoma papilar intraquístico.

De esta manera al analizar los hallazgos clínicos de las 2 (8.7%) lesiones que presentaron secreción sanguinolenta por el pezón (una a la compresión y otra espontánea) observándose dicha característica clínica solo en las lesiones con histopatología benigna (ambas corresponden con lesión papilar).

En el análisis de los hallazgos observados por mamografía: en el grupo de las lesiones benignas, 3 (21.4%) pacientes presentaron densidad tipo b y 11 (78.6%) densidad tipo c; en el caso de las lesiones malignas, todas las pacientes presentaron densidad mamográfica tipo c. Las lesiones observadas como una densidad tubular retroareolar fueron en 2 (14.3%) casos de las pacientes con lesiones benignas, en el resto de las 21 (91.3%) lesiones no se observó una densidad tubular retroareolar. En estas dos características (densidad mamográfica y densidad tubular retroareolar) no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos observándose un valor de $P > .05$.

8 (34.8%) lesiones, se presentaron como nódulo único, correspondiendo 4 (28.6%) al grupo de lesiones benignas y 4 (44.4%) al grupo de lesiones malignas, sin observar nódulos múltiples en ninguno de los casos, con un valor de $P > .05$. La localización de los nódulos fue periférica tanto en las lesiones benignas como en las malignas. La forma de la lesión fue ovalada en 2 (14.3%) lesiones benignas y en 3 (33.3%) malignas; irregular en 2 (14.3%) benignas y en 1 (11.1%) de las malignas. En cuanto a la característica de los márgenes de estos nódulos fueron circunscritos en 2 (14.3%) de las lesiones benignas y en 1 (11.1%) de las lesiones malignas, obscurecidos en 1 (7.1%) de las benignas y en 3 (33.3%) de las malignas y microlobuladas en 1 (100%) de las lesiones benignas sin observarse este tipo de margen en las lesiones malignas.

La densidad de los nódulos fue hiperdenso en 1 (7.1%) de las lesiones benignas y en 2 (22.2%) de las lesiones malignas e isodenso en 3 (21.4%) de las benignas y en 2 (22.2%) de las malignas. En cuanto a la localización, la forma el margen y la densidad del nódulo no se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos con un valor de $P > .05$.

Las calcificaciones asociadas a una lesión papilar fueron de tipo sospechosas tanto en lesiones benignas en 3 casos (21.4%) y en 1 caso de las lesiones malignas (11.1%), el resto de las 19 (82.6%) lesiones no mostraron calcificaciones asociadas, observándose un valor de $P > .05$. El resumen de estos hallazgos se muestra en la tabla 5.

En la descripción de los hallazgos visualizados por ultrasonido, se presentaron como nódulos únicos 19 (86.4%) del grupo de las lesiones benignas y 11 (91.7%) al grupo de las lesiones malignas; se encontraron nódulos múltiples, en 3 (13.6%) de las lesiones benignas y en 1 (8.3%) de las lesiones malignas. Fue más frecuente encontrar un nódulo único en las lesiones benignas, pero no se encontró una diferencia significativa entre los grupos, con valor de $P = > .05$. La localización del nódulo fue central o retroareolar, en 14 (63.6%) de las lesiones benignas y en 6 (50%) de las malignas, visualizándose en la periferia, en 8 (36.4%) de las lesiones benignas y en 6 (50%) malignas; la localización en la región central predominó en las lesiones benignas. Sin embargo no fue estadísticamente significativo ($P = > .05$). La forma de la lesión fue ovalada en 14 (63.3%) lesiones benignas y en 4 (33.3%) de las malignas: irregularidad en 8 (36.4%) de las benignas y 7 (58.3%) de las malignas, ninguno de los casos se presentó como lesión redondeada.

La frecuencia de los márgenes en las lesiones benignas y malignas, se describen en la tabla 6. Las diferencias entre la forma predominante y los márgenes entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas ($P = > .05$).

En cuanto a la ecogenicidad de los nódulos, se identificaron 19 (86.4%) lesiones sólidas en las benignas y 8 (66.7%) en las malignas: observándose un patrón mixto (sólido-quístico) en 3 (13.6%) lesiones del grupo de las benignas y en 4 (33.3%)

lesiones del grupo de las malignas, este patrón mixto fue más frecuente en las lesiones malignas, sin embargo no fue estadísticamente significativo ($P \geq .05$).

La vascularidad de las lesiones fue observada en 13 (59.1%) benignas y en 11 (91.7%) malignas con un valor de $P \geq .05$.

Los conductos retroareolares fueron normales en 18 (81.8%) lesiones benignas y en 12 (100%) malignas, encontrándose 4 (18.2%) lesiones con conductos ectásicos en las benignas y ningún ducto dilatado en las malignas; con un valor de $P \geq .05$.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Debido a la poca frecuencia de las lesiones papilares, especialmente de las lesiones malignas, ha habido pocos estudios acerca de sus hallazgos por mamografía y por ultrasonido.

En nuestro estudio, todas las pacientes presentaron al menos un hallazgo anormal, ya sea en la mamografía, en el ultrasonido o en ambas por lo que se logró describir el objetivo principal detallando la frecuencia de los hallazgos por imagen de las lesiones papilares.

Aunque las lesiones papilares pueden aparecer a cualquier edad, se menciona en la literatura un rango de edad entre los 15 y 20 años y después de los 80 años para las lesiones benignas con un pico en el rango de 45-50 años y una media de 55 años para las lesiones malignas.

El motivo del estudio de imagen fue diagnosticado en 19 pacientes, es decir, estas pacientes acudieron ya sea por, una lesión sospechosa o bien, por alguna característica clínica como nódulo palpable, que fue el motivo más frecuente, encontrando en 14 pacientes o secreciones por el pezón, esta última de características sanguinolenta fue observada en 2 de las 32 pacientes, una de ellas presente a la compresión y otra de manera espontánea, aunque estos signos no son constantes en las lesiones papilares, y en nuestro estudio esta característica clínica no fue frecuente, sin embargo, la secreción sanguinolenta es la que caracteriza a este tipo de lesiones.

En los hallazgos que se encontraron en la mamografía la densidad tipo "c" fue la predominante observándose en 20 lesiones seguidas de la densidad tipo "b" presente en 3 lesiones, debido a limitante que tiene la densidad mamográfica tipo "c" para la detección de nódulos, solo se observó una densidad tubular retroareolar en 2 casos,

siendo en el estudio el hallazgo más frecuentemente encontrado la presencia de una imagen nodular, única, de localización periférica y de forma ovalada, de márgenes obscurecidos e isodenso con respecto al tejido fibroglandular. Todos estos hallazgos corresponden a lo mencionado en la literatura excepto por la ubicación de la lesión, en donde se describe con mayor frecuencia la localización central en el 60% de las pacientes y la localización periférica en el 40% y los márgenes obscurecidos, ya que algunos de los hallazgos difieren entre las lesiones benignas y malignas serán explicados en un apartado más adelante. Las calcificaciones asociadas a la lesión papilar se observaron 4 lesiones del total de la muestra, las cuales, fueron de aspecto sospechoso en todos los casos, difiriendo la literatura, la cual menciona que las calcificaciones son de aspecto benigno en hasta el 25% de las lesiones.

El mejor examen de imagen para detectar las lesiones papilares es el ultrasonido mamario, el cual fue anormal en el 100% de las pacientes a las que se les realizó el mismo por lo que en nuestro estudio la sensibilidad del ultrasonido para la detección de lesiones papilares es mayor que el de la mamografía, tal como lo menciona la literatura.

En nuestro análisis, las lesiones papilares se manifestaron más frecuentemente como lesión única y retroareolar; presentes en 30 y 20 pacientes respectivamente, predominando la forma ovalada y los márgenes circunscritos, hallazgos que son concordantes con los estudios previos publicados. La apariencia ecográfica de las lesiones papilares mamarias es variable, sin embargo, se han agrupado en 2 categorías: masa intraductal, frecuentemente asociada con conducto dilatado, o como una masa sólida, pudiendo presentar algún componente quístico, pero no asociada a conductos galactóforos dilatados.

En la muestra analizada fue más frecuente observar la lesión papilar como lesión sólida, presente en 17 casos, seguida de lesión mixta (sólida-quística), la cual se identificó en lesiones, sin embargo en nuestro estudio, los conductos galactóforos fueron normales en el 88.2% de las pacientes contra los conductos ectásicos observados en el 11.8% de ellas.

En la comparación entre las lesiones benignas y las malignas de nuestro estudio, se observó que existe una considerable sobreposición de los hallazgos de imagen y son más difíciles de diferenciar por ultrasonido de otras neoplasias de la mama, ya que ninguna de las variables consideradas mostró un valor de $p < 0.05$.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIÓN

Las lesiones papilares son poco frecuentes en nuestro medio y los hallazgos radiológicos son inespecíficos de lesiones benignas y malignas, sin embargo la sospecha radiológica de LP modifica la conducta para el diagnóstico y tratamiento definitivo.

La necesidad de realizar un exéresis quirúrgica tras el diagnóstico de una lesión atípica o un carcinoma papilar no está en duda, el dilema surge en el reto de las lesiones.

El problema o temor es no llegar a diagnosticar zonas de atipia si la lesión no se extrae, ya que la frecuencia de encontrar una entidad de mayor grado tras el diagnóstico de LP varía entre 0-25%.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFIA.

1. Salinas BI, Laborda DG, Mainz PU, Tabernero G. Tumores papilares: diagnóstico radiológico y correlación anatomopatológica Objetivo docente. 2014
2. Fernandez-Cid C, Castella M, Domínguez MA, Fabra G, Ramos C, Tresserra F, Citología de las secreciones mamarias. Valor en el estudio de lesiones papilares. Rev Senol y Patol Mamar. 2013;26(2):47-51. Doi:10.1016/j.senol.2013.02.004.
3. Jagmohan P, Pool FJ, Putti TC, Wong J. Papillary lesions of the breast: imaging findings and diagnostic challenges. Diagn Interv Radiol. 2013;19(February):471-478. Doi: 10.5152/dir.2013.13041.
4. Boin DP, Baez JJ, Guajardo MP, et al. Breast papillary lesions: an analysis of 70 cases. Ecancermedicalscience. 2014;8(562):461. Doi: 10.3332/ecancer.2014-461.
5. Miguel M, Wong M, Universitario H Lesiones papilares de la mama. Presentación de una serie y revisión del tema. 2006
6. Eiada R, Chong J, Kulkarni S, Goldberg F, Muradali D. Papillary lesions of the breast: MRI, ultrasound, and mammographic appearances. Am J Roentgenol. 2012;198(2):264-271. Doi:10.2214/AJR.11.7922.
7. Sinn HP, Kreipe H. A Brief overview of the WHO classification of breast tumors, 4th edition, focusing on issues and updates from the 3rd edition. Breast Care. 2013;8(2):149-154. doi: 10.1159/000350774.
8. American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS® Atlas 5 Edition Changes. 2014:1-7.
9. Lam WWM, Chu WCW, Tang APY, Tse G, Ma TKF. Role of radiologic features in the management of papillary lesions of the breast Am J Roentgenol. 2006;186(5):1322-1327. Doi: 10.2214/AJR.04.1908.
10. Page KL, Salhany KE, Jensen RA, Dupont WD. Subsequent breast carcinoma risk after biopsy with atypia in a breast papiloma. Cancer. 1996;78(2):258-266. Doi:10.1002/(SICI)1097.0142(19960715)78:2<258::AUD.CBCR11>3.0.CO;2-V.

11. Ivan D, Selinko V, Sahin A a, Sneige N, Middleton LP. Accuracy of core needle biopsy diagnosis in assessing papillary breast lesions: histologic predictors of malignancy. *Mod Pathol*. 2004;17(2):165-171. Doi:10.1038/modpathol.3800014.
12. Gilcrease MZ. 3-19 Papillary Lesions of the Breast at Percutaneous Core-Needle Biopsy. *Breast dis*. 2006;17(3):240-241. Doi: 10.1016/S1043.321X(06)80500-X.
13. Agoff SN, Lawton TJ. Papillary Lesions of the Breast With and Without Atypical Ductal Hyperplasia. *Am J clin Pathol*. 2004;122(3):440.443
doi:10.1309/NAPJMB0GXXKJC6PTH.
14. Kil WH, Cho EY, Kum JH, Nam SJ, Yang JH. Is surgical excision necessary in benign papillary lesions initially diagnosed at core biopsy? *Breast*. 2008;17(3):258.262. doi: 10.1016/j.breast.2007.10.008.
15. Cubero, R.R et al., 2012. Semiología radiológica de las lesiones papilares de la mama: ¿benignidad o malignidad?. Pp.1.54.
16. Brookes MJ, Bourke AG: Radiological appearances of papillary breast lesions. *Clinical radiology* (2008)63(11):1265-1273

CAPITULO X

RESUMEN AUTOBIBLIOGRAFICO

Dra. Karla María Núñez Barragán.

Candidato para la obtención de grado de:

Especialista en Radiología e Imagen Diagnóstica.

Tesis: Lesiones papilares de la mama: Prevalencia, hallazgos radiológicos y relación histopatológica.

Karla María Núñez Barragán, nacida en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, el 18 de noviembre del 1986, hija del Dr. José Luis Núñez Gómez y la C. Profesora Bertha Alicia Barragán Arballo.

Egresada de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Con grado obtenido de Médico Cirujano y Partero, generación 2005-2011.

TABLAS

Valoración	Probabilidad de Cáncer
BI-RADS 0. Incompleto	No aplica
BI-RADS 1. Negativo	0% de malignidad
BI-RADS 2. Benigno	0% de malignidad
BI-RADS 3. Probablemente	>0%-<2% de malignidad
BI-RADS 4. Sospechoso	>2%-<95% de malignidad
4 A. baja sospecha	>2%-<10% de malignidad
4 B. moderada sospecha	>10%-<50% de malignidad
4 C. alta sospecha	>50%-<95% de malignidad
BI-RADS 5 Altamente sugestivo de malignidad	>0=95% de malignidad
BI-RADS 6. Malignidad confirmada por biopsia.	No aplica

Tabla 1. Clasificación BIRADS 2013

BORDES	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
Circunscritos	14	41.2
Indistintos	3	8.8
Angulados	6	17.6
Microlobulados	6	17.6
Indistintos y microlobulados	2	5.9
Angulados y mcrolobulados	1	2.9
Angulados y espiculados	1	2.9
Indistintos y angulados	1	2.9

Tabla 2. Hallazgos de la frecuencia de los bordes de la lesión papilar por ultrasonido (n=34)

Resultado histopatológico de lesiones papilares		
Papiloma intraductal	20	57.1%
Papilomatosis	1	2.9%
Lesión fibroepitelial	1	2.9%
Papiloma hialinizado	1	2.9%
Papiloma atípico	10	28.6%
Carcinoma papilar intraquístico	2	5.7%

Tabla 3. Frecuencia del resultado histopatológico de las lesiones papilares obtenidas con Trucut.

Tipo de biopsia	Primera biopsia	Resección quirúrgica
Trucut	Papiloma Atípico	Carcinoma papilar intraquístico
Trucut	Lesión fibroepitelial, se sugiere resección para descartar tumoración Phyllodes	Papiloma intraductal
Trucut	Carcinoma papilar intraquístico	Carcinoma papilar intraquístico
Trucut	Papiloma intraductal	Carcinoma papilar intraquístico
Trucut	Papiloma atípico	Papiloma intraductal

Tabla 4 Resultado histopatológico de las lesiones obtenidas por segunda biopsia (quirúrgica).

CARACTERÍSTICA	BENIGNAS	MALIGNAS	VALOR DE P
Densidad	B=3 (21.4%) C= 11(78.6%)	C=9 (100%)	.536
Densidad tubular retroareolar	Presente= 2 (14.3%) Ausente =12(85.7%)	Presente=0 Ausente=9 (100%)	.502
Masas	Única=4 (28.6%) Múltiple=0 (7.4%) No se presentaron como masa=10 (71.4%)	Única= 4 (44.4%) Múltiple=0 (0%) No se presentaron como masa=5 (55.6%)	.657
Localización	Central= 0 (0%) Periférica= 4 (28.5%) Las que se presentaron sin masa= 10 (71.4%)	Central= 0 (0%) Periférica=4 (44.4%) Las que se presentaron sin masa=5 (55.5%)	.657
Forma	Ovalada= 2 (14.3%) Redondeada=0 Irregular=2 (14.2%)	Ovalada=3 (33.3%) Redondeada=0 Irregular=1 (11.1%)	.558
Márgenes	Circunscritos= 2(14.3%) Obscurecidos=1 (7.1%) Microlobulados=1 (7.1%)	Circunscritos=1 (11.1%) Obscurecidos=3(33.3%) Microlobulados=0 (0%)	.383
Densidad	Hiperdenso= 1 (7.1%) Isodenso= 3 (21.4%)	Hiperdenso= 2 (22.2%) Isodenso=2 (22.2%)	.558
Calcificaciones	Presentes= 3 (21.4%) Ausentes=11(78.6%)	Presentes=1(11.1%) Ausentes=8(88.9%)	1
Tipo de calcificaciones	Benignas=0 (0%) Sospechosas=3 (21.4%) Sin calcificaciones=11 (78.6%)	Benignas=0 (0%) Sospechosas=1 (11.1%) Sin calcificaciones=8 (88.9%)	1

Tabla 5. Frecuencia de los hallazgos por mamografía en las lesiones benignas y malignas

BIRADS	BENIGNAS	MALIGNAS	VALOR DE P
Masa	única=19(86.4%) múltiple=3(13.6%)	única=11 (91.7%) múltiple=1(8.3%)	1
Localización	retroareolar o central=14 (63.6%) periférica=8 (36.4%)	retroareolar o central=6 (50%) periférica=6 (50%)	.487
Forma	ovalada=14(63.6%) redondeada=0(0%) irregular=8(36.4%)	ovalada=4(33.3%) redondeada=1(8.3%) irregular=7(58.3%)	.133
Márgenes	-Circunscritos 10 (45.5%) -Indistintos 1 (4.5%) -Angulados 5 (22.7%) -Microlobulados 4 (18.2%) -Indistintos y microlobulados 1(4.5%) -Angulados y microlobulados 1 (4.5%) -Angulados y espiculados 0 (0%) -Indistintos y angulados 0 (0%)	-Circunscritos 4 (33.3%) -Indistintos 2 (16.7%) -Angulados 1 (8.3%) -Microlobulados 2 (16.7%) -Indistintos y microlobulados 1 (8.3%) -Angulados y microlobulados 0 (0%) -Angulados y espiculados 1 (8.3%) -Indistintos y angulados 1 (8.3%)	.440
Ecogenicidad	sólido=19 (86.4%) mixto=3 (13.6%)	sólido=8 (66.7%) mixto=4 (33.3%)	.211
Exploración con Doppler	Vascularizado=13(59.1%) No vascularizado=9(40.9%)	Vascularizado=11(91.7%) No vascularizado=1(8.3%)	.061
Conductos retroareolares	Normales=18 (81.8%) Ectásicos=4(18.2%)	Normales=12(100%) Ectásicos=0 (0%)	.273

Tabla 6. Frecuencia de los hallazgos por ultrasonido en las lesiones benignas y malignas

Lista de Abreviaturas

LPLesión papilar

HDAHiperplasia ductal atípica

CDISCarcinoma ductal in situ

OMSOrganización Mundial de la Salud

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

6%

★ www.smri.org.mx

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 5 words

Excluir bibliografía

Activo

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32

PÁGINA 33

PÁGINA 34
