

Patología mamaria.

Médica Patóloga Larisa Mora. Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

AÑO 2012

Los métodos de diagnóstico histológico utilizados más frecuentemente en enfermedad mamaria están representados por:

a) Histológicos (obtención de tejido)

- Pieza de mastectomía radical
- Pieza de cuadrantectomía
- Lumpectomía
- Punción biopsia con aguja de trucut guiada por imagen

b) Citológico (obtención de células por aspiración)

- Punción aspiración con aguja fina (PAAF)

Preparación del material:

Inmediatamente después de su adquisición el espécimen de biopsia se debe colocar en una solución de formol al 10% para preservar el detalle citológico y minimizar el secado y la degradación de los marcadores biológicos tales como los receptores hormonales.

Para el caso de la PAAF el material obtenido, correctamente extendido en un portaobjetos se colocará en alcohol o se fijará con spray.

Formato de requisición:

El formato de requisición que se presenta con el espécimen debe contener datos de identificación del paciente, incluyendo edad, sexo, lateralidad (el lugar de donde se extrae la muestra se indica por lo general mediante la asignación de una esfera de reloj y la distancia del pezón), indicación clínica para el procedimiento, historia clínica, biopsias anteriores, diagnóstico clínico, lugar de donde se extrae la muestra datos específicos tales como presencia de microcalcificaciones. Deben añadirse nombre del médico que presenta el reporte y la fecha del procedimiento. Se debe registrar una descripción general del espécimen, documentando el número de focos y cualquier otra característica.

Procesamiento:

Los métodos rutinarios de procesamiento incluyen inclusión en parafina, corte y coloración con hematoxilina eosina. Los cortes histológicos deben ser de 4 o 5 micras de espesor y se recomienda la observación de por lo menos tres niveles (sección de intervalo) o cinco en el caso de "focos atípicos". Es importante no agotar el tejido de biopsia en la preparación de cortes histológicos iniciales a fin de preservar el material.

Los especímenes de biopsia derivados de una lesión con calcificaciones, como las demostradas por mamografía deben someterse a radiografía inmediatamente después del procedimiento, y se debe confirmar la presencia de la calcificación en la biopsia. Las calcificaciones se pueden observar en las radiografías de los bloques de parafina y permanecen detectables en ésta condición por un período indefinido. El estudio radiográfico de los bloques de parafina puede ser útil para identificar las calcificaciones en las biopsias obtenidas por aguja de trucut.

En ocasiones, las microcalcificaciones, que fueron detectadas mamográficamente, no son identificables en las secciones histológicas. Esto puede suceder por deshechar los niveles con calcificaciones en el micrótomó, no reconocer depósitos de oxalato de calcio (no evidente con H&E) y el muestreo inadecuado. Siempre que se realice una biopsia por calcificaciones el reporte de patología debe especificar si éstas, están presentes y sobre que lesión asientan.

En la actualidad los métodos quirúrgicos más conservadores han difundido con más énfasis la utilización de la punción bopsia con aguja de trucut.

Otra forma de diagnóstico es la citología por imresión táctil (comprimiendo suavemente el espécimen sobre el portaobjetos de vidrio), que al igual que el material obtenido por punción con aguja fina (PAAF) sera fijado en alcohol, con spray o secado al aire. Los portaobjetos fijados en alcohol pueden colorearse con H&E o Papanicolau y los secadoa al aire se colorearán con Diff-Quick. Este método es valioso para valorar inmediatamente la suficiencia del espécimen, reduciendo, así el número de muestras insuficientes.

Informe patológico

El informe patológico de un espécimen de biopsia debe describir las características diagnósticas de una manera concisa y clínicamente significativa. Una descripción microscópica detallada de los hallazgos histológicos no es necesaria en todos los casos, especialmente cuando el diagnóstico específico está claramente establecido; por ejemplo es suficiente informar "fibroadenoma" sin enunciar sus características microscópicas, a veces éstas se pueden agregar al diagnóstico para transmitir información adicional de importancia clínica. Cuando se diagnostica carcinoma, se debe describir la presencia o ausencia de invasión. Para carcinoma in situ el diagnóstico debe establecer el tipo (ductal o lobulillar), grado nuclear y presencia de necrosis luminal y calcificación. En casos de carcinoma ductal in situ (DCIS), se debe mencionar el patrón arquitectural (sólido, micropapilar, cribiforme, etc.). El diagnóstico de carcinoma invasivo debe describir el subtipo del tumor (ductal, lobulillar o tipo especial-ej. Tubular, mucinoso, etc.), carcinoma in situ asociado y presencia de invasión linfovascular como también lesiones proliferativas benignas de importancia y distribución de calcificaciones. Se debe reportar grado histológico y nuclear así como conteo mitótico. Los factores más importantes que determinan el pronóstico del carcinoma mamario son el compromiso de nódulos linfáticos, el tamaño del tumor y el grado histológico. La identificación del tamaño en las biopsias tomadas con agujas de trucut, no es confiable, porque las muestras se toman a azar y no pueden representar el diámetro completo del tumor.

La inmunomarcación es de utilidad para aquellas circunstancias en que hay dificultad

para distinguir el carcinoma lobulillar del ductal, y se realiza por medio de E-caderina. Las membranas de células tumorales serán inmunorreactivas en casi todas las lesiones ductales y no reactivas en el carcinoma lobulillar.

PAPEL DEL INFORME DE PATOLOGIA DEL ESPECIMEN DE BIOPSIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE.

El procedimiento de biopsia por aguja de trucut, es altamente exacto para el diagnóstico de la mayoría de las lesiones mamarias, con un valor predictivo positivo para el diagnóstico de carcinoma invasivo de 98% a 99.8%.

La biopsia percutánea de trucut guiada por imagen es una alternativa aceptada en el diagnóstico de lesiones mamarias. Los dispositivos para adquisición de tejido por éste método incluyen

- pistolas cargadas con resorte
- agujas automáticas de trucut (usualmente calibre 14)
- sondas direccionales de succión

Los métodos de guía para la biopsia percutánea incluyen

- estereotáctica
- ultrasonido
- registro de imagen por resonancia magnética (RM)

La guía estereotáctica se puede emplear para la biopsia de todas las lesiones mamográficamente evidentes pero se emplea con más frecuencia para calcificaciones. La guía por ultrasonido tiene varias ventajas, incluyendo la carencia de radiación ionizante, visualización de la aguja en tiempo real, acceso a todas las partes de la mama y axila.

Indicaciones de la biopsia percutánea de trucut:

Para evaluación de lesiones no palpables identificadas por proyección de mamografía.

El diccionario del Reporte de Registro de Imagen Mamaria y Sistema de Datos (BI-RADS) define categorías de valoración de un grupo de términos empleados para describir el nivel de sospecha con respecto a una lesión detectada en un estudio imagenológico mamario.

Ventajas

Puede excluir la necesidad de cirugía en muchas mujeres con lesiones benignas y puede reducir el número de cirugías en mujeres con cáncer de mama. Es menos invasiva y menos costosa que la biopsia quirúrgica y se puede realizar rápidamente. Se remueve menos tejido, lo cual da como resultado la no deformidad de la mama y menos cicatrices en mamografías subsiguientes. Las complicaciones son inusuales. Para mujeres con lesiones mamaria múltiples, la biopsia percutánea de dos o más

áreas puede ayudar a determinar si se presenta carcinoma en un solo lugar o en varios. Esta información puede influenciar el tratamiento quirúrgico. La presencia de carcinoma en dos lugares del mismo cuadrante (enfermedad multifocal) puede indicar la necesidad de una excisión más amplia, y la presencia de carcinoma en dos cuadrantes separados (enfermedad multicéntrica) por lo general garantiza mastectomía. También puede reducir el número de cirugías en mujeres con nuevas lesiones detectadas por mamografía después de la conservación mamaria. Si la biopsia indica un diagnóstico benigno, concordante con las características imagenológicas, se puede evitar la cirugía y si revela carcinoma recurrente en la mama tratada, la paciente puede seguir su curso con la cirugía definitiva, generalmente mastectomía. También es útil en mujeres con cáncer localmente avanzado o metastásico. Las muestras se pueden analizar para evaluar la presencia de receptores para estrógeno, progesterona y HER2/neu ayudando en la selección de la quimioterapia.

Otras ventajas: costos más bajos, menor generación de cicatrices

Problemas de la biopsia percutánea:

Subestimación histológica: puede subestimar el grado de patología en las lesiones que contienen hiperplasia ductal atípica (HDA) y carcinoma in situ o invasor, en casos en que sólo se extrae parte de la HDA y no del carcinoma. Con el uso de dispositivos para mayor adquisición de tejido hay una probabilidad más alta de excisión completa del blanco de imagen diagnóstica.

Repetición después de la biopsia percutánea:

Las indicaciones para repetición de biopsia incluyen discordancia entre los hallazgos histopatológicos e imagenológicos. La recomendación del patólogo de un posible tumor filodes y tejido inadecuado. Existe controversia con respecto a la necesidad de excisión quirúrgica después de otras lesiones específicas incluyendo cicatriz radial, lesiones papilares, hiperplasia lobulillar atípica y carcinoma lobulillar in situ.

Biopsia mamaria guiada por resonancia magnética (RM):

Puede detectar el carcinoma que está oculto mamográfica y clínicamente. La sensibilidad de la RM es alta pero la especificidad es más baja. Es necesaria la biopsia de lesiones sospechosas detectadas por RM para un diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFIA

Patología mamaria. Diagnóstico mediante biopsia por punción. Segunda edición. Paul Peter Rosen. Syed A. Hoda