



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS Y
FORENSES
TRABAJO MONOGRÁFICO**



**BIOPSIA CON AGUJA GRUESA EN LESION DE LA GLÁNDULA MAMARIA
COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO**

AUTORES:

AULAR DANYELO
COLMENAREZ LUIS
NAVARRO WHISLEIBY

TUTORA:

ARGÜELLO ALCIRA

Bárbula, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
T.S.U. EN HISTOTECNOLOGÍA
INFORME MONOGRÁFICO**



CONSTANCIA DE ENTREGA

La presente es con la finalidad de hacer constar que el trabajo Monográfico titulado:

**BIOPSIA CON AGUJA GRUESA EN LESION DE LA GLÁNDULA MAMARIA
COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO**

Presentado por los Bachilleres:

AULAR DANYELO CI: 21.238.177
COLMENAREZ LUIS CI: 19.523.847
NAVARRO WHISLEIBY CI: 22.410.552

Fue leído y se considera apto para su presentación desde el punto de vista metodológico, por lo que tienen el derecho de hacer la presentación final de su TRABAJO MONOGRAFICO. Sin más a qué hacer referencia, se firma a petición de la parte interesada a los ____ días del mes de _____ del año 2016.

Alcira Argüello

C.I. N°: 4.463.121

Firma



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS Y FORENSES
TRABAJO MONOGRÁFICO**

CARTA DE APROBACIÓN

Los suscritos miembros del jurado designado para examinar el Informe Monográfico titulado: **BIOPSIA CON AGUJA GRUESA EN LESION DE LA GLÁNDULA MAMARIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO**

Presentado por los bachilleres:

Aular Danyelo CI: 21.238.177

Colmenarez Luis CI: 19.523.847

Navarro Whisleiby CI: 22.410.552

Hacemos constar que hemos examinado y aprobado el mismo, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su forma y presentación.

Fecha: _____

Profesor

Profesor

Profesor



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS Y FORENSES
TRABAJO MONOGRÁFICO**

**BIOPSIA CON AGUJA GRUESA EN LESIÓN DE LA GLÁNDULA MAMARIA
COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO**

AUTORES:

Aular Danyelo
Colmenarez Luis
Navarro Whisleiby

TUTOR

Argüello Alcira

RESUMEN

La Biopsia con aguja gruesa, es una técnica que usa una aguja delgada y hueca para extraer una pequeña cantidad de tejido de la mama. Se puede usar tanto en las áreas sospechosas que se pueden palpar, así como en aquellas áreas que se pueden ver en una mamografía o en otros exámenes, la cual se puede emplear en masas internas o externas. Se utiliza una aguja hueca más grande que en la aspiración con aguja fina. La siguiente investigación tiene como Objetivo general, Evaluar la importancia de las biopsias con aguja gruesa, en lesión de la glándula mamaria como método de diagnóstico y como Objetivos específicos a desarrollar, Describir las principales características histológicas de las glándulas mamarias Determinar los tipos de lesiones que existen en la glándula mamaria, Describir el procedimiento de la biopsia con aguja gruesa en glándula mamaria. Metodológicamente es una monografía documental, bibliográfica la cual, irá enfocada en la técnica de biopsia con aguja gruesa en lesiones de la glándula mamaria, por lo que ayudara a conocer, analizar y evaluar diversas patologías, ya que esta técnica, permite obtener una muestra de calidad para el estudio histopatológico de la lesión sin causar una herida mayor al paciente.

Palabras clave: biopsia, mama, lesión, evaluar, aspiración



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS Y FORENSES
TRABAJO MONOGRÁFICO**

**BIOPSY WITH THICK NEEDLE IN INJURY GLAND MAMMARY AS
DIAGNOSTIC METHOD**

AUTHORS:

Aular Danyelo
Colmenarez Luis
Navarro Whisleiby

Year: 2016.

ABSTRACT

The Core needle biopsy is a technique that uses a thin, hollow to remove a small amount of breast tissue needle. This technique can be used both suspicious areas that can be felt as well as those areas that can be seen on a mammogram or other tests, and can be used in internal or external masses. In this technique a larger than in the FNA hollow needle is used. The following general objective research, evaluate the importance of core needle biopsies in the mammary gland injury as a diagnostic method. Develop specific, describe the main histological features of the mammary glands Determine the types of injuries that exist in the mammary gland, describe the process of the core needle biopsy in mammary gland objectives. Methodologically is a documentary monograph literature which will focus on the technique of core needle biopsy in lesions of the mammary gland, which help to analyze and evaluate various pathologies, since this technique allows obtaining a sample of quality for the histopathology of the lesion without causing further injury to the patient.

Keywords: biopsy, needle, hollow, sinus injury, gland, evaluate, aspiration

Research Line: diagnosis method

INDICE

CONSTANCIA DE ENTREGA.....	II
CARTA DE APROBACIÓN	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	7
DESARROLLO	9
ANTECEDENTES	9
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA GLÁNDULA MAMARIA.....	13
TIPOS DE LESIONES.....	13
TÉCNICA DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA	18
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22

INTRODUCCIÓN

La mama es un órgano complejo, compuesto por tres tipos de tejidos: el tejido glandular de tipo túbulo-alveolar, el tejido conjuntivo que tiene la función de conectar los lóbulos y el tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares, además posee músculos, vasos, nervios, y el revestimiento cutáneo, todos sus anexos y estructuras pueden originar tumores, ya sean de tipo benigno o maligno debido a los diversos tipos de neo formaciones que se desarrollan en ella. Ahora bien, las muestras de células o tejido de mama se ven bajo el lente de un microscopio para detectar posibles señales de cáncer.

Hay tres tipos principales de biopsias: la biopsia con aguja fina, la biopsia con aguja gruesa y la biopsia quirúrgica. El tipo de biopsia se realiza depende de la naturaleza y localización de la enfermedad en la mama. La biopsia con aguja fina con frecuencia se utiliza como primera opción porque es más rápida, sencilla y exacta y menos invasiva. La punción aspiración con aguja fina (PAAF), también se conoce como biopsia con aguja fina, Se usa una aguja delgada para extraer algunas células de la masa palpable de la mama. Este procedimiento puede hacerse de manera ambulatoria y sólo dura unos pocos minutos.¹

La biopsia con aguja gruesa se realiza con un tipo de aguja especial, hueca, la cual cuenta con un componente adicional dentro de la misma, básicamente otra aguja, que al ser accionada genera un movimiento rápido y cortante para así extraer muestras de tejido de la mama, en forma de cilindros muy pequeños. Se puede usar tanto en las áreas sospechosas que se pueden palpar, así como en aquellas áreas que se pueden visualizar utilizando técnicas de imágenes (ecografías, tomografía computarizada o scanner, resonancia magnética o fluoroscopio. Se realiza una pequeña incisión en la piel con un bisturí para que la aguja pueda penetrar. Este tipo de biopsia con aguja se realiza aplicando anestesia local y puede ser realizada en un centro de atención ambulatoria.

La biopsia asistida por vacío, es una aguja más gruesa y hueca que extrae muestras centrales de tejido con una sonda asistida por vacío, que se inserta una sola vez. Este tipo de biopsia por aguja puede hacerse con la ayuda de la mamografía Estereotáctica o con la ecografía y se realiza bajo anestesia local, en forma ambulatoria.² La biopsia quirúrgica abierta es un procedimiento que extrae toda la masa sospechosa, se hace bajo anestesia local y sedante (estando dormida) en un hospital o clínica, y en algunos casos de forma ambulatoria. La mayoría de las mujeres regresan a casa el mismo día. En la biopsia Excisional se extrae toda la masa y parte del tejido normal que la rodea, este es el tipo más común de biopsia quirúrgica. También es la manera más precisa para diagnosticar cáncer de mama.

Por lo antes mencionado, la presente investigación tiene como objetivo general; Evaluar la importancia de las biopsias con aguja gruesa, en lesiones de la glándula mamaria como método diagnóstico y como objetivos específicos se plantea; desarrollar y describir las principales características histológicas de las glándulas mamarias, determinar los tipos de lesiones que existen en la glándula mamaria, describir el procedimiento de la biopsia con aguja gruesa en glándula mamaria. La investigación se enfoca en la técnica de biopsia con aguja gruesa en lesiones de la glándula mamaria, la cual ayudara a conocer, analizar y evaluar diversas patologías microscópicamente, ya que esta técnica permite obtener una muestra de calidad para el estudio histopatológico de la lesión sin causar secuelas graves al paciente. De manera pues, que con la presente investigación se espera dar un pequeño aporte a la sociedad, afectados o no por este tipo de patologías con el fin de dar a conocer uno de los métodos de diagnóstico en lesiones mamarias y las ventajas que ofrece la biopsia con aguja gruesa como método diagnóstico en la salud y calidad de vida del paciente al ser una técnica poco invasiva pero que proporciona una muestra de tejido apto para un óptimo estudio anatomopatológico.

DESARROLLO

ANTECEDENTES

Según el Dr. Alejandro Franco Inurreta y otros (2011) quienes desarrollaron un trabajo de investigación titulado: "Biopsias de mama con aguja gruesa guiada por Estereotáxica, realizado en el Centro Medico Nacional el 20 de noviembre del ISSSTE". La biopsia de mama con aguja gruesa dirigida por Estereotáxica es suficientemente precisa para obtener muestras histológicas de las lesiones observadas en los estudios de mastografía y ultrasonido, por lo que puede cambiar y agilizar el plan terapéutico de la paciente.

El objetivo general de la mencionada investigación fue reportar la experiencia con la biopsia de mama con aguja gruesa guiada por Estereotáxica. Su metodología, fue un estudio de tipo no experimental y longitudinal. La muestra incluida en el estudio fue de 54 pacientes con un total de 58 lesiones a las que se les realizaron biopsias de mama dirigidas por Estereotáxica, en un periodo que comprendió desde agosto de 2007 hasta julio de 2009, las pacientes incluidas en el estudio se les dio seguimiento durante 18 meses y tenían una edad promedio de 54.7 años de edad (rango de 22 a 70 años).

Se identificaron 58 lesiones sospechosas con mastografía y ultrasonido, en dos pacientes se reportaron lesiones benignas por imagen; sin embargo, por sus antecedentes personales y familiares, se les realizaron biopsias de las lesiones a petición de las propias pacientes y para obtener la certeza histológica de benignidad. A las 52 pacientes restantes se les realizó biopsia con aguja gruesa dirigida por Estereotáxica para confirmar la naturaleza maligna sospechada en los estudios de imagen. El diagnóstico histológico con biopsia con aguja gruesa dirigida por Estereotáxica fue posible en 58 lesiones con una sensibilidad del 91% para el diagnóstico de cáncer de mama y con una especificidad de 100%.

Este trabajo aporta información valiosa a la investigación en cuanto a la importancia y utilidad del uso de la biopsia con aguja gruesa como método diagnóstico confiable, por medio del estudio histológico certero en lesiones de las glándulas mamarias.

Enrique Bellolio, Viviana Pineda y otros (2015) en Chile realizaron una investigación titulada “Valor predictivo del sistema BIRADS para detección de cáncer de mama con mamografía en biopsias por punción con aguja gruesa. Revisión de 5 años en un hospital de referencia”. El cáncer de mama en Chile es la primera causa de muerte oncológica en las mujeres y su incidencia se encuentra actualmente en aumento, por lo que se hace importante determinar métodos probados, en nuestra población, para el tamizaje del mismo; aumentando de esta forma el diagnóstico en etapas neoplásicas tempranas.

Su objetivo general fue determinar el valor predictivo del sistema de reporte BIRADS en el Hospital Dr. Hernán Hernández Aravena, a través del análisis de pruebas diagnósticas, el estudio fue de tipo transversal, donde se recolectaron todas las biopsias por punción de aguja gruesa, guiada bajo ecografía, recibidas en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, desde el 01 de enero de 2006 hasta el 31 de enero de 2010, obteniéndose un total de 1.313 biopsias de este tipo.

Se realizó cálculo de valores predictivos, sensibilidad, especificidad y exactitud del examen con el programa STATA 10, con intervalo de confianza de 95%. El tamaño de muestra estimado, como representativo debía incluir al menos 970 casos con un error tipo 1 de 2% y un nivel de confianza de 99%. La muestra final obtenida que cumplió con los criterios de inclusión fue de 1.058 casos, lo que fue representativo del total realizado en dicho estudio.

Este trabajo aporta datos importantes que señalan la sensibilidad y exactitud de las biopsias extraídas por punción por aguja gruesa en lesiones mamarias,

señalando de esta forma su confiabilidad, utilizando esta técnica como método de diagnóstico preventivo, detectando patologías malignas de la mama a etapas tempranas.

Según, Enciso, I Arrizabalaga, R y otros (2016) presentaron un trabajo de investigación en España, titulado “Precisión diagnóstica de la biopsia axilar guiada por ecografía en pacientes con cáncer de mama T1-T2”. El objetivo general fue analizar la precisión diagnóstica de la biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía en pacientes con cáncer de mama T1-T2 con ganglios sospechosos y evaluar las diferencias en los ganglios positivos (G+) entre las pacientes con una BAG positiva y una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) positiva.

La metodología del estudio fue retrospectiva, seleccionando los casos recibidos entre 2008 y 2015, se incluyeron 100 pacientes con cáncer de mama y ganglios axilares ecográficamente sospechosos a las que se les realizó BAG. Las pacientes que obtuvieron un resultado negativo, se les indicó una BSGC. Se consideraron positivas las muestras de BAG o BSGC con enfermedad tumoral, realizándose posteriormente una linfadenectomía axilar (LA). Se valoró la sensibilidad (S) y el valor predictivo negativo (VPN) en todas las pacientes y en función del tamaño tumoral. Se evaluaron las diferencias en G+ y ganglios totales (Gt) entre las pacientes con BAG y BSGC positivas. Se realizó el análisis en 2 escenarios diferentes, uno considerando micro metástasis y metástasis positivas, y otro siendo positivas únicamente las metástasis.

Este estudio aporta a la investigación información importante sobre la precisión diagnóstica en lesiones en la glándula mamaria como también anomalías glandulares de las mismas.

Revista de oncología de Venezuela (2013) presentó un trabajo de investigación titulado “adenocarcinoma ductal infiltrante en trayecto de biopsia por aguja gruesa propósito de un caso” en donde se muestra un caso clínico inusual de paciente

con progresión y enfermedad en el sitio de la punción con aguja gruesa. Algunos autores han encontrado desplazamientos de células tumorales en este trayecto que pone en duda la supervivencia de la células; riesgo correlacionado con el tamaño de la aguja utilizada pero con incidencia que no se han estudiado en el caso del cáncer de mama.

En su metodología realizaron un trabajo de tipo descriptivo observacional dando seguimiento a un paciente de sexo femenino de 43 años de edad con enfermedad actual de 2 años de evolución caracterizada por tumor de crecimiento progresivo en mama izquierdo donde se le realizó Biopsia con aguja gruesa de tumor de mama izquierda. Evaluación de respuesta del servicio de patología mamaria 02/02/2011 se encuentra tumor de 10 cm x 8,5 cm en mama izquierda con infiltración de piel en orificio de la biopsia por aguja gruesa sin llegar a ulcerarse. Con respecto a este procedimiento, se ha reportado como principal complicación el sangrado e infección. Este problema debe tenerse en cuenta al planear el seguimiento de las pacientes con este tipo de biopsia mamaria, destacando su valor en el diagnóstico. Se considera que la progresión del tumor en el trayecto de la piel puede deberse más a la cercanía de este tumor a la piel que el procedimiento realizado para la obtención de la muestra de biopsia, porque este fenómeno no es frecuente en adenocarcinoma mamario y menos considerando que la paciente presentó dicha progresión en vigencia de quimioterapia

Este trabajo aporta a la investigación información importante y aspectos para tener en cuenta a la hora de realizar una biopsia con aguja gruesa y también destacar que es poco probable la implantación de células tumorales en el trayecto. De la aguja en la extracción de muestras histológicas por punción

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Las glándulas mamarias son órganos que se clasifican como glándulas tubulares ramificadas que se desarrollan a partir de células epiteliales de la región torácica. En las mujeres cada glándula mamaria se organiza en 15 o 20 lóbulos irregulares, cada lóbulo se subdivide en varios lobulillos que contienen las unidades lobulillares secretoras. Cada unidad lobulillar, se compone de parénquima glandular mamario (alvéolos secretores en la glándula mamaria en lactancia y conductillos terminales en la glándula mamaria en reposo) y estroma de tejido conjuntivo. Los estromas interlobulillares consisten en tejido conjuntivo denso no modelado infiltrado por cantidades variables de tejido adiposo, en cambio, el estroma intralobulillar se compone de tejido conjuntivo laxo que rodea los componentes epiteliales lobulillares de la glándula.³

TIPOS DE LESIONES

La glándula mamaria es de origen ectodérmico y constituye la característica fundamental de los mamíferos, quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción, la leche. En casi todos los mamíferos la vida del recién nacido depende de la capacidad de su madre para amamantarlo, por lo tanto, una lactancia adecuada es esencial para completar el proceso de la reproducción y la supervivencia de la especie. En la mujer, la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama. La histología de la glándula mamaria es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alveolos y ductos, y un estroma de soporte.

Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche. El proceso de síntesis y de

secreción es similar en todas las especies. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento de la leche en la glándula mamaria varía en las diversas especies. Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

El tejido glandular de la mama se encuentra rodeado de tejido adiposo el cual determina el tamaño de la mama, cada glándula mamaria consiste de 15 a 20 lóbulos o compartimentos separados por tejido adiposo cada lóbulo tiene diversos compartimientos pequeños llamados lobulillos los cuales contienen células secretoras de leche (alveolos), conociendo estos concepto podemos resaltar la funcionalidad y la estructura de la glándula mamaria, algo que es de gran importancia para percibir el alcance de las lesiones en esta glándula y lo perjudicial para la calidad de vida de una persona que padezca o que sospecha de alguna patología o lesión en las glándulas mamarias; patologías que no respetan sexo, edad ni condición social. Todos estamos expuestos a alguna alteración de la histología de esta glándula, la cual detectada a tiempo tiene altas posibilidades de tener una buena evolución.

Existen casos en los que un paciente puede presentar patologías benignas que no tienen relación con el cáncer de mama pero hay algunas patologías benignas que si pueden tener alguna relación con el diagnóstico de cáncer, los tumores benignos de las glándulas mamarias son áreas no cancerosas en las que las células de las mamas han crecido de forma anormal y rápida, a menudo formando una masa. Contrario a los quistes, los cuales están llenos de líquido, los tumores son sólidos. Puede que los tumores benignos causen algún dolor, pero no son peligrosos y no se propagan de la mama hacia otros órganos, aun así, es importante conocer sobre algunas afecciones benignas de la mama, como los

papilomas y la hiperplasia atípica, ya que las mujeres con estas condiciones presentan un riesgo mayor de padecer cáncer de seno.⁴

Realizar una biopsia es la única forma de saber si una masa es benigna o si se trata de cáncer. Si un tumor benigno es grande, puede cambiar el tamaño y forma de la mama, si está creciendo hacia el tejido de los conductos mamarios, puede causar secreción anormal del pezón.

La clasificación de los tumores malignos, se basa en si el cáncer se originó en los conductos o en los lobulillos, si las células han invadido (han crecido o se han propagado) a través del conducto o el lobulillo y en la apariencia de las células cancerosas bajo el microscopio. Basándose en esto se puede diferenciar varios tipos de cáncer, tales como:

Carcinoma in situ

Carcinoma ductal infiltrante (invasivo) (IDC)

Carcinoma lobulillar infiltrante (invasivo) (ILC)

Carcinoma medular

Carcinoma coloide

Carcinoma tubular

Cáncer inflamatorio de mama

Enfermedad de Paget de la mama

Carcinoma In situ: El cáncer permanece confinado en los conductos o los lobulillos y no se ha propagado al tejido adiposo circundante de la mama ni a otros órganos del cuerpo. Alrededor del 15% de los cánceres de mama son carcinomas in situ.⁵

Existen dos tipos de carcinoma in situ de mama: Carcinoma lobulillar in situ (también se conoce como neoplasia lobulillar) se origina en los lobulillos pero no atraviesa las paredes del lobulillo. La mayoría de los especialistas consideran que el carcinoma lobulillar in situ no es en sí un cáncer real, sin embargo, las mujeres

con este carcinoma corren un mayor riesgo de desarrollar un cáncer invasivo en cualquiera de las dos mamas durante su vida. Alrededor del 25% de las mujeres con carcinoma lobulillar in situ contraen cáncer de mama en un lapso de 30 años.

Carcinoma ductal in situ o introductor: es el tipo más común de cáncer no invasivo de la mama. Las células cancerosas dentro de los conductos no se propagan a través de las paredes de los conductos hacia el tejido adiposo de la mama. El carcinoma ductal in situ podría recurrir en la misma área, y podría progresar lentamente hasta llegar a ser cáncer infiltrante con el pasar del tiempo.

Carcinoma ductal infiltrante: se origina en los conductos, y puede penetrar la pared del conducto y propagarse al tejido adiposo de la mama, invadiendo los canales linfáticos o los vasos sanguíneos de la mama y propagarse a otras partes del cuerpo. El carcinoma ductal infiltrante o invasivo es el responsable de aproximadamente entre 80 y 85 % de todos los casos de cáncer de mama.

Carcinoma lobulillar infiltrante: este tipo de cáncer se origina en las glándulas productoras de leche. Al igual que el carcinoma ductal infiltrante, este cáncer puede propagarse más allá de las mamas hacia otras partes del cuerpo. Aproximadamente entre 10 y 15% de los cánceres invasivos de la mama son carcinomas lobulillares invasivos.

Carcinoma medular: este tipo especial de cáncer ductal infiltrante presenta un límite marcado, relativamente bien definido, entre el tejido del tumor y el tejido normal de la mama. También presenta otras características especiales, entre ellas el gran tamaño de las células cancerosas y la presencia de células del sistema inmunitario en los bordes del tumor. Es el responsable de aproximadamente 5% de todos los casos de cáncer de mama.

Carcinoma coloide: este tipo poco común de cáncer llamado carcinoma mucinoso, está formado por células cancerosas que producen mucosidad. El pronóstico para el carcinoma coloide es ligeramente mejor y tiene probabilidades ligeramente menores de propagación (metástasis) que el carcinoma ductal invasivo o el carcinoma lobulillar invasivo del mismo tamaño.

Carcinoma tubular: es un tipo especial de carcinoma ductal infiltrante. Es el responsable de aproximadamente 2% de todos los casos de cáncer de mama. Tiene un pronóstico ligeramente mejor y ligeramente menores probabilidades de hacer metástasis que el carcinoma ductal invasivo o el carcinoma lobulillar invasivo del mismo tamaño.

Cáncer inflamatorio de mama: es un tipo de cáncer infiltrante que causa inflamación y enrojecimiento en la piel de la mama afectada, dando la apariencia de una cáscara de naranja. Se pensaba que se trataba de una inflamación en las mamas, pero hoy en día, los médicos saben que estos cambios se deben a la propagación de las células cancerosas dentro de los canales linfáticos de la piel. Presenta mayores probabilidades de propagación y un peor pronóstico que el típico cáncer ductal invasivo o lobulillar invasivo. Este tipo de cáncer se clasifica en etapa IIIB, a menos que ya se haya propagado a otros órganos en el momento del diagnóstico, lo que se clasificaría como etapa IV.

La enfermedad de Paget de la mama: se caracteriza por los cambios cutáneos que simulan un eczema alrededor del pezón y la mama. También se puede presentar en zonas de piel de los genitales y el recto. Cuando se disemina hacia estas zonas del cuerpo es denominada; enfermedad de Paget extra mamaria. La enfermedad de Paget de mama a menudo indica la existencia de otro cáncer interno. Se puede presentar tanto en hombres como en mujeres

TÉCNICA DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA

En la práctica médica en general y la oncología en particular muchas veces es necesario obtener muestras de tejido de lesiones para determinar su naturaleza maligna o benigna dado que de ello depende la conducta terapéutica definitiva, es por eso que en la actualidad existe un amplio espectro de sistemas de biopsia percutánea, muy diferentes entre sí. Estas técnicas tienen las ventajas de ser realizadas en régimen ambulatorio, empleando anestesia local, con una buena tolerancia por parte de las pacientes, con mínima o nula cicatriz, con un costo inferior al de la biopsia quirúrgica y con una rápida incorporación de la paciente a sus quehaceres diarios.⁶

La biopsia con aguja gruesa se puede emplear en masas internas o externas. Se utiliza una aguja hueca más grande que en la punción aspiración con aguja fina, Habitualmente realizada con agujas de calibre 18G, 16G y sobre todo 14G, permite extraer un cilindro de tejido tumoral conformado no sólo por sus células sino también por los elementos de soporte, tejido conectivo, vasos linfáticos y micro capilares, la ventaja de esta técnica de biopsia estriba es que se conserva la arquitectura del tejido lo cual permite establecer con mayor precisión el potencial de malignidad e invasión de una lesión tumoral.

Para realizar una punción con aguja gruesa primero debe seleccionarse el calibre y la longitud de la aguja a emplear, la selección de la longitud adecuada permitirá ejecutar el procedimiento con absoluta seguridad. Una vez que se ha seleccionado la longitud de la aguja puede elegirse si se usará una aguja manual, automática o semiautomática, Hace algunos años las biopsias superficiales, sobre todo en mama, se realizaban a ciegas sin embargo en la actualidad con el desarrollo de equipos portátiles de ultrasonido y el entrenamiento de más y más personal, prácticamente todas las biopsias por aguja gruesa son eco guiadas lo cual permite obtener muestras significativas de las regiones que más interesa evaluar en la tumoración; como la aguja es más grande, se utiliza anestesia local⁶ para

adormecer el área antes de introducir la aguja, el médico hace una pequeña incisión en la piel e introduce la aguja a través de ella.

Este tipo de biopsia, se realiza en el consultorio médico, antes del procedimiento, le pedirán que se retire la ropa de la cintura para arriba, el paciente llevará puesta una bata que se abre por el frente. El médico limpiará primero el área sobre la mama e inyectará luego anestesia. La paciente estará despierta durante la biopsia, acostada boca arriba (la persona permanece despierta pero la región del seno es adormecida). Una vez que la mama ha sido adormecida con anestesia local, el cirujano o radiólogo utiliza la aguja gruesa para extraer varias muestras cilíndricas de tejido de la zona posiblemente afectada. En la mayoría de los casos, el médico debe introducir la aguja entre 3 y 6 veces para obtener muestras suficientes. La pequeña incisión se cierra con "Steri-Strips" y se cubre con un vendaje más grande para protegerla. Generalmente, la biopsia con aguja gruesa no deja cicatrices.⁷

Si el cirujano o radiólogo no puede palpar la lesión a través de la piel, usualmente coloca la aguja en el área anormal usando una ecografía o rayos X para guiar la aguja hacia el lugar correcto, si el área se puede palpar fácilmente, la aguja de la biopsia puede ser guiada hacia el tumor mientras el médico está sintiendo (palpando) la masa o protuberancia. También puede insertar una grapa metálica pequeña dentro de la mama para marcar la ubicación de la biopsia en caso de que el tejido resulte canceroso y sea necesario otro procedimiento quirúrgico. Esta grapa permanece dentro de la mama ya que no es nociva para el cuerpo. Si la biopsia justifica una cirugía posterior, la grapa se quitará en ese momento.

La muestra, siendo más grande, permite al patólogo examinar la organización celular del tejido, en vez de solo examinar a células individuales y así puede buscar cambios asociados con una variedad de enfermedades. Al poder examinar al tejido en vez de células individuales, el patólogo puede obtener un buen diagnóstico de la salud del órgano del cual se obtuvo la muestra.

Además de ofrecerle resultados rápidos sin dejarle cicatrices significativas ni causarle mucha incomodidad, tanto biopsia por aspiración con aguja fina, como la biopsia con aguja gruesa, permiten evaluar opciones de tratamiento junto al médico antes de cualquier intervención quirúrgica. Este es un procedimiento que toma más tiempo que la biopsia de aspiración por aguja fina, pero es más probable que arroje un resultado preciso, ya que se extrae más tejido para ser examinado. La biopsia con aguja gruesa puede causar moretones, pero por lo general no deja cicatrices internas ni externas. La biopsia con aguja gruesa puede efectuarse en el consultorio, a menos que el médico necesite la ayuda de equipos de diagnóstico por imágenes para guiarla.

CONCLUSIONES

Las lesiones mamarias son una de las principales afecciones que afectan a un gran número de personas, sin importar la raza, clase social, ni ideologías. No siempre son lesiones malignas pero para ello se debe realizar una serie de estudios para diagnosticar e identificar verazmente el tipo de lesión histológica y de esta manera detectar lo más pronto posible las patologías que ponen en riesgo la vida del paciente.

La punción percutánea se ha convertido en el pilar diagnóstico no quirúrgico de las lesiones mamarias, dado su alto rendimiento diagnóstico. Los recientes avances en quimioterapia y las nuevas terapias dirigidas a la lesión, junto con la necesidad de un diagnóstico específico histológicos del tumor y los marcadores moleculares han llevado a una creciente necesidad de una mayor cantidad de tejido para su estudio. Existe una mayor tasa de complicaciones en las punciones con aguja fina que en grupos de pacientes en los que se emplea la biopsia con aguja gruesa siendo las diferencias muy significativas, dado que influyen otros parámetros como número de introducciones necesarias para obtener una muestra válida para el diagnóstico así como el tamaño y profundidad de la lesión.

La biopsia con aguja gruesa aporta una mayor información para estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos. Gracias a miles de estudios con los que se diagnostica el cáncer en cualquiera de sus niveles debemos tomar como prioridad la importancia de la biopsia con aguja gruesa, ya que es un procedimiento que nos brinda 100% de confiabilidad en los estudios histopatológicos, es recomendada por los médicos al momento de diagnosticar algún tipo de patología mamaria, ya que, aunque se trata de un procedimiento que toma tiempo, arroja resultados muy claros.²⁻⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Peinado J., Roque V., Santisteban J. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria [base de datos de internet]. Lima Perú. Enlace Hispano Americano de la Salud. [Actualizado el 03-01-2016]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%20301%20-%2010.htm>
2. American Cancer Society. Para La Mujer Que Afronta Una Biopsia del Seno. [base de datos de internet]. Estados Unidos de América. American Cancer Society. [Actualizado el 20-10-2015; acceso el 25-01-2016]. disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/comocomprendersudiagnostico/fragmentado/para-la-mujer-que-afronta-una-biopsia-del-seno-biopsy-types>
3. Roos Michael, Wojciech Pawlina, Barnash Todd. Atlas de histología descriptiva. 1ª ed. medica panamericana. Buenos Aires; 2012.
4. Pérez Hidalgo. La biopsia con aguja gruesa guiada mediante estereotaxia en el diagnóstico de las lesiones mamarias sospechosas de malignidad. 1er congreso español de la mama. Madrid; 2013
5. Fundación Amigos de la Mujer con Cáncer de Mamas. Como se clasifican los tumores malignos y cuáles son. [Base de datos de internet]. Venezuela 2005. [Actualizado en enero del 2006; acceso el 16-12-2015]. disponible en: <http://www.famac.org.ve/tiposTumores.htm>
6. Bolívar Vega. Intervencionismo diagnostico en patologías de mama. Radiología. Elsevier Doyma; 2011. P. 531-543.
7. Santaballa Bertran Ana, Velásquez C. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de Mama. [base de datos de internet]. Madrid 2015. [Actualizado 01-02-2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?showall=1>
8. Torres Sousa M.Y.; Vanegas Llesca M.e. "Estatificación ganglionar axilar pre quirúrgica en el cáncer de mama: parámetros ecográficos y biopsia con aguja gruesa eco guiada" España diciembre de 2011.

9. Pérez Hidalgo J.A. "La biopsia con aguja gruesa guiada mediante estereotaxia en el Diagnostico de las lesiones mamarias sospechosas de malignidad Barcelona, febrero de 2010;
10. Torres Adarnuy Silvia "Lesiones benignas de la mama y riesgo en cáncer de mama" Barcelona, marzo 2010