

CRIBADO MAMA. BIRADS

Félix Guerra Gutiérrez

TIPOS DE ESTUDIO

- **DIAGNOSTICO**
 - Bulto a la exploración (VPP 26%)
- **CRIBADO (asintomático)**
 - USA 50% II o mayores
 - Suecos 25% II o mayores
 - 1cm son 5-7 años crecimiento

CRIBADO



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid

BENEFICIOS

RIESGOS Y DESVENTAJAS

MEJORA EL PRONOSTICO CASOS
DETECTADOS

MAYOR TIEMPO MORBILIDAD SI NO
MEJORAS PRONOSTICO

TRATAMIENTO MENOS RADICAL QUE
CURA CASOS PRECOCES

SOBRETRATAMIENTO EN ANOMALIAS
DE PRONOSTICO INCIERTO

EFFECTOS ADVERSOS DEL PROCESO

AHORRO DE RECURSOS

COSTES AÑADIDOS

TRANQUILIDAD EN CASO DE
RESULTADO NEGATIVO

FALSA TRANQUILIDAD EN CASO
FALSO NEGATIVO

CRIBADO CAM

- Diciembre de 1998 se inició el Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid (DEPRECAM), población diana todas las mujeres entre 50 a 64 años, ampliado en el año 2006 hasta los 69 años
- Método diagnóstico: Mamografía bilateral en dos proyecciones
- Periodicidad: Cada dos años
- El diagnóstico de la exploración mamográfica de cribado se expresa con la Clasificación BI-RADS
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ResumenEjecutivoCribadoCancer.pdf>

- El valor predictivo de un resultado positivo en la mamografía de cribado varía de un 5% a un 10%; es decir, sólo 5 a 10 de cada 100 mujeres con mamografía positiva son después confirmadas como portadoras de un cáncer de mama

Resultados del cribado con mamografía cada 2 años de mujeres entre los 50/51 y los 68/69 años (20 años) (1)

idad de Madrid

Resultado	Por cada 1000 mujeres cribadas durante 20 años:	Número de mujeres que se han de cribar (durante 20 años) para :
Cánceres de mama diagnosticados	71 casos de cáncer de mama	14 mujeres para diagnosticar 1 cáncer de mama
Reducción de la mortalidad por cáncer de mama	7-9 muertes evitadas (de 30 muertes esperadas)	111-143 mujeres para evitar 1 muerte
<u>Sobrediagnóstico*</u>	4 casos <u>sobrediagnosticados</u> (a añadir a los 67 casos esperados)	por cada 250 mujeres cribadas, se <u>sobrediagnosticará 1 caso</u>
Falsos positivos	200 mujeres con falsos positivos <ul style="list-style-type: none"> - 170 mujeres con sólo procedimientos no invasivos - 30 mujeres con procedimientos invasivos (biopsias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Por cada 6 mujeres cribadas, 1 mujer tendrá un falso positivo con procedimientos no invasivos - Por cada 33 mujeres cribadas, 1 mujer tendrá un falso positivo con procedimiento invasivo

(1) las mujeres se siguen hasta los 79 años ya que el beneficio de cribar a una mujer de 65-69 años puede tardar años en manifestarse).

Sobrediagnóstico: diagnóstico de un cáncer de mama mediante el cribado que no se habría diagnosticado durante la vida de la mujer si no se hubiese cribado.

Journal of Medical Screening 2012;19 Suppl1:1-82

¿ QUÉ ME ESTAN CONTANDO?



Hospital General de Villalba

Comunidad de Madrid

- 1000 MUJERES 50-69 AÑOS

- 170 TENDRAN 2 LLAMADA

- 30 PROCEDIMIENTO INVASIVO CON RESULTADO NEGATIVO

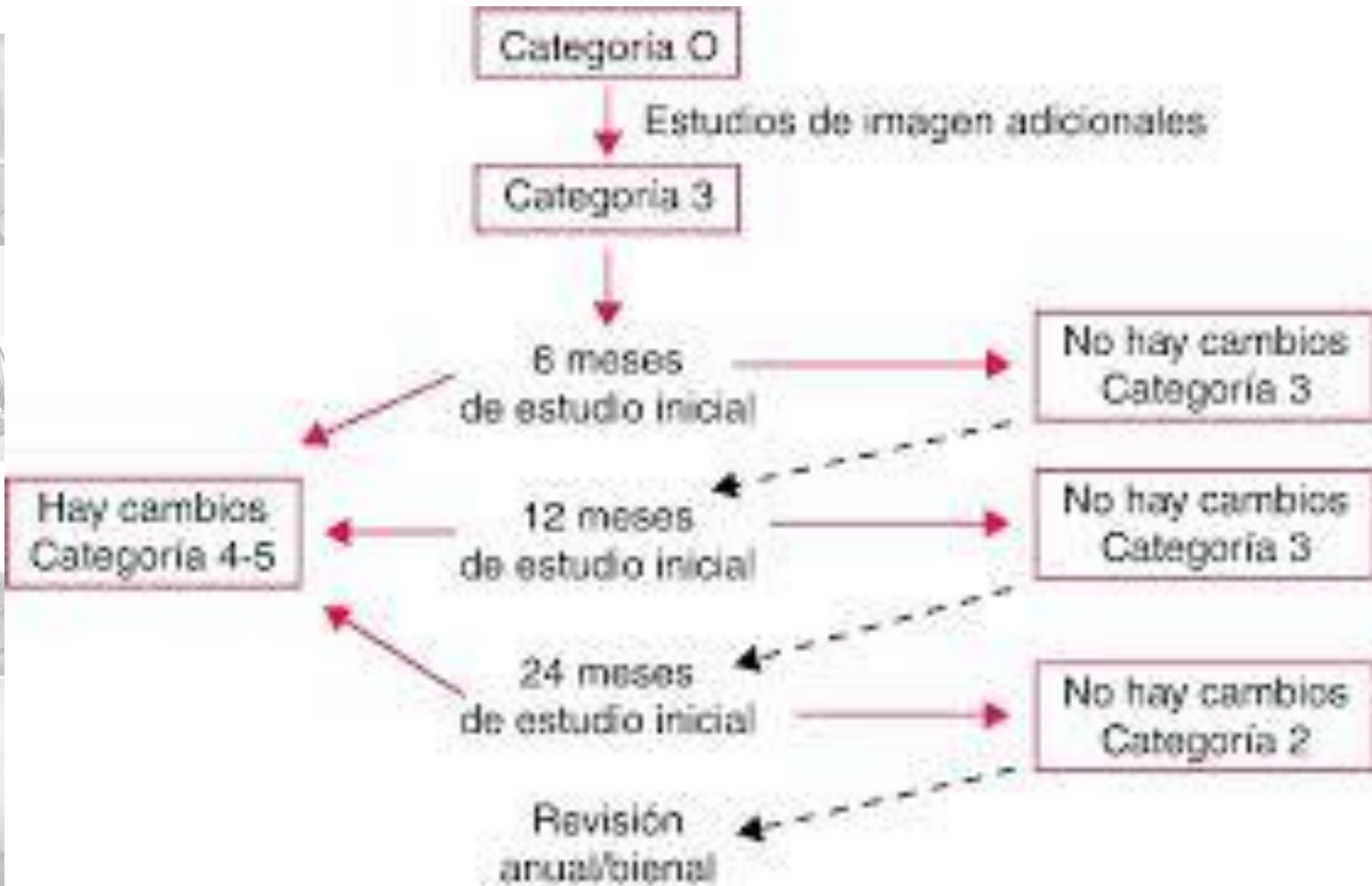
- 7-9 MUERTES EVITADAS

- 4 SOBREDIAGNOSTICOS

- BIRADS 0- necesita pruebas adicionales
- BIRADS 1- sin hallazgos
- BIRADS 2- hallazgos benignos
- BIRADS 3- probablemente benignos
- BIRADS 4- anomalía sospechosa
- BIRADS 5- probablemente maligno
- BIRADS 6- confirmación histológica

MANEJO

- BIRADS 1 y 2: control bienal
- BIRADS 3: control estrecho durante 2 años
 - 0 meses
 - 6 meses
 - 6 meses
 - 1 año



- Categoría 0: necesita una evaluación adicional con otro estudio
- Categoría 1: Mamografía negativa a malignidad. 0% de posibilidades de cáncer.
- Categoría 2: Mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos. 0% de posibilidades de cáncer.
- Categoría 3: Resultado con probable benignidad, pero que requiere control 2.24% de posibilidades de cáncer.

- Categoría 4: Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica.
 - A: Baja sospecha de malignidad. 3 a 49%
 - B: Sospecha intermedia de malignidad. 50 a 89%
 - C: Sospecha moderada de malignidad. 90 a 94%
- Categoría 5: Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia. >95% de posibilidades de malignidad.
- Categoría 6: Malignidad comprobada mediante biopsia.

Tipos de densidad MX

- **Tipo 1:** Mamas de predominio graso.
- **Tipo 2:** Mamas de densidad media con densidades fibroglandulares aisladas.
- **Tipo 3:** Mamas heterogéneamente densas. Aquí la sensibilidad de la mamografía para detectar lesiones ya es menor.
- **Tipo 4:** Mamas con tejido extremadamente denso, el cual podría oscurecer una lesión.

DÍA A DÍA

- Mastodinia ? - nada
- Bulto ? 1º explorar 2º tipo de sospecha
- <50 años Pedir eco, si normal mamografía si persiste
- > o 50 años empezar mamografia
- Estudiar la mama postregla

Dudas

- “Una mamografía y ecografía negativas descartan malignidad”. No. La probabilidad desciende a $< 3\%$, pero no la descartan. Si la palpación es positiva, es obligado realizar una toma de muestra .
- “El informe radiológico dice que tengo nódulos probablemente benignos, pero no lo asegura. ¿Puedo estar tranquila?”. Es necesario tranquilizar a la paciente ante la categoría BI-RADS 3, pues aunque no puede descartarse por completo la malignidad, la probabilidad es $< 2\%$. Solo la biopsia puede descartarlo, por lo que se le puede ofrecer como alternativa a pacientes que muestren un alto grado de aprensión a pesar de nuestras explicaciones.
- “La ecografía puede ser una alternativa para el screening en pacientes jóvenes o entre el período comprendido entre las 2 mamografías del Programa de detección precoz”. La ecografía mamaria no está aprobada para la detección precoz del carcinoma de mama. Es una exploración dirigida ante hallazgos mamográficos o exploratorios.

- “Todas las secreciones mamarias no blanquecinas son sospechosas de malignidad”. No. Precisarán estudios complementarios, incluyendo la galactografía, aquellas que sean al mismo tiempo unilaterales, unipóricas y espontáneas, sobre todo si son de coloración serosa o sanguinolenta.
- “Una categoría 4C o 5 con resultado de biopsia negativo descartan por completo malignidad”. No. En caso de discordancia entre el diagnóstico radiológico, cuando este es de alta sospecha de malignidad y el resultado de la biopsia, se recomienda la biopsia quirúrgica (extirpación).
- “Una categoría BI-RADS 4C y una 5 son muy diferentes”. A efectos prácticos, en ambas la probabilidad de malignidad es alta. La diferencia radica en la presencia o no de todos los hallazgos radiológicos “clásicos” de malignidad.

- ¿RADIAMOS MUCHO?
- RIESGO/BENEFICIO
- BAJA DOSIS
- NUEVOS EQUIPOS



AUTOEXPLORACION

- SIGUE SIENDO FUNDAMENTAL
- POSTREGLA
- LO MALO SE TOCA

RM

- Alto riesgo
- Extensión tumor
- Valoración post QRT
- Prótesis

- Cambia el tipo de cirugía 11-28% normalmente a mastectomía
- Define mejor el tamaño pero, ¿aumenta la SV?



Muchas gracias



Hospital General de Villalba

 **Comunidad de Madrid**

Félix Guerra Gutiérrez

felix.guerra@quironsalud.es