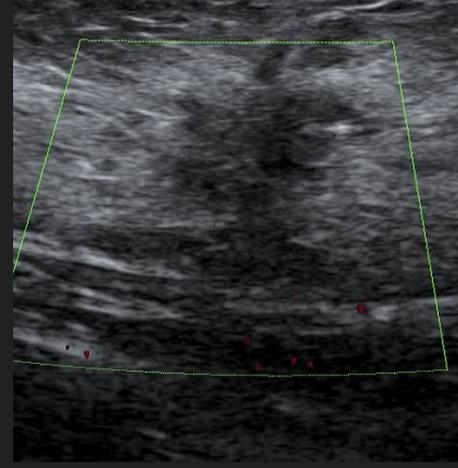
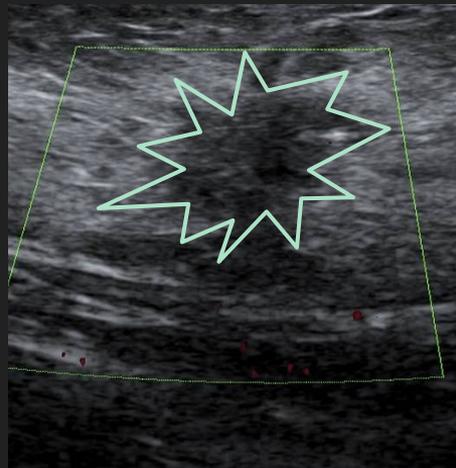
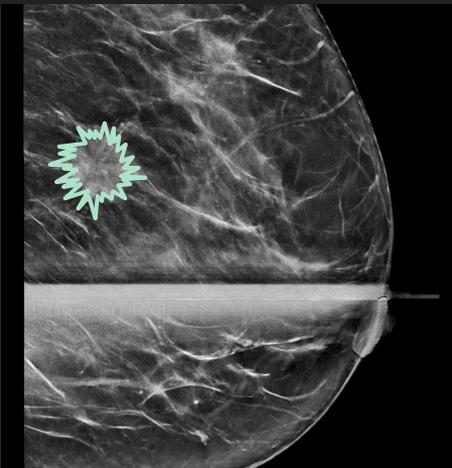
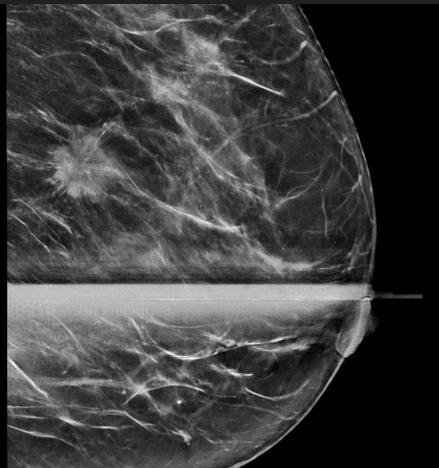


BIRAD 5: QUÉ HAY ADEMÁS DEL CÁNCER

Maria Sofia Berterreix Bonis - Francisco Amaya - Maria Paula Tiscornia - Gabriela Sanchez - Lorena Prietto



OBJETIVOS

Describir qué otras lesiones mamarias se categorizan como BI-RADS 5, que no necesariamente corresponden a cáncer, pero constituyen los principales diagnósticos diferenciales.

INTRODUCCIÓN

La evaluación imagenológica de la mama se realiza mediante el sistema de datos e informes redactado por el Colegio Americano de Radiología, el BI-RADS. Éste asigna un valor predictivo de malignidad de acuerdo a los criterios morfológicos establecidos en informes mamográficos, ecográficos y por RM. El VPP de las lesiones que se categorizan como BI-RADS 5 es de 95%, esto significa que este tipo de imágenes en su gran mayoría corresponden a carcinomas, no obstante existe un pequeño grupo de ellas que no lo son y que por lo tanto constituyen los principales diagnósticos diferenciales de ésta enfermedad.

CICATRIZ RADIADA

ECOGRAFÍA: SE VISUALIZA COMO UNA ZONA DE DISTORSIÓN CON SOMBRA ACÚSTICA POSTERIOR SIN MASA ACOMPAÑANTE, O BIEN UNA MASA DE CONTORNOS NO DEFINIDOS.

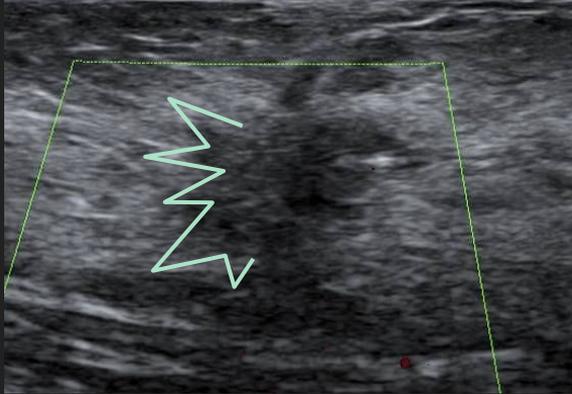
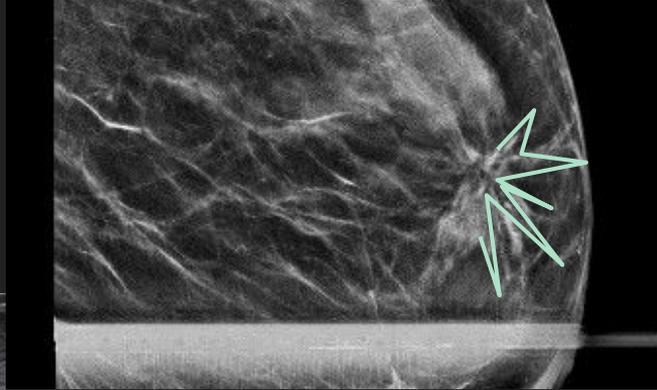


Figura 1- Ecografía de mama izquierda se observa una imagen nodular de forma irregular (línea verde) con leve atenuación del US.



MAMOGRAFÍA: ÁREA DE DISTORSIÓN CON ESPÍCULAS LARGAS QUE PARTEN DE UN CENTRO RADIOLÚCIDO.

Figura 2- Tomosíntesis, LCC. Muestra distorsión con finas espículas que parten de un centro radio-lúcido (línea verde). Este hallazgo de imagen se clasificó como BI-RADS 5. Los resultados de una biopsia central revelaron cicatriz radial.

**LESIÓN
BENIGNA DE
ASPECTO
ESPICULADO**

ANATOMÍA-PATOLÓGICA: DENTRO DE LAS DENOMINADAS “LESIONES ESCLEROSANTE COMPLEJAS”. CONSTA DE UN CENTRO DE FIBROSIS Y ELASTOSIS SOBRE EL QUE CONVERGEN GRADOS VARIABLES DE ADENOSIS Y CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS.

LAS CR > 1 CM SE ASOCIAN A CARCINOMAS DE TIPO TUBULAR, CARCINOMA DUCTAL IN SITU U OTRAS VARIANTES DE CARCINOMA INVASOR.

CONDUCTA: BIOPSIA QUIRÚRGICA, PARA DESCARTAR UN CARCINOMA COEXISTENTE.

NECROSIS GRASA

PUEDA SER UN HALLAZGO ASINTOMÁTICO EN UNA MAMOGRAFÍA DE CONTROL

PROCESO INFLAMATORIO BENIGNO CONSECUTIVO A TRAUMA O CIRUGÍA.

ECOGRAFÍA

imágenes quísticas o nodulares de bordes no definidos, irregulares, con o sin sombra acústica posterior.

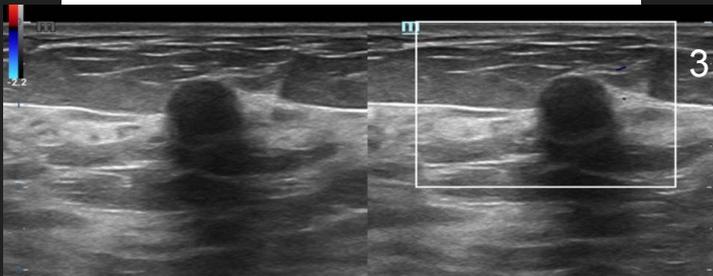
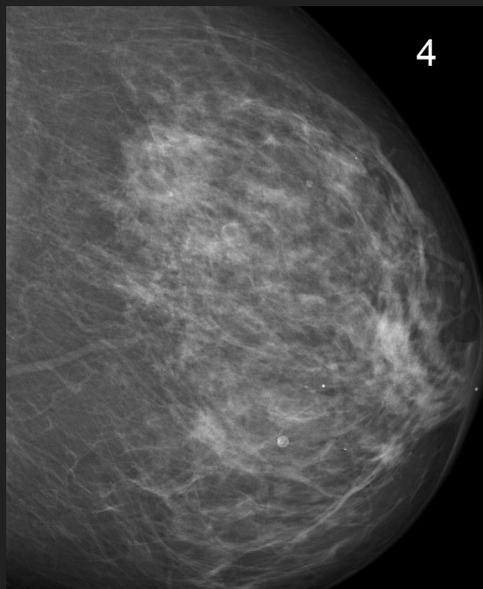


Figura 3 : Ecografía de MI: en hora 11 se observa imagen sólida nodular , hipocogénica, redondeada, de paredes finas regulares con sombra acústica posterior. En correlación mamográfica (Figura 4), proyección LMO, imagen nodular de centro radiolúcido, con contornos espiculados. Biopsia con resultado compatible con NG.



RM

Lesiones hiperintensas en T1 por su contenido graso y realce periférico con centro avascular. La presencia y grado del realce dependen de la intensidad del proceso inflamatorio,

MAMOGRAFÍA:

Quiste oleoso postquirúrgico con o sin calcificaciones periféricas, aumento del espesor de la piel y tejido subcutáneo, calcificaciones distróficas, microcalcificaciones pleomórficas que simulan un carcinoma intraductal y nódulos de márgenes espiculado.

NECROSIS GRASA

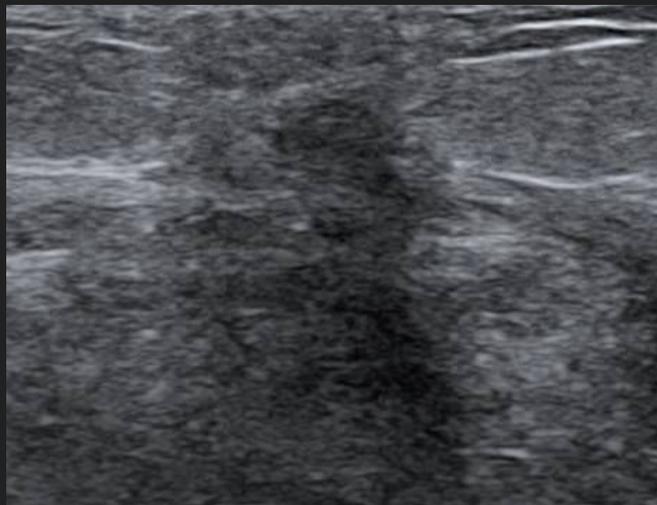
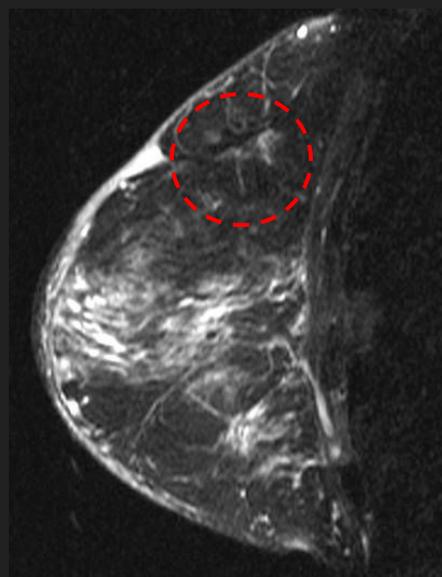
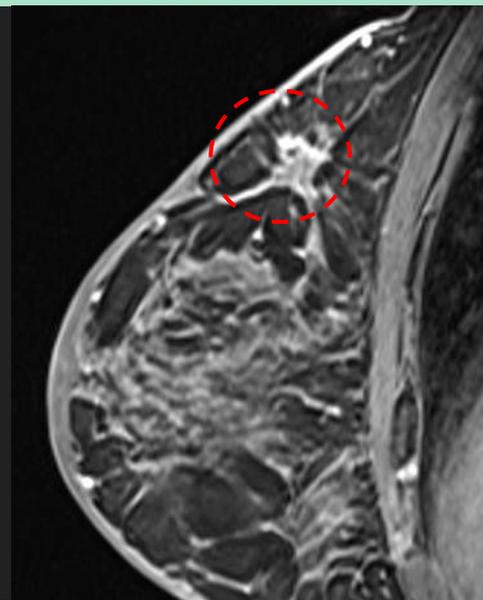


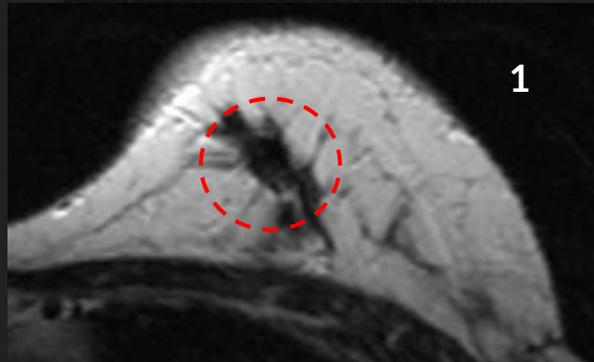
Figura 5: Paciente con antecedente de Ca de mama izquierda. Ecografía control: En relación al hallazgo palpatorio en Hora 11 se observa un nódulo hipocogénico, heterogéneo, de bordes irregulares, sin vascularización al power doppler.



2



3



1

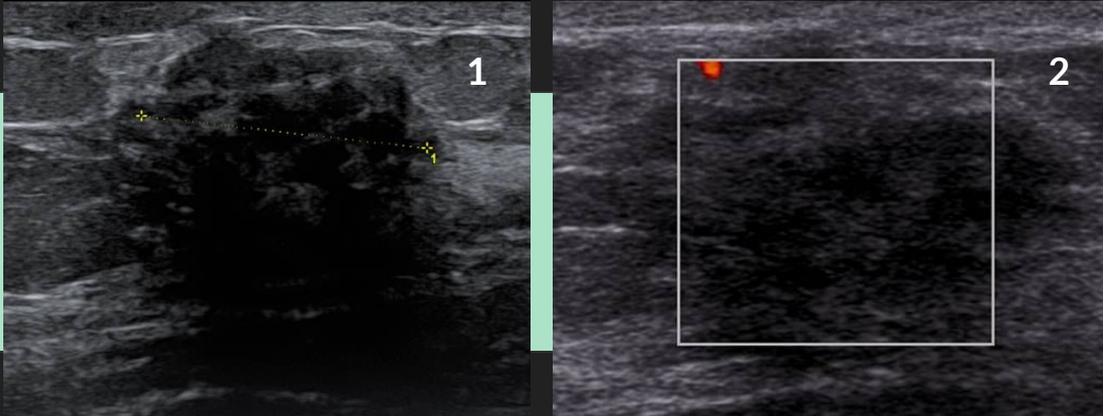
Figura 6 : RM mama izquierda. T2 (1), T2 FS (2) y T1 +Gadolinio (3). Nódulo hipointenso, tanto en la secuencias T2 con saturación grasa en T2 FS, de márgenes espiculados, que con la inyección de Gadolinio presenta una curva de realce rápido y persistente en el tiempo conformando una curva de tipo 2.

MASTOPATÍA DIABÉTICA

SE PRESENTA EN
PACIENTES
PRE-MENOPÁUSICAS
CON DIABETES DE TIPO I,
INSULINODEPENDIENTE
S DE LARGA DATA.

LESIÓN
INFLAMATORIA,
MASAS PALPABLES,
ÚNICAS O MÚLTIPLES,
UNI O BILATERALES.

ECOGRAFÍA: SE OBSERVAN NÓDULOS IRREGULARES O
ÁREAS HIPOECOICAS MAL DEFINIDAS.



CONDUCTA: PUNCIÓN
PERCUTÁNEA CON
AGUJA GRUESA O CORE
BIOPSIA

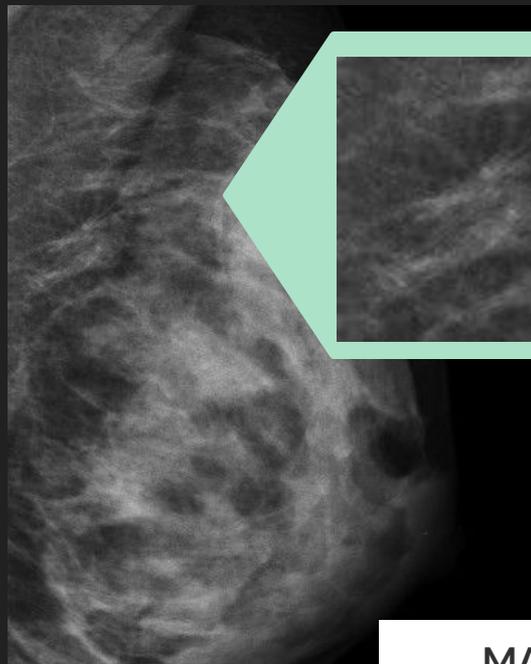
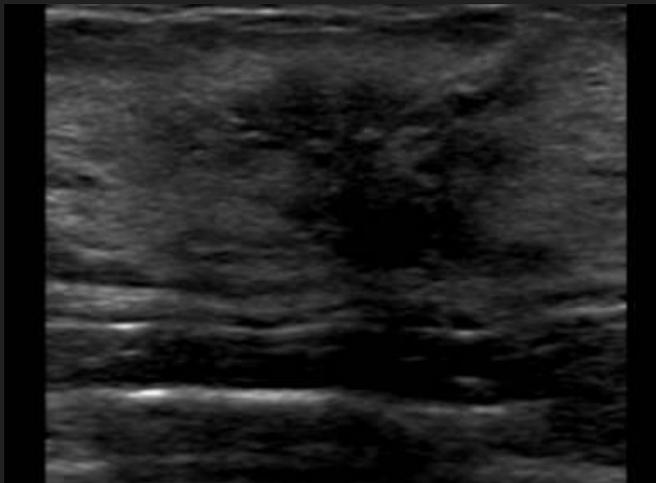
ANATOMÍA-PATOLÓGICA:
LOBULITIS LINFOCITARIA
A PREDOMINIO DE
CÉLULAS B ASOCIADA A
CAMBIOS FIBRÓTICOS
DEL ESTROMA.

Figura 7: Paciente de 44 años con antecedente de Diabetes Tipo I.. Ecografía mamaria bilateral (1-derecha, 2-izquierda) que evidencia masas irregulares, hipoeoicas, de bordes parcialmente espiculados, con marcada atenuación posterior. El resultado de biopsia bilateral reveló : lobulitis linfocítica esclerosante compatible con Mastopatía diabética. Sin criterios de malignidad.

MAMOGRAFÍA:
DENSIDADES TISULARES
ASIMÉTRICAS MAL
DEFINIDAS, NO ASOCIADAS
A
MICROCALCIFICACIONES.

ADENOSIS ESCLEROSANTE

ECOGRAFÍA: puede verse un área de atenuación posterior, con o sin masa acompañante.



**LESIÓN
PROLIFERATIVA DE
LA MAMA:
"CAMBIOS
FIBROQUÍSTICOS"**

**COMBINACIÓN DE
HIPERPLASIA EPITELIAL
Y MIOEPITELIAL
SUMADA A FIBROSIS DEL
ESTROMA.**

MAMOGRAFÍA: formas de presentación incluyen masas circunscritas, masas de contornos no definidos y lesiones espiculadas.

Figura 8: Adenosis esclerosante. Ecografía : nódulo sólido hipoecogénico, de bordes pocos definidos, acompañado de moderada distorsión arquitectural. **Mamografía de mama izquierda (Figura 9) proyección MOL:** muestra área de distorsión con espículas delgadas sin masa acompañante (recuadro ampliado).

HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOIDE <PASH>

Se puede presentar como un hallazgo incidental, como un nódulo indistinguible de un fibroadenoma o como un nódulo de forma irregular.

*Lesión benigna:
mujeres pre o
posmenopáusicas, que
siguen tratamiento
hormonal.*

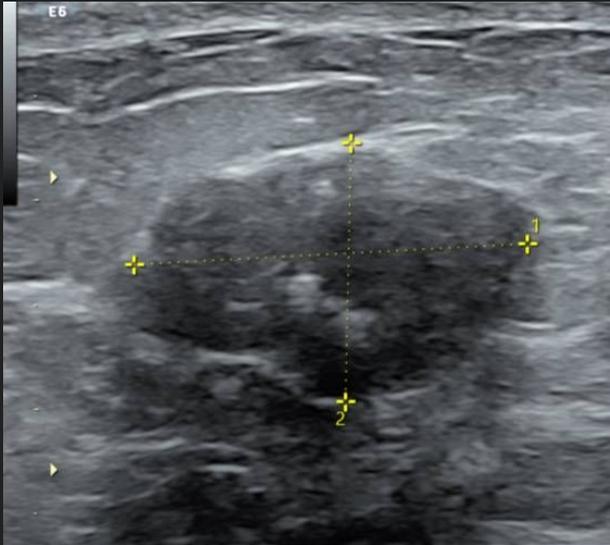


Figura 8: Ecografía de M1, en H12 visualiza imagen nodular sólida hipocogénica, de bordes regulares y bien definidos con algunas macrocalcificaciones internas (palpable clínicamente)

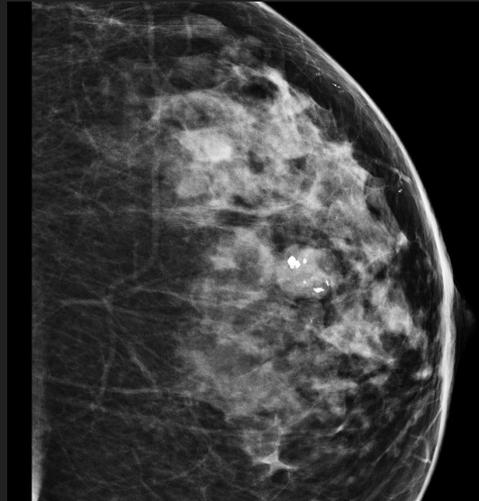


Figura 9: Mamografía LCC: se visualiza formación nodular, isodensa con respecto al resto del parénquima, bordes regulares, parcialmente calcificado. El resultado de la biopsia muestra cambios fibroadenomatoideos, con áreas de adenosis y calcificaciones distróficas.

CONCLUSIÓN

ES IMPORTANTE CONOCER QUE EXISTEN ENTIDADES BENIGNAS QUE PUEDEN TENER CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS DE MALIGNIDAD EN SU PRESENTACIÓN. EN TODOS LOS CASOS LA CORRELACIÓN ANATOMO-RADIOLÓGICA, LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE SON ESENCIALES AL MOMENTO DE ANALIZAR ESTE GRUPO DE LESIONES Y DEFINIR SU MANEJO Y SEGUIMIENTO.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro Barba, Cobos Bombardiere, Sarquis. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. RAR- 2011:27-32
- Kimberly A. D., Rives.A, Quintana, L. BI-RADS 5: More than Cancer. Breast Imaging. RadioGraphics 2020; 40:1203–1204
- Cho SH, Park SH. Mimickers of breast malignancy on breast sonography. J Ultrasound Med 2013;32(11):2029–2036.
- Newell,M. Destounis,S. Leung,J.BI-RADS.American College of Radiology Imaging. ISBN: 978-1-55903-016-8