

Seminario. Casos clínicos radiológicos



Prof. Alfonso Vega

Seminario

Se muestra parejas de diapositivas:

Diapositiva 1

- Pregunta con multi-respuesta.
- Imagen radiológica con información clínica adicional.

Diapositiva 2

- Respuesta razonada.
- Actitud terapéutica.

¿Cuál es su valoración diagnóstica?

- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.



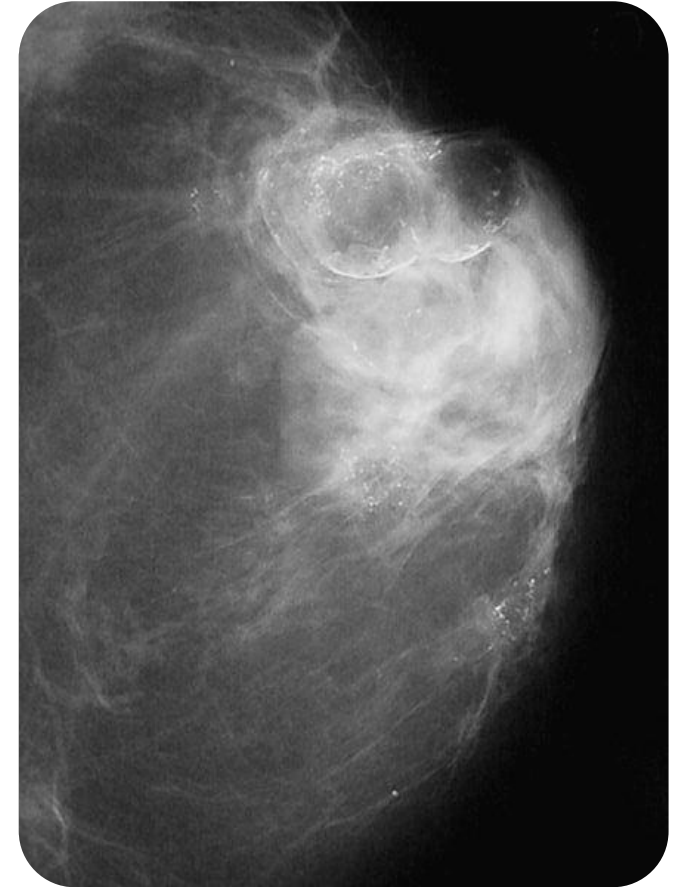
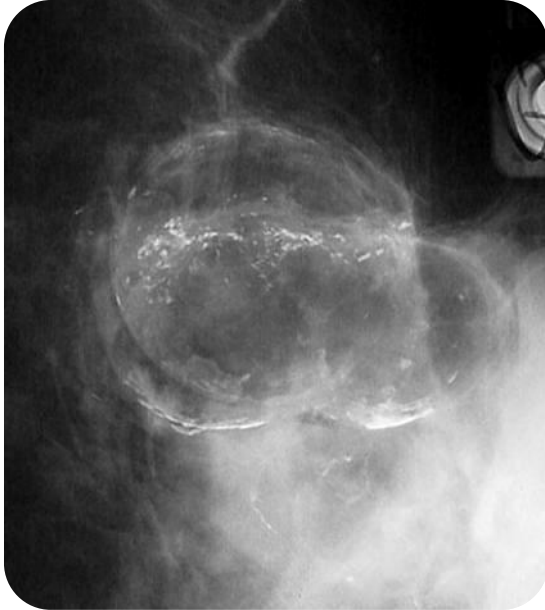
Paciente con masa palpable, elástica y blanda desde hace dos años.

BI-RADS 2, Benigno. Una masa bien definida de tejido adiposo con cápsula es característica de **Lipoma**.

No es necesaria ninguna otra técnica de imagen para su diagnóstico
Tampoco es necesario ningún método de biopsia.

¿Cuál es su valoración diagnóstica?

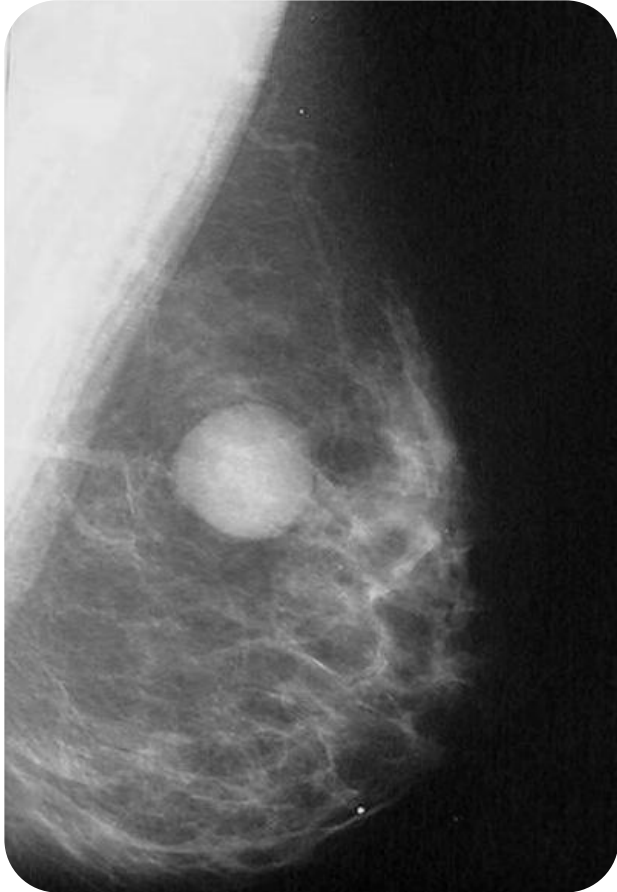
- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.



Paciente con masa palpable
Operada hace 1 año

BI-RADS 2, Benigno. Masa que contiene tejido adiposo y calcificaciones groseras. En la periferia hay fibrosis. Todos estos cambios son característicos.

de una zona de **Necrosis Adiposa y Hematoma** tras una intervención quirúrgica de la mama.



Paciente asintomática.
Mamografía de cribado.



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

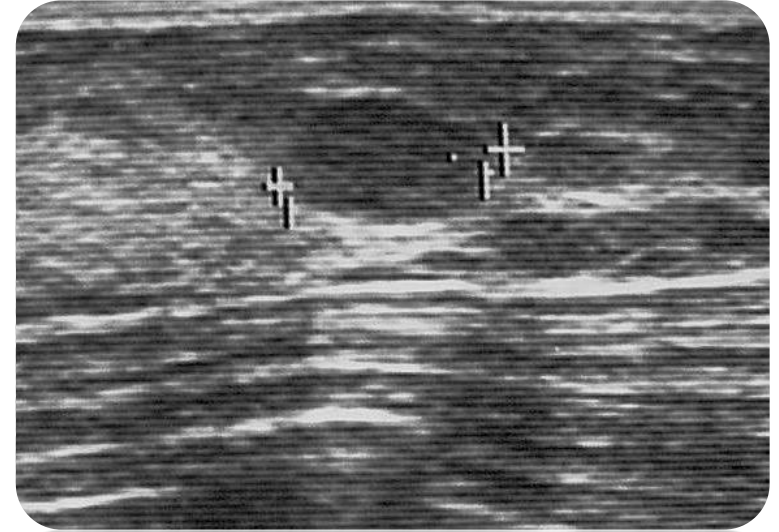
- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 2, Benigno. Masa de bordes bien definidos de apariencia probablemente benigna. Según el estudio mamográfico habría que calificarlo como categoría 3 de la clasificación BI-RADS. La Ecografía es obligada en esta situación.

En los ultrasonidos se aprecia una masa anecoica, de paredes definidas y refuerzo acústico posterior, característico de **Quiste de mama**. Por tanto, la lesión queda definitivamente clasificada como BI-RADS 2.



Paciente joven.
Nódulo rodadero, móvil y no adherido.



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

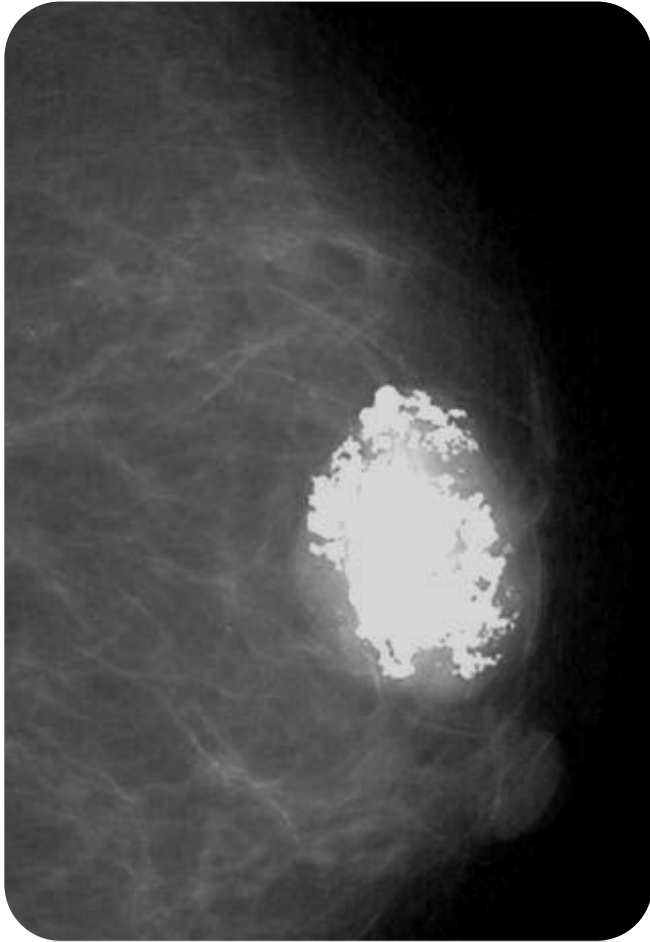
BI-RADS 3, Probablemente Benigno. Masa con borde bien definidos.

La Ecografía es necesaria.

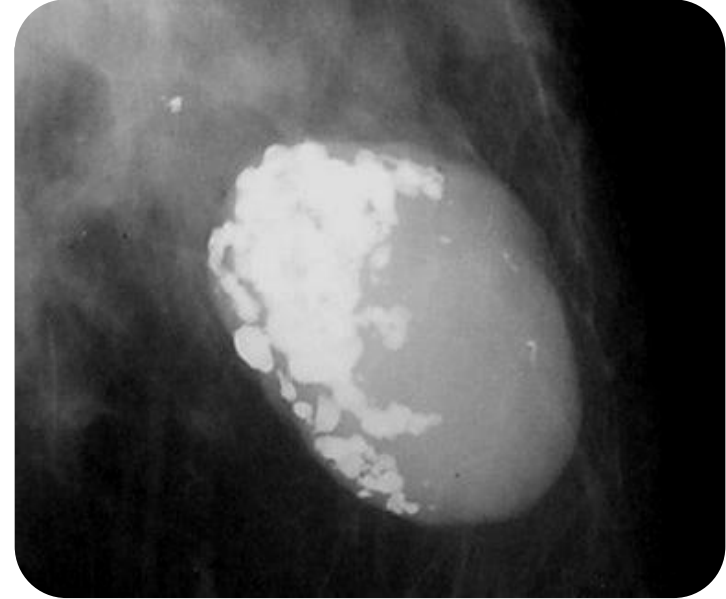
En los ultrasonidos se aprecia una masa hipoecoica, de paredes definidas y estructura homogénea.

La imagen es característica de nódulo probablemente benigno. En el contexto de una paciente joven (menor de 35 años) probablemente de trate de un **Fibroadenoma**. La recomendación es el Seguimiento con Ecografía.

En el contexto de una paciente mayor edad puede ser recomendable una **Punción** para citología con aguja fina o biopsia, ya que la probabilidad de malignidad es superior al 2%.



Pacientes con nódulo duro y fijo.
Clínicamente sospechoso.

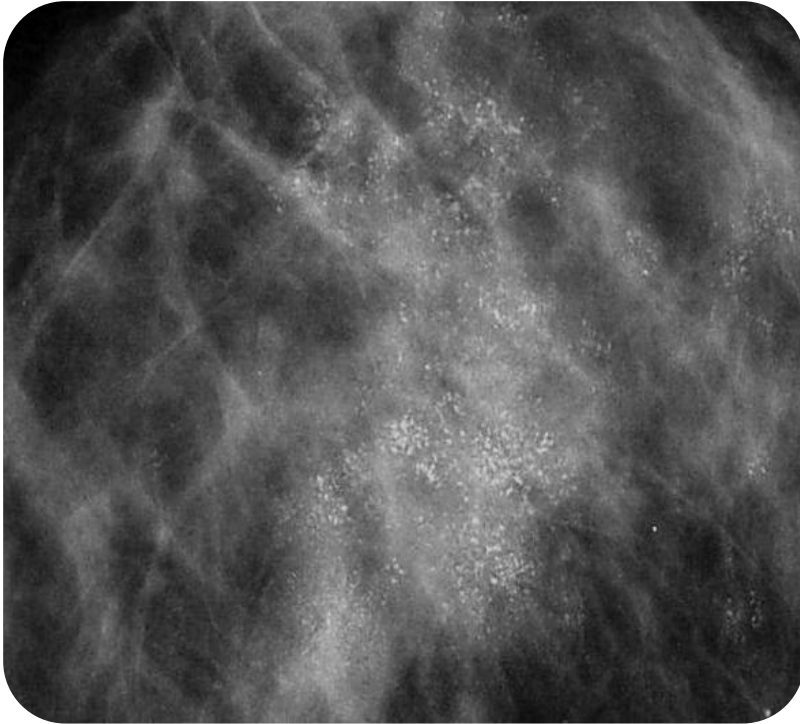


¿Cuál es su valoración diagnóstica?

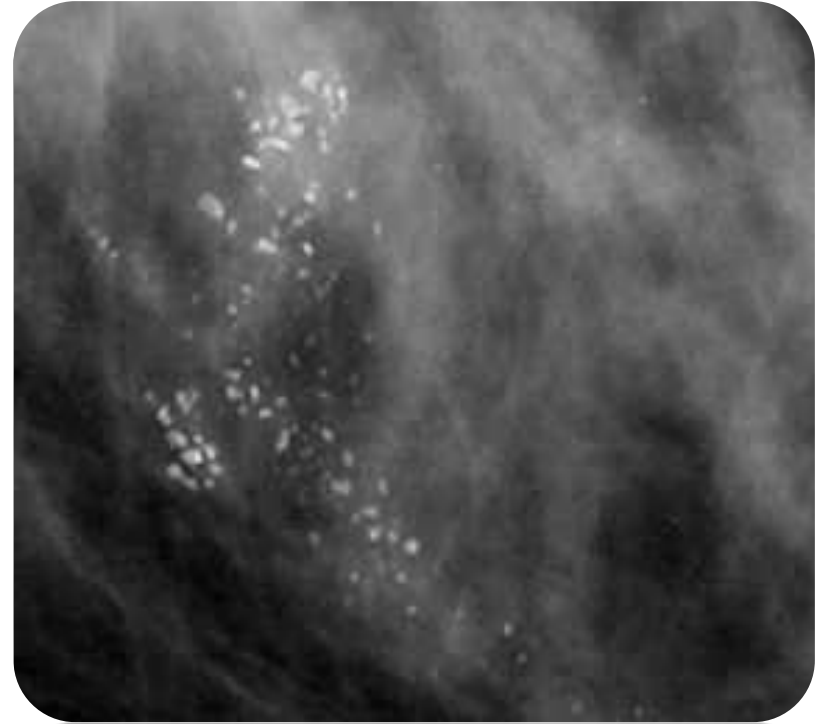
- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 2. Benigno. Una masa redondeada, de contornos bien definidos con calcificaciones groseras en “palomitas de maíz” es una imagen característica de **Fibroadenoma hialinizado**.

Esta lesión es típica de mujeres postmenopáusicas y no requiere de la Ecografía ni de la biopsia para su confirmación, incluso aunque la palpación sea sospechosa.



Pacientes asintomáticas.
Mamografía de cribado



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 4, Sospecha de Malignidad. En ambas pacientes se observan grupos de calcificaciones de aspecto granular, heterogéneas en forma tamaño y densidad. Estas lesiones raramente son palpables y suelen ser un hallazgo en los programas de detección de cáncer de mama basados en la realización de mamografía de cribado.

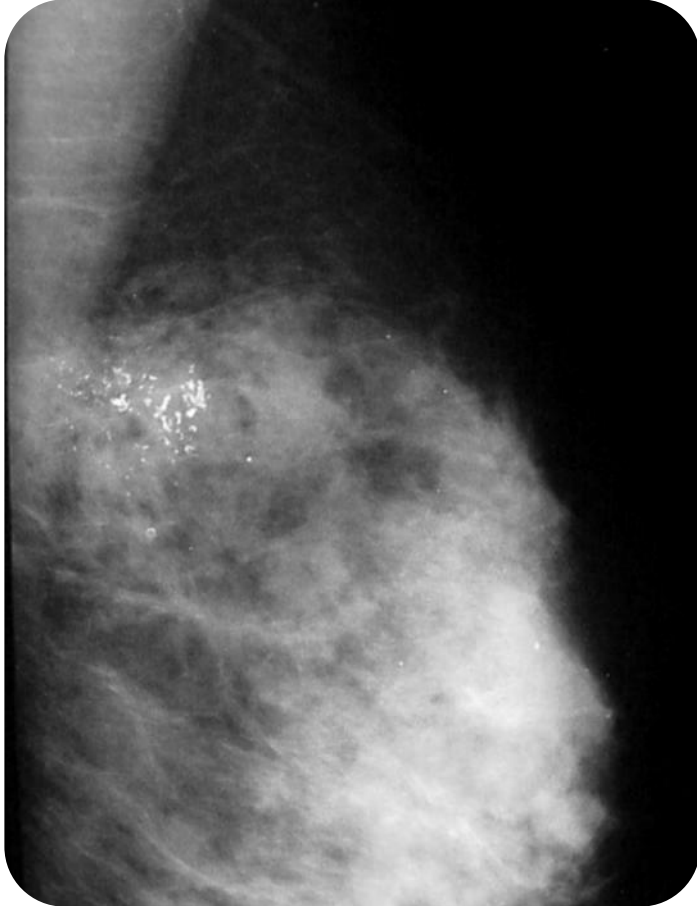
¿Qué recomendación sugiere?

- Seguimiento radiológico.
- Biopsia con guía Estereotáxica.
- Biopsia Quirúrgica.

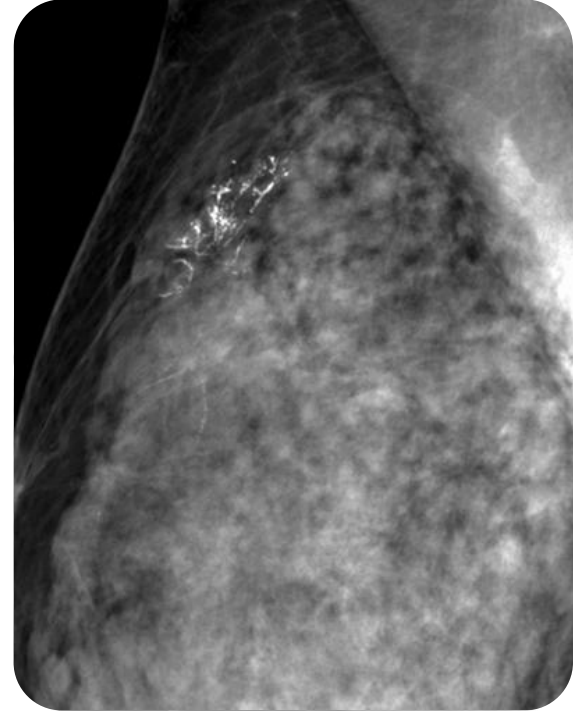
En esta situación siempre está **indicada la realización de una biopsia**. La probabilidad de malignidad en este tipo de calcificaciones es superior al 30%.

Por tanto, es correcto utilizar cualquiera de los dos métodos posible, la biopsia Quirúrgica o, si se dispone de la técnica, la biopsia con sistema de guía estereotáxico.

En ambas pacientes el diagnóstico que se obtuvo fue el de **Carcinoma Intraductal o Carcinoma Ductal in situ**. Las calcificaciones son el signo de expresión habitual de este tipo de carcinoma, mas del 80% de los Carcinomas in situ se detectan gracias al hallazgo de un grupo de calcificaciones sospechosas en la mamografía.



Pacientes asintomáticas.
Mamografía de cribado



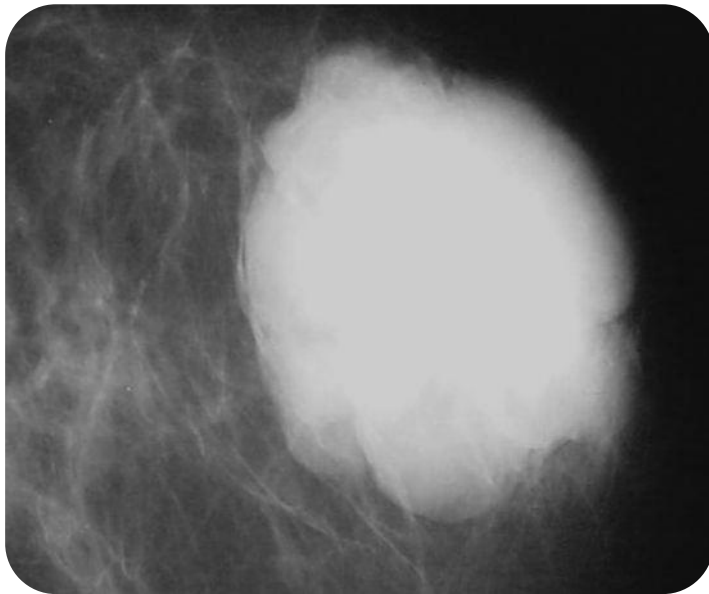
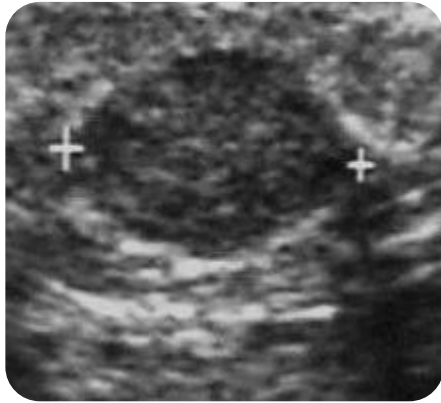
¿Cuál es su valoración diagnóstica?

- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

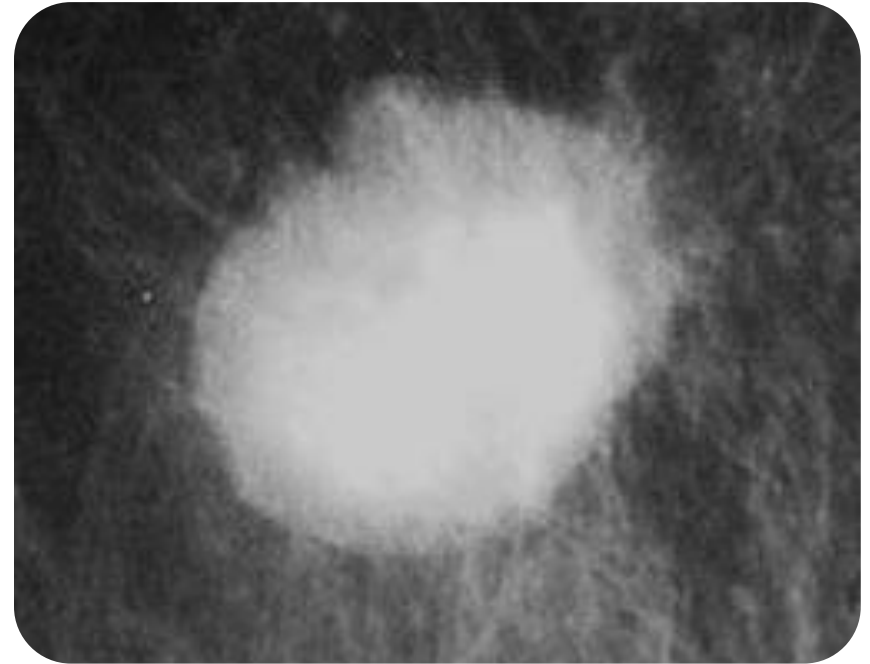
BI-RADS 5. Maligno. Las calcificaciones de aspecto heterogéneo, con morfología granular, lineal y ramificada son altamente sospechosas de cáncer de Mama (probabilidad superior al 85%).

Al igual que las pacientes de los dos casos anteriores la biopsia siempre es necesaria, por lo que La biopsia estereotáxica es una recomendación adecuada.

El resultado de la biopsia fue de **Carcinoma Intraductal de alto grado.**



Pacientes con nódulo palpable.



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

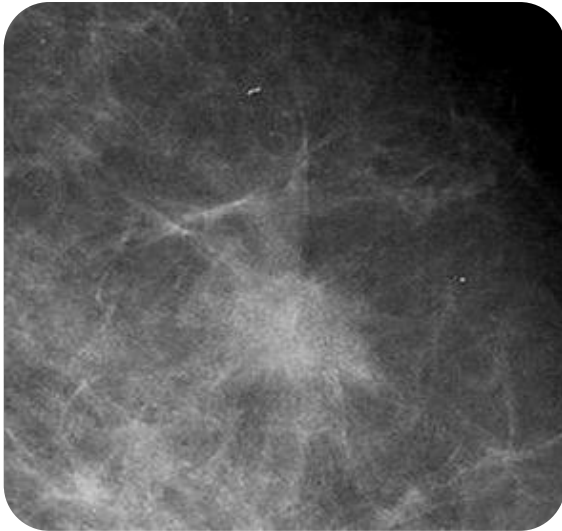
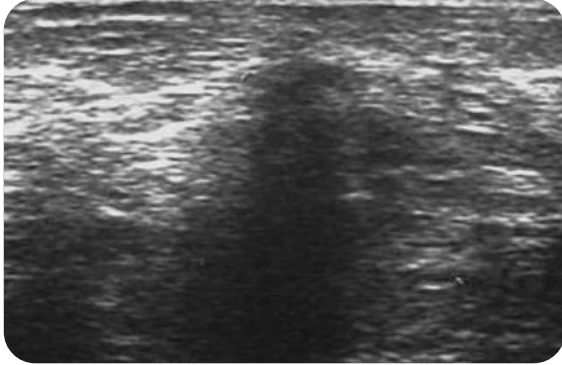
- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 4. Sospecha de Malignidad. En ambas pacientes se aprecia un nódulo de contornos lobulados o francamente irregulares. En ambos casos, sobre todo el de bordes irregulares, es sospechoso el carácter Infiltrante de la lesión.

La probabilidad de malignidad es superior al 30% por lo que una biopsia es siempre necesaria. En este caso la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía es la técnica más idónea.

Todas estas lesiones son siempre visibles por ultrasonidos, generalmente como una masa hipoecoica de estructura heterogénea.

En ambos casos se trataba de **Carcinoma Ductal infiltrante.**



Pacientes con nódulo palpable,
duro y adherido.



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

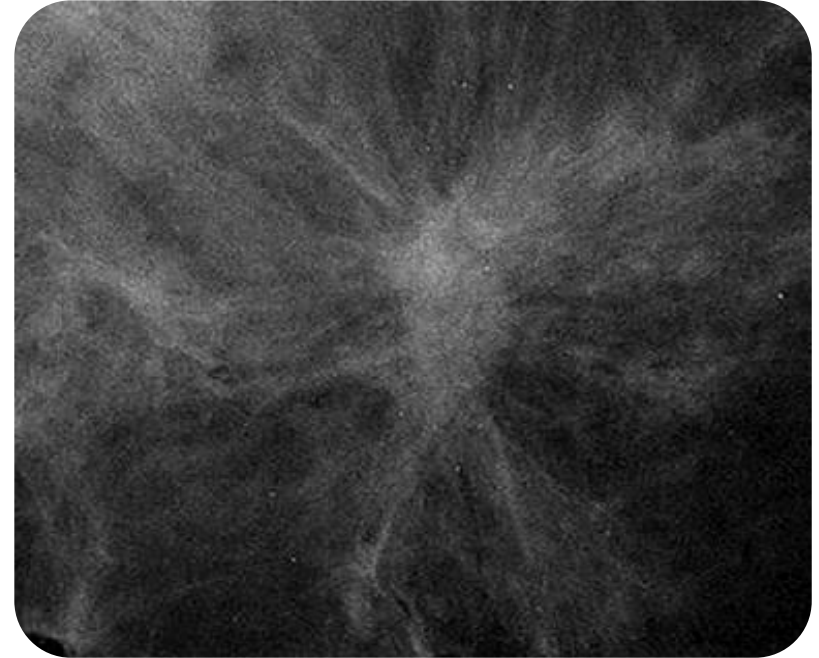
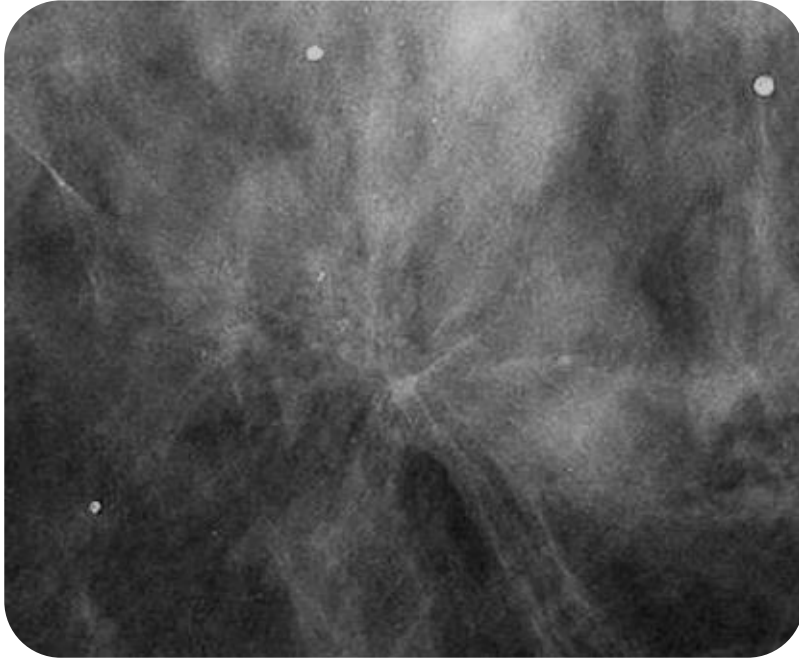
- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 5. Malignidad. En ambas pacientes se aprecia una lesión de contornos espiculados, francamente infiltrantes. En ambos casos, son altamente sospechosos de malignidad. La probabilidad de es superior al 85%, por lo que una biopsia es siempre necesaria.

Algunos autores mantienen que con una lesión de estas características puede decidirse el tratamiento quirúrgico directamente. Sin embargo, en estos casos es muy útil la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía ya que proporciona un diagnóstico rápido y fiable que permite la planificación de la cirugía con la propia paciente.

Todas estas lesiones son siempre visibles por ultrasonidos, generalmente como una masa hipoecoica de Estructura heterogénea o un área de irregularidad con sombra acústica posterior. Aunque la ecografía no aporta nada desde un punto de vista diagnóstico, es muy útil como guía de la biopsia.

En ambos casos se trataba de **Carcinoma Ductal infiltrante.**



¿Cuál es su valoración diagnóstica?

- BI-RADS 1, normal.
- BI-RADS 2, benigno.
- BI-RADS 3, probablemente benigno.
- BI-RADS 4, sospechoso de malignidad.
- BI-RADS 5, alta sospecha de malignidad.

BI-RADS 4. Sospecha de Malignidad. En ambas pacientes se aprecia una lesión de carácter radial, distorsionante.

Una de las imágenes de distorsión tiene un centro hipodenso, sin masa visible, y la otra una región central mas densa.

La probabilidad de malignidad de este tipo de lesiones es superior al 40%, sobre todo en las de centro mas denso, por lo que una biopsia es siempre necesaria.

En estos casos la biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía es también la técnica inicial, aunque en algunas ocasiones estas lesiones no son siempre visibles por ultrasonidos. En ese caso será necesario realizar una biopsia con guía estereotáxica o una biopsia quirúrgica.

En el primer caso se trataba de una **Cicatriz Radial**, lesión de carácter benigno y en el segundo, con centro mas denso, de un **Carcinoma Tubular**, variante especifica del Carcinoma Ductal infiltrante.