Utilidad de la Resonancia Magnética en la planificación quirúrgica de las pacientes con cáncer de mama en nuestro centro.

M. Artiles Armas, M. J. Fernández Carrión, M. M. Miralles Curto, C. P. Rosas Bermúdez, M. M. García Suárez *, M. M. Elvira Merola *, D. Ortíz López, J. Marchena Gómez.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
* Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

INTRODUCCIÓN

El papel de la Resonancia Magnética (RMN) mamaria preoperatoria en mujeres con cáncer de mama sigue siendo controvertido y sujeto a debate. Aunque se ha demostrado que es más sensible en el diagnóstico inicial que las técnicas convencionales (mamografía y ecografía), sobre todo en la detección de multifocalidad, multicentricidad y enfermedad contralateral, su uso no ha significado una menor tasa de retumorectomías. Sin embargo, sí se han visto incrementadas la tasa de mastectomías ipsi y contralaterales, sin una mejoría en el control local de la enfermedad.

OBJETIVO

Analizar nuestros resultados en el manejo de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en las que se ha realizado RMN preoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes intervenidas en nuestro centro por cáncer de mama con RMN preoperatoria desde Enero a Diciembre de 2015. Se solicitó en cada caso mamografía, ecografía mamaria y axilar, Biopsia con Aguja Gruesa (BAG) de la lesión y Punción con Aguja Fina (PAAF) para estudio axilar, si era preciso. Los datos obtenidos en las pruebas complementarias anteriores fueron comparados con la histología de la pieza quirúrgica en cada caso.

RESULTADOS

Durante ese periodo fueron intervenidas por cáncer de mama un total de 186 pacientes. Se solicitó una RMN mamaria preoperatoria en 60 (32%) pacientes. La edad media de este subgrupo fue de 49,1 años (DE ± 8,7).

Se llevó a cabo una mastectomía en el 45% de los casos, frente al 55% de casos de cirugía conservadora. Las causas que llevaron a realizar mastectomía fueron hallazgos en la RMN de un tamaño tumoral grande (T3), multifocalidad, multicentricidad o un pequeño volumen mamario

El subtipo histológico más común fue el carcinoma ductal infiltrante (64%), seguido del carcinoma ductal *in situ* (19%) y del carcinoma lobulillar infiltrante (16%). Hubo 1 caso de un carcinoma mixto infiltrante (1%).

En nuestra cohorte de pacientes, la RMN presentó una Sensibilidad (S) y Valor Predictivo Positivo (VPP) del 98%, así como una Especificidad (E) y Valor Predictivo Negativo (VPN) del 50%, para la detección de nódulos mamarios. En lo que respecta a la detección de multicentricidad/multifocalidad los resultados fueron: S = 40%, E = 90%, VPP = 66% y VPN = 75%.

En 4 (36%) de los tumores multifocales no identificados en la RMN preoperatoria fue necesaria la reexcisión por carcinoma *in situ* extenso o CDI multifocal.

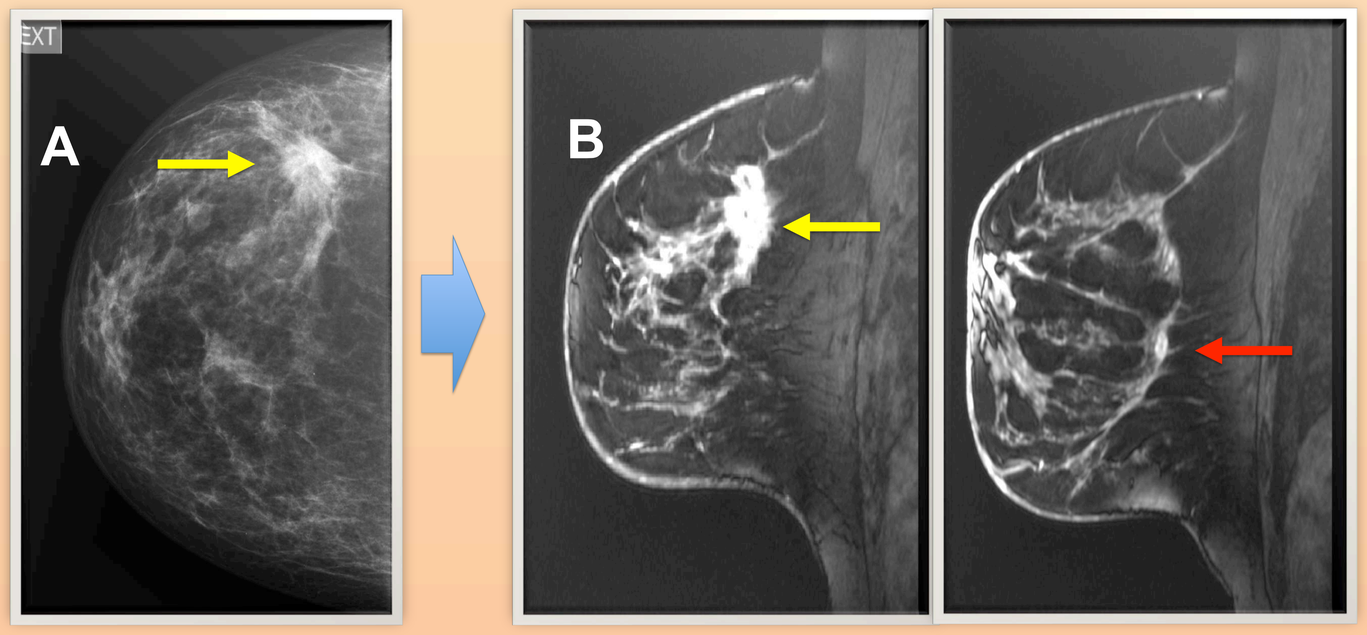


Figura 1: **A**: Mamografía: nódulo espiculado de 2-3 cm (flecha amarilla). **B**: RNM (misma paciente): nódulo ya descrito con una prolongación distal (flecha amarilla), así como un nódulo distante no visualizado previamente (flecha roja). Multicéntricidad.

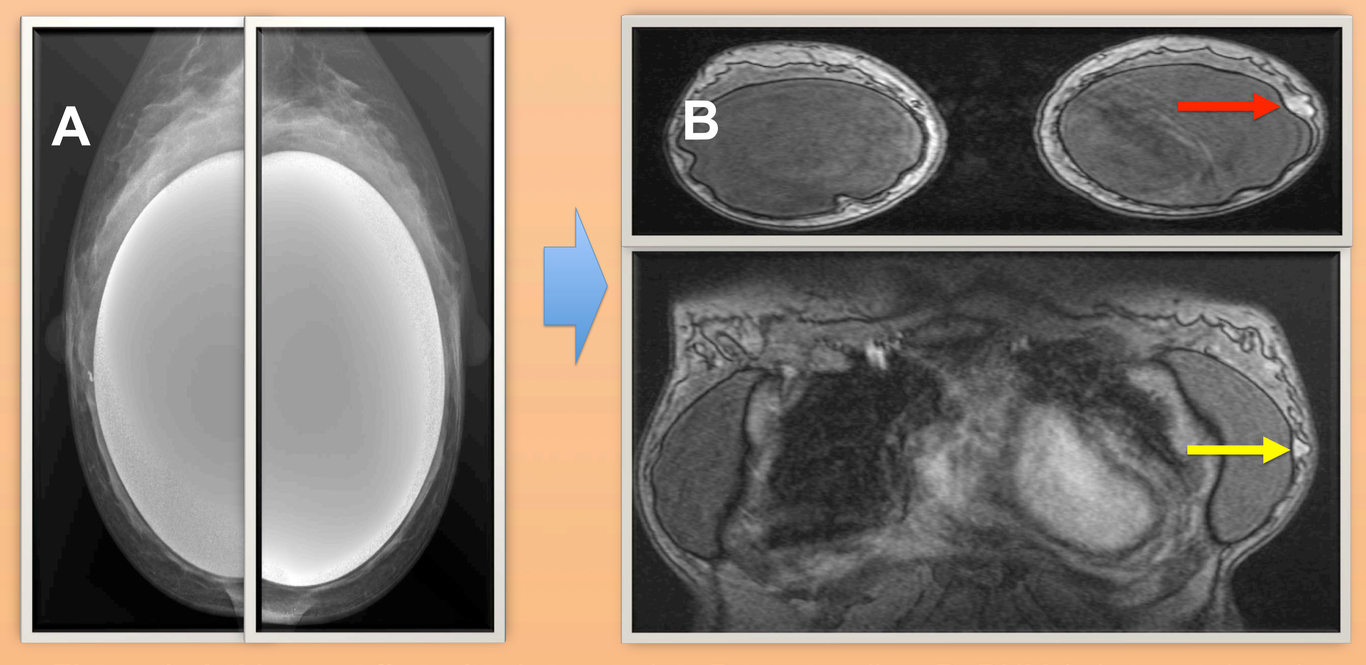


Figura 2: **A**: Mamografía: prótesis mamarias. Resto anodino. **B**: RNM (misma paciente): nódulo de 1,7 x 1,4 x 1 cm en UCE mama izquierda (flecha amarilla), así como un nódulo adyacente de 1,3 cm (flecha roja). Multifocalidad.

CONCLUSIÓN

En nuestro medio, la RNM nos ha ayudado a diagnosticar tumores mamarios más extensos, así como multifocales / multicéntricos no evidenciados previamente en el estudio mamográfico o ecográfico. Consideramos que la RMN preoperatoria es útil en la planificación quirúrgica de nuestras pacientes permitiendo seleccionar candidatas a mastectomía.