

# Guía De Práctica Clínica Patología Mamaria: Tumores Malignos

Servicio de Ginecología. Sección Patología Mamaria.

Unidad de Mastología

Hospital Nacional Prof A Posadas

VERSIÓN 1 AÑO 2023

## INDICE

INTRODUCCIÓN DE LA GUIA .....	3
OBJETIVOS.....	3
NIVELES DE EVIDENCIA PARA RECOMENDACIÓN NIVEL EVIDENCIA OBTENIDA PARA LA RECOMENDACIÓN.....	6
TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA.....	7
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS .....	8
ESTADIFICACIÓN CLÍNICA .....	9
TRATAMIENTO .....	9
MULTIDISCIPLINARIO .....	9
CIRUGÍA .....	10
Marcaciones prequirúrgicas .....	10
Cirugías de la mama: .....	10
Manejo de la axila: .....	10
- Investigación de ganglio centinela .....	10
- Vaciamiento axilar.....	11
Cirugía de reducción de riesgo .....	11
TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS.....	11
MARCO LEGAL - NORMATIVA LEGAL APLICABLE .....	13
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INVOLUCRADOS.....	13
CÓDIGOS Y REGISTROS.....	13
ANEXOS.....	15
Proceso Entrada Pacientes Patología Mamaria.....	15
Proceso Asistencial Pacientes Patología Mamaria .....	16
Proceso Asistencia Pacientes Tumores Malignos .....	17
Proceso Salida Pacientes Patología Mamaria .....	18
Procedimiento Biopsia o Drenaje en consultorio .....	19
Procedimiento Biopsia PUNCH o Incisional .....	19
Procedimiento Ateneo Onco mamario.....	20
GLOSARIO .....	21
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	22

## INTRODUCCIÓN DE LA GUIA

El Hospital Posadas es un Hospital Público Nacional donde trabajamos en red y disponemos de la alta complejidad. Nos dedicamos al cuidado integral y humanizado de la salud de la población en todas las etapas de la vida. En el marco de los derechos de las personas, debemos garantizar la accesibilidad, equidad, atención segura y calidad en la asistencia, investigación, formación y cuidado del capital humano.

Nos encontramos en un momento de desarrollo, de evolución acorde a la misión y visión del hospital, queriendo ser y ser reconocidos como un hospital referente, generador de modelos, innovador, involucrado con la comunidad y el medio ambiente aportando desde el área de la salud a una sociedad justa y democrática.

Es importante que en la atención a la población que presenta patología mamaria se cuente con los recursos clínicos para diferenciar entre benignidad y malignidad, y tratar de detectar lesiones malignas en etapa temprana.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer. Es uno de los más diagnosticados y tratados en este hospital, lo que lo coloca como una prioridad en el sistema de salud.

Existen distintos tratamientos para esta patología. Esta variedad, tipos de cirugía, protocolos de tratamiento y seguimiento pueden modificar los resultados a corto y largo plazo.

Es fundamental establecer una línea de tratamiento por niveles de atención, acorde a la estrategia institucional lo que hace necesario el desarrollo de una guía de práctica clínica con el propósito de estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico con el objetivo de mejorar la calidad en todos los niveles de atención médica y la calidad de vida en la paciente. Los distintos criterios de manejo de estas patologías, sumadas a las dilaciones en el diagnóstico e inicio de tratamiento, generan malos resultados y tratamientos evitables o innecesarios.

Constantemente se actualizan procedimientos y protocolos de atención debido a que al ser un cáncer con alta incidencia se realizan numerosas investigaciones y sus resultados cambian la modalidad de atención y tratamiento.

## OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad en la atención de pacientes de alta complejidad

Mejorar el proceso de tratamiento de patologías mamarias

Unificar el diagnóstico y manejo integral de la paciente con patología oncológica mamaria

## ALCANCE

La guía tiene aplicación en las pacientes con enfermedades de la mama que acceden a la asistencia en el Hospital Nacional Posadas.

Esta guía aborda el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico; no se incluye el tratamiento oncológico, también fundamental, por no ser objetivo de la misma.

## EQUIPO ELABORADOR

Coordinador Ejecutivo:  
Stigliano Javier .

Experto en Metodología de Investigación  
Casimo Carolina

Equipo Elaborador  
Borelli María Alejandra  
Loderer Maria Eugenia  
Cecchetto Emilia  
Iturre Soraire Daniela  
Ferreyra Maria Luz

Asesor  
Zerbo Cecilia

Usuarios  
Todo el personal del hospital que tome contacto con pacientes de patología mamaria en lo asistencial, técnico u orientación. Personal de gestión.

Revisores Externos  
Giacoia Evangelina  
Renee Crisp

## CONFLICTO DE INTERÉS

Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica

## BASE DE DATOS CONSULTADAS

MEDLINE. (*PUBMED*, n.d.)

Cochrane (*Cochrane*, n.d.)

EMBASE (*EMBASE*, n.d.)

Revista Argentina de Mastología (*Sociedad Argentina de Mastología*, n.d.)

Guías Ministerio Salud de la Nación (*Ministerio de Salud*, n.d.)

*National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, n.d.)

Se utilizó un método sistemático de búsqueda.

Criterios: mastitis, infección mamaria, mastitis aguda, mastitis crónica, mastitis puerperal.

Se seleccionaron las que presentan alto grado de evidencia, que cumplen los criterios 10,11 y 12 del rigor de elaboración de las recomendaciones AGREE (*The AGREE Collaboration.*, n.d.)

Se utilizó el método GRADE para graduar la fuerza de las recomendaciones. (Guyatt, 2023, #) (Sanabria, 2015, #) (ver tabla 1)

Hubo consenso en la utilización de la bibliografía consultada y el desarrollo de la guía.

Tabla 1. Evaluación de la calidad de la evidencia según el tipo de diseño de los estudio

Diseño de estudio	Calidad de la evidencia inicial	En ensayos clínicos, disminuir si	En estudios observacionales, aumentar solo si	Calidad del conjunto de la evidencia
Ensayos clínicos aleatorizados	Alta	Limitaciones en el diseño o la ejecución	Fuerza de asociación	Alta
		– Importantes	– Fuerte	
		– Muy importantes	– Muy fuerte	
		Inconsistencia	Gradiente dosis-respuesta	Moderada
		– Importante	– Presente	
		– Muy importante	Consideración de los posibles factores de confusión que:	
		Incertidumbre en que la evidencia sea directa		Baja

		- Importante	- Habrían reducido el efecto	
		- Muy importante	- Sugerirían un efecto espurio si no hay efecto	
Estudios observacionales	Baja	Imprecisión		Muy baja
		-Importante		
		-Muy importante		

## NIVELES DE EVIDENCIA PARA RECOMENDACIÓN NIVEL EVIDENCIA OBTENIDA PARA LA RECOMENDACIÓN

I Evidencia obtenida de meta-análisis de múltiples estudios bien diseñados y controlados; estudios randomizados con bajos errores falsos positivos y bajos errores falsos negativos (alto poder)

II Evidencia obtenida de al menos un estudio experimental bien diseñado; estudios randomizados con altos errores falsos positivos y falsos negativos (bajo poder)

III Evidencia obtenida de estudios cuasi-experimentales, bien diseñados, como los no randomizados controlados de grupo único pre-post, de cohorte, tiempo y series caso-control

IV Evidencia obtenida de estudios no experimentales bien diseñados como los comparativos y descriptivos correlacionales y estudios de casos

V Evidencia de reportes de casos y ejemplos clínicos

Estos niveles de evidencia nos permiten determinar grados de recomendación los que se categorizan como sigue: GRADOS DE RECOMENDACIÓN GRADO NIVEL DE EVIDENCIA

A Hay evidencia de nivel I o hallazgos consistentes de múltiples estudios de nivel II, III ó IV

B Hay evidencia de niveles II III ó IV y los resultados son consistentes

C Hay evidencia de niveles II III ó IV pero los resultados son inconsistentes

D Hay escasa evidencia o es empírica y no sistemática

NG Grado no especificado

## TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA

### INCIDENCIA

Se detectan 22000 cánceres de mama por año en Argentina (riesgo acumulado 8,34) y 6800 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad (Riesgo acumulado 2,06). (*GLOBOCAN 2020, última actualización*)

La tasa de incidencia del cáncer de mama se incrementa en forma significativa a partir de los 35 años: - 1 de cada 6 cánceres ocurre en mujeres entre los 40-49 años. - El riesgo de desarrollar cáncer de mama a 10 años, de una mujer de 40 años, es 1/69. (1/229 si tiene 30 años y 1/42 si tiene 50 años). 1 - 17% del total de las muertes por cáncer de mama ocurre entre los 40-49 años. - 16% de los cánceres de mama, se diagnostican entre los 40 y 49 años.

### TAMIZAJE

Es menester definir las distintas categorías de riesgo de cada persona, ya que de esta estratificación surgirán los estudios a solicitar.

Para considerarse riesgo promedio, la persona no debe tener: - Antecedentes personales de cáncer de mama, ni lesiones atípicas - Antecedentes familiares importantes de cáncer de mama (mujeres con cáncer de mama a edad temprana y familiares varones con cáncer de mama) - Mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de cáncer de mama - Antecedente de radioterapia torácica antes de los 30 años.

Personas con riesgo promedio: La mamografía se considera apropiada. La tomosíntesis se considera apropiada. La ecografía mamaria podría ser apropiada.

Personas de riesgo intermedio: (con historia personal de cáncer de mama HDA, Neoplasia Lobular, mama densa o riesgo entre 15 y 20% de riesgo): La mamografía se considera apropiada. La tomosíntesis se considera apropiada. La ecografía mamaria podría ser apropiada. La resonancia magnética con contraste podría ser apropiada.

Personas de alto riesgo (con variantes patogénicas tipo BRCA u otras, síndromes de cáncer heredo-familiar, pacientes con antecedentes de irradiación del tórax en edades de 10 a 30 años o riesgo > a 20%): La mamografía se considera apropiada. La tomosíntesis se considera apropiada. La resonancia magnética con contraste se considera apropiada. La ecografía mamaria podría ser apropiada.

La mayoría de los consensos y guías establecen como fecha de inicio la mamografía desde los 40 años, o 10 años antes de la edad en que el familiar más cercano tuvo cáncer de mama. Se considera innecesaria la mamografía antiguamente denominada de base (aquella realizada antes de estas edades).

La mayoría de los ensayos de detección mamaria han utilizado una edad límite de 65 o 70 años. Sin embargo, estudios observacionales y modelos informáticos

muestran un beneficio en la mortalidad entre los 80 y 84 años. Otra visión es continuar con los controles mientras la expectativa de vida excede los 5 años.

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

### Diagnóstico por imagen:

- Mamografía Analógica (MA) Sensibilidad 55 - 66% Especificidad 90-92%
- Mamografía Computarizada (CR) Sensibilidad 40 / 78% Especificidad 80%
- Mamografía Digital Directa (DR) Sensibilidad 70 / 78% Especificidad 90-92%
- Tomosíntesis (TS) Sensibilidad 86 / 96 % Especificidad 80-86%
- Ecografía (US) Sensibilidad 93 / 99 % Especificidad 66-74%

### Diagnóstico anatomopatológico:

#### Citología:

Extendido citológico de secreción por pezón.

Punción aspiración con aguja fina (PAAF): Las ventajas de la biopsia por aguja fina incluye su rapidez de procesamiento y resultado, metodología mínimamente invasiva y bajo costo. Desventajas: se necesita de patólogos con experiencia específica en la interpretación de los resultados de las pruebas. La PAAF de lesiones no palpables se puede realizar bajo guía de imágenes (p. ej., ultrasonido), aunque hay evidencia que indica que tanto la biopsia con aguja gruesa como la biopsia por escisión son más precisas que la PAAF en la evaluación de lesiones mamarias no palpables. Por último no se puede realizar inmunohistoquímica (IHQ) en citología, esencial para la planificación de tratamiento en cáncer de mama mayores a 15 mm. (T1c) Por lo antedicho esta biopsia se utiliza en casos seleccionados donde se busca confirmar diagnóstico, pero en caso de cáncer sería necesario contar con la IHQ para determinar conducta.

Histología: en todas se puede realizar IHQ.

Biopsia con aguja gruesa (Core): su sensibilidad alcanza el 97-99% cuando es ecoguiada.

Biopsia Escisional: Se recomienda en discordancia clínica / imagenológica / anatomopatológica.

Biopsia Radioquirúrgica

## Biopsia estereotáxica asistida por vacío<sup>1</sup>

Técnica Inmunohistoquímica: (IHQ) es un procedimiento especial de coloración que se realiza sobre tejido que se utiliza para determinar si las células cancerosas tienen receptores de hormonas, KI 67 y HER2.

## ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

Se utiliza el sistema TNM (American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual. 8th ed)

Se solicitan estudios para conocer la extensión de la enfermedad a las pacientes con cáncer con:

- Tamaño tumoral mayor a 5 cm (T3).
- Presencia de conglomerado axilar (N2).
- IHQ Triple Negativo y tumores HER+.
- Aquellas que presentan sintomatología sugestiva de secundarismo.
- Recurrencia de enfermedad.

A estas pacientes se le solicita:

- RX tórax
- Ecografía Abdominal
- Tomografía computada tórax, abdomen y pelvis con contraste EV (este estudio puede suplir la Rx tórax y eco abdominal según el caso)
- Centellograma óseo corporal total
- Resonancia SNC (acorde al caso)
- PET SCAN (acorde al caso)<sup>2</sup>

## TRATAMIENTO

### MULTIDISCIPLINARIO

El tratamiento de esta enfermedad requiere de múltiples agentes. Las siguientes acciones, interconsultas, evaluaciones se consideran parte fundamental del tratamiento y se recomienda ser ofrecidos dependiendo el caso, el contexto y el deseo de la paciente:

<sup>1</sup> El hospital no cuenta a la fecha con este sistema de biopsias.

<sup>2</sup> El hospital no cuenta a la fecha con esta tecnología.

Cirugía oncológica.  
Genética.  
Psicooncología.  
Kinesiología.  
Planificación familiar (anticoncepción, preservación de la fertilidad, etc).  
Evaluación del estado general (performance status).  
Redes de apoyo (sociabilidad) y contención.  
Accesibilidad al sistema de salud.  
Especialidades según sus comorbilidades.  
Grupos de pacientes (Comité Ciudadano Sanitario).

## CIRUGÍA

### Marcaciones prequirúrgicas

Existen diversas técnicas para marcar el tumor o los ganglios axilares con el objetivo de encontrarlo al momento de realizar la cirugía. Las más utilizadas son clip y carbón activado. La indicación depende de cada caso, las más comunes son: tumores no palpables, tumores que realizarán neoadyuvancia (HER2 o TN)

### Cirugías de la mama:

La cirugía puede ser radical (mastectomía simple, mastectomía radical modificada, mastectomía con conservación de piel y/o complejo areola pezón) o conservadora (tumorectomía, cuadrantectomía) dependiendo de distintos factores: estadio tumoral, relación entre volumen mamario y tamaño tumoral, preferencia de la paciente, presencia de mutaciones genéticas, comorbilidades y antecedentes personales, entre otros.

### Manejo de la axila:

- Investigación de ganglio centinela

Se entiende por ganglio centinela el primer nodo linfático axilar al cual drena el tumor mamario. Para su identificación se utiliza azul patente y/o tecnecio (Tc)99. Su estudio anatomopatológico puede realizarse intraoperatorio (congelación, impronta) o en forma diferida en caso de cumplir criterios de protocolo ACOSOG Z0011.

En aquellas pacientes que realizan neoadyuvancia, se sugiere marcar previamente el nodo con carbón o clip radiopaco para su posterior manejo e identificación intraquirúrgico (protocolo ACOSOG Z1071 Alliance).

Estas técnicas disminuyen la cantidad de pacientes candidatas a vaciamiento axilare, con la consecuente disminución de comorbilidades y complicaciones a largo plazo.

#### - Vaciamiento axilar

Se realiza vaciamiento axilar (linfadenectomía axilar de los niveles 1 y 2 de Berg) si: el nodo axilar es clínicamente positivo (con o sin confirmación anatomopatológica), no tiene criterio para ganglio centinela (ej. T4) y en casos de positividad intraquirúrgica o postoperatoria.

### Cirugía de reducción de riesgo

La mastectomía de reducción de riesgo (se denomina reducción porque no existe el riesgo cero) generalmente debe considerarse sólo en aquellas personas con una mutación genética que confiere un alto riesgo de cáncer de mama (BRCA1-BRCA2-PALB2-CHECK2-ATM-NBN). También se debería ofrecer la ooforectomía bilateral ya que los datos muestran un efecto protector.

En el contexto actual socioeconómico y debido a los costos del estudio genético, se puede considerar de alto riesgo a pacientes que cumplan con los criterios de las guías nacionales para realizarles control estricto (por ej con Resonancia Magnética con contraste) aun sin el resultado del estudio.

### Cirugía oncoplástica

Existen distintas técnicas de cirugía oncoplástica cuya elección depende de cada caso en particular. Puede ser inmediata o diferida. Entre ellas se destacan la: rotación de colgajo dermo graso, modelado glandular, recentralización de complejo areola pezón (CAP), con colgajos miocutáneo (TRAM o Dorsal Ancho), con expansor o prótesis, con malla, lipotransferencia, entre otras.

## TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Los tratamientos oncológicos (neoadyuvante, adyuvante, radioterapia, hormonoterapia, etc) se deciden en ateneo onco mamario, y no se desarrollan por exceder los alcances de esta guía (ver anexo Ateneo onco mamario).

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Las principales entidades científicas del mundo (ASCO, ESMO, EUSOMA, NCCN) propician el seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de mama asintomáticas según el siguiente **esquema**:

1. Historia clínica y examen físico cada 3 a 6 meses los 3 primeros años, cada 6 a 12 meses los 2 años siguientes y luego anual.

a) La anamnesis debe estar dirigida a pesquisar síntomas y signos indicativos de progresión local o diseminación de la enfermedad

b) El examen físico debe detectar alteraciones que indiquen diseminación de la enfermedad y/o recurrencia locorregional.

2. Mamografía anual (para las tratadas en forma conservadora, la primera 6 meses después de terminada la radioterapia)

3. Examen ginecológico anual (en especial en pacientes que reciben tamoxifeno)

**Centellograma óseo y seguimiento:** NO RECOMENDADO Nivel evidencia 1

**Laboratorio y seguimiento:** NO RECOMENDADO Nivel evidencia 1

**Marcadores tumorales** No se recomienda la determinación de CEA, Ca 15-3, Ca 27-29 o MCA pues aunque se acepta que pueden anticipar la recurrencia en algunos meses con respecto a las imágenes, este anticipo no modifica el pronóstico ni la estrategia terapéutica. Nivel de evidencia 2

Las **biopsias líquidas** a la fecha se encuentran en realización de estudios clínicos, siendo aún reservadas a la investigación.

La anticipación en el diagnóstico (temprano) no necesariamente significa un beneficio; en realidad puede ser sólo un hecho anecdótico si no tiene un impacto favorable en el pronóstico.

Resumen: No se recomienda en Pacientes Asintomáticas: Estudios de laboratorio, Marcadores tumorales, Radiografía de tórax, Ecografía o tomografía hepática, Centellograma óseo, PET

## MARCO LEGAL - NORMATIVA LEGAL APLICABLE

Ley Nacional N°: 26.529/2009 Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Ley Nacional N°: 17.132/1967 El Arte de Curar para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración.

Ley Nacional N°: 26.872/2013 Patología mamaria. Cirugía reconstructiva. Cobertura.

Ley Nacional N°: 26.862/2013 Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida

Ley Nacional N°: 26.130/2006 Anticoncepción quirúrgica

Ley Nacional N°: 25.673/2002 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INVOLUCRADOS

Entrada de paciente a patología mamaria

Asistencia de paciente en patología mamaria

Asistencia de pacientes con tumores malignos de la mama

Egreso de paciente de patología mamaria

Procedimiento de biopsia en consultorio

Procedimiento ateneo oncomamario

## CÓDIGOS Y REGISTROS

### CÓDIGOS UTILIZADOS

C50: TUMOR MALIGNO DE LA MAMA

### REGISTROS

Las consultas de guardia, de consultorio de patología mamaria y las prácticas realizadas en dicho consultorio (punciones, marcaciones y ecografías) se registran en la historia clínica digital del Hospital Nacional Posadas (TASY). La internación en sala y las prácticas realizadas en quirófano se registran en la historia clínica física (hasta que se habilite el módulo en la historia digital). El material enviado para estudio anatomopatológico tanto en consultorio como en quirófano queda registrado en intranet de anatomía patológica (OPTIMI). La lista quirúrgica se completa en el DRIVE de cirugías de la sección. Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, los

tratamientos y los seguimientos, se agregan en el Registro Nacional de Cáncer de mama (RCM), dependiente de la Sociedad Argentina de Mastología. Las pacientes con cáncer de mama se registran en el Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) de donde surgen las estadísticas nacionales e internacionales (IARC - Globocan) y en el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA- Instituto Nacional de Cáncer)

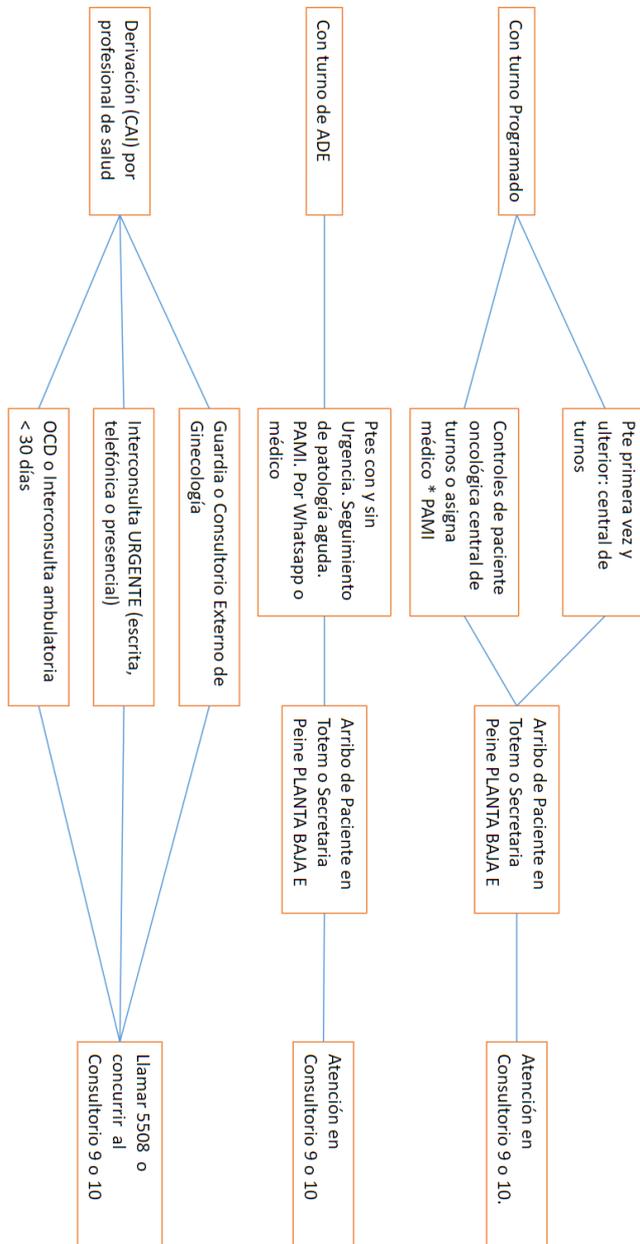
## INDICADORES

Nombre	Fórmula	Fuente	Base	Meta 2025	Análisis
<b>Ingreso</b>	fecha solicitud de turno / fecha asitencia primera vez	Historia Clínica		<15 días	anual
<b>Complicación</b>	fecha detección de complicación / fecha asitencia primera vez	Historia Clínica		< 72 hs	anual
<b>Biopsia</b>	Fecha de indicación de biopsia / Fecha de realización de biopsia	Historia Clínica	28	< 21 hs	anual
<b>Hematoma</b>	cantidad de drenaje de hematoma post-quirúrgico x100 / cantidad de cirugía oncológica	Historia Clínica	3%	< 1%	anual
<b>Infección</b>	infección postoperatoria por cáncer x 100/ total de cirugías oncológicas	Historia Clínica	3%	< 5%	anual
<b>Cirugía</b>	fecha de programación de cirugía / fecha de cirugía	DRIVE programación cirugías	55 días	< 45 días	Anual
<b>Progresión</b>	cantidad de suspensiones por progresión x 100/ total de cirugías oncológicas	Historia Clínica-DRIVE cirugías	2.3%	1%	Semestral
<b>Fidelización</b>	cantidad de pacientes operadas oncológicas x 100/ total de cirugías oncológicas	Historia Clínica-DRIVE cirugías		> 90%	Bi anual

# ANEXOS

## Proceso Entrada Pacientes Patología Mamaria

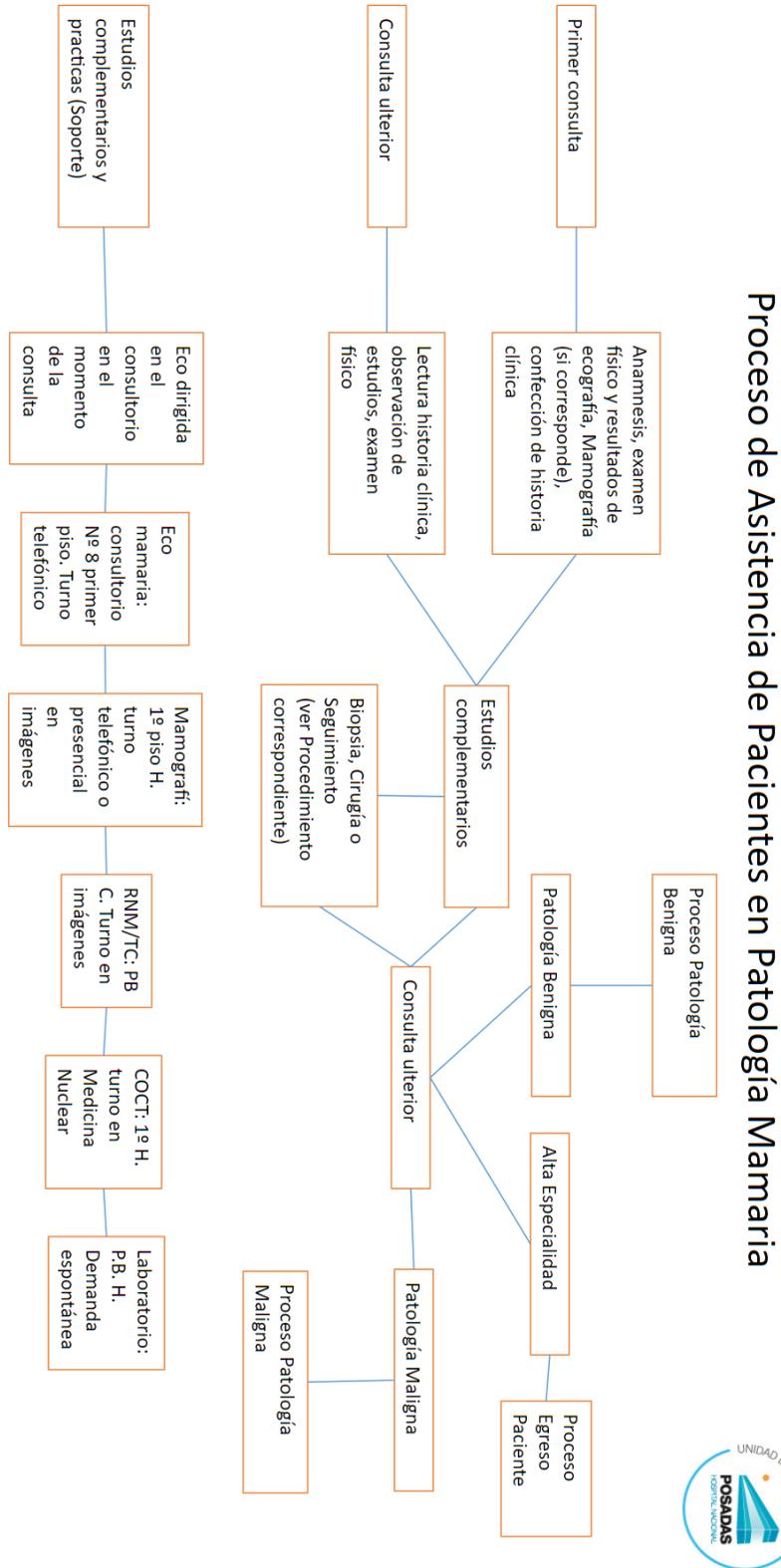
### Proceso de Entrada de Paciente Patología Mamaria



\* Pte oncológica para control semestral o anual envía mail (dos meses antes de la fecha deseada) con diagnóstico, DNI y mes que necesita control, por ese medio se devuelve el turno que asigna la secretaria: [turno.onco.mama@hospitalposadas.gob.ar](mailto:turno.onco.mama@hospitalposadas.gob.ar). Lo responde y asigna turno la navegadora

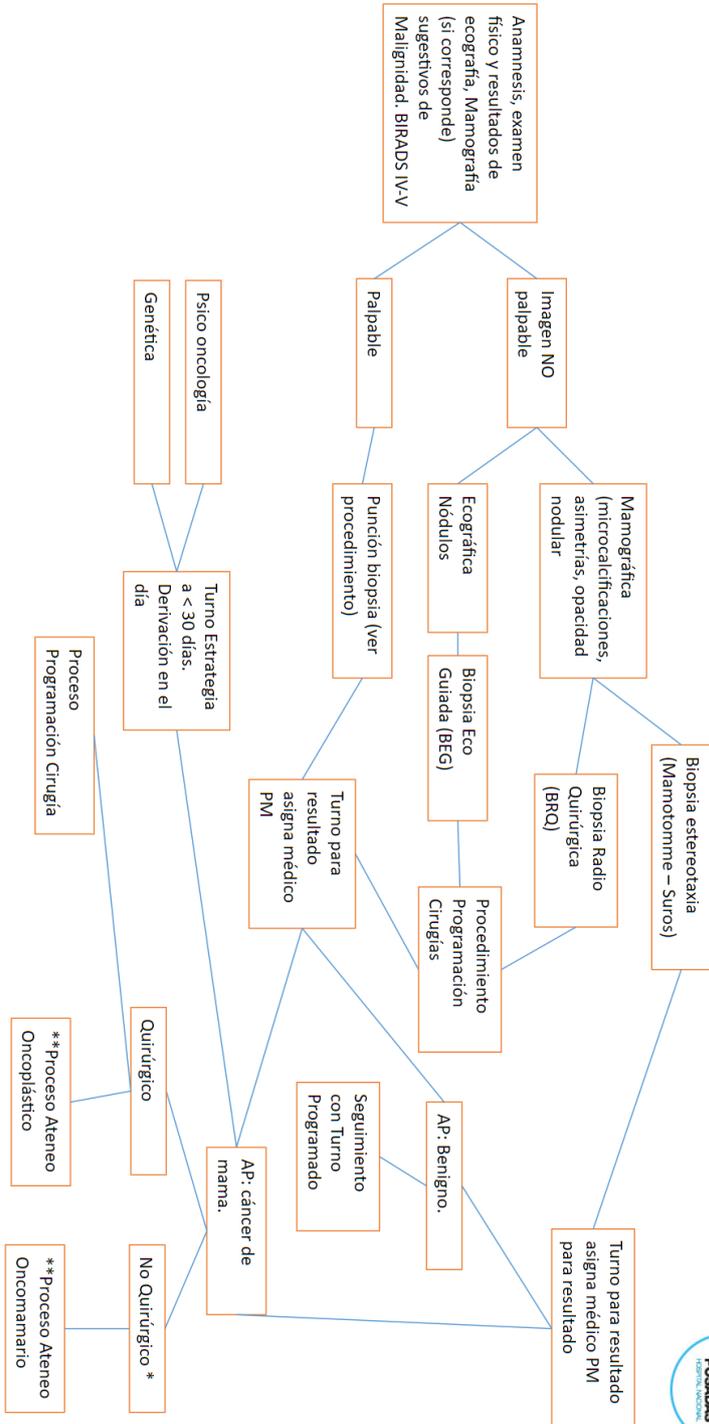


## Proceso Asistencial Pacientes Patología Mamaria



# Proceso Asistencia Pacientes Tumores Malignos

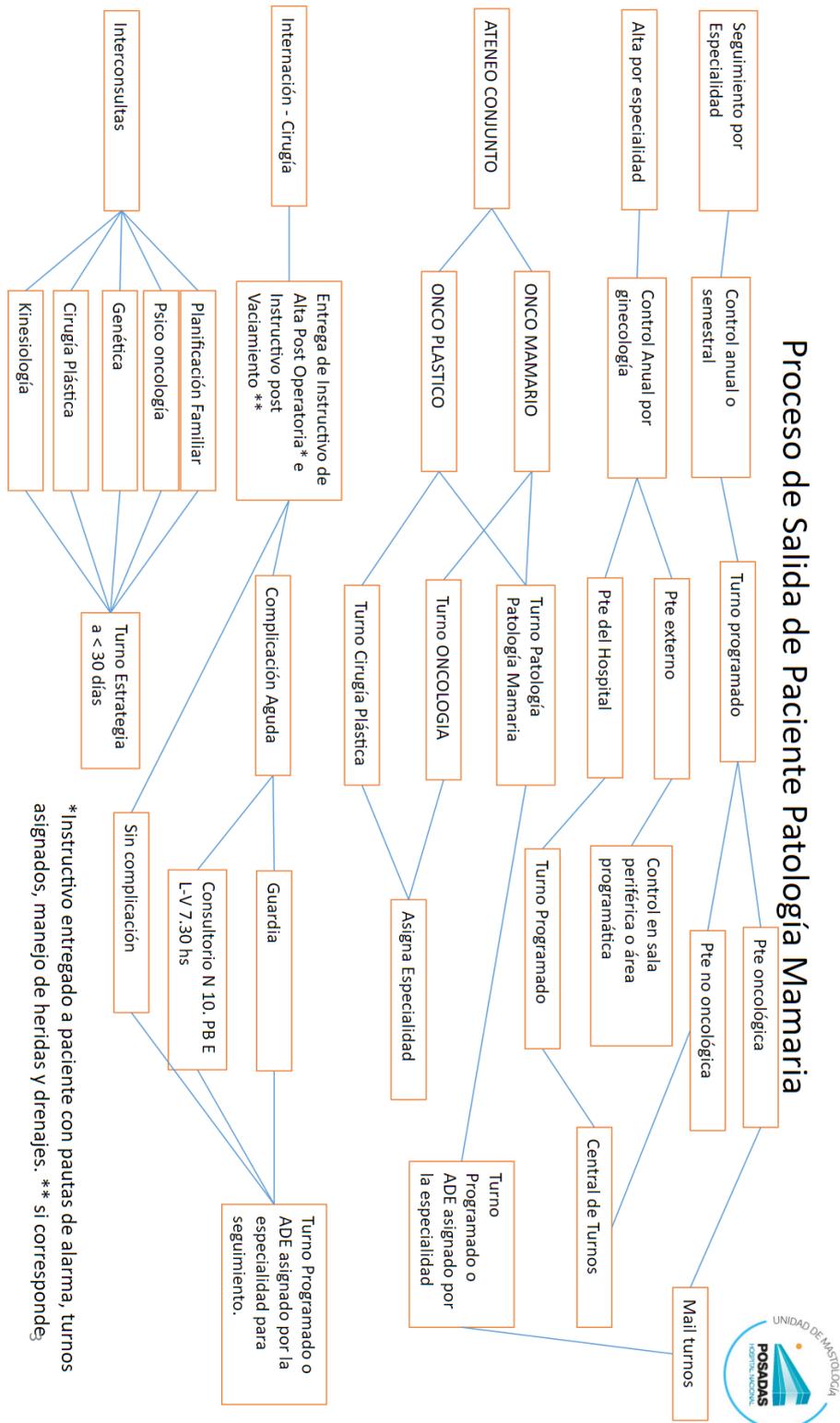
## Proceso de Asistencia de Pacientes con Tumores Malignos de la Mama



\* Por TNM, por Tumor HER+ o TN mayor a 15 mm. \*\* Estudios de extensión para estadificación según corresponda (ver ateneo)



## Proceso Salida Pacientes Patología Mamaria



## Procedimiento Biopsia o Drenaje en consultorio

Paciente concurre con resultado de imágenes laboratorio (hemograma y coagulograma) antitetánica cubierta.

Reconfirmación de medicación y alergias que tenga.

Chequeo de obra social, PAMI, o cobertura médica.

Se evalúan estudios, se explica procedimiento, firma consentimiento.

Se coloca en posición decúbito dorsal en camilla del consultorio, con torso descubierto.

Se realiza ecografía dirigida de la lesión a biopsiar, marcar o drenar.

Se realiza antisepsia de la región con yodopovidona o clorhexidina, alcohol en el caso que sea enviado a bacteriología. Anestesia local con lidocaína al 2% con epinefrina.

En el caso de biopsia CORE, se realiza incisión de piel (puntiforme) con bisturí N°11 puntiforme (aprox 2 mm Máximo)

Se realizan entre 3 y 5 tomas (acorde a la lesión y a la calidad de la muestra obtenida) con pistola de tru-cut con aguja de 14 G.

Se controla la hemostasia. Se realiza cura plana.

Se colocan muestras en frascos estériles con formol buffer al 10%, rotulado, con nombre y DNI y datos de la lesión.

Se completa y adjunta protocolo de anatomía patológica.

Se envían al servicio de Anatomía patológica (residente o secretaria).

Control en 20-30 días con turno para retirar resultado programado.

Profilaxis antibiótica con cefalexina 1gr (según alergias Ciprofloxacina 500 mg). Hielo local. Pautas de alarma.

## Procedimiento Biopsia PUNCH o Incisional

La anestesia en este caso se realiza en más de un punto, pudiendo hacerse en abanico.

PUNCH: Se toma el Punch de piel N°4 y se presiona girando en el área de interés

Una vez seccionado en profundidad se inclina para seccionar la base, si no se secciona, se puede levantar la muestra con pinza mano izquierda y seccionar la base con bisturí.

Incisional: se incide la piel con bisturí se talla en profundidad, hemostasia por

compresión, puntos en x, en u, o simples según el caso.

Se controla la hemostasia. Se realiza cura plana.

Se colocan muestras en frascos estériles con formol buffer al 10%, rotulado, con nombre y DNI y datos de la lesión.

Se completa y adjunta protocolo de anatomía patológica.

Se envían al servicio de Anatomía patológica (residente o secretaria).

Control en 20-30 días con turno para retirar resultado programado.

Profilaxis antibiótica con cefalexina 1gr (según alergias Ciprofloxacina 500 mg).  
Hielo local. Pautas de alarma.

## Procedimiento Ateneo Onco mamario

Un ateneo es una reunión de los integrantes de uno o varios servicios asistenciales donde se desarrolla la presentación y discusión académica sobre uno o varios casos clínicos que ameriten, por su particularidad, una revisión en conjunto con otras especialidades y disciplinas.

El objetivo del ateneo clínico es producir conocimiento y reflexión sobre los aspectos clínicos y patológicos del o de los casos clínicos en discusión. Se pretende lograr un ambiente de intercambio académico que nutra el conocimiento de los participantes sobre todos los aspectos de la patología correspondiente a él o los casos clínicos que se presenten.

Durante el ateneo se realiza la presentación de cada caso clínico en forma detallada, con los aspectos más relevantes en cuanto a la forma de presentación, evolución, resolución diagnóstica y terapéutica. Cada participante expone su propia opinión sobre la base de su conocimiento. Finalmente se decide o toma una conducta consensuada

Se presentan ateneo **onco-mamario**, en el Servicio de Oncología

Se realiza un resumen de historia clínica orientada a la patología del paciente y es presentado por médico residente, coordinado por un Fellow o médico de planta.

Las pacientes que se presentan en oncología son: pacientes con diagnóstico de cáncer triple negativo y tumores tipo Her + (score 3) mayores a 15 mm, dificultad o imposibilidad quirúrgica por TNM, intención de reducir el tamaño para intentar una cirugía conservadora, pacientes que elevado riesgo anestésico, paciente con edad avanzada en donde algún tratamiento sea igual o superior a la cirugía.

Las pacientes post operatorias con resultado de anatomía patológica para definir tratamiento.

Se presenta el caso y los presentes opinan en base a sus conocimientos se escribe en la historia clínica lo propuesto por en el ateneo, se informa el resultado al paciente, se lo cita al consultorio correspondiente según el caso.

## GLOSARIO

- Pte: Paciente
- IC: Interconsulta
- OCD: Oficina de Comunicación a Distancia
- Central de turnos: 0800-222-4627
- WhatsApp: 11 2767-8072
- PM: Patología Mamaria
- ADE: Atención Demanda Espontánea
- AP: Anatomía Patológica
- BRQ: Biopsia Radio Quirúrgica
- BEG: Biopsia Eco Guiada
- BIRADS: *Breast Imaging Reporting and Data System*
- HER2: Receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano.
- TN: Triple Negativo
- TNM: Tumor, Nodo, Metástasis
- SITAM: Sistema de Información para el tamizaje
- DX: Diagnóstico
- IHQ: Inmunohistoquímica
- SLE: Sobrevida Libre de Enfermedad
- SG: Sobrevida Global

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 715-725

Arra M, Casimo C, Prieto, C; Stigliano, J; Gentile, L; Martínez, F; Mural, J. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años Revista: Año 2017 | Vol. 36 | Numero 132

Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med* 2012;367:1998- 2005

Boughey JC, Ballman KV, Le-Petross HT, et al. Identification and Resection of Clipped Node Decreases the False-negative Rate of Sentinel Lymph Node Surgery in Patients Presenting With Node-positive Breast Cancer (T0-T4, N1-N2) Who Receive Neoadjuvant Chemotherapy: Results From ACOSOG Z1071 (Alliance). *Ann Surg* 2016;263:802-807

Boughey JC, Suman VJ, Mittendorf EA, et al. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: the ACOSOG Z1071 (Alliance) clinical trial. *Jama* 2013;310:1455-1461

Broeders M, Moss S, Nystrom L, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *J Med Screen* 2012;19 Suppl 1:14-25.

Caudle AS, Yang WT, Krishnamurthy S, et al. Improved axillary evaluation following neoadjuvant therapy for patients with node-positive breast cancer using selective evaluation of clipped nodes: Implementation of targeted axillary dissection. *J Clin Oncol* 2016

Casimo, C; Arra, M; Gentile, L; Martínez, F; Stigliano, J; Prieto, C; Mural, J. Características Imagenológicas del Cáncer de Mama Triple Negativo. Revista: Año 2018 | Vol. 37 | Numero 134

Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Tamizaje en Cáncer de Mama 2021 SOCIEDAD ARGENTINA DE MASTOLOGÍA (SAM) SOCIEDAD ARGENTINA DE RADIOLOGÍA (SAR) FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE RADIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Y TERAPIA RADIANTE (FAARDIT) SOCIEDAD ARGENTINA DE GENÉTICA (SAC) SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BUENOS AIRES (SOGIBA) ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA (AMA) SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA RADIANTE ONCOLÓGICA (SATRO) INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ANGEL H. ROFFO (IOAR) ASOCIACIÓN ARGENTINA DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA (AAGO) ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA (AAOC) SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGÍA (SAC)

Doshi DJ, March DE, Crisi GM, Coughlin BF. Complex cystic breast masses: diagnostic approach and imaging-pathologic correlation. *Radiographics* 2007;27 Suppl 1:53-64

Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg* 2010;252:426-432; discussion 432-423.

Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2011;305:569-575

Giuliano AE, Ballman K, McCall L, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases: Long-term Follow-up From the American College of Surgeons Oncology Group (Alliance) ACOSOG Z0011 Randomized Trial. *Ann Surg* 2016;264:413-420

Globocan 2020. Summary statistic 2020. Global Cancer Observatory World Health Organization

Kuemmel S, Heil J, Bruzas S, et al. Safety of Targeted Axillary Dissection After Neoadjuvant Therapy in Patients With Node-Positive Breast Cancer. *JAMA Surg*. Published online June 07, 2023. doi:10.1001/jamasurg.2023.1772  
patología benigna.

Levine P, Simsir A, Cangiarella J. Management issues in breast lesions diagnosed by fine-needle aspiration and percutaneous core breast biopsy. *Am J Clin Pathol* 2006;125 Suppl:S124-134.

Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 2009;151:738-747

Mandelblatt, JS.; Cronin, K.; de Koning, H.; Miglioretti, DL.; Schechter, CS.; Stout, N. Collaborative modeling of U.S. breast cancer screening strategies. AHRQ Publication No. 14-05201-EF-4. 2015  
Mural, J; Stigliano, J; Prieto, C; Rossi, C ;et al Experiencia en la identificación del ganglio centinela. Consideraciones observacionales didácticas del entrenamiento en un hospital público en 10 años Revista: Año 2012 | Vol. 31 | Numero 113

NCCN Guidelines Version 2.2023 Breast Cancer Screening and Diagnosis. BSCR-1

Pisano ED, Fajardo LL, Caudry DJ, et al. Fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial: results from the radiologic diagnostic oncology group V. *Radiology* 2001;219:785- 792

Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314:1599-1614

Ramos, L; Stigliano, J; Soria, L; Guman, G. Es todavía útil la biopsia radioquirúrgica en hospitales de bajo recursos Revista: Año 2018 | Vol. 37 | Numero 136

Rocha RD, Girardi AR, Pinto RR, de Freitas VA. Axillary ultrasound and fine-needle aspiration in preoperative staging of axillary lymph nodes in patients with invasive breast cancer. *Radiol Bras* 2015;48:345-352

SAMAS Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Seguimiento de Pacientes Asintomáticas luego del Tratamiento Primario con Intención Curativa 2007.

SIVER-Ca en base a datos del RITA (Registro Institucional de Tumores de Argentina). Instituto Nacional del Cáncer, 29 noviembre 2021.

Stigliano, J; Prieto, C; Mural, J; Marrone, M; Gentile, L; et al. Relevancia De La Citología Por Impronta De Las Biopsias Core En Patología Mamaria En Un Hospital Público. Revista: Año 2014 | Vol. 33 | Numero 120

Tea M-KM, Grimm C, Fink-Retter A, et al. The validity of complex breast cysts after surgery. *Am J Surg* 2009;197:199-202.