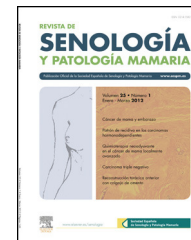




# Revista de Senología y Patología Mamaria

[www.elsevier.es/senologia](http://www.elsevier.es/senologia)



## EDITORIAL

## Las técnicas de localización para la biopsia quirúrgica. Donde la aguja cede el paso

## Localization techniques for surgical biopsy. Where the needle gives way

One way for hospitals to stop excess open biopsies is to ban them, unless they are truly necessary, as in uncommon cases in which a needle cannot reach the spot.

“We made a rule”, he said. “If it can be done with a needle, it has to be”<sup>2</sup>

Melvin J Silverstein

Las técnicas de localización prequirúrgica se emplean para la excisión quirúrgica de lesiones no palpables malignas y en los casos seleccionados de lesiones benignas que no han podido ser tipificadas percutáneamente y precisan exéresis para su diagnóstico<sup>1</sup>. Se asume que la ratio de biopsias benignas quirúrgicas debe ser entre un 1 y un 5%, aunque en el mayor estudio sobre el uso de la biopsia quirúrgica basado en 172.342 casos se identifican ratios de hasta el 30% en centros no universitarios<sup>2-4</sup>.

Un tercio de los carcinomas de mama son no palpables en el momento del diagnóstico. El gold standard hoy en día para el tratamiento de estas lesiones es su excisión quirúrgica con localización por arpón (WGL – wire-guided localization-).<sup>5</sup> La incompleta idoneidad de la técnica con arpón, debido a dificultades técnicas, migración del marcador, malos resultados estéticos dado que el procedimiento radiológico a menudo condiciona un acceso quirúrgico no idóneo, el riesgo de quemaduras por diatermia y el impacto en la programación quirúrgica, ya que precisa de intercomunicación con radiología en el momento de la cirugía, son los inconvenientes más denostados de la técnica. La técnica es aún más compleja y laboriosa en las pacientes portadoras de implantes mamarios.

Paralelamente y en un intento de mejora, se han desarrollado técnicas basadas en la aplicación de isótopos, conocidas como técnicas radioguiadas (RGL – radioguided localization), que incluyen: localización radioguiada de lesiones ocultas (ROLL- radioguided occult lesion localization), ganglio centinela y localización de lesiones ocultas (SNOLL- sentinel lymph node and occult lesion localization -) y la localización radioguiada mediante semillas (RSL – radioactive seed localization -). La ecografía intraoperatoria

(IOUS- intra-operative ultrasound -) asimismo es otra de las modalidades emergentes en este escenario, demostrando que no se concilian todas las necesidades clínicas. Todas ellas con la finalidad de ser una alternativa a la localización mediante arpón. La técnica ideal debería posibilitar la localización precisa, evitar la exéresis excesiva de tejido sano, mejorar los porcentajes de márgenes quirúrgicos libres, minimizar el disconfort de las pacientes y reducir el tiempo quirúrgico<sup>6</sup>.

Existen pocos estudios consistentes en la literatura que comparen ambas técnicas, ya que las variables necesarias para estudios de calidad como: márgenes quirúrgicos libres, tasa de reintervenciones, tiempo quirúrgico, volumen y peso de los especímenes y tasas de detección del ganglio centinela, diagnóstico patológico final y complicaciones peroperatorias, no suelen estar incluidas sistemáticamente en las publicaciones. En muchos de los artículos además se incluyen altos porcentajes de lesiones benignas lo que indica un sesgo de inclusión, que a menudo debilita sus resultados. A pesar de ello recientemente se han publicado revisiones sistemáticas para las diferentes técnicas y estudios de coste efectividad.

La revisión sistemática más reciente que compara las técnicas radioguiadas con el arpón<sup>7</sup>, realizada por el grupo del King's College concluye que a pesar del menor tiempo quirúrgico en las técnicas radioguiadas, el volumen de las piezas es menor en las técnicas de arpón, concluyendo que la evidencia es insuficiente para desplazar los arpones y usar técnicas radioguiadas. Los autores lamentan la falta de ensayos clínicos randomizados para poder tomar la decisión. El meta-análisis publicado en 2012 por Sajid et al.<sup>8</sup>, asimismo demuestra la reducción del tiempo quirúrgico, pero no diferencias en los volúmenes.

Recientemente se ha publicado una serie en la que se emplean semillas de <sup>125</sup>I como marcador lesional, aportando como valor añadido, que el foco de energía que genera es puntiforme así como la visibilidad del marcador mediante mamografía. Se trata de series preliminares pero con resultados altamente prometedores.

Todas las alternativas tienden a mejorar las técnicas con arpón y la literatura aporta cada vez más datos a favor de las técnicas radioguiadas como resultado de la mejora de las habilidades de los equipos, aunque todos los artículos y revisiones reconocen que la localización con arpón es la técnica más consolidada.

Todas las técnicas de localización son la resultante del equipo multidisciplinar que las maneja, la resultante de la calidad de la detección, la exhaustividad en la caracterización de las lesiones y la utilización habilidosa de la modalidad de marcado, planificación y exéresis del grupo. Cualquiera que sea la modalidad elegida debe ser una técnica consolidada y sometida a monitorización, ya que son el último eslabón diagnóstico y el primero en el tratamiento.

## Bibliografía

1. Ciatto S, Bonardi R, Ravaioli A, Canuti D, Foglietta F, Modena S, et al. Benign breast surgical biopsies: are they always justified? *Tumori*. 1998 Oct;84(5):521-4.
2. Study of Breasts Biosies Finds Surgery Used Too Extensively. Denise Grady. *The New York Times* February 18, 2011.
3. Gutwein LG, Ang DN, Liu H, Marshall JK, Hochwald SN, Cope-land EM, et al. Utilization of minimally invasive breast biopsy for the evaluation of suspicious breast lesions. *Am J Surg*. 2011 Aug;202(2):127-32.
4. Van Breest Smallenburg V, Nederend J, Voogd AC, Coebergh JWW, van Beek M, Jansen FH, et al. Trends in breast biopsies for abnormalities detected at screening mammography: a population-based study in the Netherlands. *Br J Cancer*. 2013 Jul 9;109(1):242-8.
5. Postma EL, Witkamp AJ, van den Bosch MA, Verkooijen HM, van Hillegersberg R. Localization of nonpalpable breast lesions. *Exp Rev Anticancer Ther*. 2011 Aug;11(8):1295-302.
6. Localization of Nonpalpable Breast Lesions - Full Text View - Clinical Trials.gov [Internet]. [cited 2013 Sep 28]. Available from: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT01901991>
7. Ahmed M, Douek M. Intra-operative ultrasound versus wire-guided localization in the surgical management of non-palpable breast cancers: systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2013 Aug 1;140(3):435-46.
8. Sajid MS, Paramalli U, Haider Z, Bonomi R. Comparison of radio-guided occult lesion localization (ROLL) and wire localization for non-palpable breast cancers: a meta-analysis. *J Surg Oncol*. 2012 Jun 15;105(8):852-8.

Melcior Sentís

*Presidente de la Sociedad Iberoamericana de Imagen  
Mamaria (SIBIM)*

*Correo electrónico: msentis@tauli.cat*