

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Escisión por Biopsia Asistida por Vacío guiada por ultrasonido para tratar tumores phyllodes benignos"

Nombre revisor: Tamara Pradillo Aramendi. Hospital Universitario Infanta Elena

1. - Artículo Original:

Shang QJ, Li N, Zhang MK, He Y, Liu G, Wang ZL. Ultrasound-guided vacuum-assisted excisional biopsy to treat benign phyllodes tumors. Breast. 2020 Feb; 49:242-245. doi: 10.1016/j.breast.2019.12.008.

2.- Resumen del Artículo:

2.1 Introducción:

Los tumores phyllodes (TP) son lesiones fibroepiteliales raras que suponen aproximadamente el 1% de todas las lesiones mamarias primarias y ocurren en mujeres de 35 a 55 años. A diferencia de los fibroadenomas (FA), los TP presentan sobrecrecimiento de estroma, lo que da lugar a que tengan una apariencia en forma de hoja.

Según la Organización Mundial de la Salud, los TP son clasificados como benigno, límite y maligno basado en cinco factores: el pleomorfismo celular, grado de mitosis, crecimiento excesivo del estroma y su distribución y la apariencia del margen. La tasa de recurrencia de TP benigno, limítrofe y maligno es del 10%-17%, 14%-25% y 23%-30%, respectivamente.

En la ecografía a menudo se presentan como una masa hipoecoica heterogénea con espacio quístico interno, venas dilatadas y engrosamiento de la piel circundante. El Doppler color puede mostrar hipervascularización.

Por lo general, la escisión quirúrgica es necesaria para los TP de todos los subtipos. Con el rápido desarrollo de biopsia asistida por vacío (BAV), tumores benignos de seno, como FA y papilomas intraductales, pueden extirparse de forma mínimamente invasiva. Hasta la fecha, no ha habido estudios sistemáticos sobre el tratamiento de TP benignos mediante BAV y los factores que pueden afectar a la recurrencia local. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor de la BAV guiada por ecografía en el tratamiento de TP benignos de la mama e investigar las características de la lesión que podrían afectar la tasa de recurrencia local.

2.2 Metodología

Estudio retrospectivo. De marzo de 2008 a mayo de 2016, 6788 lesiones de 5112 pacientes fueron sometidas a escisión por BAV bajo guía ecográfica. Hubo 93 casos de TP benignos.

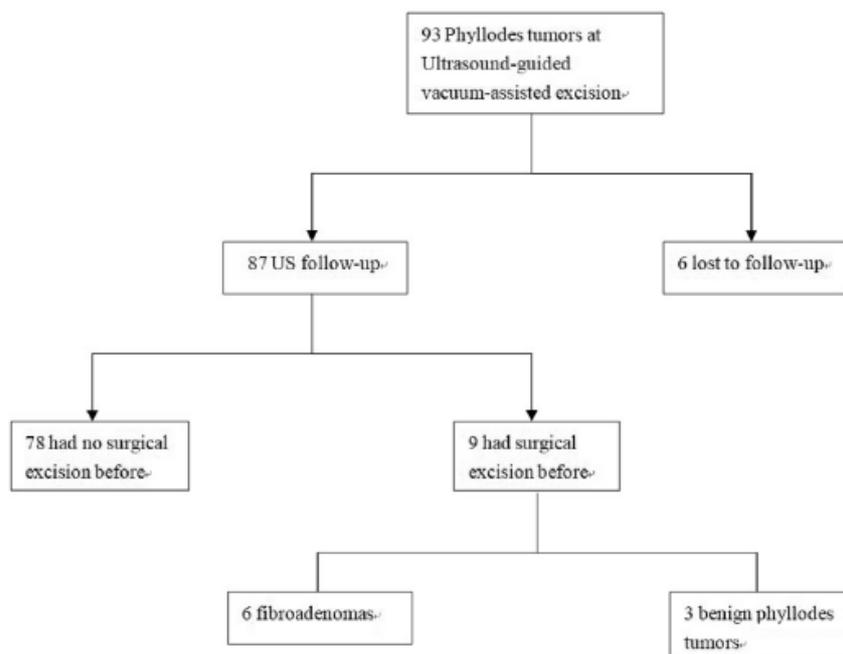


Fig. 3. The flow chart of the patients' follow-up.

La BAV se indicó en pacientes con lesiones BI-RADS 3 o 4 que se negaron a hacer seguimiento, se sintieron extremadamente incómodas debido a sus lesiones o se quejaron de dolor u otros síntomas, o a aquellas cuyas lesiones estaban aumentando de tamaño o que se sentían muy ansiosas.

La BAV se realizó bajo anestesia local. La operación duró de 3 a 30 min (10.6 ± 7.3 min) dependiendo del tamaño de la lesión. Posterior compresión en zona de punción durante 10-15 min. Vendaje compresivo elástico domiciliarios 24-48 h.

Se realizó control con ecografía uno, tres y seis meses después, y posteriormente, a intervalos de un año. Nuevos nódulos en la región de la escisión previa con BAV se clasificaron como lesiones recurrentes.

Para cada TP, los datos incluyeron la edad del paciente en el momento de la presentación, las dimensiones de la lesión, el borde original de la lesión, doppler, la categoría BI-RADS, el período de seguimiento, el intervalo hasta la recurrencia y el antecedentes de escisión quirúrgica.

2.3 Resultados:

1. Tasa de recurrencia

La duración del seguimiento fue de 12-86 meses (35.8 ± 24.3 meses). La tabla 1 resume las características clínicas y ecográficas de los 87 casos de TP. De las 87 lesiones diagnosticadas como TP benigno, 15 mostraron recurrencias en el período de seguimiento. La tasa de recurrencia después de BAV fue del 17.2% (15/87).

Todas las recurrencias ocurrieron 1-12 meses (7.8 ± 4.6 meses) después de la BAV. 15 pacientes con recurrencia se sometieron a una cirugía adicional, tres de los cuales optaron por el seguimiento. Entre los 12 pacientes restantes, la patología demostró que 3, 6 y 4 tenían TP benigno, FA y TP límite, respectivamente. El diámetro más grande de las lesiones fue 2.0-3.8 cm (3.1 ± 0.8 cm) en el grupo de recurrencia y 1.3-3.5 cm (2.2 ± 0.5 cm) en el no grupo de recurrencia. No hubo diferencias significativas en el tamaño de la lesión entre el grupo de recurrencia y el de no recurrencia.

La tasa de recurrencia fue del 8% para lesiones con un diámetro < 3.3 cm y del 75% para lesiones con un diámetro > 3.3 cm, mostrando una diferencia significativa ($P = 0.01$). Los grupos de recurrencia y no recurrencia no mostraron diferencias significativas en términos de edad, borde de la lesión original, flujo sanguíneo, categoría BI-RADS o antecedentes de escisión quirúrgica local.

2. Complicaciones

Las complicaciones incluyeron hematoma, dolor y equimosis. De los 87 pacientes, 3 experimentaron dolor y 6 hematoma después del procedimiento. Todas asintomáticas y sin hematoma dos meses. 2 tuvieron rasguños en piel durante la BAV. La satisfacción de la apariencia postoperatoria de los pacientes fue del 97,7%.

Table 1
Characteristics of patients undergoing Excision for Benign Phyllodes tumors on
Ultrasound-guided vacuum-assisted.

| | No recurrence | recurrence | p value |
|------------------------------------|---------------|------------|---------|
| Age | | | 0.339 |
| <40.5 | 48 | 6 | |
| ≥40.5 | 24 | 9 | |
| History of local surgical excision | | | 0.68 |
| Yes | 3 | 6 | |
| No | 69 | 9 | |
| Lesion dimensions (cm) | | | 0.01 |
| <3.3 | 69 | 6 | |
| ≥3.3 | 3 | 9 | |
| Original lesion edge | | | 1.0 |
| clear | 66 | 15 | |
| unclear | 3 | 0 | |
| blood flow | | | 0.597 |
| Yes | 54 | 9 | |
| No | 18 | 6 | |
| BI-RADS category | | | 0.172 |
| 3 | 72 | 12 | |
| 4 | 0 | 3 | |

3.- Comentario:

TP y FA representan la mayoría de los casos de lesiones fibroepiteliales. Diferenciar entre TP benigno y FA sigue siendo un desafío clínica e histológicamente. El tratamiento común de TP es la resección quirúrgica, que incluye escisión local (margen de seguridad de 5 mm) y escisión local amplia (margen quirúrgico de al menos 10 mm). Un estudio previo no mostró diferencias significativas entre los dos tipos de escisión en la recurrencia de TP benigno.

En este estudio, la tasa de recurrencia local de la lesión fue del 17,2%. Eso fue ligeramente superior a los estudios anteriores de BAV. El estudio por Quayang et al. mostró que la tasa de recurrencia local de 108 casos de TP benigno después de BAV fue del 11,1%. El estudio de Park et al. mostró que la tasa de recurrencia de 67 casos de TP benigno fue del 7,5%. La mayor tasa de recurrencia en este estudio se puede aclarar con dos explicaciones. Primero, el estándar de recurrencia en nuestro estudio fue estricto. Cualquier nódulo de nueva aparición en la región de la escisión previa fue clasificado como una lesión recurrente, sin examen histológico. En segundo lugar, el diámetro más grande de las lesiones fue mayor en nuestro estudio que en los estudios anteriores, lo que podría haber afectado la tasa de escisión completa. En el estudio de Park, el tamaño medio del tumor al momento del diagnóstico fue de 1.97 ± 0.84 . En nuestro estudio, el tamaño medio del tumor al momento del diagnóstico fue de 2.36 ± 0.65 .

En este estudio, el tiempo medio de recurrencia después de BAV fue de 7,8 meses (1-12 meses). Estudios previos mostraron que el intervalo promedio para la recurrencia del TP benigno fue dos años después del tratamiento con resección quirúrgica. El tiempo de recurrencia después de VAB fue más corto en este estudio que en estudios anteriores, lo que podría explicarse por el hecho de que una pequeña cantidad de células residuales después de BAV no

se pudo detectar en la ecografía, lo que dio lugar a una recurrencia temprana. En este estudio, los grupos de recurrencia y no recurrencia no mostraron diferencias en términos de edad, borde de la lesión original, flujo sanguíneo o categoría BI-RADS. Además, la tasa de recurrencia de las lesiones con un diámetro $\leq 3,3$ cm fue significativamente menor que la de las lesiones con un diámetro $> 3,3$ cm. Este resultado fue similar al reportado por Park et al., quienes demostraron que los TP benignos con un tamaño tumoral < 3 cm y baja recurrencia podrían ser seguidos de manera segura mediante ecografía después de ser extirpados y diagnosticados con BAV. Muchos informes indicaron que la tasa de recurrencia local fue baja en tumores < 2 cm de tamaño. Todos estos estudios sugirieron que en los TP benignos de pequeño tamaño, la realización de su escisión por BAV sería suficiente.

En este estudio, tres lesiones recurrentes después de BAV tuvieron peor grado histológico que el tumor primario, pasando de TP benigno a límite. Este fenómeno también se observó en otros estudios. Reinfuss et al. explicó que esta mejora podría ser causada por la falta de focos malignos en el examen histológico y que la recurrencia de TP benignos tenía el potencial de progresar a TP límite. Se ha informado que el efecto terapéutico de los TP límite se asoció estrechamente con el método quirúrgico, y las escisiones locales amplias condujeron a una tasa de recurrencia menor que las escisiones locales. Por lo tanto, la recurrencia del TP benigno debe tratarse con escisión local amplia en lugar de BAV o escisión local.

El análisis de nuestros datos mostró que no hubo diferencias entre los grupos de recurrencia y no recurrencia en términos de antecedentes de escisión quirúrgica local antes de BAV. Esto sugirió que el efecto terapéutico de los TP benignos fue independiente de la cirugía previa. Además, en nuestro estudio, se descubrió que dos recurrencias de FA después de una cirugía previa se eran TP benignos. Al igual a los estudios previos, que mostraron la posibilidad de progresión de FA a TP.

El estudio actual tenía algunas limitaciones. Primero, no pudimos diferenciar entre TP recurrentes y residuales. Se necesitan más estudios con características histológicas para obtener conclusiones más robustas sobre la recurrencia de TP.

En conclusión, la BAV guiada por ultrasonidos es un método eficaz para el tratamiento de TP benignos, especialmente en lesiones con un diámetro mayor menos de 3,3 cm.