

Procedimientos Intervencionistas (II): Galactografía, Marcaje Preoperatorio de lesiones no palpables.

Dr Rafael Salvador Tarrasón
www.imaginebarcelona.com
rafasalvador@menta.net

GALACTOGRAFIA

Aunque la introducción del material de contraste en un conducto secretante no ha demostrado ser particularmente valiosa como técnica de diagnóstico, puede ser utilizada para limitar la cantidad de resección quirúrgica necesitada para diagnosticar y para tratar la causa de una secreción. Si una anomalía focal es visible en la inyección del conducto, después puede ser señalada para la localización de la aguja. Esto se logra primero realizando la galactografía y colocando una localización estándar de la aguja, eligiendo la distancia más corta al defecto en el conducto lleno de contraste. La galactografía debe realizarse exclusivamente si es un solo conducto el que segrega, además sólo vamos a encontrar patología tumoral si la secreción es transparente sanguinolenta o turbia de color cetrino; una secreción de otros colores, verde, marrón, etc. contraindica la práctica de galactografía. Se esteriliza el pezón y se limpia con un chorro de agua. Una aguja de sialografía 30-gauge unida a una vía flexible se llena con el material yodado del contraste (al 60%). Evitar burbujas de aire. De 1 a 3 cc es generalmente suficiente. El paciente supino para la introducción de la aguja. El pezón parece una superficie agrietada entrecruzada por las grietas. Las aberturas del conducto están generalmente en el fondo de estas grietas. Usando una lente que magnifica el pecho se exprime para sacar una gota pequeña y la aguja se pone en la grieta que descarga. La compresión moderada se aplica con el paciente asentado y la mama en la proyección CC. Se inyecta el medio de contraste. Si hay resistencia, la extremidad de la aguja puede estar contra la pared del conducto y debe ser colocada de nuevo (con frecuencia tirando levemente y moviéndolo paralelo al eje del pezón). El contraste debe ser introducido hasta que hay reflujo o el paciente experimenta una sensación de plenitud o dolor o quemazón. El último puede indicar la extravasación, y el procedimiento debe ser interrumpido. El cáncer puede presentarse como un defecto de repleción o como masa en el conducto contrastado. La razón más común de un defecto es un papiloma. El cáncer puede causar un solo o múltiples defectos, o puede causar una interrupción abrupta del conducto. Si se encuentra una anomalía, la biopsia imagen-dirigida se puede realizar en exactamente la misma manera que para cualquier otra lesión, poniendo una guía en o junto al defecto de repleción. Si hay un conducto dilatado pero no hay telorrea, puede realizarse punción dirigida del conducto bajo ultrasonido e introduciendo contraste directamente en el mismo.

En todo caso el procedimiento indicaciones, contraindicaciones y todo cuanto hay que saber acerca de la galactografía está en el trabajo de Slawson en el link siguiente:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/utils/fref.fcgi?itool=Abstract-def&PrId=3051&uid=11158649&db=PubMed&url=http://radiographics.rsna.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11158649>

NEUMOQUISTOGRAFÍA, NEUMOONCOGRAFÍA, PUNCIÓN-DRENAJE DE QUISTES Y OTRAS COLECCIONES LÍQUIDAS.

Son técnicas en absoluto desuso dado el escaso rendimiento que dan al compararla con el del ultrasonido y la propia mamografía, para el control evolutivo de las patologías quísticas, inflamatorias, y sobretodo sólidas. La aportación al diagnóstico que proporciona la inyección de aire en cualquier tipo de masa va a ser siempre inferior a la que esa misma punción proporciona si en vez de inyectar nada se extrae material para su estudio por un patólogo, como sucede con las biopsias con aguja gruesa de corte, de aspiración o ambas. De hecho la neumomastia (término acuñado por Baraldi un radiólogo uruguayo de los años 30' y que posteriormente fue rebautizada como neumoconografía), ya se utilizó en la primera mitad del siglo pasado, fue abandonada aunque posteriormente fue redescubierta como gran novedad por algún radiólogo de nuestro entorno en los años 90. Resultaría temerario intentarla utilizar en nuestros días por parte del radiólogo especialista en mama, ya que no existe razón que aún la justifique. Por último es frecuente que sean los cirujanos los que alivien las colecciones de este anejo cutáneo evolucionado que es la mama, cuando es preciso, al igual que hacen con los abscesos cutáneos en cualquier otro lugar.

MARCAJE PREOPERATORIO

Siempre ha sido problemático encontrar una lesión no palpable en quirófano. Supone un reto para el cirujano. Se han empleado diferentes métodos para guiar la excisión, desde el carbón, colorantes, agujas de punción, alambres anclados. Existe una amplia gama de dispositivos que podemos clasificar en recolocables (Hommer Mammalock, DualLock, etc..) o fijos (Kopans, Hawkins, Double Barb,..). Cada uno tiene sus indicaciones. Se utilizan además diferentes técnicas para ubicarlos correctamente: Mamografía en doble proyección ortogonal eventualmente con modificaciones como compresores fenestrados o con orificios múltiples. Equipos de estereotaxia así como ultrasonido también se emplean. Una mención aparte merece la aplicación de técnicas de imagen digital que acortan el tiempo del procedimiento y permiten precisar aún más, tanto en estereotaxia, como con mamografía.

Las características de la lesión a biopsiar o extirpar puede influenciar el método utilizado. Así el tamaño, tipo de lesión (nódulo o grupo de calcificaciones deben manejarse de forma diferente), así como el método que detectó mejor la lesión debe ser la opción preferible, así como también influirá el tipo de intervención, excisión para diagnóstico o tratamiento. Por último la habilidad tanto del radiólogo, como del cirujano con uno u otro método, es otro factor crucial.

Por último debe tenerse en cuenta que no siempre se consigue el éxito. El fallo en encontrar la lesión puede esperarse entre 1-5% (algún autor publica hasta un 19%), y aún más si el éxito consideramos la extirpación en un 100% de la lesión, debe recordarse que la afectación de márgenes puede alcanzar según las series entre 25 y 30% en las series conocidas.

Técnicas alternativas al marcaje con alambre pueden ser el marcaje con carbono inactivo y la técnica de ROLL (Radioguided Occult Lession Localization), en las que se trata de colocar en el lugar a extirpar o bien carbono inactivo o bien un radiotrazador, que en el primer caso queda marcado por el color oscuro del carbón y en el segundo por una sustancia que puede ser fácilmente localizada con la ayuda de un contador de radiación que es la sonda utilizada asimismo en la técnica quirúrgica de ganglio centinela.