



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA

“IMPORTANCIA DE LA UTILIZACION DE LA
CLASIFICACION BEDI EN ECOGRAFIAS DE
MAMA, CON CORRELACION CITOLOGICA”

Nombre del Autor:

Dra. Lizzet Salazar Loroña

Nombre del Asesor:

Dr. José Antonio Velasquez Barbachan

LIMA – PERÚ

2020

RESUMEN:

En pacientes con patología positiva para cáncer de mama, es de suma importancia la evaluación axilar, ya que la presencia de metástasis ganglionar es un factor pronóstico adverso. Por ello, la importancia del uso de diagnósticos no invasivos como la ecografía, la técnica de Clasificación Ecográfica Bedi, permite determinar el grado de sospecha del grado de maligna en base a los hallazgos morfológicos determinando seis tipos de ganglios (1-3 benignos, 4 probablemente benignos y 5-6 sospechosos de infiltración por proceso neofornativo). La evaluación ecográfica puede confirmar o descartar la presencia de adenopatías y definir su morfología, estandarizando informes con un lenguaje claro para apoyar la decisión del tratamiento de CA de mama en pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,

Objetivo: Determinar si la afectación metastásica axilar utilizando la clasificación Bedi en la evaluación ecográfica axilar de los ganglios sospechosos de malignidad tipo 5 y 6 se correlaciona con la afectación metastásica primaria de mama mediante la BAAF.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de tipo correlacional, con datos de fuente secundaria de reportes de diagnóstico ecográfico y citológico de pacientes de la Unidad de Radiología, que mostraron adenopatías sospechosas, según la clasificación de Bedi, y que posteriormente tuvieron biopsia por aspiración de aguja fina con guía ecográfica. Para la correlación radiológica - citológica se aplicará un análisis de correlación para comprobar si existe relación de entre el estadio 5 y 6 de Bedi con el resultado positivo de malignidad del BAAF.

Palabras clave: Ganglios axilares >Clasificación Bedi >Ecografía mamaria

1. INTRODUCCION:

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente con incidencia anual estimada de 46.3 casos por cada 100,000 habitantes en el mundo(1). En Perú la incidencia de casos de cáncer de mama es de 10.5%, ocupando el segundo lugar de los tipos de cáncer que afectan a las mujeres(2). Si bien se ha venido mejorando en medidas de prevención y tratamiento, aún la demora en el diagnóstico clínico del cáncer de mama en Perú persiste(3). Los hospitales públicos afrontan limitaciones de tecnología y suministro para el diagnóstico y tratamiento para el cáncer, siendo el acceso a imágenes de diagnóstico deficiente, poco personal de radiología con experiencia en cáncer(4). El diagnóstico de cáncer de mama sigue siendo uno de los factores pronósticos más importantes de supervivencia y prestaciones costo-efectivas(5), por ello es trascendental la investigación permanente.

Esta situación lleva a reconocer que se requiere atención integral en cáncer de mama que incluya patología, radiología, oncología quirúrgica, oncología radiológica y oncología médica. La etapa de diagnóstico, debe asegurar estudios que la información sea efectiva y oportuna para el manejo temprano e integral de los casos en sus diferentes estadios, identificando la estadificación clínica pretratamiento (cTNM) en el cáncer de mama, que es el punto de partida para las decisiones para el correcto manejo del tratamiento en las pacientes(6).

La evaluación de la estadificación ganglionar de los ganglios linfáticos axilares y otros regionales, además de conocer el estadio del tumor mamario es crucial para definir las alternativas de diagnóstico e inicio del tratamiento de la mama(7). El examen físico y la mamografía no son lo suficientemente rápidos y precisos para detectar metástasis en los ganglios(8). Existen otras técnicas de diagnóstico por imagen no invasivo que han mostrado tener alta sensibilidad y especificidad para la evaluación ganglionar. La resonancia magnética ha mostrado mayor sensibilidad que la tomografía(9); sin embargo, son métodos más costosos y poco accesibles en todos los centros Hospitalarios. Asimismo, aun no hay mucha evidencia de criterios uniformes sobre infiltración de ganglios en estos estudios por imágenes.

La otra técnica no invasiva para la evaluación ganglionar más utilizada por su mayor accesibilidad en servicios de salud es la ecografía, proporciona valor en la estadificación ganglionar apoyando en la planificación terapéutica. Estudios previos revelan que la supervivencia a largo plazo se reduce en los pacientes con mayor estadificación nodal(10), así mismo hay evidencia que la ecografía al ser una técnica no invasiva ha mostrado alta sensibilidad y precisión, además que optimiza costos a los servicios de salud(11)(12).

La ecografía es simple, barata y ampliamente disponible, y permite evaluar en tiempo real la morfología de los ganglios. La evidencia muestra que a través de la ecografía se evalúan criterios morfológicos anormales que identifican metástasis, como el engrosamiento cortical concéntrico, corteza irregular, el borramiento hilar y el flujo sanguíneo cortical no hilar (13)(14); uno de los signos más específico para el diagnóstico de metástasis fue la ausencia del hilio(15). También se ha demostrado alta probabilidad de involucramiento axilar mayor a 4 Ganglios, en presencia de cambios morfológicos (ausencia de hilio y/o extensión extracapsular)(16). Así mismo, los cambios focales en las características morfológicas corticales de un nodo pueden ser más importantes porque las células metastásicas se depositan primero en la periferia de un nodo(3). También se ha encontrado agrandamiento excéntrico de la cortical como un criterio para la malignidad (11)

Otros estudios reportan que el mayor alcance de la ecografía es cuando se combina con la biopsia por aspiración con aguja fina, por ejemplo la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo y precisión de la ecografía en la detección de metástasis de ganglios axilares fue 55%, 88%,74%, 75% y 75%, respectivamente; mientras que combinado con la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) muestra en estos parámetros valores mayores(17). Un comportamiento similar se halló en otro estudio que en combinación con la biopsia por aspiración guiada por ecografía con aguja fina la sensibilidad y especificidad alcanza el 77% y 100%, siendo más económico y menos invasivo a la biopsia con aguja gruesa(18).

En una revisión sistemática se halló que la ecografía de axilas cuando se usa criterios morfológicos presenta una sensibilidad moderada y es bastante específica el diagnóstico de afectación metastásica axilar. Así mismo, el criterio más comúnmente citado para la malignidad ha sido un nodo hipoeoico.(19) Aunque el reemplazo total o el desplazamiento del hilio ganglionar hace que un ganglio linfático hipoeoico sea sospechoso, este criterio probablemente representa un extremo del espectro de apariciones ecográficas de los ganglios linfáticos en la enfermedad metastásica(3).El aumento progresivo de un depósito metastásico focal, que podría haber comenzado como

una protuberancia cortical focal, eventualmente resulta en un reemplazo o desplazamiento del hilio, lo que lleva al nódulo hipoecoico comúnmente descrito(3).

Las evidencias más contundentes de la efectividad de la ecografía son a nivel del análisis de los criterios morfológicos, en esta línea el estudio Bedi et al. aportó una metodología de clasificación de 6 tipos denominada BEDI según características morfológicas corticales. concluyendo que los ganglios de tipo 1-3 pueden considerarse benignos, los tipos 4 como probablemente benignos y los de tipo 5-6 sospechosos de infiltración por proceso neofornativo, recomendando ser muestreados por biopsia con aguja fina con guía ecográfica, ya que al ser positivo el paciente puede ahorrarse un procedimiento de mapeo con ganglio centinela(3).

De esta manera la evaluación ecográfica de la región axilar con la utilización de la clasificación BEDI y su correlación citológica ayuda a demostrar o descartar la presencia de adenopatías con infiltración neoplásica de una manera estandarizada, más rápida y más costo efectiva, con lo cual la paciente se beneficia en acortar los tiempos para saber si hay o no afectación metastásica ganglionar. Esta clasificación, abre una oportunidad para su aplicación estandarizada en los servicios de radiología. Su estudio en un hospital de alta complejidad donde el manejo es multidisciplinario y con alta demanda de casos de CA mama, requiere de implementar criterios normalizados, que optimice la efectividad en los diagnósticos no invasivos, respuesta más rápida para las decisiones del tratamiento por el equipo de especialistas clínicos

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General

Determinar si la afectación metastásica axilar utilizando la clasificación Bedi en la evaluación ecográfica axilar de los ganglios sospechosos de malignidad tipo 5 y 6 se correlaciona con la afectación metastásica primaria de mama mediante la BAAF en las pacientes de la Unidad de Radiología Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre Julio a octubre del 2019.

2.2 Objetivos Específicos

- Demostrar que la clasificación ecográfica Bedi permite descartar las adenopatías clínicamente sospechosa, que presentan criterios ecográficos de benignidad (tipo 1-3)
- Identificar si se está utilizando de manera correcta la clasificación Bedi por los radiólogos de la Unidad de Radiología Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Estandarizar a partir de los resultados obtenidos la utilización de la clasificación Bedi por el equipo de radiólogos de la unidad de radiología mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño del estudio:

Se aplicará un estudio transversal retrospectivo de tipo correlacional tomando los registros de los datos de los reportes diagnósticos ecográficos y citológicos.

3.2 Tipos de Diagnostico a estudiar: Clasificación Bedi y Resultado BAAF.

La presente investigación estudiara la clasificación BEDI. La cual clasifica según los cambios morfológicos corticales de los ganglios axilares la afectación metastásica de un ganglio en la evaluación ecográfica.

Para facilitar el reconocimiento de los depósitos metastásicos antes de la sustitución completa de un ganglio recordemos que las células metastásicas en el líquido linfático llegan al seno marginal en la periferia de un ganglio linfático a través de uno o más canales linfáticos aferentes. La linfa se filtra entonces desde el seno marginal a través de la corteza y el paracorteza, que contienen linfocitos y fagocitos, hacia el hilio. Los depósitos metastásicos son detenidos por estas células en la periferia de un nódulo causando el agrandamiento de la corteza, que puede ser localizado o excéntrico. El aumento progresivo de un depósito metastásico focal, que podría haber comenzado como una protuberancia cortical focal o excéntrica, eventualmente resulta en un reemplazo o desplazamiento del hilio, lo que lleva al nódulo hipoecoico comúnmente descrito(3).

Bedi et al. clasifico a los nodos en seis tipos: Tipo 1, hiperecoico, sin corteza visible; Tipo 2, corteza hipoecoica delgada (< 3mm); Tipo 3, corteza hipoecoica más gruesa de 3mm; Tipo 4 corteza hipoecoica lobulada generalizada; Tipo 5, lobulación cortical hipoecoica focal; Tipo 6 nodo totalmente hipoecoico sin hilio.

En el caso de la BAAF los resultados citológicos se basan en determinar la afectación del ganglio axilar en base a características definidas según el grado celular, cohesión celular, núcleo, actividad mitótica y necrosis ya que según los hallazgos se podrá determinar si cuenta con criterios benignidad o malignidad(20).

3.3 Población:

La población del estudio son pacientes de la Unidad de Radiología Mamaria que fueron citadas para ecografía de mama en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de Julio a octubre del 2019, que cumplen los criterios de inclusión.

3.4 Criterios de Inclusión

- Pacientes citadas para ecografía mamaria complementaria por BIRADS 0 en mamografía.
- Pacientes con axila ecográficamente positiva y categoría Bedi 4,5,6.
- Pacientes con BAAF axilar.

3.5 Criterios de Exclusión

- Pacientes con axila ecográficamente negativa.
- Pacientes que no cuenten con categoría Bedi en el informe de ecografía.
- Pacientes que no cuenten con BAAF axilar.

3.6 Muestreo:

El estudio aplicará un muestreo no probabilístico, se tomará a toda la población definida en el rango de tiempo de cuatro meses previsto para el estudio, que accedió a un diagnóstico ecográfico según criterios de inclusión antes definido.

3.7 Definición operacional de variables:

En función a los objetivos del estudio se ha definido variables principales (independientes) y covariables, que permitirán comprender el comportamiento y asociación entre la clasificación BEDI y BAAF (ver tabla 1).

Tabla 1: Definición de variables

Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Registro
VARIABLES INDEPENDIENTES:				
Clasificación Bedi	Clasificación estandarizada de acuerdo al grado de sospecha de malignidad según alteraciones en su morfología que serán tributarias de BAAF. Dato registrado en el informe de Ecografía	Cualitativa Ordinal	Dicotómica	5 6
Resultado de BAAF	Resultado de la biopsia del ganglio según el grado de sospecha de malignidad dada por la clasificación Bedi. Dato registrado en el informe de Anatomía Patológica.	Cualitativa Nominal	Dicotómica	Positiva para malignidad Negativo para Malignidad
CO-VARIABLES:				
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Dato registrado en la Historia Clínica.	Cuantitativa Discreta	Medida de resumen (media)	Años cumplidos
Sexo	Genero del paciente Dato registrado en la Historia Clínica.	Cualitativa Nominal	Dicotómica	Masculino /Femenino

BIRADS ecográfico	Clasificación estandarizada de acuerdo al grado de sospecha de malignidad Dato registrado en el informe de Ecografía.	Cualitativa Ordinal	Politómica	0 1 2 3 4 A,B,C 5 6
Localización de la mama afectada	Ubicación de la lesión mamaria Dato registrado en el informe de Ecografía	Cualitativa Nominal	Politómica	Derecha Izquierda Bilateral
Tipo de lesión de la mama	Descripción de la lesión con sospecha de malignidad Dato registrado en el informe de Ecografía	Cualitativa Nominal	Politómico	Nódulo Distorsión Microcalcificaciones
Localización de la región axilar afectada	Ubicación de la adenopatía sospechosa de malignidad Dato registrado en el informe de Ecografía	Cualitativa Nominal	Politómica	Derecha Izquierda Bilateral
Resultado de la biopsia trucut/estereotáxica	Resultado de la biopsia la lesión mamaria según el grado de sospecha de malignidad dada por la clasificación BIRADS Dato registrado en el informe de Anatomía Patológica.	Cualitativa Nominal	Dicotómica	Positivo para Malignidad Negativo para Malignidad
Antecedentes de cáncer de mama	Registro de patología de cáncer de mama conocido Dato registrado en la Historia Clínica.	Cualitativa Nominal	Dicotómica	Si No

3.8 Procedimientos y técnicas

El recojo de datos se realizara del registro de pacientes citadas a ecografía mamaria que cumplan los criterios de inclusión.

Los datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes serán obtenidos por medio de la historia clínica e informes de ecografía y anatomía patológica. Se procederá inicialmente a recoger los datos, el cual se llenará en un formato (ver anexo 1). La información obtenida se digitará en una tabla de Excel. Luego se procederá a la limpieza de la base de datos para ser exportada a un aplicativos estadístico (SPSS) para su análisis.

3.9 Plan de análisis:

Se realizará el análisis univariado de los datos mediante medidas de resumen descriptivas de cada variable de interés. Las variables cuantitativas serán reportadas con media \pm desviación estándar, siempre y cuando la variable siga una distribución aproximadamente normal.

Caso contrario, se reportarán como mediana acompañada de los percentiles 25 y 75. La evaluación de la normalidad de la distribución de la variable será realizada mediante métodos gráficos (cuantil-cuantil y histograma) y análisis de coeficiente de simetría y curtosis como ha sido descrito en la literatura(21)(22).

Para el caso del análisis bivariado, se aplicará el test de Chi cuadrado de Pearson para evaluar si hay relación entre la clasificación BEDI en su estadio 5, 6 con los resultados positivos de malignidad del BAAF.

4. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO:

Se protegerá la identidad del paciente, identificándolo con el número de historia clínica. No se registrarán datos personales como nombre o documento de identidad para resguardar la privacidad. El número de historia clínica de los casos serán codificados así mismo el acceso a la misma será restringido a los investigadores por medio de una clave de acceso.

En el presente estudio no hay necesidad de aplicar el consentimiento informado porque se usará datos secundarios de las historias clínicas, de los informes de ecografía y los resultados de anatomía patológica.

El presente estudio será sometido para revisión en el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

El investigador declara que no tiene vínculo económico o comercial con ninguna empresa vinculada a los tópicos señalados en el presente estudio.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Age standardized (World) Incidence Rates, Breast, All ages. Int Agency Res Cancer, WHO [Internet]. 2018 [cited 2020 May 24];876:1–2. Available from: <http://gco.iarc.fr/today>
2. OMS. Total # cancer cases (2018) [Internet]. 2018 [cited 2020 May 24]. Available from: https://www.who.int/cancer/country-profiles/PER_2020.pdf?ua=1
3. Bedi DG, Krishnamurthy R, Krishnamurthy S, Edeiken BS, Le-Petross H, Fornage BD, et al. Cortical morphologic features of axillary lymph nodes as a predictor of metastasis in breast cancer: In vitro sonographic study. *Am J Roentgenol*. 2008 Sep;191(3):646–52.
4. Rolfo C, Caglevic C, Bretel D, Hong D, Raez LE, Cardona AF, et al. Cancer clinical research in Latin America: Current situation and opportunities. Expert opinion from the first ESMO workshop on clinical trials, Lima, 2015. Vol. 1, ESMO Open. BMJ Publishing Group; 2016. p. e000055.
5. Wang L. Early diagnosis of breast cancer. *Sensors (Switzerland)*. 2017 Jul 5;17(7).
6. Martínez Maria. Capítulo 6. Estadificación: pretratamiento en el. In: *RADIOLOGÍA BÁSICA DE LA MAMA* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 1]. p. 1–13. Available from: http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2015/01/Capítulo_6_Estadificación_ok.pdf

7. Iyengar P, Strom EA, Zhang Y, Whitman GJ, Smith BD, Woodward WA, et al. The Value of Ultrasound in Detecting Extra-Axillary Regional Node Involvement in Patients With Advanced Breast Cancer. *Oncologist*. 2012 Nov;17(11):1402–8.
8. Pamilo M, Soiva M, Lavast EM. Real-time ultrasound, axillary mammography, and clinical examination in the detection of axillary lymph node metastases in breast cancer patients. *J Ultrasound Med [Internet]*. 1989 Mar 1 [cited 2020 May 24];8(3):115–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.7863/jum.1989.8.3.115>
9. Liang X, Yu J, Wen B, Xie J, Cai Q, Yang Q. MRI and FDG-PET/CT based assessment of axillary lymph node metastasis in early breast cancer: a meta-analysis. *Clin Radiol*. 2017 Apr 1;72(4):295–301.
10. Kuerer HM, Newman LA, Buzdar AU, Hunt KK, Dhingra K, Buchholz TA, et al. Residual metastatic axillary lymph nodes following neoadjuvant chemotherapy predict disease-free survival in patients with locally advanced breast cancer. In: *American Journal of Surgery*. Am J Surg; 1998. p. 502–9.
11. Yang WT, Ahuja A, Tang A, Suen M, King W, Metreweli C. High resolution sonographic detection of axillary lymph node metastases in breast cancer. *J Ultrasound Med*. 1996;15(3):241–6.
12. Chen X, Li X, Fan Z, Li J, Xie Y, Wang T, et al. Ultrasound as a replacement for physical examination in clinical staging of axillary lymph nodes in breast cancer patients. *Thorac Cancer*. 2020 Jan 1;11(1):48–54.
13. Uematsu T, Sano M, Homma K. In Vitro High-Resolution Helical CT of Small Axillary Lymph Nodes in Patients with Breast Cancer. *Am J Roentgenol [Internet]*. 2001 Apr 23 [cited 2020 May 25];176(4):1069–74. Available from: <http://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.176.4.1761069>
14. Pinheiro DJP da C, Elias S, Nazário ACP. Linfonodos axilares em pacientes com câncer de mama: avaliação ultrassonográfica. *Radiol Bras*. 2014 Aug;47(4):240–4.
15. Feu J, Tresserra F, Fábregas R, Navarro B, Grases PJ, Suris JC, et al. Metastatic breast carcinoma in axillary lymph nodes: In vitro US detection. *Radiology*. 1997;205(3):831–5.
16. Moore. CS, Wood. TJ, Avery G, Balcam S, Needler L, Smith A, et al. Investigating the use of an anti-scatter grid in digital CR chest radiography. Hull East York Hosp NHS Trust [Internet]. 2015 [cited 2020 May 25];86(September 2014):1–7. Available from: http://www.bir.org.uk/media/220767/hc_-_c_moore_-_use_of_anti-scatter_grid_in_chest_radiography_with_ct.pdf
17. Cools-Lartigue J, Sinclair A, Trabulsi N, Meguerditchian A, Mesurolle B, Fuhrer R, et al. Preoperative axillary ultrasound and fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of axillary metastases in patients with breast cancer: Predictors of accuracy and future implications. *Ann Surg Oncol*. 2013 Mar;20(3):819–27.
18. Ahn HS, Kim SM, Jang M, Yun B La, Kim SW, Kang E, et al. Comparison of sonography with sonographically guided fine-needle aspiration biopsy and core-needle biopsy for initial axillary staging of breast cancer. *J Ultrasound Med*. 2013 Dec 1;32(12):2177–84.
19. Alvarez S, Añorbe E, Alcorta P, López F, Alonso I, Cortés J. Role of sonography in the diagnosis of axillary lymph node metastases in breast cancer: A systematic review. Vol. 186, *American Journal of Roentgenology*. AJR Am J Roentgenol; 2006. p. 1342–8.
20. González-cámpora R. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) en el diagnóstico de los tumores de los tejidos blandosNo Title. 2002 [cited 2020 Jun 1];1–21. Available from:

- https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=1f36de1f-3177-43cb-ba5a-e0480f00d781&groupId=10157
21. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics [Internet]. Septima ed. Brooks/Cole, editor. Vol. 59, Harvard University. Boston-USA; 2011. 849 p. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.59.7.1266-a>
 22. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. Int J Endocrinol Metab [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 22];10(2):486–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23843808>

6. CRONOGRAMA

Tabla 2: Línea del tiempo del estudio

Actividades	2020			
	1 Mes	2 Mes	3 Mes	4 Mes
1. Arqueo bibliográfico				
2. Elaboración del Marco Teórico				
3. Recolección de Datos				
4. Procesamiento de Datos				
5. Análisis de los Datos				
6. Revisión y corrección del borrador				
7. Presentación y publicación del informe				

7. PRESUPUESTO

Tabla 3: detalle del presupuesto del estudio

Recursos	Costo Unitario en soles	Cantidad	Total
PERSONAL			
Investigador	Ad Honorem		Ad Honorem
Asesor de la Investigación	Ad Honorem		Ad Honorem
BIENES			
Lapiceros	1	10	10.00
Papel	25 x paquete de 1000 hojas	2 paquetes	60.00
USB	30.00	2	60.00
SERVICIOS			
Asesoramiento	200.00	5	1000.00
Digitado e Impresión	0.10	1000	100.00
Horas de Internet	1	60 horas	60.00
Empastados	5	2	10.00
Movilidad y viáticos	30 x día	4	120.00
Otros			
TOTAL			S/. 1420.00

8.- ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO:

I. Datos recogidos de la Historia Clínica e Informe de ecografía y Anatomía patológica.

- **Filiación:**

Nombres y Apellidos:

Sexo:

1 = Masculino 2 = Femenino

Edad: años

- **BIRADS ecografico:**

- **Lesion Mamaria por Ecografia :**

Mama Derecha: 1

Mama Izquierda: 2.

Bilateral :3

Nodulo: ()

Distorsion: ()

Microcalcificaciones: ()

- **Región axilar**

Axila Derecha: 1

Axila Izquierda: 2

Bilateral:3

- **Clasificacion Bedi**

Bedi : 5

Bedi : 6

- **Resultado de BAAF**

Benigno : ()
Maligno : () tipo: _____

- **Resultado de la Biopsia trucut / Estereotaxia**

Benigno : ()
Maligno : () tipo: _____

- **Antecedentes de cáncer de mama.**

Si : ()
No: ()