

Procedimiento operativo estandarizado (POE) de  
**LOCALIZACION PREQUIRÚRGICA DE LESIONES NO PALPABLES CON  
SISTEMA AGUJA-ARPÓN GUIADA POR MAMOGRAFÍA**

POE –UCGM-006-V.1

Fecha entrada en vigor: 01/11/2009

<b>FECHA</b>	<b>REALIZADO:</b> 10/05/2009	<b>REVISADO:</b> 10/05/2009	<b>APROBADO:</b> 1/11/2009
<b>NOMBRE</b>	*Ana Luz Santos Romero **María Montero Franco **Esperanza Martínez Cruz	José Luis Raya Povedano	Marina Álvarez Benito.
<b>CARGO</b>	** FEA Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS. *T.E.R. Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS.	FEA Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS.	Directora Unidad Clínica de Gestión de Mama
<b>FIRMA</b>			
<b>Lugar de archivo</b> UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN DE MAMA		Jose Luis Raya Povedano	<b>Fecha de revisión</b> 1/11/2010

## 1. Objeto

Detallar y describir los pasos a seguir para realizar una localización prequirúrgica de una lesión no palpable mediante sistema aguja-arpón guiada por mamografía.

## 2. Alcance

Va dirigido al personal de la Unidad Clínica de Gestión de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del HURS.

## 3. Equipamiento y material necesario

- Etiquetas identificativas del usuario.
- Consentimiento informado.
- Sistema Aguja-arpón.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Apósito estéril.
- Guantes estériles.
- Ampolla de anestésico local (Scandicain).
- Jeringa de 5 ó 10 cc.
- Aguja intramuscular.
- Hoja de bisturí nº 11.
- Betadine líquido.
- Betadine gel.
- Desinfectante (Orsan), o armil en caso de embarazo.
- Mamógrafo.

## 4. Descripción

4.1. Nombrar a la paciente. Se le hace entrar en la sala de mamografía y se comprueban sus datos personales. Previamente al marcaje de la lesión con el sistema aguja- arpón se tiene una entrevista con la paciente para informar del procedimiento

(para disminuir la ansiedad y conseguir su colaboración), descartar posibles alergias medicamentosas y resolver cualquier duda que se le plantee.

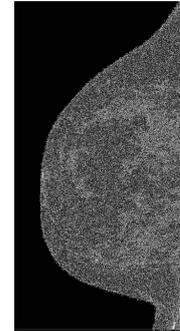
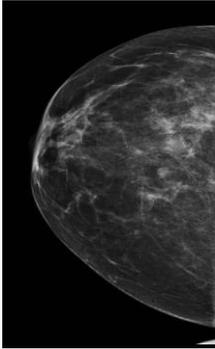
4.2. En el mamógrafo, antes de introducir los datos de la paciente, cambiar la compresión automática por la manual realizando los siguientes pasos: pulsar edit, pulsar estándar setup, cambiar la compresión release mode de automática a manual y pulsar close.

4.3. Introducir los datos personales del paciente en el monitor del mamógrafo y en el ordenador para que quede registrada la exploración.

4.4. Preparar una mesa auxiliar que se cubre con un paño estéril y sobre él todo el material que se necesita para la biopsia.



4.5. Realizar dos proyecciones de la mama en la que se encuentra la lesión que se va a marcar (proyección craneocaudal y proyección lateral) para elegir el abordaje más cercano a la piel. Si la lesión queda superior en la proyección lateral y es éste el punto más cercano a la piel, colocar el arpón en CC y abrir en lateral. Si la lesión queda externa o interna en la proyección craneocaudal y es éste el punto más cercano a la piel o si queda inferior en la proyección lateral y es éste el punto más cercano a la piel, colocar el arpón en lateral entrando el arpón por vía interna o externa según su localización y abrir en craneocaudal.



4.6. Entregar a la paciente una sábana para que se cubra. Indicarle que se desnude la parte superior (tórax).

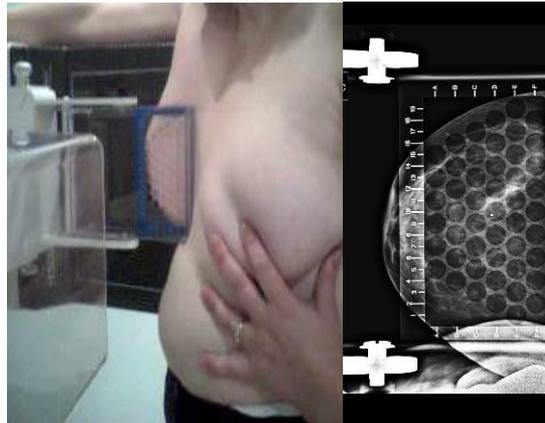
4.7. Una vez elegida la posición correcta de entrada, sustituir la paleta de compresión normal del mamógrafo por una paleta perforada o fenestrada que tiene marcada en los laterales unas coordenadas de referencia.



4.8. Sentar la paciente en una silla con altura adecuada. La paciente permanece durante todo el procedimiento sentada y con la mama comprimida.



4.9. Realizar la proyección de inicio con la paleta fenestrada, manteniendo la mama comprimida y realizar una radiografía para localizar la lesión dentro de la ventana. Colocar un marcador metálico sobre la piel encima de la lesión y hacer otra proyección para comprobar que estamos en el sitio correcto.



4.10. Retirar el marcador metálico y sustituir por una marca cutánea de rotulador, punto por donde se va a anestesiarse e introducir el sistema aguja-arpón.

4.11. Limpiar y desinfectar la zona donde se ha pintado el punto de entrada en la piel.

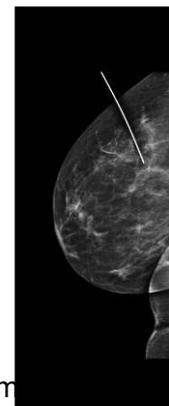
4.12. En el punto pintado, inyectar la anestesia local con una aguja intramuscular, y tras confirmar el efecto del anestésico puede realizarse una pequeña incisión con la hoja de bisturí.

4.13. Solicitar colaboración a la paciente para que permanezca inmóvil mientras dure el procedimiento.

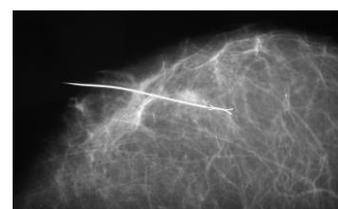
4.14. Por el orificio abierto en la piel, introducir el sistema aguja-arpón. Intentar colocar la aguja en ángulo recto con la placa de compresión y atravesar la mama hasta que la paciente note la aguja por el lado opuesto al de entrada.



4.15. Descomprimir la mama y sustituir la paleta de compresión fenestrada por la paleta normal y comprimir en la posición ortogonal a la de los puntos anteriores. Realizar una proyección mamográfica y comprobar que el arpón ha atravesado la lesión. En la mayoría de las ocasiones hay que retirar parte del arpón introducido para que el extremo distal del arpón coincida con el final de la lesión, lo que se realiza retirando el arpón lentamente y haciendo proyecciones intermedias.



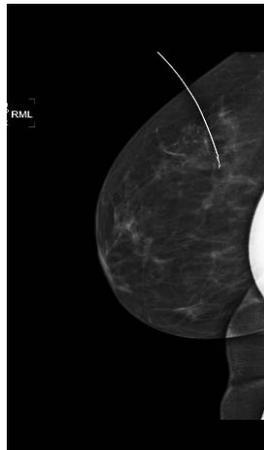
4.16. Una vez atravesada la lesión y coincidiendo el final de la misma con el extremo del arpón, abrir el sistema aguja-arpón. Para ello se empuja el arpón sujetando la aguja produciéndose un “click” al abrirse el aspa, retirando la aguja a continuación. Se realiza una proyección de mamografía para comprobar que la lesión ha sido atravesada por el arpón.



4.17. Medir los centímetros de arpón introducidos hasta atravesar la lesión y la distancia de la lesión al aspa del arpón. Estas medidas deben recogerse en el informe que se realiza posteriormente.

4.18. Limpiar la zona con suero fisiológico y colocar un apósito estéril que cubra también la porción exterior del arpón enrollado.

4.19. Enviar las imágenes al PACS. Se etiqueta el sobre donde se introduce el informe y la proyección mamográfica impresa del arpón abierto.



4.20. Terminado el procedimiento, trasladar la paciente a quirófano o habitación en espera para su intervención.

4.21. Durante la intervención quirúrgica realizar comprobación radiológica de la pieza quirúrgica. Realizar dos proyecciones sin comprimir la pieza, una craneocaudal y otra ortogonal, para asegurar la presencia de la lesión en la pieza y los márgenes necesarios. Si la lesión es visible en ecografía, realizar también comprobación de la pieza por ecografía, colocándola dentro de un recipiente y cubriéndola con suero fisiológico.

## 5. Bibliografía y documentación consultada

- EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer 2000, 36 , 2288-2293
- Perry NM. on behalf of the EUSOMA Working Party. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. Eur J Cancer 2001,37, 159-172.
- Kopans DB. Colocación de agujas para biopsia por métodos guiados por imagen: En : La mama. Kopans DB. Editorial Marban1999.
- Jackman RJ, Marzoni FA. Needle- localized breast biopsy: Why do we fail? Radiology 1999; 204:677-684.
- Norton LW, Zeligman BE: Accuracy and cost of needle localization breast biopsy. Arch Surg 1988;123:947-950.
- Ciatto S, Rosselli del Turco M. Nonpalpable lesions of the breast detected by mammography. Eur J Cancer 1994; 30:40-44.
- Martín Ramos j, Sandoval Guerrero F. Biopsia de lesiones mamarias no palpables mediante marcaje con arpón guiado por estereotaxia. Anales de radiología México 2003;1:23-27.

## 6. Lista y ejemplos de documentos asociados

## 7. Listado de distribución

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA Y FIRMA