



EDITORIAL

Mastectomía de reducción de riesgo: hacia una selección de las candidatas



Risk-reducing mastectomy: towards candidate selection

En este número de la revista se publica un artículo sobre la experiencia del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza en la mastectomía de reducción de riesgo (MRR) y su evolución durante los últimos 15 años¹. Durante este periodo de tiempo la MRR ha constituido un tema a debate porque existen dudas sobre el beneficio real de este procedimiento en la mortalidad por cáncer de mama. La MRR está orientada a las mujeres de alto riesgo para el desarrollo de un cáncer de mama ya sea de forma esporádica o asociado a un síndrome de cáncer de mama/ovario hereditario. El objetivo de la MRR en estas mujeres es reducir en un 90% la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama, pero en la actualidad existen limitaciones para conocer su impacto en la supervivencia. El grupo colaborativo Cochrane² realizó en 2004 y 2010 sendas revisiones sistemáticas para determinar si la MRR reduce la mortalidad de cualquier origen en mujeres que nunca han sufrido un cáncer de mama y aquellas que lo han padecido en una mama. Los autores concluyen que la MRR en mujeres de alto riesgo sin cáncer de mama es efectiva para la reducción de la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad si bien reconocen que existen sesgos en los artículos evaluados que obligan a ser cautos a la hora de aplicar estos resultados. Por ello, los autores insisten en la necesidad de evaluar el riesgo individual en cada caso antes de considerar la MRR, lo que ayudaría a no caer en la paradoja de que la mayoría de las mujeres con cáncer de mama conserven sus mamas mientras que la MRR extirparía las mamas en aquellas que no tienen un cáncer. Por su parte, en las mujeres de alto riesgo que han sido diagnosticadas de un cáncer de mama los autores concluyen que la MRR disminuye la incidencia de cáncer en la mama contralateral aunque no existen datos que demuestren una mejora en la supervivencia. Ello se debe a que el riesgo de

mortalidad por un cáncer en la mama contralateral debe ser comparado con el riesgo de metástasis del tumor primario. La conclusión final en este apartado es que si el riesgo de muerte por metástasis del tumor primario excede al riesgo de muerte por un cáncer contralateral, entonces la mastectomía contralateral no debe ser considerada. La revisión Cochrane constituye un punto de referencia en las implicaciones de la MRR en la evolución y calidad de vida de la mujer de alto riesgo. No obstante, existen limitaciones para su aplicación en el momento actual entre las que destacan la antigüedad de los estudios analizados (el más moderno es del 2006) y el corto seguimiento de las experiencias en portadoras de mutación BRCA, que no excede de los tres años y medio.

La experiencia de Heemskerk y cols.³ nos ofrece una perspectiva más actual del impacto de la MRR y de la observación en las portadoras de mutación BRCA 1/2. De este estudio se pueden extraer algunas conclusiones prácticas: primero, existe un elevado porcentaje de portadoras que no desarrollarán la enfermedad a medio plazo; segundo, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama en una portadora BRCA2 es mucho menor que en la BRCA1; tercero, los cánceres de mama desarrollados en portadoras BRCA2 son de buen pronóstico; cuarto, la mortalidad por cáncer de mama en las portadoras BRCA se debe, en la mayoría de los casos, a la enfermedad sistémica en tumores triples negativos. Por lo tanto, los factores que influyen en la mortalidad por cáncer de mama en las portadoras BRCA serían el tipo de mutación (peor pronóstico en BRCA1), el subtipo tumoral (peor en triples negativos), la detección temprana del tumor (mejor pronóstico en el control semestral con resonancia y mamografía alternas), la ooforectomía de reducción de riesgo previa (ORR) (mejor cuando se realiza) y la edad (peor en las más jóvenes). Desde un punto de vista teórico, la MRR tendría un impacto decisivo en la supervivencia únicamente en aquellas portadoras que desarrollasen enfermedad metastásica por un triple negativo.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.05.002>

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.05.004>

0214-1582/© 2019 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Finalmente, algunos grupos han creado modelos matemáticos para el cálculo de supervivencia después de una MRR. Un ejemplo de ello es el modelo Monte Carlo, de la Universidad de Stanford⁴, en el cual se calcula la probabilidad de supervivencia en portadoras BRCA 1/2 a partir del tipo de intervención y la edad a la cual se realiza. En general, la MRR presenta su mayor beneficio cuando se realiza a edades tempranas de la vida (antes de los 30 años), independientemente del tipo de mutación y de la realización de una ORR. Sin embargo, la MRR pierde impacto en la supervivencia cuando se realiza a partir de los 40 años, especialmente si se ha realizado una ORR y si la mujer es portadora de una mutación BRCA 2. Otro dato interesante en este modelo es que el seguimiento con mamografía y RM ofrecen un beneficio en la supervivencia comparable a la MRR especialmente cuando se asocia a una ORR a los 40 años. La categorización de la información en este tipo de modelos nos ayuda a entender la heterogeneidad de las portadoras BRCA y el peso específico de cada actuación de reducción de riesgo ajustado al momento vital de la mujer y a su alteración genética.

Al margen de estos cálculos puramente estadísticos, la MRR constituye una decisión personal que la mujer debe valorar en el contexto de sus proyectos personales y expectativas vitales. El escenario natural para esta valoración deben ser las unidades de mama en donde la valoración del

riesgo y la discusión multidisciplinar constituyen la mejor garantía para la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Allué Cabañuz M, Arribas del Amo MD, Güemes Sanchez AT. Mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata como tratamiento y profilaxis del cáncer de mama: indicaciones, técnicas y complicaciones durante 15 años. *Rev Senol Patol Mamar*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2019.05.002>.
2. Lostumbo L1, Carbine NE, Wallace J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub3>.
3. Heemskerk B, Menke M, Jager A, et al. Substancia breast cancer risk reduction and potencial benefit after bilateral mastectomy when compared with surveillance in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carries: a prospective analysis. *Ann Oncol*. 2013;24:2029–35.
4. Kurian A, Sigal B, Plevritis S. Survival analysis of cancer risk reduction strategies for BRCA 1/2 mutation carries. *J Clin Oncol*. 2010;28:222–31.

Benigno Acea Nebriil*
*Unidad de Mama, Complejo Hospitalario Universitario
A Coruña*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: baceneb@gmail.com