

3. Breast cancer risk reduction. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; 2019 (NCCN Guidelines) [consultado 17 Abr 2020].
4. Isaacs C, Peshkin BN. Cancer risk and management of BRCA1/2 carriers without cancer [actualizado 4 Feb 2020]. En: UpToDate, Vora RV (Ed) [consultado 17 Abr 2020]. Disponible en: www.uptodate.com
5. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Sessa C, Balmana J, Cardoso MJ, Gilbert F, et al. ESMO Guidelines Committee. Prevention and screening in BRCA mutation carriers and other breast/ovarian hereditary cancer syndrome: ESMO Clinical Practice Guidelines for cancer prevention and screening. *Ann Oncol*. 2016;27 Suppl. 5:V103-10.
6. Bai L, Arver B, Johansson H, Sandelin K, Wickman M, Brandberg Y. Body image problems in women with and without breast cancer 6-20 years after bilateral risk-reducing surgery. A prospective follow-up study. *Breast*. 2019;44: 120-7.
7. Heemskerk-Gerritsen BAM, Jager A, Koppert LB, Obdeijn AL, Collée M, Meijers-Heijboer HEJ, et al. Survival after bilateral risk-reducing mastectomy in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;177:723-33.
8. Burch J, Houda MR. What are the effects of risk-reducing mastectomy (RRM) for prevention of breast cancer? *Cochrane Clinical Answers*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1002/cca.2685>.
9. Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4:1465-858, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub4>.
10. Papassotiropoulos B, Güth U, Chiesa F, Rageth C, Amann E, Baegge A, et al. Prospective evaluation of residual breast tissue after skin- or nipple-sparing mastectomy: Results of the SKINI-Trial. *Ann Surg Oncol*. 2019;26:1254-62.
11. Schrauder MG, Brunel-Geuder L, Häberle L, Wunderle M, Hoyer J, Reis A. Cost-effectiveness of risk-reducing surgeries in preventing hereditary breast and ovarian cancer. *Breast*. 2017;32:186-91.

Pedro Marín Rodríguez^{a,b,*}, Caridad Marín Hernández^{a,b}, Pedro Galindo Fernández^a y Antonio Piñero Madrona^{a,b}

^a Unidad de Cirugía de la Mama, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^b Instituto Murciano de Investigaciones Biosanitarias (IMIB), Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.marin@carm.es

(P. Marín Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.06.002>

0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reflexiones y evidencias sobre la mastectomía reductora de riesgo. Respuesta de los autores



Risk reducing mastectomy: reflections and evidences. Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Marín et al.¹ sobre el artículo publicado recientemente por nuestro grupo². En su carta, complementan, mediante revisión de la literatura existente, aspectos relevantes y que actualmente continúan generando controversia acerca de la mastectomía reductora de riesgo (MRR).

Desde nuestro punto de vista existen fundamentalmente dos aspectos a tener en cuenta: por un lado, la indicación de la MRR y por otro, el debate existente acerca de la seguridad oncológica de la mastectomía ahorradora de piel y pezón (MAP).

Parece bastante aceptado que debe ofrecerse la MRR a mujeres de alto riesgo especialmente que planteen dificultades en el seguimiento y/o sean portadoras de los genes BRCA1 o 2 (grado de recomendación IIA y B)³. El objetivo es reducir un 90% la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama, aunque siguen existiendo limitaciones para evaluar el impacto en términos de supervivencia. En el estudio publicado por Heemskerk et al.⁴ los autores concluyen que un elevado porcentaje de mujeres portadoras de mutaciones no desarrollarán un cáncer de mama a medio plazo, siendo la probabilidad menor en las portadoras de BRCA2,

y presentando tumores de mejor pronóstico (en el caso de desarrollarlos). En los últimos años se han desarrollado modelos matemáticos para el asesoramiento individual de riesgo de cáncer de mama contralateral (CMC) en pacientes con un cáncer de mama, como el CBC Risk⁵ el cual es un modelo predictivo que calcula el riesgo absoluto de CMC por periodos a través de la combinación de 8 factores de riesgo. Sin embargo, no incluye antecedentes familiares ni mutaciones. Sin duda, necesitamos más estudios para poder establecer qué mujeres se podrían beneficiar más de la MRR en base a su riesgo personal. Hasta que no tengamos datos más consistentes la MRR debería ofrecerse, informando de pros y contras, y constituir una decisión personal de las pacientes.

Por otro lado, estamos totalmente de acuerdo con la afirmación de los autores en su carta en cuanto a que la técnica idónea es la que permita el mejor resultado preventivo con el menor índice de secuelas.

En este sentido, la mayoría de guías de práctica clínica⁶ se decantan por la MAP preservando el complejo aréola pezón (CAP) por ofrecer mejor resultado cosmético, con tasas de complicaciones similares y asumibles, al permitir realizar la reconstrucción mamaria (bien sea de manera inmediata mediante la colocación de prótesis directa o diferida mediante expansores) con el consiguiente impacto positivo en calidad de vida y esfera psicosocial de las pacientes. Nuestros resultados avalan la seguridad de estas técnicas.

Bibliografía

1. Marín Rodríguez P, Marín Hernández C, Galindo Fernández P, Piñero Madrona A. Reflexiones y evidencias sobre la

- mastectomía reductora de riesgo. *Rev Senol Patol Mamar*. 2020; 33:126–7.
2. Allué M, Arribas M^{2D}, Güemes 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;32:41–7.
 3. Breast cancer risk reduction. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2019; (NCCN Guidelines).
 4. Heemskerk B, Menke M, Jager A, Tilanus-Linthorst M, Koppert L, Obdeijn I, 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;2029–35, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdt134>.
 5. Chowdhury M, Euhus D, Onega T, Biswas S, Choudhary PK. A model for individualized risk prediction of contralateral breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;161:153–60.
 6. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Sessa C, Balmana J, Cardosos MJ, Gilbert F, et al., ESMO Guidelines Committee. Prevention and

screening in BRCA mutation carriers and other breast/ovarian hereditary cancer syndrome: ESMO Clinical Practice Guidelines for cancer prevention and screening. *Ann Oncol*. 2016;27 Suppl. 5:V103–10.

Marta Allué Cabañuz*, María Dolores Arribas del Amo y Antonio Tomás Güemes Sanchez

Unidad de Mama, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martitaallue@hotmail.com
(M. Allué Cabañuz).

<https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.06.003>

0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.