

MASTECTOMIA DE REDUCCIÓN DE RIESGO (MRR)

- Es el procedimiento que claramente más reduce la incidencia de CM en pacientes de alto riesgo
- La decisión de su ejecución debe ser compartida con la paciente con información previa completa y clara
- No esta indicada la resección del complejo areola-pezones (CAP) salvo excepciones relacionadas a la anatomía de la mama para evitar complicaciones por pérdida de vitalidad del mismo

Introducción

La Mastectomía de reducción de riesgo (MRR), no profiláctica, es una de las estrategias en la prevención del cáncer de mama en mujeres con alto riesgo personal o familiar. Es el procedimiento que claramente más reduce la incidencia de CM en pacientes de alto riesgo. Esta reducción ronda alrededor del 90%.

Cuando analizamos esta estrategia debemos establecer claramente los objetivos principales:

- Reducir la incidencia del CM al mínimo posible.
- Reducir la mortalidad del CM.
- Evitar las consecuencias relacionadas a los tratamientos loco-regionales y sistémicos de la enfermedad.
- Aumentar la expectativa de vida
- Mantener estos efectos de por vida
- Lograr beneficios psicológicos con disminución de la ansiedad

El camino para tomar esta conducta es una consecuencia de una evaluación detallada del riesgo, el asesoramiento genético-oncológico (AGO), el estudio genético (identificar mutaciones de diferente penetrancia y riesgo) y la propuesta de varias estrategias posibles de reducción con sus beneficios e inconvenientes, la evaluación psicológica del individuo y del grupo familiar y la toma individual de decisión del paciente en relación con todo lo informado.

Puntos de Controversia - Sugerencias

El fundamento de la efectividad de la reducción de riesgo quirúrgica fue establecido por varios estudios que observaron que la reducción de glándula parcial (mastoplastias reductivas) o intención de reducción máxima con criterio preventivo (adenomastectomía) disminuían en forma significativa el riesgo de padecer la enfermedad.

Por definición la MRR es la extirpación la mayor cantidad de tejido glandular mamario para disminuir el riesgo de desarrollar un CM sin generar una tasa de complicaciones o secuelas secundarias al procedimiento superior a la media esperada. Este principio es válido tanto para las pacientes con o sin mutación genética demostrada.

Por lo tanto, no es necesario en un procedimiento preventivo reseca el CAP cuando no hay evidencia que esto disminuya el riesgo. Solo por excepción indicamos y no siempre la resección del CAP (cicatrices múltiples peri areolares previas, reducción mamaria previa, mamas ptósicas e hipertróficas)

Al no haber estudios prospectivos, randomizados que avalen el beneficio del procedimiento y para evitar la sobre indicación del mismo

en 2007 la Asociación Americana de Cirugía Oncológica pautó las indicaciones tanto para pacientes sanas de alto riesgo como para aquellas que hayan tenido la enfermedad en una mama y alto riesgo.

La biopsia del ganglio centinela considerada en el pasado como indicación absoluta en algunas publicaciones (6), en la actualidad no se realiza de rutina por la baja incidencia de hallazgos de tumores invasores en las piezas de mastectomía (1.5%).

Si bien es claro que la MRR en pacientes sanas reduce la incidencia de la enfermedad por encima del 90 % y las muertes por cáncer de mama, no es claro esto para la indicación de MRR de la mama contralateral. Esta estrategia disminuiría la incidencia de nuevos tumores en la mama sana fundamentalmente en los grupos de alto riesgo (Mutaciones demostradas, antecedentes familiares múltiples de cáncer de mama u ovario y edad menor de 40 años. etc.) pero es discutible su influencia en la sobrevida, aparentemente mejoraría también en las pacientes portadoras de mutaciones.

Están informadas tasas de tumores mamarios en pacientes con MRR que van del 0.6 al 10% en la literatura. Es por eso por lo que es fundamental el seguimiento estricto de estas pacientes que debe ser clínico semestral e imagenológico (ecografía mamaria semestral y RNM con gadolinio anual)

Este procedimiento presenta tanto en el tiempo de resección como de reconstrucción (generalmente con prótesis o expansores mamarios) posibilidades de complicaciones que llegan en algunas series a más del 30%. La prevención de estos eventos está relacionada con la correcta

ejecución la técnica de resección, las incisiones utilizadas (menos complicaciones en las incisiones radiadas y submamarias), los hábitos de la paciente (tabaquismo) y la utilización de prótesis en la reconstrucción.

En contra de lo que generalmente se podría pensar solo el 20 al 25% de las pacientes portadoras de una mutación del BRCA consideran realizar una MRR (9), y esta decisión varía de acuerdo al origen, lugar de nacimiento y vivienda y calidad de la información. Cuando se interroga a las pacientes operadas entre el 5 y 40% están insatisfechas con el resultado cosmético aunque esto no hace impacto en una disminución de la calidad de vida.

Como resumen es importante hacer consideraciones finales en relación con la MRR

- Deja mamas sin sensibilidad y consistencia no natural (Prótesis)
- Estos trastornos corporales pueden provocar efectos emocionales secundarios
- El paciente no debe tener expectativas poco realistas de los beneficios de la cirugía

Por lo tanto, debe ser esta indicación cuidadosamente considerada en

- Pacientes con alto riesgo y que permanecen altamente motivados luego de conocer todas las opciones.
- Con correcta evaluación del riesgo e indicación personalizada
- Con Consejo genético y psicológico

- Considerar que el pedido del paciente con mucho temor y sin ningún o muy bajo riesgo no es razón suficiente para indicarla.
- En las pacientes jóvenes debe ser recomendada la vigilancia. La posibilidad de secuelas crónicas la hacen desaconsejable en esta etapa de la vida.
- Información completa y firma de Consentimiento Informado

Bibliografía

1) Hartmann L. Prophylactic Mastectomy for BRCA1/2 Carriers: Progress and More Questions. Clin Oncol. 2004 Mar 15; 22 (6): 981-3.

2) Pennisi VR, Capozzi A. Subcutaneous mastectomy data: a final statistical analysis of 1500 patients. Aesthetic Plast Surg. 1989 Winter; 13(1):15-21.

3) Barton F. Glandular excision in total glandular mastectomy and modified radical mastectomy: A comparison. Plast Reconstr Surg. 88: 389, 1991.

4) De Alcantara Filho P, Morrow M, Sacchini V. Nipple-sparing mastectomy for breast cancer and risk-reducing surgery: The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience. Ann Surg Oncol. 2011 Oct; 18(11):3117-22.

5) Giuliano AE, Boolbol S, Degenim A, Kuerer H, Leitch AM, Morrow M. Society of Surgical Oncology: position statement on prophylactic mastectomy. Approved by the Society of Surgical Oncology Executive Council, March 2007. Ann Surg Oncol. 2007 Sep; 14 (9):2425-7.

- 6) Dupont EL, Kuhn MA, McCann C, et al. The role of sentinel lymph node biopsy in women undergoing prophylactic mastectomy. *Am J Surg*. 2000 Oct;180(4):274-7.
- 7) Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Nov 10;(11)
- 8) Skytte A. Breast cancer after bilateral risk-reducing mastectomy. *Clin Genet*. 2011 May; 79(5):431-7
- 9) Eisinger F, Julian-Reynier C, Sobol H, et al. Acceptability of prophylactic mastectomy in cancer-prone women. *JAMA*. 2000 Jan 12; 283(2):202-3.
- 10) Frost MH et al. Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy. *JAMA*. 2000 Jul 19;284 (3):319-24.