SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela
Santiago de Compostela

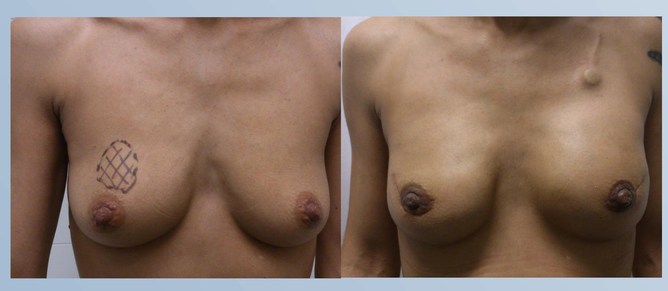
¿MASTECTOMÍA PROFILACTICA?

Ana Calvache González, Beatriz Vidal Herrador, Natalia Rodríguez López, Finta Abella Otero, Casandra Arias Carrasco, Jaime Dobarro Rosales, Manuel Bustamante Montalvo.

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Introducción

La incidencia de cáncer de mama ipsilateral en pacientes con cáncer de mama portadoras de mutación de gen BRCA es de un 24% a los 15 años frente a un 17% de controles no portadoras. Si consideramos el de la mama contralateral, la tasa asciende a un 39% frente a un 7% de controles con cáncer y el 3.5% de la población general. Según estos datos, parece coherente indicar mastectomía (MP) en pacientes portadoras de mutación BRCA con cáncer de mama, y por otro lado considerar sólo en ellas la mastectomía profiláctica/reductora de riesgo de la mama contralateral (MPC). Pero la cosa se complica si no se disponen de estudios genéticos o bien la solicitan pacientes sin aparentes factores familiares, constitucionales, radiológicos y/o histológicos de riesgo, pero con antecedentes de cáncer que las motivan para preferir la cirugía al riesgo remoto de repetir la experiencia.
Intentamos valorar el peso que suponen estas circunstancias en nuestras pacientes



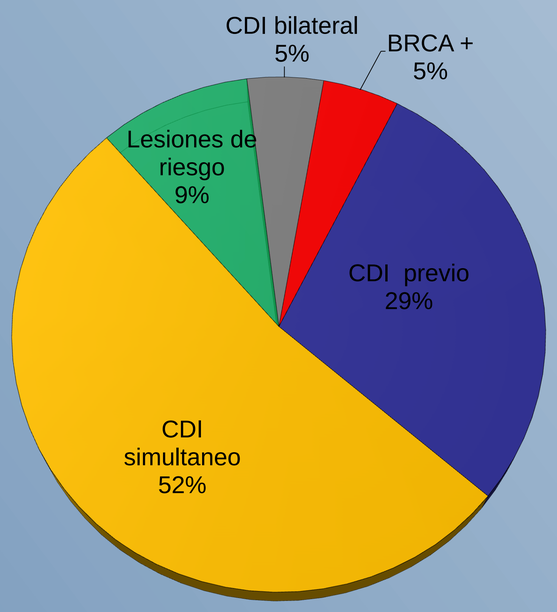
Objetivos

Analizando nuestra experiencia y comparándola con la literatura actual, queremos comprobar que indicaciones y que grado de prevención real ofrecemos a pacientes que optan por amputar una mama sana.

Método

Análisis retrospectivo de los casos de mastectomía y reconstrucción inmediata intervenidos en los últimos 3 años en nuestro Servicio en pacientes sin diagnóstico histopatológico que la justifiquen. Analizamos las indicaciones, técnicas quirúrgicas y resultados.

Indicaciones de inicio

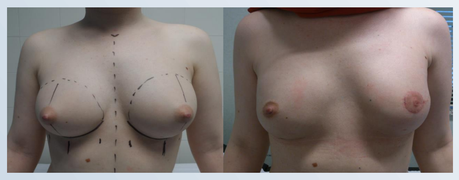


Resultados

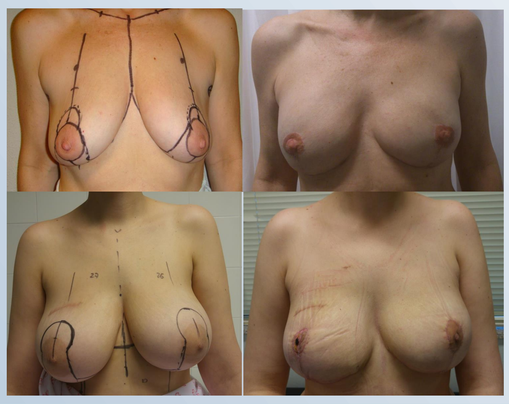
Desde enero de 2013 a mayo de 2016 se han operado 21 pacientes a las que se les ha realizado 37 mastectomías reductoras de riesgo
La edad media fue de 42.3 años (28-66).
Con diagnóstico exclusivo de mutación BRCA tipo I solo se intervino a una paciente, pero de forma diferida se determinó la mutación en otras 7 pacientes ya diagnosticadas y tratadas de cáncer. Por el contrario a una paciente programada para MP por mutación genética se le diagnosticó cáncer en los estudios preoperatorios.
Otras indicaciones de MCP fueron: 6 pacientes con carcinoma ductal infiltrante de mama contralateral (CMC) operado previamente; 11 con CMC operado al mismo tiempo; 1 con carcinoma bilateral; y 2 con lesiones de riesgo en mamas densas (Carcinoma Lobulillar in situ bilateral).

Técnicas realizadas

8 Mastectomías Ahorradoras de piel tipo I (SSM-I)



12 Mastectomías Ahorradoras de piel tipo IV (SSM-IV)



21 Mastectomías Ahorradoras de piel y CAP (NSM)



A 18 pacientes se le pusieron prótesis directas retromusculares , a 2 expansores bilaterales y a otras dos ambas opciones. Se reconstruyó el complejo areola pezón (CAP) en todos los casos que no iba incluido (SSM), excepto en 2 mamas intervenidas previamente. En todas ellas hemos realizado biopsia selectiva de ganglio centinela, con resultado negativo en estudio diferido.

Complicaciones

Necrosis parcial del CAP: 5 en 4 pacientes





Necrosis completa: 1



Hematoma : 1



Asimetría 1ª: 2



Capsulitis: 2



Las necrosis se relacionaron con CAPs conservados y las capsulitis con mamas radiadas
Se han reintervenido por causa no prevista 3 pacientes (necrosis CAP, infección en mama enferma y capsulitis).

Discusión

Aunque el verdadero valor preventivo de la MP solo se ha demostrado en pacientes portadoras BRCA, en nuestra experiencia sólo la indicamos en 2 (9%) de estas pacientes, y además una de ellas ya tenía cáncer de inicio.
Tampoco se ha demostrado en la revisión Cochrane aumento de supervivencia con la MCP y la tasa de complicaciones de la reconstrucción inmediata (que consideramos obligada en estos casos) puede alcanzar en algunas series entre el 20- 49% (50% en nuestra experiencia) con reintervenciones del 40% (nosotros 13,6%). Pero a pesar de que a todas nuestras enfermas se les ha informado exhaustivamente de estos datos no hemos podido disuadir a ninguna. Consideramos que el antecedente de cáncer de mama, mayoritario en nuestras indicaciones, es suficiente motivación en las pacientes para tratar de evitar pasar otra vez por lo mismo, De hecho se confirmó mutación genética a posteriori en el 40.9% de las pacientes. En tres casos de cáncer no diagnosticado en estadio precoz, tampoco hemos podido negar el procedimiento bilateral solicitado, aun siendo conscientes de que el riesgo de estas pacientes venía determinado por el pronóstico del primer tumor.

No ha habido recaídas locales o sistémicas en el tiempo de seguimiento

Conclusiones

La mastectomía profiláctica solo estaría justificada según la literatura en pacientes portadoras de mutación genética, pero esta es una indicación minoritaria en nuestra experiencia. Considerando sus riesgos y el escaso beneficio que supone en la supervivencia, resulta fundamental una adecuada información y una meticulosa valoración individual de las pacientes que la solicitan.