

## SESIÓN CIENTÍFICA

# Características, satisfacción global y calidad de vida de las pacientes que optaron por Mastectomía de Reducción de Riesgo Contralateral en el Hospital Británico de Buenos Aires.

*Dra. María Agustina Bemí\**, *Dra. Gabriela Candás\*\**, *Dr. H Daniel Vuoto\*\**, *Dr. Juan Isetta\*\**, *Dr. Lucas Cogorno\*\**, *Dra. Agustina González Zimmermann\*\**, *Dra. Marcia Sigal\*\**, *Dr. Santiago Acevedo\*\**, *Dra. María Delfina Ocampo*, *Dra. Alejandra García\*\**, *Dr. Juan Luis Uriburu\*\*\*\**. *Servicio de Mastología, Hospital Británico de Buenos Aires*

## RESUMEN

### Introducción

La mastectomía de reducción de riesgo contralateral (MRRC) es un procedimiento que ha ido incrementándose en los últimos años sin demostrar un claro beneficio en cuanto a supervivencia global. Este incremento paradójicamente se ve reflejado en pacientes con bajo riesgo de desarrollar un carcinoma de mama contralateral.

### Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar las características de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama unilateral, que optan por realizar MRRC y su calidad de vida, evaluando el procedimiento, la satisfacción global y el impacto que genera en las pacientes, tanto a nivel psicológico, cosmético, social y sexual.

\* Fellow del Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

\*\* Médico de Staff del Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

Autor de correspondencia:

Dr. Juan Luis Uriburu. Jefe del Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74. CABA.

Correo electrónico de contacto: juriburu@hbritanico.com.ar

## Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama unilateral tratadas con mastectomía que optaron por realizar MRRC entre el año 2005 y octubre del año 2019. Se incluyeron 74 pacientes que realizaron MRRC.

## Resultados

La edad media de las pacientes fue de 43,6 años. Dentro de nuestra casuística el 92,8% de las pacientes se encuentran satisfechas reflejando una buena calidad de vida. La totalidad de las pacientes volvería a optar por este procedimiento y están satisfechas con la decisión tomada. Por el contrario el 7,2% no se encuentran satisfechas, reflejándose negativamente en su bienestar sexual, imagen corporal y comodidad frente a una reunión social.

## Conclusiones

Si bien el grado de satisfacción en cuanto a la realización de la MRRC es elevado, hay que tener en cuenta que este procedimiento no está libre de complicaciones y efectos adversos los cuales impactan en diferentes aspectos psicosociales de las pacientes afectando así su calidad de vida. Es por esto que la decisión para realizar este procedimiento debe ser contemplada con cuidado asesorando a las pacientes e informando tanto los riesgos como los beneficios del mismo.

## Palabras Clave

Mastectomía de reducción de riesgo contralateral. Calidad de vida. Satisfacción global.

## SUMMARY

### Introduction

Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) it's a procedure that has been increasing in the last years, without demonstrating a clear benefit in overall survival. Paradoxically this increase is reflected in low risk patients who decide to undergo CPM.

## Objective

The purpose of this study is to describe the characteristics of the patients with unilateral breast cancer who decide to undergo CPM, analyzing this procedure, evaluating quality of life, global satisfaction and the psychological, cosmetic social and sexual outcomes.

## Material and method

A retrospective trial was conducted on patients diagnosed with unilateral breast cancer, who underwent mastectomy and CPM between the year 2005 and October 2019.

74 patients were included in this trial.

## Results

The mean age of patients in this study was 43,6 years.

In our study 92,8% of the patients were satisfied, reflecting this in their quality of life.

All patients would choose this procedure again, and are satisfied with the decision they have made.

On the other end 7,2 % were dissatisfied, reflecting this result negatively in their sexual well being, body image and comfort in social meeting.

## Conclusions

Although the rate of satisfaction with the performance of CPM is elevated, we must consider that this procedure is not free of complications and adverse effects. In fact they do exist and they impact in different psychosocial aspects, and quality of life. This is why the decision to carry out this procedure must be carefully considered, advising patients and informing both the risks and benefits of it.

## Key words

Prophylactic mastectomy. Quality of life. Global satisfaction.

## INTRODUCCION

Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tienen un riesgo aumentado de desarrollar un carcinoma contralateral. La magnitud de este riesgo depende de la biología del tumor primario, los tratamientos adyuvantes y la presencia o no de mutaciones genéticas. En una serie del Hospital Británico de Buenos Aires sobre carcinoma de mama bilateral, el riesgo (sin discriminar antecedentes familiares ni mutación genética) fue de 0,9 % por año, con un riesgo acumulado a 15 años del 12,7%.<sup>1</sup> Es por esto, que la mastectomía de reducción de riesgo contralateral (MRRC), definida como la remoción de tejido mamario sano en pacientes que fueron tratadas por un carcinoma unilateral, es un tratamiento solicitado por algunas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. En los últimos años la tasa de MRRC se ha incrementado considerablemente, a pesar de la disminución de la incidencia del cáncer de mama contralateral, tanto en grupos de alto como de bajo riesgo, gracias al diagnóstico temprano y los avances en los tratamientos adyuvantes.<sup>2</sup> No obstante no se ha podido demostrar que este procedimiento se asocie a un claro beneficio en supervivencia global para las pacientes que optan por realizarlo. En una reciente publicación del Hospital Británico de Buenos Aires sobre MRRC no se evidenció beneficio en cuanto a supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG), coincidiendo con la literatura publicada por distintos centros.<sup>3</sup>

La decisión para realizar este procedimiento es personal, generalmente influenciada por una sobre estimación del riesgo de padecer un cáncer de mama contralateral.<sup>4</sup> Esta decisión no es sencilla, por lo que la paciente debe recibir asesoramiento para establecer el riesgo real de desarrollar un carcinoma contralateral y de recurrencia de su enfermedad de base, balanceando la ansiedad que genera su propia percepción de riesgo e indagando sobre sus miedos y motivaciones para realizar este procedimiento.<sup>5-6</sup>

Debido a que la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido notablemente en los últimos años, el impacto de los tratamientos sobre la calidad de vida de las pacientes es hoy tema de gran consideración. Factores importantes a tener en cuenta son la satisfacción de la paciente con el procedimiento realizado e impacto de este mismo sobre su imagen corporal, calidad de vida y sexualidad. Las pacientes deben también ser aconsejadas teniendo en cuenta los potenciales efectos sobre estos factores.<sup>7-9</sup>

En los trabajos publicados, la mayoría de las mujeres que optaron por MRRC asociada a reconstrucción mamaria demostraron estar sa-

tisfechas con respecto al procedimiento realizado.<sup>10-11</sup> Sin embargo, en la bibliografía se reportan efectos adversos que impactan a nivel psicológico y social. Como publica Frost<sup>8</sup>, el 35% de las pacientes refieren efectos adversos incluyendo alteración de su apariencia corporal, femineidad, afección a nivel de su vida sexual y estabilidad emocional.

Hoy las pacientes se encuentran en el centro del proceso de toma de decisiones; por lo tanto, es importante una comunicación clara, basada en la evidencia en cuanto a riesgo y beneficios, y con una escucha empática para poder conocer las motivaciones que llevan a las pacientes a optar por este procedimiento.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es conocer las características de las pacientes que optaron por MRRC seguida de reconstrucción mamaria, y analizar su calidad de vida y percepción de resultados, a los fines de conocer mejor nuestra población pudiendo a futuro optimizar nuestro acompañamiento y recomendaciones.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama unilateral tratadas con mastectomía y reconstrucción mamaria, que optaron por MRRC entre enero del año 2005 y octubre del año 2019 en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires.

En todos los casos la MRRC fue un procedimiento solicitado por la paciente.

Se excluyeron los casos en los cuales la MRRC no fue seguida de reconstrucción mamaria.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico de Buenos Aires. (#CRIHB1005)

La información se obtuvo al analizar:

1. Las historias clínicas de las pacientes, evaluando: edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, realización de estudio genético, características del tumor primario, histología de la pieza de MRRC, estado axilar en mastectomía terapéutica y MRRC, tipo de cirugía realizada: mastectomía con conservación de piel (Skin Sparing Mastec-

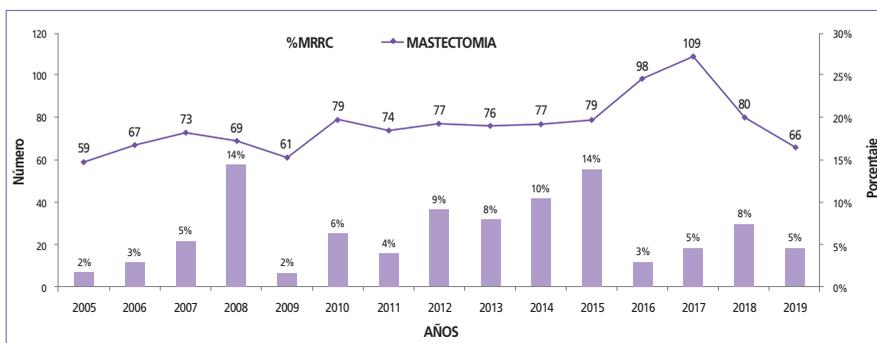
tomySSMS), mastectomía con conservación del complejo areolapezón (NippleSparingMastectomy NSM), mastectomía con reducción de piel (Skin ReducingMastectomy SRM), tipo de reconstrucción realizada (expansor, prótesis, colgajos) y complicaciones.

2. Por medio de encuestas anónimas realizadas a las pacientes. Se contactó telefónicamente a las mismas solicitando su correo electrónico, y se envió vía e-mail una encuesta Breast-Q TM<sup>12</sup> mastectomy module, versión simplificada y validada (Véase apéndice 1). La misma evalúa efectos subjetivos sobre la imagen corporal, vida social, sexual, y sobre la percepción de salud/enfermedad. Se incluyeron 15 preguntas agrupadas en 7 módulos. Se adjudicó a cada respuesta un puntaje, del 1 al 4. Siendo el 1 una respuesta negativa y el 4 una respuesta positiva, demostrando satisfacción. Al analizar el cuestionario se obtuvo un puntaje máximo de 60, considerando una respuesta mayor a 45 como satisfactoria. Al final de la encuesta se incluyó un sector donde la paciente podía dejar algún comentario si así lo deseaba. (Módulo 8)

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico es descriptivo, se realizó con el Software Prism 7 (GraphPad, La Jolla, CA), y los resultados se presentaron como porcentaje de variables categóricas o como media y error estándar para variables numéricas o mediana e intervalo intercuartilo de acuerdo a la distribución de las mismas.

**Gráfico 1. Porcentaje de mastectomía de reducción de riesgo contralateral comparado con el número total de mastectomías.**



Referencias:

MRRC: Mastectomía de Reducción de Riesgo Contralateral.

## RESULTADOS

El porcentaje de MRRC en comparación con el total de mastectomías unilaterales (MU) se representa en el Gráfico 1. Si consideramos la última década, observamos un incremento sostenido en la realización de la MRRC, llegando a su máximo en el 2015, con una tasa promedio, de 2010 a 2015, de 8,5%; a partir del 2016 la utilización de este procedimiento disminuyó, con un promedio de 5,2% en ese último periodo.

Tabla 1. Características de las pacientes

n	74	
Edad media	43,6	
Edad		
<30	2	2,7%
30-39	18	24,3%
40-49	35	47,3%
50-59	18	24,3%
60-69	1	1,4%
Antecedentes familiares		
Sin antecedentes	26	35,1%
Primer grado	33	44,6%
Segundo grado	15	20,3%
Subtipo Histológico en la pieza de mastectomía terapéutica		
CDIS	13	17,5%
DINF	52	70,3%
LINF	8	10,8%
Otros	1	1,4%
Subtipo Histológico pieza de reducción de riesgo	9	
CLIS	3	33,4%
LINF	1	11,1%
CDIS	1	11,1%
HDA	2	22,2%
HLA	2	22,2%
Tamaño tumoral	0,2 - 5 cm	
Promedio de tamaño tumoral	0,76 cm	
GC en la pieza de mastectomía terapéutica		
No se realizó	17	22,9%
Negativo	41	55,5%
Positivo	16	21,6%
VAX en la pieza de mastectomía terapéutica	27	
GC + VAX	16	59,3%
VAX	11	40,7%
Axila N en la pieza de mastectomía terapéutica		
0	50	67,5%
1	15	20,3%
2	9	12,2%
3	0	0%
GC en la pieza de reducción de riesgo		
No se realizó	36	48,6%
Negativo	37	50%
Positivo	1	1,4%
Estadios		
E0	14	18,9%
EI	22	29,7%
EII	23	31,1%
EIII	8	10,8%
R	7	9,5%
Receptor de Estrógeno		
Positivo	57	77%
Negativo	17	23%

Si bien se registraron 75 pacientes con MRRC en el período de tiempo estudiado, se incluyeron en este trabajo 74 pacientes, ya que hubo un caso en el cual no se realizó la reconstrucción mamaria. Las características se detallan en la Tabla 1.

La edad media de las pacientes fue 43,6 años (rango 27 a 67 años). La mayor proporción de pacientes estuvo comprendida entre los 40 y 49 años.

Al evaluar los antecedentes familiares de cáncer de mama, se evidenció que el 43,3% (n: 32) de las pacientes presentó antecedentes familiares de 1er grado, el 20,3% (n:15) antecedentes familiares de 2do grado, mientras que el 36,4% (n:27) no presentaron antecedentes.

En cuanto a la distribución por estadios se observó un mayor porcentaje de Estadio II (31,1%; n:23), seguido de Estadio I (29,7%; n:22). (Figura 1A)

La secuenciación de los genes BRCA 1 y 2 se realizó en 19 pacientes (25,7%), encontrándose mutación patogénica en 10 de ellas. Se detectaron 4 casos positivos para el gen BRCA 1 (40%) y 6 para el gen BRCA 2 (60%).

El tamaño tumoral promedio del tumor primario fue de 1,7 cm, siendo el rango del mismo entre 0,1 y 5 cm.

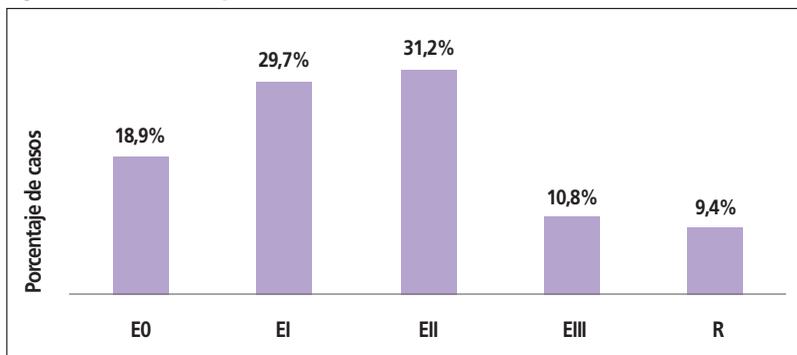
Según el subtipo histológico de la pieza de mastectomía terapéutica (MT) la lesión más frecuente fue el carcinoma ductal invasor (DINF), representando un 70,2% (n:52); seguido por el carcinoma ductal *in situ* (CDIS), representando en este caso un 17,5% (n:13). (Figura 1B).

Se realizó biopsia del ganglio centinela (BGC) en 57 pacientes (77%) del lado de

Receptor de Progesterona		
Positivo	47	63,5%
Negativo	27	36,5%
HER2		
Positivo	10	13,5%
Negativo	64	86,5%
Clasificación Inmunoistoquímica		
Luminal	50	67,6%
Luminal HER2	8	10,8%
HER2	2	2,7%
Triple Negativo	14	18,9%
BRCA		
Positivo	10	13,5%
BRCA 1	4	
BRCA 2	6	
Negativo	9	12,2%
No se realizó	55	74,3%
Reconstrucción mamaria		
Simultánea	52	
Diferida	22	

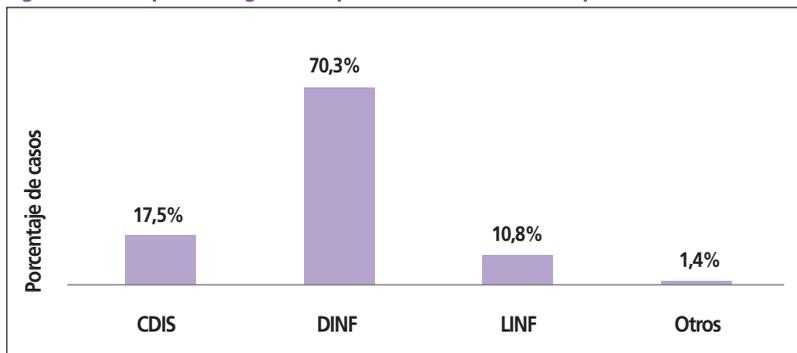
**Referencias:** n: número de pacientes. **CDIS:** carcinoma ductal in situ. **DINF:** carcinoma ductal infiltrante. **LINF:** carcinoma lobulillar infiltrante. **HDA:** hiperplasia ductal atípica. **HLA:** hiperplasia lobulillar atípica. **GC:** ganglio centinella. **VAX:** vaciamiento axilar. **E0:** estadio 0. **EI:** estadio I. **EII:** estadio II. **EIII:** estadio III. **R:** recidiva.

**Figura 1A. Distribución por Estadios.**



Referencias: **E0:** estadio 0. **EI:** estadio I. **EII:** estadio II. **EIII:** estadio III. **R:** recidiva.

**Figura 1B. Subtipo histológico de la pieza de mastectomía terapéutica.**



**Referencias:** **CDIS:** carcinoma ductal in situ. **DINF:** carcinoma ductal infiltrante. **LINF:** carcinoma lobulillar infiltrante.

la MT; 16 casos fueron positivos (28,1%) y estuvieron seguidos de vaciamiento axilar, y 41 fueron negativos (71,9%). En seis pacientes, no se realizó dicho procedimiento ya que fueron recidivas, correspondiendo a un 8,1%. Por último, en 11 casos (14,9%) se realizó vaciamiento axilar sin realizar previamente BGC.

La presencia de receptores hormonales, tanto estrogénico como progestágeno se encontró presente en el 77% y 63,5% respectivamente. En cuanto a la sobreexpresión del HER2-NEU, solo el 13,5% la presentó. En la Figura 1C se puede observar cómo están clasificadas las lesiones según su inmunofenotipo.

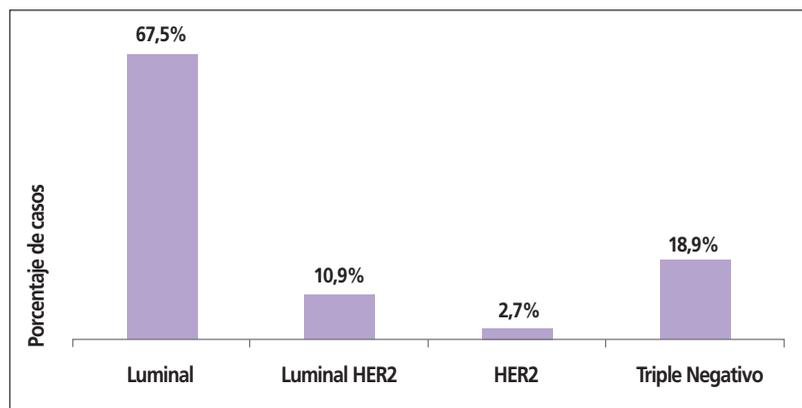
En las piezas de MRRC, se encontraron las siguientes lesiones histológicas: 3 carcinomas lobulillares *in situ* (CLIS), 2 hiperplasias ductales atípicas (HDA), 2 hiperplasias lobulillares atípicas (HLA), 1 carcinoma lobulillar infiltrante (LINF) y 1 carcinoma ductal *in situ* (CDIS). Estas dos últimas lesiones representan un 2,8% de hallazgo de carcinomas en la mama contralateral.

Se realizaron 38 BGC del lado de la MRRC (51,3%), 1 de los cuales fue positivo (2,6%) y por lo tanto fue seguido de vaciamiento axilar. Y en 36 casos (48,7%) no se realizó estadificación axilar.

Los tratamientos realizados: radioterapia, hormonoterapia, quimioterapia y trastuzumab, se detallan en la Tabla 2.

La reconstrucción mamaria de la MT se realizó en 7 oportunidades con colgajos (9,4%): colgajo dorsal (n:6) y colgajo tipo TRAM (n:1). En 57 casos (77%), la reconstrucción fue con expansor transitorio seguido de recambio proté-

Figura 1C. Porcentaje de casos según inmunofenotipo.



sico; 3 de estas cirugías fueron NSM y 54 fueron SSMS. Y finalmente, 10 pacientes (13,6%) se reconstruyeron con prótesis directa, 6 de ellas fueron NSM y 4 SSMS. (Ver Tabla 3)

Al evaluar la reconstrucción de la MRRC, sólo un caso fue con colgajo tipo TRAM (1,3%), 51 casos (69%) con expansor seguido de recambio protésico; 10 de estas cirugías fueron NSM y 41 fueron SSMS. Y hubo un total de 22 pacientes (29,7%) que realizaron reconstrucción con prótesis directa; de estas, 14 fueron NSM, 7 SSMS y un sólo caso con SRM. (Tabla 4)

Tabla 2. Tratamientos adyuvantes.

n	74	
Radioterapia		
Si	16	21,6%
No	58	78,4%
Neoadyuvancia		
Si	11	14,9%
No	63	85,1%
Quimioterapia		
Si	38	51,3%
No	36	48,7%
Trastuzumab		
Si	6	8,1%
No	68	91,9%
Hormonoterapia		
Si	55	74,3%
No	19	25,7%

Tabla 3. Reconstrucción de la Mastectomía Terapéutica.

Reconstrucción mamaria	74	
Colgajo	7	9,5%
DORSAL	6	
TRAM	1	
Expansor	57	77%
NSM	3	
SSMS	54	
Prótesis directa	10	13,5%
NSM	6	
SSMS	4	

**Referencias:** **NSM:** Mastectomía con conservación del complejo areola pezón.  
**SSMS:** Mastectomía con conservación de piel.

Tabla 4. Reconstrucción de la Mastectomía de Reducción de Riesgo Contralateral.

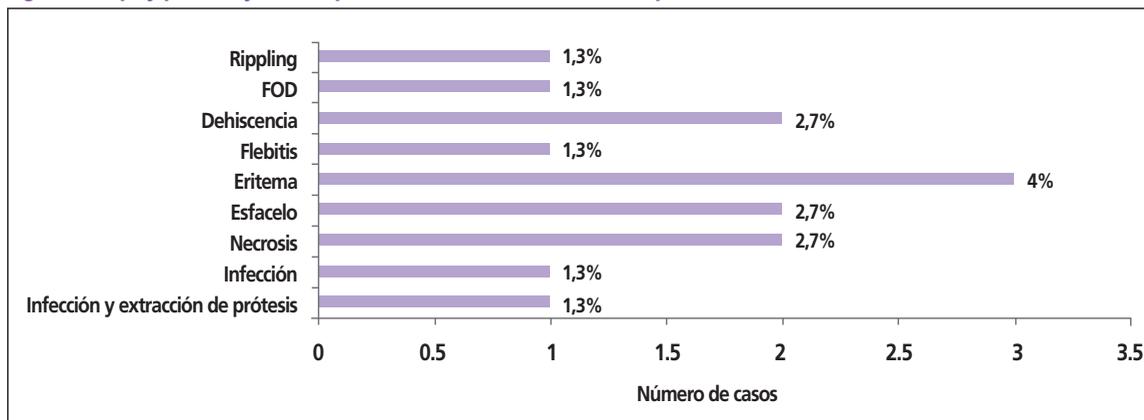
Reconstrucción mamaria	74	
Colgajo	1	1,4%
TRAM	1	
Expansor	51	68,9%
NSM	10	
SSMS	41	
Prótesis directa	22	29,7%
NSM	14	
SSMS	7	
SRM	1	

**Referencias:** **NSM:** Mastectomía con conservación del complejo areola pezón.  
**SSMS:** Mastectomía con conservación de piel.  
**SRM:** Mastectomía con reducción de piel.

Analizando el tiempo transcurrido entre la realización de la MT y la MRRC, 52 pacientes las realizaron de forma simultánea (70,3%), mientras que 22 pacientes (29,7%) lo hicieron de forma diferida, con un intervalo promedio de 19,6 meses (rango 7 a 87 meses).

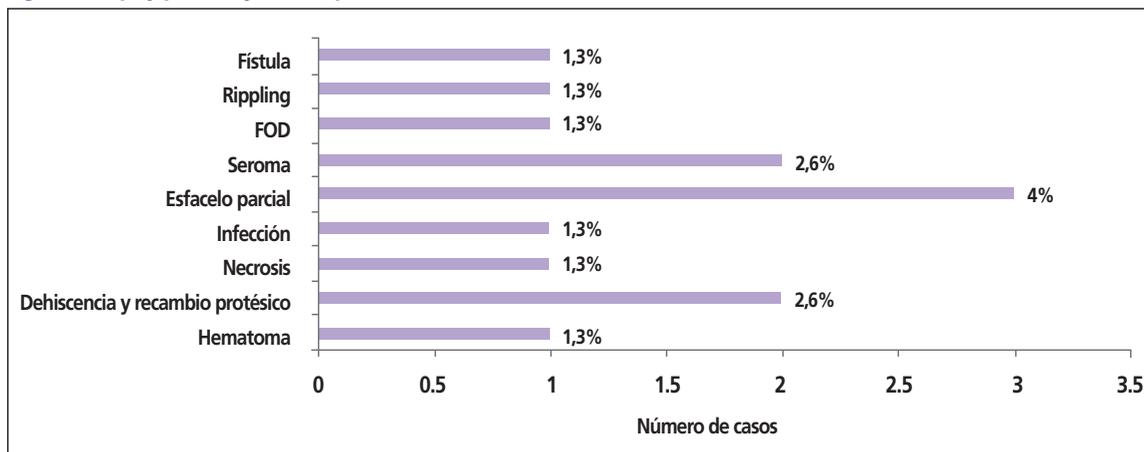
Hubo un total de 27 complicaciones post operatorias (36,5%); 14 (19%) correspondieron a la MT, y 13 (17,5%) a la MRRC; las mismas se detallan en la Figura 2a y 2b. Las complicaciones que se reportaron con mayor frecuencia en la MT fueron eritema (4%, n: 3), necrosis parcial de colgajos, esfacelo y dehiscencia de herida quirúrgica (cada una re-

Figura 2a. Tipo y porcentaje de complicaciones de la mastectomía terapéutica.



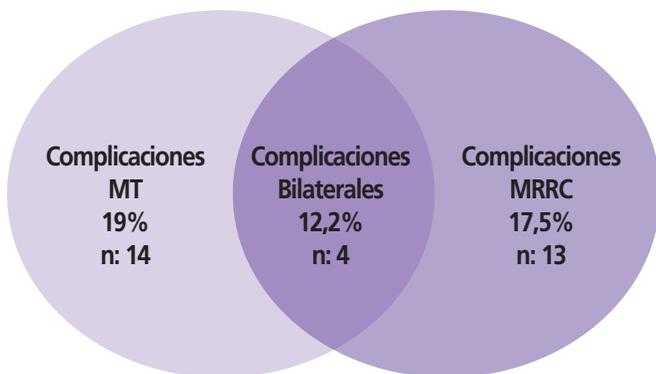
Referencias: FOD: fiebre de origen desconocido.

Figura 2b. Tipo y porcentaje de complicaciones de la MRRC.



Referencias: FOD: fiebre de origen desconocido.

Figura 2c. Complicaciones MT, MRRC y Bilaterales.



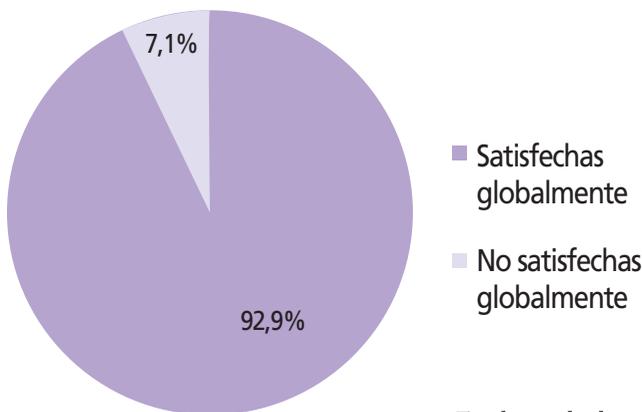
Referencias: MT: Mastectomía terapéutica. MRRC: Mastectomía de reducción de riesgo contralateral.

presentando un 2,7% n: 2). En cuanto a la MRRC, las complicaciones más frecuentes fueron esfacelo parcial (4% n: 3); seguida de seroma, dehiscencia y recambio protésico en un 2,7% cada una (n: 3). De las 74 pacientes incluidas en este trabajo, 4 tuvieron complicaciones bilaterales. (Figura 2c)

Se constataron 7 óbitos (9,5%), 6 de los cuales fueron por evolución de la propia enfermedad (metástasis en diferentes órganos blanco). Y una paciente presentó un nuevo tumor primario, carcinoma de páncreas.

Se invitó a participar de la encuesta de satisfacción a las 56 pacientes a las que se pudo contactar telefónicamente para solicitar su consentimiento (75,6%), de las cuales, 42 completaron la misma (75%).

**Figura 3. Porcentaje de satisfacción global.**

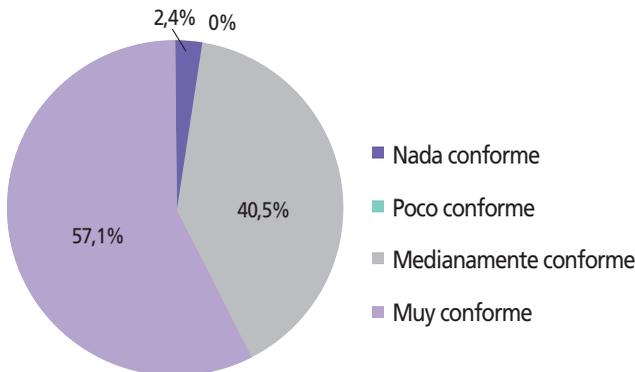


Al analizar las respuestas obtenidas, teniendo en cuenta que un resultado satisfactorio debía tener más de 45 puntos, se constató que el 92,9% (n: 39) de las mujeres encuestadas se encontraban satisfechas globalmente, mientras que el 7,1% no, correspondiendo este porcentaje a 3 pacientes, con 44, 43 y 42 puntos cada una. (Figura 3)

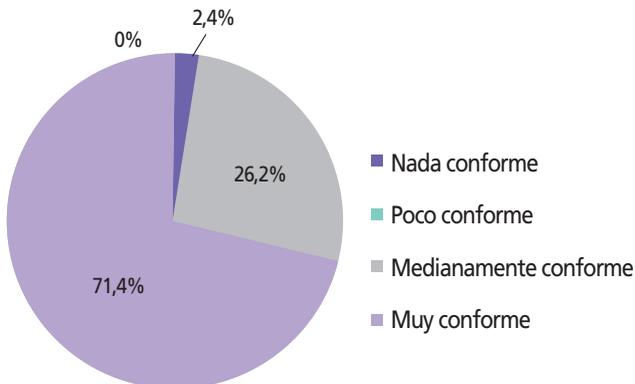
Sin embargo, ante la pregunta sobre si en general están satisfechas con la decisión tomada y si volverían a optar por este procedimiento, todas respondieron afirmativamente. (Módulo7)

Evaluando las preguntas relacionadas a la imagen corporal (módulo 1), el 57,1 % está muy conforme cuando se pone el corpiño, el 71,4% se encuentra muy conforme cuando se mira al espejo con ropa, y el 45,2% muy conforme al mirarse al espejo sin ropa. (Figuras 4, 5 y 6)

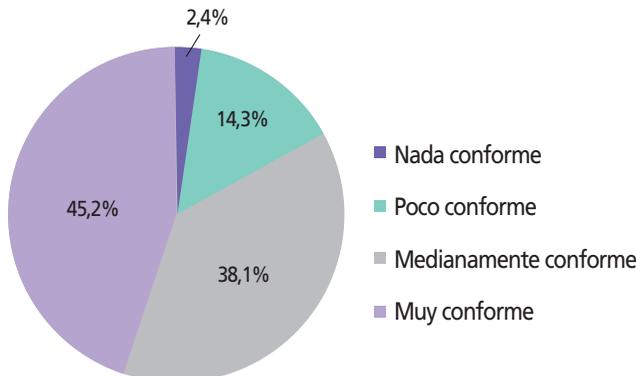
**Figura 4. Conformidad al ponerse el corpiño.**



**Figura 5. Conformidad al mirarse al espejo CON ropa.**



**Figura 6. Conformidad al mirarse al espejo SIN ropa.**



El 38,1% de las pacientes refieren no haber tenido nunca dificultad para elegir un modelo de corpiño, mientras que el 23,8% a veces ha tenido dificultad, el 26,2% pocas veces, y el 11,9% expresa siempre tener dificultad para elegirlo. (Módulo 2)

El 57,1% afirma sentirse siempre cómoda con su imagen corporal, mientras que el 33,3% algunas veces, y el 9,5% pocas veces (Figura 7). El 90,5% de las encuestadas refiriere sentirse siempre femenina al estar vestida (módulo 3).

Figura 7. Comodidad con su imagen corporal

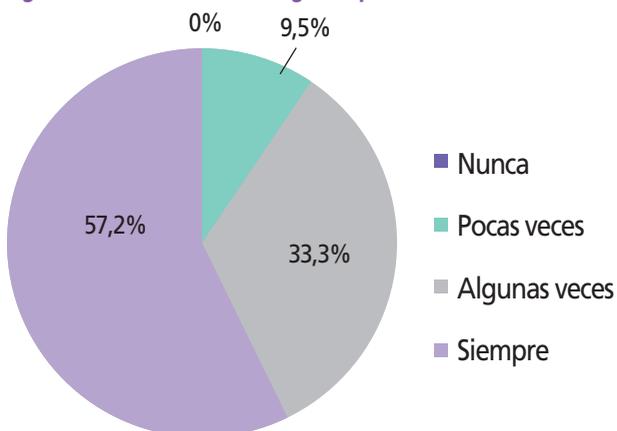
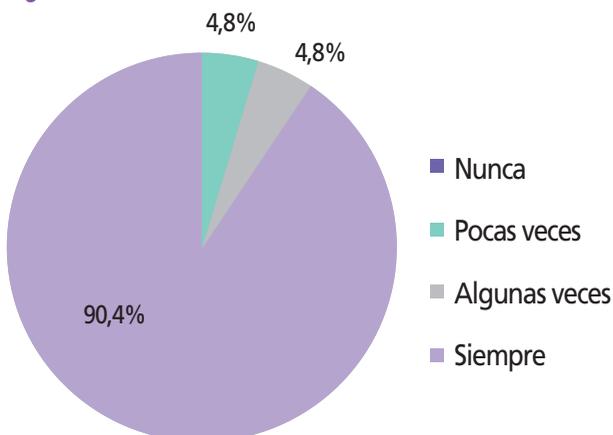


Figura 8. Confianza en una reunión social



Al encontrarse en una reunión social (Módulo 3), el 90,4% de las pacientes refiere siempre sentir confianza. (Figura 8)

Con respecto a las complicaciones postoperatorias a largo plazo (Módulo 4), el 57,1% nunca sintió dolor muscular en la región torácica, mientras que el 26,2% lo experimentó pocas veces, y el 16,7% algunas veces. Al evaluar la frecuencia con la que sufrieron dificultad para levantar o mover los brazos, el 11,9% refirió experimentarlo algunas veces, el 9,5% pocas veces, y el 78,6% nunca.

En cuanto a la sexualidad (módulo 5), el 61,9% de las pacientes se siente siempre sexualmente atractiva al estar vestida, el 35,7% algunas veces y el 2,4% pocas veces. Al realizar la misma pregunta, pero estando desvestida: el 16,7% nunca se sintió atractiva, el 26,2% pocas veces, el 33,3% algunas veces y el 23,8% siempre. Con respecto a la seguridad al establecer relaciones sexuales, solo el 45,2% se sintió siempre segura, mientras que el 14,3% nunca lo hizo. (Figuras 9, 10 y 11)

Figura 9. Sexualmente atractiva CON ropa.

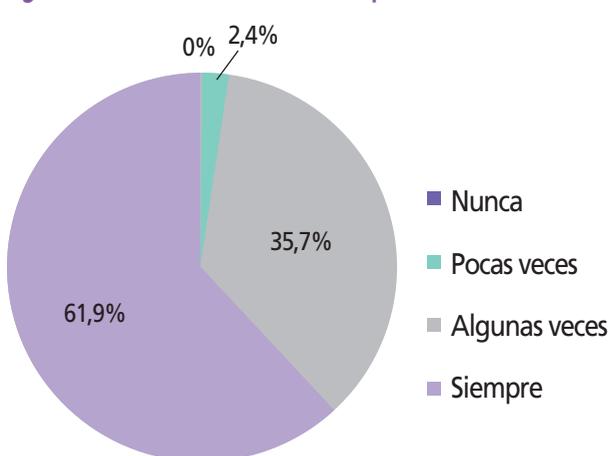


Figura 10. Sexualmente atractiva SIN ropa.

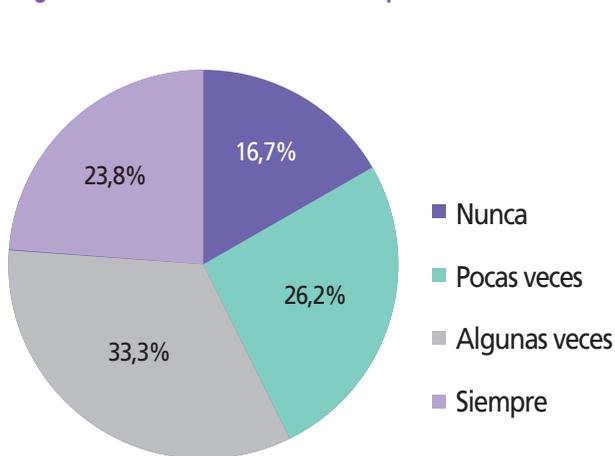
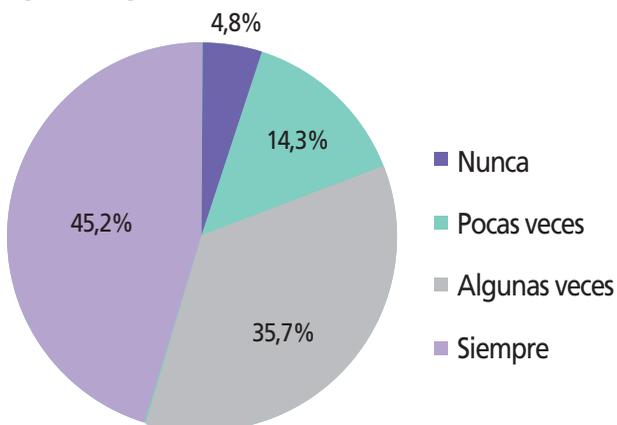


Figura 11. Seguridad al establecer relaciones sexuales



El 92,9% de las pacientes confirmaron sentir que con esta decisión que tomaron, la percepción de riesgo de volver a tener la enfermedad había cambiado, mientras que el 7,1% (n: 3) no. (Módulo 6)

Del total de las pacientes encuestadas, solo hubo 27 que realizaron comentarios (Módulo 8), 4 fueron negativos y de estas 4 pacientes, sólo una sumó un puntaje menor a 45 (puntaje 42).

Al analizar los puntajes globales obtenidos en la encuesta, 3 pacientes no se encontraban satisfechas con su calidad de vida (puntaje menor a 45); se observó que compartían algunas características: no sentirse cómodas con su imagen corporal, experimentar dolor muscular en la región torácica y no encontrarse sexualmente atractivas ni seguras al establecer relaciones sexuales. Aun así, manifestando discomfort en varias áreas analizadas, las 3 pacientes concuerdan en que este tratamiento cambió su percepción de riesgo de volver a tener la enfermedad, volverían a optar por el mismo procedimiento y están satisfechas con la decisión tomada.

## DISCUSION

La mortalidad por cáncer de mama en los últimos años ha disminuido notablemente, gracias al avance y mejoras en los tratamientos adyuvantes; es por ello que cobra relevancia la calidad de vida de las mujeres tratadas quirúrgicamente por carcinoma de mama.

En ausencia de una mutación genética, el riesgo de desarrollar un carcinoma contralateral es de 2,7% a 5 años<sup>13</sup>, pero las pacientes tienden a optar por la MRRC, demostrando un incremento de este procedimiento en los últimos años en algunos países.<sup>4</sup> Las razones por las cuales refieren elegirlo son: 98% miedo al desarrollo de un carcinoma en la mama contralateral; 95% "peaceofmind" (tranquilidad de haber hecho todo lo que estaba a su alcance para no volver a pasar por la misma experiencia); 94% mejorar su supervivencia; 35% por tener fuerte historia familiar de cáncer de mama y mutaciones genéticas conocidas; 10% deseo de simetría.<sup>14-17</sup>

Este tratamiento no está exento de desarrollar complicaciones, no solo inherentes a la cirugía, sino también en relación a aspectos personales y psicosociales, pudiendo afectar la calidad de vida de las pacientes. Con el incremento del número de mujeres con cáncer de mama que solicitan realizar MRRC es esencial evaluar y comunicar el impacto que tiene en todas estas áreas.

Al analizar en nuestra serie la incidencia de este procedimiento en la última década, observamos un incremento desde el 2010, alcanzando un pico máximo en el año 2015. A partir del año 2016, coincidiendo con la publicación de los consensos de la Sociedad Americana de Cirujanos de Mama<sup>6,27</sup> y Cirugía Oncológica<sup>5</sup>, se evidencia una disminución en la utilización del mismo. Seguramente serán necesarios más años de seguimiento para evaluar si esta tendencia sigue en descenso y si la educación tanto de cirujanos como de las pacientes influye en la realización de esta cirugía.

Uno de los predictores socio-demográficos bien conocidos de la MRRC es la edad temprana.<sup>18-20</sup> En nuestro trabajo se incluyeron 74 pacientes entre 27 y 67 años. La edad media de las mismas fue de 43,6 años, similar a lo publicado por Frost<sup>8</sup>. Asimismo, Tari King,<sup>7</sup> en una serie que comparó dos grupos de pacientes tratadas por cáncer de mama unilateral con y sin MRRC, demostró que las que optaron por este procedimiento eran más jóvenes, siendo la edad media de las mismas de 45,6 años.

En nuestra casuística, el 43,3% de las pacientes tenía antecedentes familiares de 1er grado y el 20,3% de 2do grado. Rosenberg<sup>21</sup> en un estudio sobre 123 mujeres que realizaron este procedimiento demostró que presentaron antecedentes familiares de 1er y 2do grado en un 26% y 62% respectivamente. Por su parte, Tercyac<sup>22</sup> describe que las pacientes que tenían dos o más familiares afectados con cáncer de mama presentaban mayor distrés que aquellas que no los tenían, lo que las llevó a solicitar este procedimiento. Se desprende de estos resultados la importancia que tiene para la paciente, el haber tenido un familiar con antecedentes de cáncer de mama, en la toma de decisiones para realizar la MRRC.

Varios estudios<sup>23-26</sup> demostraron también la influencia que tiene el testeo genético en el tipo de cirugía que la paciente opta por realizar. Uno de ellos publicado por Yi y colaboradores<sup>25</sup> evaluó los factores que las pacientes tienen en cuenta al tomar la decisión de realizar la MRRC, demostrando que la realización del estudio genético estaba asociado a la elección de este procedimiento independientemente de su resultado. En su trabajo, 18 fueron las pacientes testeadas genéticamente y solo 8 resultaron positivas. Similar a lo que ocurre en nuestra serie, donde el 25,6% (n: 19) realizaron secuenciación genética, siendo únicamente 10 las que arrojaron resultados positivos. En menor medida, Arrigton<sup>20</sup> describe que solo el 7,9% de su cohorte realizó estudio genético, y Tari King<sup>7</sup> el 29%, siendo positivas solo el 31% de las mismas. Las pacientes con resultados negativos optaron igualmente por realizar este procedimiento, aun sin pertenecer a la población de alto riesgo de desarrollar cáncer de mama contralateral. En el consenso de la Sociedad Americana de Cirujanos de Mama (AS-

BrS)<sup>6,27</sup> se remarca la importancia de la comunicación con la paciente, informando el riesgo real de desarrollar un carcinoma contralateral y desaconsejar la realización del procedimiento en pacientes de bajo riesgo, asesorando sobre las diferentes opciones terapéuticas. Jagsi y colaboradores<sup>17</sup> reportaron la importancia del consejo del médico tratante, ya que observaron que cuando éste desaconsejó el procedimiento, sólo el 2% de las pacientes que deseaba realizarlo finalmente lo hizo.

La mayoría de las pacientes en nuestra serie fueron diagnosticadas en estadios tempranos, representando el 79,8% (18,9% estadio 0; 29,7% estadio I y 31,2% estadio II) semejante a lo que publica Geiger<sup>10</sup> donde el 71,1% eran estadios iniciales (19,3% estadio 0; el 30,2% estadio I y el 21,6% estadio II). En la serie publicada por Rosenberg,<sup>21</sup> las pacientes diagnosticadas en estadios tempranos representaban el 86% (7% estadio 0; 33% estadio I y 46% estadio II), al igual que en el trabajo de Parker<sup>28</sup> 90%. La literatura coincide con el hecho de que se ve un aumento en la realización de este procedimiento en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadios iniciales.

Tari King<sup>7</sup> describe en su estudio que existe una baja tasa de carcinomas en la pieza de MRRC, 1,2% para los carcinomas invasores, y un 4,7% para los no invasores. Lo mismo ocurre en los trabajos publicados por Chung<sup>29</sup> y por Arrington<sup>20</sup>, en donde el porcentaje de carcinomas no invasores en la pieza de reducción de riesgo es de 3,9% y 1,8% respectivamente, y el de carcinomas invasores de 2,2% y 3,6% respectivamente. En una serie publicada por el Hospital Universitario Austral<sup>30</sup> que engloba mastectomías de reducción de riesgo tanto bilateral como contralateral, se observó un único caso de carcinoma en la pieza de reducción de riesgo contralateral, representando un 3%. Todos estos resultados son similares a los que se desprenden de nuestro estudio, en donde el porcentaje de carcinomas tanto invasores como no invasores fue bajo, representado un 1,4% cada uno.

El 70,3% de las pacientes de nuestra serie optaron por realizar la MT y la MRRC de forma simultánea, mientras que el 29,7% lo hizo de forma diferida. En el trabajo que publicó Tari King<sup>7</sup>, el 90,1% de las pacientes realizaron los procedimientos de forma simultánea, mientras que el 9,9% lo hizo en forma diferida dentro del año de la cirugía, similar a lo que publica Frost<sup>8</sup>, en donde el 95,7% de las pacientes realizaron el procedimiento de forma simultánea. Al comparar con la bibliografía nacional, el trabajo publicado por el Dr. Mc Lean y colaboradores<sup>30</sup> describe que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que optaron por realizar la MRRC (n: 33), el 84,8% realizó la MT y MRRC de forma simultánea (n: 28) y el 15,2% de forma diferida (n: 5).

En nuestra serie, las pacientes que optaron por MRRC, realizaron más frecuentemente reconstrucción con expansores (68,9%) o prótesis directa (29,7%) y solo un 1,4% con colgajos, similar a lo descrito por Frost,<sup>23</sup> donde la mayoría (97,6%) la reconstrucción mamaria fue con colocación de implantes protésicos, y en menor medida (2,4%) con colgajos. Arrington<sup>20</sup> y Tari King<sup>7</sup> describen resultados similares, con colocación de expansores o implantes en un 94,2% y 97% respectivamente.

En cuanto al tipo de cirugía realizada, la MRRC fue en un 32,4% (n: 24) NSM; en un 64,9% (n: 48) SSMS y en un 1,3% (n:1) SRM. Frost<sup>23</sup> describe en su serie que del 78,1% de las pacientes reconstruidas, el 57,6% lo hicieron con NSM y el 42,4% con SSMS. En cambio, en el trabajo que publica Unukovych,<sup>31</sup> la totalidad de las pacientes realizaron SSMS. En el presente trabajo se reportaron 14 complicaciones en la MT (19%), 13 en la MRRC (17,5%) y 4 de éstas fueron bilaterales. Se desprende de estos resultados, que 9 pacientes (12,2%), de no haber realizado MRRC, no hubieran registrado complicaciones. Se reoperaron 4 pacientes (5,4%), una de ellas (1,3%) por complicaciones en la MT, y tres (4,1%) en la MRRC. Frost<sup>23</sup> reporta que el 27% de las pacientes con MRRC fueron reoperadas al menos una vez, por extrusión de la prótesis y malos resultados estéticos. En un trabajo publicado por Zion<sup>32</sup> se observa que el 37% de las pacientes que realizaron MRRC y reconstrucción mamaria tuvieron que reoperarse. Por otro lado, diferentes trabajos<sup>33-36</sup> demuestran que la realización de la MRRC duplica la tasa de complicaciones.

Se obtuvieron un total de 42 respuestas en la encuesta para analizar la calidad de vida de las pacientes, representando un 75% de la muestra, similar a lo que describen Hwang<sup>37</sup>, Rosenberg<sup>21</sup> y Soran<sup>38</sup> en sus series.

Teniendo en cuenta la satisfacción con la calidad de vida, nuestro trabajo demostró que la mayoría de las pacientes se encuentran satisfechas (92,9%), tal como publican Geiger<sup>10</sup> y Altshchuler,<sup>11</sup> quienes obtuvieron un nivel de satisfacción del 87% y 76% respectivamente. Koslow<sup>39</sup> también comparó la satisfacción global y calidad de vida entre pacientes que realizaron MRRC y aquellas que no, siendo la satisfacción significativamente mayor en el grupo de MRRC. Otros trabajos demuestran los mismos niveles de satisfacción, superando el 85%<sup>11,21,23,31,38</sup>

En nuestra serie todas las pacientes se encontraron conformes con haber realizado este procedimiento y lo volverían a elegir; al igual que lo publicado por Rosenberg, Soran, y Han en sus series.<sup>21,25,40</sup> Por el contrario, Montgomery<sup>14</sup> realizó una encuesta a 296 pacientes que optaron por este procedimiento y el 6% de las encuestadas expresó arrepentimiento debido a malos resultados cosméticos, dis-

minución en el bienestar sexual y a la falta de información acerca de otras opciones terapéuticas. Como mencionamos anteriormente, ninguna paciente de nuestro estudio mostró arrepentimiento con el procedimiento realizado; sin embargo, 3 (7,1%) no se encontraron satisfechas, de acuerdo a la puntuación final que arrojó la encuesta de satisfacción. Al analizar las respuestas en particular, se vio que estas tres pacientes no se encontraban conformes con su imagen corporal, no se sentían cómodas en una reunión social, y su bienestar sexual había disminuido.

Aun teniendo en cuenta la alta tasa de satisfacción global que se observa en la mayoría de las series, los efectos psicológicos y físicos como dolor crónico, y alteraciones en la sexualidad, impactan negativamente en la calidad de vida de las pacientes.<sup>8,10,14,21,23</sup>

En nuestro trabajo, el 42,9% de las pacientes expresaron haber tenido dolor crónico postoperatorio. Rosenberg<sup>21</sup> en su serie, publica que el 28% manifestó efectos adversos en el ámbito físico, en especial alteración de la sensibilidad de la pared torácica. Bloom,<sup>41</sup> en su estudio que analiza los resultados de 45 pacientes que realizaron MRRC, describe que la mayoría de las mismas evolucionó en el postoperatorio con dolor y alteración en la sensibilidad de la pared torácica. Por otro lado, Altschuler<sup>11</sup> compara los resultados de pacientes que realizaron mastectomía de reducción de riesgo bilateral y contralateral, demostrando que en ambos grupos de pacientes existen resultados negativos asociado al proceso reconstructivo, siendo uno de ellos el dolor agudo, representando en el caso del grupo de MRRC, el 6%.

En cuanto a la sexualidad, más de la mitad de nuestras pacientes (54,8%) no siempre se encontraron seguras sexualmente; similar a lo reportado por Geiger<sup>10</sup> quien describe que el 59,1% no se encontraban totalmente satisfechas con su bienestar sexual. Rosenberg<sup>21</sup> por su parte, reportó que el 42% de las pacientes referían que su bienestar sexual se encontraba peor de lo que esperaban y Frost,<sup>8</sup> en su estudio con 20 años de seguimiento, observó que la mayoría (92%) estaban satisfechas con la decisión de realizar la MRRC pero que en un 23% había impactado negativamente en el ámbito sexual.

La MRRC no está exenta de generar complicaciones y efectos adversos en los diferentes aspectos psicosociales de las pacientes que optan por realizarla, por lo que debe ser desaconsejada en pacientes de bajo riesgo.<sup>27</sup> La decisión de realizar este procedimiento es personal, generalmente influenciada por la sobreestimación del riesgo de desarrollar un carcinoma contralateral<sup>15</sup>. Por eso es importante que el médico aconseje a las pacientes brindando información no sólo sobre las posibilidades de desarrollar un carcinoma contralateral sino también sobre las complicaciones y el impacto que el procedimiento puede tener en su calidad de vida.<sup>10,18,42,43</sup>

## CONCLUSIONES

- Las pacientes que optan por este procedimiento son pacientes jóvenes, siendo la edad media de las mismas, de 43,6 años.
- La incidencia de carcinoma en la pieza de MRRC fue de 2,8% (n: 2).
- El 90,6% de las reconstrucciones se realizó con expansores y/o prótesis.
- El 100% de las pacientes volverían a optar por este procedimiento y están conformes con la decisión tomada.
- El 92,9% (n: 39) de las pacientes encuestadas manifestaron estar satisfechas globalmente reflejando una buena calidad de vida.
- El 7,1% (n: 3) no se encontraron satisfechas, evidenciándose resultados negativos en cuanto a su imagen corporal, bienestar sexual y en su vida social.
- El 42,9% de las pacientes (n: 18) sintió dolor muscular crónico postoperatorio.
- La decisión de realizar este procedimiento debe ser considerada con cuidado; las pacientes deben ser aconsejadas teniendo en cuenta los potenciales efectos sobre el bienestar psicosocial, físico y sexual.

## REFERENCIAS

1. Vuoto HD, García AM, Candás GB et al. Bilateral breast carcinoma: clinical characteristics and its impact on survival. *The Breast Journal* 2010; 16 (6): 625-632. ◀
2. Boccardo C, Gentilini O. Contralateral risk reducing mastectomy in patients with sporadic breast cancer. Benefits and hazards. *Eur J Surg Oncol*;2016; 42 (7): 913-918. ◀
3. Candás GB, García AM, Isetta JA et al. Mastectomía de Reducción de Riesgo Contralateral: impacto en la evolución de las pacientes. Experiencia del Hospital Británico de Buenos Aires. *Revista Argentina de Mastología*2019; 38 (137):53-68. ◀◀
4. Chapgar AB. Contralateral Prophylactic Mastectomy: Pros and Cons. *The American Journal of Hematology / Oncology* 2016; 12 (4):375-397. ◀◀
5. Hunt KK, Euhus DM, Boughhey JC et al. Society of Surgical Oncology Breast Disease Working Group Statement on Prophylactic (Risk-Reducing) Mastectomy. *Ann Surg Oncol* 2017; 24 (2): 375-397. ◀◀
6. Boughhey JC, Attai DJ, Chen SL, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy Consensus Statement from the American Society of Breast Surgeons: Additional Considerations and a Framework for Shared Decision Making. *Ann Surg Oncol*. 2016;23(10):3106-3111. ◀◀◀
7. King TA, Sakr R, Patil S, Gurevich I, Stempel M, Sampson M, Morrow M. Clinical management factors contribute to the decision for contralateral prophylactic mastectomy. *J Clin Oncol*. 2011;29(16):2158-64. ◀◀◀◀◀◀
8. Frost MH, Hoskin TL, Hartmann LC, Degnim AC, Johnson JL, Boughhey JC. Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(11):3110-6. ◀◀◀◀◀
9. Gómez-Escolar Larrañaga L, Delgado Martínez J, Miguelena Bobadilla JM. Valoración de la satisfacción en pacientes mastectomizadas con reconstrucción mamaria según la técnica quirúrgica empleada. *Cirugía Española*2017; 95 (10): 594-600. ◀
10. Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, et al. Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy. *J Clin Oncol*2006; 24 (9): 1350-1356. ◀◀◀◀◀◀◀
11. Altschuler A., Nekhlyudov L, Rolnick SJ et al. Positive, Negative, and Disparate – Women’s Differing Long-Term Psychosocial Experiences of Bilateral or Contralateral Prophylactic Mastectomy. *The Breast Journal*. 2008;14 (1): 25-32. ◀◀◀◀◀
12. Breast-Q™- Mastectomy Module (postoperative) Version 2.0 Satisfaction with breasts. Available at <http://qportfolio.org/breast-q/breast-cancer/>◀
13. Nichols HB, Berrington de González A, Lacey JV et al. Declining incidence of contralateral breast cancer in the United States from 1975 to 2006. *J Clin Oncol* 2011; 29 (12): 1564-1569. ◀
14. Montgomery LL, Tran KM, Heelan MC et al. Issues of regret in women with contralateral prophylactic mastectomies. *Ann Surg Oncol* 1999;6 (6):546-52. ◀◀◀
15. Miller ME, Muhsen S, Olcese C et al. Contralateral Breast Cancer Risk in women with Ductal Carcinoma in situ: Is it High Enough to Justify Bilateral Mastectomy? *Ann Surg Oncol* 2017; 24 (10): 2889-2897. ◀◀
16. Rosenberg SM, Sepucha K, Ruddy KJ et al. Local therapy decision-making and contralateral prophylactic mastectomy in young woman with early-stage breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2015; (22): 3809-3815 ◀
17. Jagsi R, Hawley ST, Griffith KA, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy Decisions in a Population-Based Sample of Patients with Early-Stage Breast Cancer. *JAMA Surg* 2017; 152 (3): 274-282 ◀◀
18. Montagna G and Morrow M. Contralateral prophylactic mastectomy in breast cancer: what to discuss with patients. *Expert Review of Anticancer Therapy*. 2020; 20 (3): 159-166. ◀◀
19. Tuttle TM, Habermann EB, Grund EH, et al. Increasing use of contralateral prophylactic mastectomy for breast cancer patients: A trend toward more aggressive surgical treatment. *J Clin Oncol* 2007, 25 (33):5203-5209. ◀
20. Arrington AK, Jarosek SL, Virnig BA, Habermann EB, Tuttle TM. Patient and surgeon characteristics associated with increased use of contralateral prophylactic mastectomy in patients with breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2009; 16 (10): 2697-2704. ◀◀◀◀
21. Rosenberg SM, Tracy MS, Meyer ME, et al. Perceptions, knowledge, and satisfaction with contralateral prophylactic mastectomy among young women with breast cancer: A cross-sectional survey. *Ann Intern Med*. 2013; 159 (6):373-381. ◀◀◀◀◀◀◀◀◀◀

22. Tercyak KP, Peshkin BN, Brogan BM, et al. Quality of life after contralateral prophylactic mastectomy in newly diagnosed high-risk breast cancer patients who underwent BRCA 1/2 gene testing. *J Clin Oncol*. 2007; 25 (3): 285-291. ◀
23. Frost MH, Slezak JM, Tran NV, et al. Satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy: The significance of mastectomy type, reconstructive complications, and body appearance. *J Clin Oncol* 2005; 23 (31): 7849-7856. ◀◀◀◀◀
24. Schwartz MD, Lerman C, Brogan B, et al. Impact of BRCA 1/BRCA 2 counseling and testing on newly diagnosed breast cancer patients. *J Clin Oncol*, 2004; 22 (10): 1823-1829. ◀
25. Yi M, Meric-Bernstam F, Middleton LP et al. Predictors of contralateral breast cancer in patients with unilateral breast cancer undergoing contralateral prophylactic mastectomy. *ACS Journals* 2009; 115 (5) 962-971 ◀◀◀
26. Hawley S, Jagsi R, Katz et al. Is contralateral prophylactic mastectomy (CPM) overused? Results from a population-based study. *JAMA Surg* 2014; 149 (6): 582-589. ◀
27. Boughey JC, Attai DJ, Chen SL et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement /from the American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. *Ann Surg Oncol* 2016; 23 (10) 3100-3105. ◀◀◀
28. Parker PA, Peterseon SK, Shen Y et al. Prospective study of psychosocial outcomes of having contralateral prophylactic mastectomy among women with nonhereditary breast cancer. *J Clin Oncol* 2018; 36 (25): 2630-2638 ◀◀
29. Chung A, Huynh K, Lawrence C, et al. Comparison of Patient Characteristics and Outcomes of Contralateral Prophylactic Mastectomy and Unilateral Total Mastectomy in Breast Cancer Patients. *Ann Surg Oncol* 2012; 19 (8): 2600-2606 ◀
30. Mc Lean I, Montoya D, Beccar Varela E, et al. Mastectomía de reducción de riesgo. Experiencia del centro mamario del Hospital Universitario Austral. *Rev Argent Cirug*. 2020; 112 (1): 16-22 ◀◀
31. Unukovych D, Sandelin K, Liljegren A et al. Contralateral prophylactic mastectomy in breast cancer patients with a family history: A prospective 2-years follow-up study of health related quality of life, sexuality and body image. *Eur J Cancer* 2012; 48 (17): 3150-6 ◀
32. Zion SM, Slezak JM, Sellers TA, et al. Reoperations after prophylactic mastectomy with or without implant reconstruction. *Cancer*, 2003; 98 (10): 2152-60 ◀
33. Miller ME, Czechura T, Martz B, et al. Operative risks associated with contralateral prophylactic mastectomy: a single institution experience. *Ann Surg Oncol*, 2013; 20 (13): 4113-20 ◀
34. Silva AK, Lapin B, Yao KA, Song DH, Sisco M. The effect of contralateral prophylactic mastectomy on perioperative complications in women undergoing immediate breast reconstruction: a NSQIP analysis. *Ann Surg Oncol*. 2015; 22 (11): 3474-80 ◀
35. Osman F, Saleh F, Jackson TD, Corrigan MA, Cil T. Increased postoperative complications in bilateral mastectomy patients compared to unilateral mastectomy: an analysis of the NSQIP database. *Ann Surg Oncol*. 2013; 20 (10); 3212-7 ◀
36. Crosby MA, Garvey PB, Selber JC, et al. Reconstructive outcomes in patients undergoing contralateral prophylactic mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 128 (5): 1025-33 ◀
37. Hwang ES, Locklear TD, Rushing CN et al. Patient-reported outcomes after choice for contralateral prophylactic mastectomy. *J Clin Oncol* 2015, 34 (13): 1518-1527 ◀
38. Soran A, Ibrahim A, Kanbour M et al. Decision making and factors influencing long-term satisfaction with prophylactic mastectomy in women with breast cancer. *Am J Clin Oncol* 2015; 38 (2): 179-183. ◀◀
39. Koslow S, Pharmer LA, Scott AM, et al. Long-Term Patient-Reported Satisfaction after Contralateral Prophylactic Mastectomy and Implant Reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2013; 20(11): 3422-9. ◀
40. Han E, Johnsson N, Glissmeyer M, et al. Increasing incidence of bilateral mastectomies: the patient perspective. *Am J Surg* 2011; 201 (5): 615-618 ◀
41. Bloom DL, Chapman BM, Wheler SB et al. Reframing the conversation about contralateral prophylactic mastectomy: preparing women for postsurgical realities. *Psychooncology* 2019; 28 (2); 394-400 ◀
42. Eck DL, Perdakis G, Rawal B, Bagaria S, McLaughlin SA. Incremental Risk Associated with Contralateral Prophylactic Mastectomy and the Effect on Adjuvant Therapy. *Ann Surg Oncol* 2014; 21(10): 3297-303. ◀
43. Ager B, Butow P, Jansen J et al. Contralateral prophylactic mastectomy (CPM): A systematic review of patient reported factors and psychological predictors influencing choice and satisfaction. *The Breast* 2016; 28: 107-120. ◀

## DEBATE

**Dr. Uriburu:** Gracias Dra. Bemí. Simplemente subrayar, como dijo la Dra., cómo aumentó en los últimos años la tasa de mastectomía de reducción de riesgo contralateral. A pesar de que paralelamente disminuye la incidencia de cáncer de mama contralateral y máxime que no se ha demostrado que este procedimiento se asocie a un claro beneficio en supervivencia global en estas pacientes que lo realizan. A fin de cuentas la decisión de realizar este procedimiento es personal y generalmente está influenciada por una sobrestimación que tienen esas pacientes sobre el riesgo que van a padecer un cáncer de mama contralateral. Es interesante en el análisis con respecto al testeo genético en estos casos, dado que no solo esta publicación, sino que la mayoría de las publicaciones, muestran que casi todas las pacientes optan por la mastectomía sin haber hecho la determinación genética y no solo eso, sino que también la solicitan aunque el testeo hubiese sido negativo, en los pocos casos que se hacen y que no es en la mayoría. Como bien dijo la Dra. este procedimiento no está exento de generar complicaciones, de hecho las duplica y también provoca efectos adversos en el ámbito psicosocial. Por lo tanto pensamos, como ella indica en su trabajo, que debería ser desaconsejado en las pacientes de bajo riesgo. Es importante que nosotros como médicos aconsejemos a las pacientes asesorándolas, no solo sobre las posibilidades de que desarrollen el cáncer contralateral, sino también sobre las complicaciones y el impacto que puede tener agregar este procedimiento en su futura calidad de vida. Muchas gracias Dra. Muy prolijo.

**Dr. Billinghamurst:** Te felicito, muy lindo el trabajo, muy prolijo. ¿Por qué se hizo solamente en un 38% la biopsia de ganglio centinela dado que es la única oportunidad que tenemos de hacerlo. Está bien que la aparición de cánceres o hallazgos es del 2,4% según el trabajo, pero si eso sucede, después no tenemos opción. ¿Por qué no se les hizo a todas el ganglio centinela?

**Dra. Bemí:** Muchas gracias. Hasta el 2012 se habían hecho 33 ganglios centinelas y después en el 2014 se publicó el Consenso de la Sociedad Argentina de Mastología que habla del manejo del paciente de alto riesgo y de cómo abordar la axila en los pacientes que realizan mastectomía de reducción de riesgo contralateral y se determinó que era muy bajo el hallazgo de un carcinoma oculto en la mama y que comprometía la axila. Por eso nosotros no lo hacemos a menos que haya indicaciones específicas. Hubo muy pocos casos que se realizaron después, una paciente con radioterapia en manto, un par de casos con lobulillares infiltrantes y alguna que otra paciente con localmente avanzado que por más que se le explica que el procedimiento no le va a cambiar el curso de la enfermedad, lo solicitó igual y lo terminó haciendo. Más que nada a partir del Consenso nosotros cambiamos un poco la conducta con respecto a la axila.

**Dr. Uriburu:** Muchas gracias Dr. Billinghamurst. Cuando hacíamos el análisis de este punto del ganglio centinela, pensábamos que la pregunta iba a ser la otra ¿Por qué hicieron tantos ganglios centinelas en mastectomía de reducción de riesgo contralateral? Dado que la Dra. como mostró a partir del Consenso de Manejo de Alto Riesgo donde se mencionaron las indicaciones puntuales en las que hay que hacerlo y que en la mayoría no se debía.

El Dr. Carlos Molina te felicita por el trabajo y comenta que el pico que mostraste de aumento de mastectomías de reducción de riesgo contralateral si podía estar debido al efecto Angelina Jolie. Si mal no recuerdo esto fue en el 2013, pero seguramente debe haber contribuido. Recuerdo que en esa época se nos llenaban los consultorios de pacientes solicitando estos procedimientos.

**Dr. Cassab:** Felicidades, el trabajo muy prolijo, muy completo, me gustó mucho. Comentar también esto que siempre hace ruido y hay una ten-

dencia ahora de no hacer biopsia de ganglio centinela cuando no hay patología en la otra mama. Mi pregunta iba a ser un poco ambigua ¿Por qué se hicieron tantas biopsias de ganglio centinela en una mama sana si anteriormente a realizar el estudio hicieron resonancia magnética en esa mama como para descartar totalmente patología y poder tranquilamente no estudiar la axila en los casos que no se hace ganglio centinela cuando uno hace disminución de riesgo. Esa sería una pregunta. Por otro lado vi también que tuvieron un carcinoma invasor, así que podría haber sido un problema si no hubiesen hecho el ganglio centinela de comienzo. La segunda pregunta es ¿Por qué prefieren más la skin-sparing mastectomy en pacientes con disminución de riesgo, sin patología, a la simple reducción de riesgo?

**Dra. Bemí:** Gracias por la pregunta. Esta es una serie que comenzó en el año 2005 y que a medida que pasaron los años nuestras conductas fueron cambiando, por eso antes hacíamos más ganglio centinela y ahora esa paciente no se trataría de la misma manera o no la abordaríamos de la misma forma y creo que por eso tiene que ver un poco el cambio de conducta que fuimos tomando. Esto en respuesta a su primera pregunta.

**Dr. Cassab:** La otra pregunta era, si a las pacientes que no les van a hacer ahora o que no les estuvieron haciendo biopsia de ganglio centinela, si las estudiaron un poquito más.

**Dra. Bemí:** Porque antes tampoco hacíamos tantas resonancias, ahora sí es algo que hacemos en el prequirúrgico y ya lo tenemos pautado. En el 2005 no se las estudiaba a todas por resonancia. Así que esa sería la respuesta por la cual no lo hacíamos. Por otro lado en el 2005 hacíamos un poco más de skin-sparing y ahora, no lo analizamos, pero pareciera estar aumentando más la incidencia de la nipple-sparing mastectomy. Seguiremos evaluando el trabajo a lo largo de los años y seguramente se verá un poco más esa tendencia.

**Dr. Cassab:** Fue entonces una cuestión más que nada de la época.

**Dra. Bemí:** Así es.

**Dr. Uriburu:** Muchas gracias Dr. Cassab, muy oportuna la pregunta porque está incorporado, como dijo la Dra. Bemí, en nuestro protocolo, antes de hacer la mastectomía de reducción de riesgo contralateral, se solicita la resonancia y no en pocos casos, típico de la resonancia, nos ha generado un “second look” ecográfico o alguna biopsia dirigida a la mama contralateral antes de realizar este procedimiento.

**Dr. Poet:** Muy interesante el trabajo, muy prolijo. Quería preguntar acerca del pánico por el nuevo cáncer en las pacientes que no lo vi, sobre todo en la parte sexual, estética, conformidad, actividad laboral. Quería saber si pudieron o evaluaron, o a qué porcentaje de pacientes les desapareció el pánico por padecer un segundo cáncer. Porque muchas pacientes, como vos muy bien dijiste, sin tener BRCA mutado, o sin tener riesgos excesivos piden tener una mastectomía de la segunda mama por el pánico de pasar por el mismo problema.

**Dra. Bemí:** Lo que evaluamos es que en el 92,9% de las pacientes cambió la percepción de riesgo de volver a tener la enfermedad. Hubo un 7,1% que correspondió a 3 pacientes, que no, pero generalmente el hecho de haberse realizado el procedimiento les bajó un poco el miedo de volver a tener nuevamente un cáncer de mama.

**Dra. Mansilla:** Excelente, el trabajo. Quería preguntarle si habían podido recabar las causas, qué les decían las pacientes, por qué optaban por las mastectomías contralaterales. ¿Sabemos el subgrupo de pacientes?

**Dra. Bemí:** No sabemos exactamente, pero analizando en general, era por el miedo al desarrollo de un nuevo cáncer de mama, el estrés que le generaba hacerse los estudios, también por sentir la

necesidad de hacer hasta lo imposible para evitar un nuevo desarrollo. Pero en la encuesta que hicimos no pusimos puntualmente cuál era la causa.

**Dr. Uriburu:** El Dr. Acosta consulta sobre cuál es el factor de decisión en hacer la reconstrucción con implante directo o con expansor, es más un poco sobre el procedimiento reconstructivo que sobre el tema de la mastectomía de reducción de riesgo.

**Dra. Bemí:** Se evalúa paciente por paciente para ver cuál es la mejor opción que le brindamos a cada una, obviamente ahora con la resonancia nos ayuda también a pensar si ponemos un expansor

o una prótesis directa por delante o por detrás del músculo, depende de cada paciente si hay algo en particular.

**Dra. Azar:** Primero felicitarte por el trabajo, muy lindo, muy prolijo. Sobre todo poner esto de manifiesto, que no todo es tan color de rosa y no todas son Angelina Jolie, que es un poco lo que hay que transmitirles a las pacientes cuando se embarcan en este tipo de cirugías. Mi pregunta que era por qué tenían el porcentaje tan bajo de nipple-sparing, en parte ya la contestaste, así que gracias y felicitaciones nuevamente.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al comité de revisión institucional del Hospital Británico de Buenos Aires y en especial a la Dra. Glenda Ernst. Quien colaboró en el análisis descriptivo del presente trabajo.

## APÉNDICE 1

Encuesta BREAST Q-TM sobre calidad de vida en las pacientes que optaron por mastectomía de reducción de riesgo contralateral.

### Módulo 1. Teniendo en cuenta la reconstrucción mamaria, qué tan conforme está cuando:

	Nada conforme	Poco conforme	Medianamente conforme	Muy conforme
Se pone el corpiño?	1	2	3	4
Se mira al espejo con ropa?	1	2	3	4
Se mira al espejo sin ropa?	1	2	3	4

### Módulo 2. ¿Tiene dificultad para elegir un modelo de corpiño?

Siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
1	2	3	4

### Módulo 3. En el último mes, con qué frecuencia:

	Nunca	Algunas veces	Pocas veces	Siempre
Se sintió cómoda con su imagen corporal?	1	2	3	4
Se sintió femenina al estar vestida?	1	2	3	4
Sintió confianza en una reunión social?	1	2	3	4

### Módulo 4. En el último mes, con qué frecuencia experimentó:

	Siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Dolor muscular en la región torácica?	1	2	3	4
Dificultad para levantar o mover los brazos?	1	2	3	4

**Módulo 5. Teniendo en cuenta su sexualidad, con qué frecuencia se siente:**

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
Sexualmente atractiva vestida con su ropa?	1	2	3	4
Sexualmente atractiva cuando se encuentra desvestida?	1	2	3	4
Segura al establecer relaciones sexuales?	1	2	3	4

**Módulo 6. ¿Siente que con esta decisión que tomó, cambió su percepción de riesgo de volver a tener la enfermedad?**

No	Si
1	4

**Módulo 7. En cuanto a la intervención quirúrgica:**

	No	Si
Volvería a optar por este procedimiento?	3	4
En general, está satisfecha con la decisión que tomo?	3	4

**Módulo 8. Comentarios.**

Calificación de la calidad de vida de las pacientes de acuerdo al puntaje obtenido.

INSATISFACCION	≤45
SATISFACCION	>45